ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO/USP

Juliana Maria Faccioli Sicchieri

**Avaliação dos portadores de transtornos
alimentares:
da doença a quê?...**

Ribeirão Preto

2005.

Juliana Maria Faccioli Sicchieri

**Avaliação dos Portadores de transtornos
alimentares:
da doença a quê?...**

Dissertação de mestrado Apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade
de São Paulo para obtenção do Título de Mestre no
Programa de Pós-Graduação Enfermagem em
Saúde Pública, inserida na linha de pesquisa:
Processo saúde–doença e epidemiologia.

Orientadora: Profa. Dra. Rosane Pilot Pessa Ribeiro

Ribeirão Preto

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Sicchieri, Juliana Maria Faccioli

Portadores de transtornos alimentares: da doença a que?
Ribeirão Preto, 2005.
73 p.: IL.; 30 cm

Dissertação de mestrado apresentada á Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto/USP - Área de Concentração: Enfermagem em Saúde
Pública.

Orientadora: Ribeiro, Rosane Pilot Pessa.

1. transtornos alimentares. 2. prognóstico. 3. recuperação. 4. bulimia
nervosa. 5. anorexia nervosa.

Data da defesa: ____/____/____.

Banca Examinadora:

Prof. (a) Dr. (a) _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. (a) Dr. (a) _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. (a) Dr. (a) _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

A todos que participaram desta etapa, tão importante na minha vida:

Ao meu pai, Nilson, que me ensinou a buscar a minha própria realização, antes do sucesso, e a fazer bem feito, antes de pensar em recompensas.

A minha mãe, Cleusa, que me ensinou a lutar, em todas as circunstâncias da minha vida e torce muito para que eu vença todos meus grandes obstáculos.

Ao Fabrício, que com muito carinho, me ajudou a construir a minha história.

Ao meu irmão, Américo, meu grande companheiro, com quem sempre poderei contar.

Agradecimentos

- A Deus, força maior que me faz acreditar na vida, em possibilidades melhores, e desejar sempre mais.

- O Agradecimento Especial:

À Profa. Dra. Rosane Pilot Pessa Ribeiro, minha orientadora, pessoa de grande sabedoria, que colaborou muito para meu aprendizado, não somente o necessário para a execução deste trabalho, mas para minha formação. Agradeço seus valiosos ensinamentos, sua tolerância e paciência que me guiaram nesta empreitada.

- A todos que participaram deste trabalho, pela disponibilidade e colaboração.
- A enfermeira chefe da Unidade Metabólica, Maria do Rosário, minha amiga querida, pelos seus ensinamentos, pela disponibilidade, generosidade, e pelo modo gentil que sempre me recebe e que cedeu espaço para as entrevistas.
- Aos docentes Responsáveis pela Unidade Metabólica, em especial ao Prof. Dr. José Ernesto dos Santos, por autorizar este trabalho envolvendo o Ambulatório de Nutrologia e o Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares-GRATA, além das valiosas contribuições para este estudo.
- Ao psicólogo, Prof. Dr. Manoel Antônio dos Santos, pelas contribuições preciosas e auxílio no manuseio dos questionários.
- Ao Alex, do departamento de clínica médica, na contribuição, sempre generosa para a elaboração final deste trabalho.
- Ao Prof. Dr. Luiz Jorge Pedrão pelas contribuições para as melhorias deste estudo e tempo despendido.
- As minhas queridas amigas: Nádia (minha fofinha), Ana Teresa (Tetê) Simone (Si), Juliana (Ju) e Daniela (Dani) pelo carinho, compreensão, apoio e companheirismo nessa fase.
- Aos meus queridos colegas de trabalho do GRATA, em especial a Felícia e Fabiana, todo incentivo e aprendizado.
- À psicanalista, Maria Auxiliadora B. dos Santos, por me ajudar a melhorar no entendimento e funcionamento dos portadores de transtornos alimentares, aperfeiçoando meu trabalho.
- A Míriam, do departamento de clínica médica do HC, pela paciência e desprendimento.
- A Adriana Amaro, secretária do departamento de pós-graduação do DEMISP, pelas orientações e disponibilidade.
- Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico-CNPq pela subvenção do mestrado.
- À Profa.Dra. Carmen G. S. Scochi, minha gratidão pelo apoio e confiança.

“ (...) Mas o que vale a pena ver, principalmente, não são as enfermarias nem a maternidade, nem a imaculada sala de operações onde os cirurgiões cortam e

costuram carne humana. O que enche os olhos são os ambulatórios, onde se tratam os doentes que ainda podem consigo, e se arrastam pelos caminhos, e vêm fazer fila desde as três horas da manhã, no frio e no escuro da madrugada, pois só assim arranjam um número.

(...) E na calçada ficam esperando; os medrosos até se benzem, porque bem junto lá está o cemitério, cemitério velho, de chão curtido, por tanto defunto, povoado por assombrações que vêm desde o tempo de cativo. Triste vida, a do pobre, neste mundo de hoje.

(...) Sete horas, abrem-se as portas dos ambulatórios; e lá vai a procissão receber os números. Ao revés da fila de mulheres pacientes, passa, amparado pelo irmão, o tuberculoso devolvido, que conseguiu um leito usando de artifício, fingindo outra moléstia, mas não pode ficar no hospital contaminando os demais. O doutorzinho de óculos, penalizado, tenta convence-lo disso, para o coitado não partir com aquela mágoa. Diz que há outros hospitais onde talvez o recebam. Mas o tísico sabe de tudo: "São só dois, doutor, já estive lá. Estão estourando de gente. Lá em casa, ficar não posso, porque pega nas crianças. Aqui não posso, porque pega nos outros. Então, porque não me mandam para o necrotério? Em defunto nada pega..."

O doutor abre os braços, desolado. Não, não falem mal dos doutores. Nem das enfermeiras, nem das simples serventes. Não é o magro ordenado burocrático que lhes paga o trabalho, pois não será mentira dizer que fazem com amor aquele amargo trabalho; e até os de coração mais duro acabam se comovendo, que ninguém é de pedra. (...)"

Hospital, Rachel de Queiroz.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	1
----	------------------	---

2.	OS TRANSTORNOS ALIMENTARES	4
	2.1 Histórico	8
	2.2 Critérios diagnósticos	8
	2.3 Quadro Clínico	12
	2.4 Epidemiologia	13
	2.5 Etiopatogenia	15
	2.6 Tratamento	17
	2.7 Prognóstico	20
3.	OBJETIVOS	25
	3.1 Geral	26
	3.1 Específicos	26
4.	METODOLOGIA	27
	4.1 Sujeitos	28
	4.2 Procedimento	28
	4.3 Análise de Dados	33
5.	RESULTADOS.....	37
6.	DISCUSSÃO.....	55
7.	CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	63
8.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67

Lista de Tabelas

Tabela 1: Dados demográficos dos 10 sujeitos participantes do estudo. Ribeirão Preto, 2005.	pág.39
Tabela 2: Dados sobre a história da doença e do tratamento no HCFMRP-USP dos 10 sujeitos. Ribeirão Preto, 2005.	pág.41
Tabela 3: Estado Nutricional dos 10 sujeitos da amostra. Ribeirão Preto, 2005.	pag.42
Tabela 4: Estimativa do consumo calórico e distribuição percentual dos macronutrientes relatados no primeiro atendimento hospitalar dos sujeitos da amostra. Ribeirão Preto, 2005.	pag45
Tabela 5: Estimativa do consumo calórico e distribuição percentual dos macronutrientes atualmente. Ribeirão Preto, 2005.	pág.45
Tabela 6: Pontuação do Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG) dos 10 sujeitos. Ribeirão Preto, 2005.	pág.53
Tabela 7: Pontuação do Inventário de Depressão de Beck, Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD) e Teste de Atitudes Aliimentares (EAT-26) dos 10 sujeitos. Ribeirão Preto, 2005.	pág.54

Lista de Gráficos

Gráfico 1: Comparação do consumo de calorias diárias antes do tratamento (tto) e após a alta com as recomendações diárias (RDA) dos 10 sujeitos. Ribeirão Preto, 2005.pág.46

Gráfico 2: Comparação do consumo percentual de proteína diário com as RDA antes do tratamento (tto) e após a alta dos 10 sujeitos. Ribeirão Preto, 2005.pág.47

Gráfico 3: Percentual atingido das RDA no início do tratamento dos 10 sujeitos. Ribeirão Preto, 2005.pág.48

Gráfico 4: Percentual atingido das RDA atualmente dos 10 sujeitos. Ribeirão Preto, 2005.pag49

Lista de Abreviaturas

AN: anorexia nervosa

BN: bulimia nervosa

TCAP: transtorno da compulsão alimentar periódica

HCFMRP-USP: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
da Universidade de São Paulo

IMC: índice de massa corporal

GCT: gordura corporal total

QSG: questionário de Saúde Geral de Goldberg

HAD: Escala Hospitalar para Ansiedade e Depressão

EAT-26: Eating Attitudes Test

Ptn: proteína

CHO:carboidrato

Gord: gordura

Kcal: calorias

CB: circunferência do braço

CMB: circunferência do músculo do braço

HD: hipótese diagnóstica

Lista de Anexos

Anexo 1: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da EERP/USP.....	
Anexo 2: Roteiro de entrevista	
Anexo 3: EAT-26	
Anexo 4: Questionário de Saúde Geral de Goldberg	
Anexo 5: Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão	
Anexo 6: Inventário de Depressão de Beck	

RESUMO

Sicchieri, J.M.F. **Avaliação dos Portadores de transtornos alimentares: da doença a quê?**...2005.73p. Dissertação de mestrado-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto,2005.

Os transtornos alimentares são doenças graves que podem cursar com comorbidades importantes se não tratadas com abordagens múltiplas do ponto de vista clínico, nutricional, psicológico e psiquiátrico. Sendo assim, o objetivo deste estudo foi investigar aspectos nutricionais e psicossociais dos indivíduos que foram portadores de anorexia e bulimia nervosas do Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares - (GRATA) - do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo-USP, se trataram e obtiveram alta hospitalar. Para tanto, elaborou-se uma entrevista semi-estruturada com dados demográficos de saúde atual, além das principais mudanças após o tratamento. Avaliou-se também o estado nutricional, por aferição de peso, altura, pregas cutâneas e circunferência do braço. O hábito alimentar foi questionado por meio de recordatório alimentar de 24 horas e questionário de frequência alimentar. Para avaliação do ajustamento psicossocial do indivíduo, utilizou-se os seguintes instrumentos auto-aplicáveis: Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG), Inventário de Depressão de Beck, Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD), Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26). Foram encontrados 10 sujeitos, 9 mulheres e 1 homem, com idade entre 21 e 34 anos. Por meio da entrevista semi-estruturada, observou-se mudanças significativas após a alta hospitalar como: 5 sujeitos já concluíram o ensino superior e contribuem com a renda da família, 3 sujeitos estão concluindo esses cursos, 5 sujeitos casaram-se e já presenciaram o nascimento do primeiro filho. Apenas 1 sujeito faz acompanhamento psiquiátrico, e nenhum deles tem acompanhamento nutricional. A presença de ciclos menstruais regulares constando em todos sujeitos do sexo feminino. Atualmente 1 sujeito usa medicação fitoterápica e chás diuréticos para manter o peso. A ingestão calórica se aproximou das Recomendações Diárias (RDA) em 9 sujeitos e excedeu a recomendação diária de proteína em 9 sujeitos. Algumas vitaminas e minerais se mostraram deficientes como ferro, cálcio e retinol em 6 indivíduos. O questionário de frequência alimentar quando comparado com a pirâmide alimentar adaptada para a população brasileira, se mostrou adequado nos itens: grupo do leite, verduras e carboidratos. Alimentos hipocalóricos e dietéticos são consumidos com frequência por 7 sujeitos. O QSG mostrou valores indicativos de normalidade em todos os fatores. O HAD classificou com ansiedade leve 4 sujeitos da amostra. O Inventário de Beck detectou depressão leve 1 sujeito da amostra. O EAT-26 não apresentou pontuação indicativa de comportamento alimentar anormal. Conclui-se que esses indivíduos após a doença, desenvolveram-se de maneira positiva para a vida familiar, profissional e emocional, com progressos significativos.

Palavras-chave: transtornos alimentares, prognóstico, recuperação, bulimia nervosa, anorexia nervosa.

ABSTRACT

Sicchieri, J.M.F. **Assessment of Carriers of eating disorders: from a disease to what?...** 2005, 73p., Dissertation of master degree-College of nursing of Ribeirão Preto-USP.

Eating disorders are serious diseases that can go along important comorbidities if not treated from a clinical, nutritional, psychological and psychiatric point of view. Thus, the aim of the study was to investigate nutritional and psychosocial aspects of individuals that carried anorexia nervosa and bulimia nervosa from the group of assistants in alimentary disorders – GRATA – of the clinic hospital of the University of Medicine of Ribeirão Preto, University of São Paulo – USP, which received treatment and were discharged from the hospital. For that, a semi-structured interview was elaborated, and the individuals studied were asked about their occupation, marital status, number of children and main changes that occurred after their treatment. Their nutritional state was also evaluated, by checking their weight, height, cutaneous fold and the arm circumference. We analyzed their eating habits through alimentary 24-hour records and questionnaire of alimentary frequency. In order to evaluate the psychosocial adjustment of the individual, the following auto-applicable instruments were utilized: The general health questionnaire of Goldberg, Beck's Depression Inventory, the Hospital scale of Anxiety and Depression (HAD) and the Alimentary Attitude Test (EAT-26). We found 10 subjects, of which 9 were females and 1 was male with ages between 21 and 34 that felt euphoric. There was only 1 subject that was overweight. In the semi-structured interview, significant changes were observed after the discharge from the hospital, as follows: 5 subjects have already graduated from college and contribute to their family income, 3 subjects are still in college, 5 subjects have gotten married and have already had their first child, 1 subject has been getting a psychiatric follow-up, and none of them has been getting a nutritional follow-up. We noticed the presence of regular menstrual cycles in all of the female subjects. Currently, one subject uses phytotherapeutic medication and diuretic teas to maintain her weight. The caloric ingestion has become closer to the daily recommendations (RDA) for 9 subjects and was exceeded to the daily protein recommendations in 9 subjects. Some vitamins and minerals were deficient in 6 subjects, such as iron, calcium and retinol. The questionnaire of alimentary frequency, when compared to the alimentary pyramid adapted to the Brazilian populations was considered adequate in the following items: dairy group, vegetables and carbohydrates. Hypo caloric and diet aliments are frequently ingested by 7 subjects. The QSG shows values that indicate normality in all factors, HAD detected a slight anxiety in 4 subjects. Beck's inventory detected a slight depression in 1 subject from the group. The EAT-26 didn't present a negative score as to the indication of abnormal alimentary behavior. In conclusion, the group studied was within the adequate nutritional state as well as a psychosocial adjustment of what are considered normal boundaries. Therefore, further investigations are necessary with respect of the prognostics of the carriers of these disorders, in order to aid in more specific therapeutical approaches.

Keywords: eating disorders, prognostic, recovery, bulimia nervosa, anorexia nervosa.

RESUMEN

Sicchieri, J.M.F. **Evaluación de Portadores de Trastornos Alimentares: de la enfermedad a qué?... 73p.**, 2005. Disertación de maestría- Escuela de Enfermería de Ribeirao Preto-USP

Los trastornos alimentares son enfermedades graves que pueden transcurrir con morbilidades importantes si no son tratadas con abordajes múltiples del punto de vista clínico, nutricional, psicológico y psiquiátrico. De este modo, el objetivo de este estudio fue investigar aspectos nutricionales y psicosociales de los individuos que fueron portadores de anorexia y bulimia nerviosas del Grupo de Asistencia en Trastornos Alimentares GRATA- Hospital de Clínicas de la Facultad de Medicina de Ribeirao Preto de la Universidad de São Paulo-USP, que se trataron y obtuvieron alta hospitalar. Con tal fin, se elaboró una entrevista semiestructurada, abordando la ocupación, estado civil, número de hijos y los principales cambios después del tratamiento. Se evaluó, también, el estado nutricional, mediante la medición del peso, altura, pliegues cutáneos y circunferencia del brazo. El hábito alimentar fue evaluado por la memoria alimentar de 24 horas y el cuestionario de frecuencia alimentar. Para evaluación del ajuste psicosocial del individuo, se utilizaron los siguientes instrumentos auto-aplicables: Cuestionario de Salud General de Goldberg (QSG), Inventario de Depresión de Beck, Escala Hospitalar de Ansiedad y Depresión (HAD), Test de Actitudes Alimentares (EAT-26). Fueron encontrados 10 sujetos, 9 mujeres y 1 hombre que se presentaron eutróficos; excepto un individuo que presentó sobrepeso. En la entrevista semiestructurada, se observaron cambios significativos después del alta hospitalar como: 5 sujetos ya concluyeron la enseñanza superior y contribuyen con la renta familiar, 3 sujetos están concluyendo esos cursos, 5 sujetos se casaron y presenciaron el nacimiento del primer hijo, 1 sujeto con acompañamiento psiquiátrico, ninguno con acompañamiento nutricional. La presencia de ciclos menstruales regulares fue constatada en todos los individuos del sexo femenino. Actualmente, 1 sujeto usa medicación fitoterápica y té diurético para mantener el peso. La ingestión calórica se aproximó de las Recomendaciones Diarias (RDA) en 9 sujetos y excedió la recomendación diaria de proteína en 9 individuos. Algunas vitaminas y minerales se mostraron deficientes como hierro, calcio y retinol en 6 individuos. El cuestionario de frecuencia alimentar al ser comparado con la pirámide alimentar adaptada para la población brasileña, se mostró adecuado para los aspectos: grupo de lácteos, verduras y carbohidratos. Alimentos hipocalóricos y dietéticos son consumidos con frecuencia por 7 sujetos. El QSG mostró valores indicativos de normalidad en todos los factores. Mediante el HAD 4 sujetos fueron clasificados con ansiedad leve. El inventario de Beck clasificó como depresión leve 1 sujeto de la muestra. El EAT-26 no presentó puntuación indicadora de comportamiento alimentar anormal. En términos generales, se constató un estado nutricional adecuado para este grupo e ajuste psicosocial característico de normalidad. Sin embargo, son necesarias mayores investigaciones sobre pronóstico de los portadores de estos trastornos, con el fin de auxiliar abordajes terapéuticos más específicos.

Palabras-claves: trastornos alimentares, pronóstico, recuperación, bulimia nerviosa, anorexia nerviosa.

1. INTRODUÇÃO

O significado da alimentação para a humanidade tem mudado ao longo do tempo, pois até o século XVI, cada indivíduo se alimentava conforme a disponibilidade de alimentos da região onde habitava. Foi na França, com início das práticas culinárias francesas que esse hábito começou a ser mudado, valorizando-se o sabor e o prazer (Alvarenga, 2003).

O avanço da química e fisiologia experimental, ao longo dos séculos XVII e XVIII, foi fundamental para o conhecimento e identificação dos componentes nos alimentos. Tornou-se preciso adquirir, por meio destes, todos os nutrientes necessários, nas quantidades e proporções corretas, para a manutenção das diversas funções do corpo. Assim, o alimento deixou de ser apenas “combustível” e passou a atuar, diretamente, na manutenção da saúde. (Horta,1996;Alvarenga, 2003).

Mais tarde, a industrialização trouxe, também, mudanças de hábitos alimentares, com consumo de alimentos enlatados, congelados, pré-cozidos e *fast food* (Horta,1996;Alvarenga, 2003,h).

Estudiosos no assunto denominam esse fenômeno de transição nutricional pela observação de uma mudança na forma de se alimentar. A partir de então, verificam-se algumas consequências imediatas na saúde do ser humano e no seu estado nutricional (Alvarenga, 2003).

As doenças nutricionais do passado, tais como beribéri, pelagra, desnutrição e escorbuto, eram carenciais em função da falta de nutrientes. Com a mudança do perfil epidemiológico da população, as doenças passaram a ser causadas pelos excessos alimentares e pelos errôneos estilos de vida e alimentação adotados, primeiramente pelas sociedades industrializadas. Então, começam a incidir a

obesidade, hipertensão arterial, *diabetes mellitus*, arteriosclerose e outras doenças crônico-degenerativas (Alvarenga, 2003).

Além das mudanças no perfil alimentar, a função que o alimento obteve, com o passar do tempo, ultrapassou os valores nutricionais e científicos; outros valores foram cada vez mais sendo incorporados e valorizados em relação à alimentação. Segundo Fischler (1998), nossa alimentação situa-se dentro de uma corrente tecnológica – industrial e funcional, mas reveste-se de outras dimensões, sendo que a mais importante delas é o prazer.

É importante destacar, também, o quanto os aspectos psicológicos estão envolvidos na maneira de se alimentar. Horta (1996 p.56) usa o conceito de “comida da alma” afirmando que esta é a comida “que consola, que escorre garganta abaixo, quase sem precisar ser mastigada, na hora de dor, depressão, tristeza pequena”, incluindo neste contexto a “canja da mãe judia”, que resolve problemas de “náusea existencial”.

O entendimento da alimentação contempla um contexto muito mais amplo: o alimento pode ser vício, carícia ou refúgio. A partir daí, podemos pensar como se faz o uso da comida (Alvarenga, 2003)

Como o alimento é o responsável direto pela manutenção do nosso corpo - e não somente pela saúde - é importante entender porque ele se tornou ameaçador, quando utilizado de maneira inadequada (Cordás, 1997).

A sociedade valoriza a feminilidade, associa o sucesso à magreza em particular, e faz da obesidade uma condição estigmatizada (Campos, 2002).

O homem contemporâneo mudou seus conceitos de beleza, passando a valorizar o corpo cada vez mais magro, atlético e torneado, ao invés do corpo

cultuado no período renascentista, cheio de curvas, vislumbrado do passado (Cordás, 1997).

A partir de então, criou-se o dilema: como ficar magro com tanta disponibilidade de alimentos?

Essa situação conflitante resultou no aparecimento e aumento crescente dos transtornos alimentares, condição que prevalece nos dias atuais (Nunes, 1998; Campos, 2002).

Esses distúrbios ou transtornos alimentares mais conhecidos são: Anorexia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN), além do Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP).

2. OS TRANSTORNOS ALIMENTARES

A AN foi definida por Garfinkel (1992) como “inanição deliberada e auto-imposta, seguida de uma busca implacável pela magreza e por um medo mórbido de engordar, levando a sérios graus de emagrecimento”. É caracterizada por restrição alimentar voluntária, podendo apresentar ou não comportamentos bulímicos.

Inicia-se com um jejum progressivo, abolindo os alimentos calóricos *a priori*, seguido da restrição de outros tipos de alimentos (Nunes, 1998).

Estudos com amostras de 50 sujeitos anoréxicos, do sexo feminino, e com idade entre 12 e 24 anos apresentam dados de uma baixa ingestão calórica, aproximadamente entre 700 e 1000 Kcal (Walsh et al; 1989; Sunday e Halmi, 1996). Essa restrição calórica costuma afetar o consumo de macro e micronutrientes, além de indicar um mau aproveitamento de alguns nutrientes ingeridos, como por

exemplo, as proteínas, em função de uma dieta vegetariana desequilibrada ou outros modismos e tabus alimentares (Sunday e Halmi 1996; Alvarenga e Dunker, 2004).

Os anoréxicos, em virtude do medo doentio de engordar, apresentam atitudes distorcidas em relação aos alimentos, que podem progredir com a evolução da doença, em especial se não tratados ou não aderirem bem ao tratamento. Os pacientes criam conceitos de alimentos “bons e ruins” ou seja, alimentos que são “seguros” visto que apresentam baixo valor calórico e, portanto “não engordam” e a categoria dos “proibidos”, que não são incorporados á dieta, devido ao alto valor calórico (Ribeiro,1998).

As escolhas alimentares estão relacionadas a estas atitudes distorcidas. Há um consenso na literatura sobre a preferência por saladas, frutas, produtos hipocalóricos “*diet e light*” e aversão por carnes, doces e sobremesas, massas, pães, arroz e gorduras de adição (por exemplo: maionese, molhos, margarina, óleos, etc.) (Monteiro dos Santos et al, 1990; Ribeiro, 1998; Alvarenga, 2003).

Apresentam hábito alimentar ritualizado, sendo muito freqüente observar nesses pacientes as seguintes situações: o ato de esconder alimentos no armário, banheiro e peças de roupas; dividir os alimentos em porções muito pequenas antes de ingeri-los; preparar pratos deliciosos, mas não degustar nenhum; observar as refeições alheias e insistir para que os outros comam sempre mais. Mastigam muito lentamente pequenas quantidades de alimentos e as cospem no final; fazem as refeições isoladamente evitando sentar à mesa. Lêem muito sobre informações nutricionais dos alimentos e dietas da moda. Mantêm a crença de que gordura consumida é convertida, imediatamente, em gordura corporal, etc. Medos irracionais, também, são característicos nesses quadros, como por exemplo: achar que as calorias

podem passar por uma conversa telefônica e comerciais de TV, não utilizar talheres usados (acreditam que ficam calorias de alimentos consumidos anteriormente, mesmo com a higienização correta do utensílio) e não se alimentar muito tarde, para evitar o acúmulo de gordura durante o sono (Cordás, 1997; Alvarenga, 2003).

Já a BN foi descrita por Russel (1979) como uma “hiperfagia acompanhada de um medo mórbido de engordar e diversas tentativas para se evitar os efeitos de ganho de peso da comida”. Esse quadro pode estar presente em doenças orgânicas, genéticas ou mentais.

O comportamento de compulsão alimentar é atualmente definido como específico, caracterizado por excesso de ingestão alimentar acompanhado por uma sensação de perda do controle (Garfinkel e Garner, 1982; Nunes, 1998). Os primeiros relatos, que datam do século XV eram de sintoma que podia estar presente em diversos transtornos. Desde essa época, aparecem descrições sobre apetite voraz, designada com o nome *bulimia*. Atualmente, utilizamos o nome de compulsão alimentar, mas não raramente encontramos, ainda, como sinônimo o termo comportamento bulímico (Bell, 1991; Nunes, 1998).

Estudos mais complexos, de natureza clínica, envolvendo 75 sujeitos, do sexo feminino e idade entre 18 e 35 anos, indicam uma oscilação calórica que varia de 1436 a 8.585 Kcal, apresentando vômitos seguidos na maioria dos casos (Monteiro dos Santos et al, 1988; Ribeiro, 1998; Cereser, 2001). Esses episódios duram, em média, 59 minutos e a distribuição entre macronutrientes da dieta ingerida é de 49% de carboidratos; 43% de gorduras e 8% de proteínas. Os alimentos preferidos para esses episódios são: “donuts” (pão doce, tipo sonho) sorvetes, pudins, bolos, “cookies” (bolachas recheadas), tortas, refrigerantes, sanduíches,

chocolates, sobremesas, “snacks” (salgadinhos tipo chips). Fora da compulsão alimentar, as pacientes ingeriam entre 69 a 1020 Kcal/dia, predominando o grupo das hortaliças, seguido do grupo das proteínas, carboidratos e, finalmente, gordura (Cereser, 2001).

Freqüentemente, o padrão alimentar na doença é descrito como caótico, bizarro. Os pacientes insistem em começar uma nova dieta, consumindo quantidades extremamente pequenas de alimentos, o que acaba por desencadear um episódio bulímico, em que o valor calórico total ingerido é sempre superior as RDA (Recommended Dietary Allowances), com consumo exacerbado de alimentos “proibidos”. O exagero do consumo calórico desencadeia extrema ansiedade e medo de engordar, levando a recursos purgativos (indução de vômitos, uso abusivo de medicamentos, etc.), instalando-se dessa forma o ciclo (Cereser, 2001; Alvarenga, 2004).

Os portadores de B N apresentam as mesmas crenças alimentares em relação aos pacientes com anorexia nervosa, além da sensação de não poder comer livremente. Alegam uma série de mitos e tabus sobre alimentação e nutrição, por exemplo: arroz com feijão engorda, ter raiva de sentir fome; mostrar dificuldade em selecionar o que comer; transparecer sensação de incompetência para lidar com o alimento; usar o alimento como meio de adaptação externa e tentativa de controle interno. Há a prática de atividade física de modo abusivo; as atitudes prejudiciais com o corpo em função da má percepção da imagem corpórea, controle excessivo do peso (por exemplo: pesar antes e após as refeições; antes e após ir ao banheiro, etc.) (Nunes, 1998; Ribeiro, 1998).

O TCAP é caracterizado por uma *hiperfagia*, porém, mais específico. Apresenta características bem particulares e possui semelhanças com BN e obesidade (Morgan, 1998). A obesidade, apesar de bastante freqüente nos indivíduos com diagnóstico de TCAP e eventualmente nos com bulimia nervosa, não é considerada diagnóstico psiquiátrico; nem condição para um diagnóstico de transtorno alimentar; é uma condição que advém de múltiplas causas, trazendo variáveis conseqüências para o indivíduo (Cordás, 1997; Morgan, 1998).

2.1 Histórico

A primeira descrição de anorexia ocorreu, simultaneamente, por Laségue na França e Gull na Inglaterra, na segunda metade do século XIX, apesar da prática de jejuar ocorrer há séculos (Baudrillard, 1991). Já a bulimia nervosa foi descrita muito mais recentemente, na década de 70, como conseqüência da anorexia nervosa (Russel, 1970).

O termo anorexia nervosa deriva do grego *orexis* (apetite) acrescido do prefixo *an* (privação, ausência). Anorexia nervosa não é uma expressão que traduz bem a doença, embora tenha como descrição a negação do apetite (Nunes, 1998).

O historiador Rudolf Bell (1985) descreveu algumas santas da igreja católica em suas práticas de jejum religioso, a partir do século XIII. A mais conhecida delas, é a história de Santa Catarina de Siena, que jejuava por semanas, justificando que, assim, sentia-se mais próxima de Deus. Quando era forçada a comer, colocava galhos de árvores na garganta para vomitar. Essa santa ficou conhecida como “a santa protetora da garganta”.

Para Bell (1985) a “anorexia sagrada” é análoga à “anorexia moderna”, pois em ambas há um conflito de identidade, uma tentativa de libertação feminina, da sociedade predominantemente patriarcal.

Alguns autores discordam desta analogia, justificando que a prática de diversas maneiras de autoflagelação, naquela época, (como deitar em cama de espinhos, por exemplo) era forma de expressão religiosa. Habernas (1989) acredita na impossibilidade de uma analogia, pela inexistência de alguns dos critérios fundamentais para o diagnóstico nesses relatos antigos, como por exemplo, o medo mórbido de engordar.

A partir da reforma protestante, a abstinência alimentar, chamada de *inedia prodigiosa* (inanição severa) ou *anorexia mirabilis* (perda de apetite inspirada em um milagre), passou a ser considerada obra do demônio e essas práticas deixaram de ser encorajadas pela Igreja. Na época, havia uma preocupação muito grande em esclarecer cada caso, pois se pensava que essas jovens, conhecidas como donzelas milagrosas, estivessem buscando notoriedade. Na Alemanha, em 1830, uma dessas donzelas jejuadoras foi executada, quando descobriram que ela se alimentava secretamente (Baudrilard, 1991).

Com o desenvolvimento da ciência e medicina, os clínicos buscavam associar o jejum a causas orgânicas e/ou mentais e esses fenômenos foram interpretados, então, como enfermidade (Nunes, 1998).

2.2 Critérios Diagnósticos

Os primeiros critérios diagnósticos foram definidos em 1969. Até então não se conhecia claramente o que diagnosticaria os transtornos alimentares. A partir

de então foram criados, incluindo a psicopatologia, alteração do comportamento alimentar e alteração endocrinológica, com contribuições importantes de pesquisadores como Hilde Bruch, Gerald Russell, Paul Garfinkel e principalmente Katherine Halmi (Ribeiro, 1999).

Para anorexia nervosa e bulimia nervosa, os critérios diagnósticos são descritos, respectivamente, nos quadros 1 e 2 , segundo o Diagnostic Statistic Manual of Mental Disease (DSM- IV) da American Psychiatric Association (1994):

Quadro 1. Critérios diagnósticos para anorexia nervosa segundo o DSM-IV (307.1)

-
- (A) Recusa em manter o peso corporal em um nível igual ou acima do mínimo normal, adequado à idade e altura, por exemplo: perda de peso levando à manutenção do peso corporal, abaixo de 85% do esperado.
- (B) Medo intenso de ganhar peso ou de se tornar gordo, mesmo estando com o peso abaixo do normal.
- (C) Perturbação no modo de vivenciar o peso ou a forma do corpo, influência indevida do peso ou da forma do corpo, sobre a auto-avaliação, ou negação de baixo peso corporal atual.
- (D) Nas mulheres pós-menarca, a amenorréia, isto é, ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos (considera-se que uma mulher tem amenorréia se os seus períodos menstruais ocorrem apenas após a administração de hormônio, por exemplo, estrógeno).

Especificação dos tipos:

Tipo restritivo: Durante o episódio atual de anorexia nervosa, o indivíduo não se envolveu, regularmente, em um comportamento de comer compulsivamente ou de purgação.

Tipo Compulsório/Purgativo: Durante o episódio atual de anorexia nervosa, o indivíduo envolveu-se, regularmente, em um comportamento de comer compulsivamente ou de purgação.

Quadro2. Critérios diagnósticos para bulimia nervosa segundo o DSM-IV (307.51)

(A) Episódios recorrentes de compulsão periódica. Um episódio de compulsão periódica é caracterizado pelos seguintes aspectos:

- (1) Ingestão em um período limitado de tempo de uma quantidade de alimentos, definitivamente, maior do que a maioria das pessoas consumiria durante um período similar, sob circunstâncias semelhantes.
- (2) Um sentimento de falta de controle sobre o comportamento alimentar, durante o episódio.

(B) Comportamento compensatório inadequado e recorrente, com o fim de prevenir o aumento de peso, como auto-indução de vômitos, uso indevido de laxantes, diuréticos enemas ou outros medicamentos, jejuns ou exercícios excessivos.

(C) A compulsão periódica e os comportamentos compensatórios inadequados ocorrem em média, pelo menos duas vezes por semana, por três meses.

(D) A auto-avaliação é indevidamente influenciada pela forma do corpo e peso.

(E) O distúrbio não ocorre, exclusivamente, durante episódios de anorexia nervosa.

Pode-se constatar o:

Tipo purgativo: durante o episódio atual de bulimia nervosa, o indivíduo envolveu-se regularmente na auto-indução de vômitos, ou no uso indevido de laxantes, diuréticos e enemas.

Ou o Tipo não purgativo: durante o episódio atual de bulimia nervosa o indivíduo usou outros comportamentos compensatórios inadequados, tais como jejuns ou exercícios excessivos, mas não se envolveu regularmente na auto-indução de vômito ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas.

Para o TCAP, a proposta do DSM-IV é com os seguintes critérios:

1.	Episódios recorrentes da Compulsão Alimentar Periódica
	Um episódio de compulsão alimentar periódica é caracterizado por ambos critérios:
	Ingestão, em período de tempo limitado (por exemplo, 2 horas) de quantidade de alimentos definitivamente maior que a maioria das pessoas consumiria em circunstâncias similares;
	Sensação de falta de controle sobre o comportamento alimentar durante o episódio (por exemplo, sensação de não conseguir parar ou controlar o que está comendo).
2	Os períodos de compulsão alimentar periódica são associados com 3 ou mais critérios:
	Comer muito mais rapidamente que o normal
	Comer até se sentir cheio
	Comer grandes quantidades de alimentos, quando não está fisicamente com fome.
	Comer sozinho em razão do embaraço pela quantidade de comida ingerida
	Sentir repulsa por si mesmo, depressão ou demasiada culpa após comer excessivamente.
3.	Acentuada angústia relativa á compulsão alimentar periódica
4.	A compulsão alimentar periódica ocorre 2 vezes na semana, por 6 meses.
5.	A compulsão alimentar não está associada com o uso regular de mecanismos compensatórios inadequados, nem ocorre durante o curso da anorexia nervosa.

2.3. Quadro Clínico

As complicações clínicas presentes nos portadores de transtornos alimentares podem representar risco de vida para esses pacientes estando associados a fatores como: tempo de evolução, idade de início do quadro, intensidade da redução ponderal, tipos e frequência de métodos compensatórios usados pelas pacientes. Na AN se observa:

- aspecto geral: Desaparecimento dos caracteres sexuais secundários, abdome escavado, fâcies profundas, apatia, escápulas saltadas;
- pele e anexos: Coloração amarelada (hiperbetacarotenemia), presença de pelugem fina (*lanugo*) no rosto, nuca e costas;
- cardiológicas: Arritmias, parada cardíaca nos casos graves, pulso lento, temperatura e pressão arterial diminuídas, diminuição da circulação periférica (extremidades frias);
- hematológicas: anemia, leucopenia, dificuldades com a coagulação;
- gastrintestinais: motilidade gástrica modificada, pancreatite, alterações de enzimas do fígado;
- endócrinas: hipotireoidismo, amenorréia, osteoporose;
- odontológicas: desgaste dentário (excesso de vômitos auto-induzidos).

Na BN, o quadro clínico tem como características:

- hipertrofia bilateral nas glândulas parótidas, dando a impressão de fâcies de lua cheia;

- sinal de Russel: esfoliação no dorso do dedo médio, devido ao hábito de introduzi-lo na garganta para forçar vômitos;
- desgaste dentário: excesso de suco gástrico aumentando a acidez bucal, provocando maior número de cáries;
- desequilíbrios hidreletrolíticos: hipopotassemia, hipomagnesemia nos pacientes que, habitualmente, abusam de laxativos, diuréticos e indução de vômitos, assim como fadiga, fraqueza e apatia devido á desidratação;
- estomatite angular e lábios quebradiços (exposição freqüente ao suco gástrico).

2.4. Epidemiologia

Os transtornos alimentares vêm despertando a maior atenção dos profissionais de saúde e de toda a sociedade devido ao crescente aumento de sua prevalência.

Agravando este quadro, tem-se o longo tempo de tratamento que estes transtornos exigem, aumentando os custos de internação, nota-se também a maior incidência no sexo feminino, com grande representação no mercado de trabalho nas últimas décadas, fatores esses que facilitam a compreensão da necessidade da criação de serviços especializados para tratar tais distúrbios.

A realização de estudos epidemiológicos apresenta algumas dificuldades relacionadas ao correto diagnóstico da anorexia nervosa, devido á recusa do paciente em procurar ajuda profissional e a chegada para o tratamento apenas dos casos de maior gravidade, o que pode implicar em incidência e preponderância subestimadas (Bighetti, 2003; Amigo, 2005).

A incidência de novos casos em mulheres jovens, de acordo com os dados dos EUA e Europa, pode variar de 1,4 a 4,8: 100.000 pessoas, anualmente. Existe uma tendência ao aumento da incidência de anorexia nervosa, em parte por causa da realização de um diagnóstico mais preciso por parte dos médicos ou da familiaridade com a doença por parte dos pais dos pacientes (Watson, 2000; Amigo, 2005).

A prevalência de AN é estimada entre 0,5 e 1 %, podendo elevar-se ao serem consideradas as síndromes chamadas parciais, isto é, pacientes que não apresentam a doença totalmente desenvolvida, seja pela presença dos ciclos menstruais, seja pelo fato da perda de peso não ser tão intensa quanto à esperada (Watson, 2000).

Segundo Garfinkel (1976), a incidência mundial de AN é estimada em 1:100. 000, porém se considerarmos apenas as mulheres jovens e brancas de países desenvolvidos, observa-se o aumento de 1:200. Ocorre com maior frequência na faixa etária entre 12 e 30 anos, onde cerca de 80% dos casos aparecem na adolescência com idade de início, variando entre 12 a 13 e 15 a 16 anos (Herzog, 1985; Willy, 1983).

Na BN, os dados revelam a hipótese de que esta doença estaria aumentando, descrevendo uma incidência de 17,6/100.000/ano para o período 1985-1989, valor três vezes maior que o encontrado entre 1970-1980. A ocorrência de BN é quase exclusiva em mulheres jovens e menos de 10% dos pacientes são homens. O início dos sintomas se dá entre os 16 e 19 anos, embora comumente isso, ocorra na terceira e quarta décadas de vida (Herzog, 1985; Willy, 1983).

Para o TCAP, a incidência na população geral é de 2%, porém 30% dos pacientes que procuram tratamento para redução de peso preenchem critérios diagnósticos no estudo de Spitzer (1993). A distribuição por sexo evidenciava um predomínio do sexo feminino na proporção de 3:2 (Willy, 1983; Morgan, 1998).

Cerca de 90% dos pacientes são do sexo feminino, com maior incidência nos indivíduos de raça branca e pertencentes a classes socioeconômicas média e alta. Em relação ao sexo masculino, parece haver um elevado número de homossexuais, embora sem confirmação epidemiológica (Nunes, 1998, Amigo, 2005).

2.5. Etiopatogenia

Acredita-se em um modelo multifatorial com contribuição de fatores biológicos, genéticos, psicológicos, socioculturais e familiares que estariam relacionados com a manutenção destes transtornos.

Embora uma única etiologia da AN seja desconhecida, determinadas alterações biológicas parecem contribuir para esta condição (Monteiro dos Santos et al, 1990; Cordás, 1997; Amigo, 2005).

Ainda é extremamente difícil obter uma noção clara dessas anormalidades biológicas, devido a várias limitações de métodos de pesquisas que avaliam o funcionamento neurológico e suas alterações nesses quadros (Monteiro dos Santos et al, 1990; Cordás, 1997). Porém o estado de inanição pode ser o responsável por várias alterações no metabolismo dos neurotransmissores, dificultando pesquisas nesta área (Cereser et al, 2001).

O fenômeno da comorbidade é um outro aspecto importante para a compreensão do início da AN, sendo que alguns autores defendem uma relação

causal entre AN e os outros transtornos psiquiátricos (Russel, 1979; Cordás, 1997). Segundo esses estudos, 91% das pacientes apresentam grau elevado de depressão e, aproximadamente 75% possuem transtornos de ansiedade com predomínio de quadros fóbicos e do transtorno obsessivo-compulsivo (Cordás, 1997; Polivy e Herman, 2002).

Nos casos de AN, torna-se difícil demonstrar anormalidades neuroquímicas, pois a própria desnutrição poderia justificar muitas alterações hipotalâmicas e metabólicas observadas.

Existe uma tendência dos sintomas depressivos desaparecerem com a recuperação do peso da paciente. Esses sintomas poderiam funcionar como marcadores biológicos de traço e parecem estar relacionados com a função serotoninérgica (Amigo, 2005).

Anormalidades em vários sistemas neurotransmissores já foram descritas na bulimia nervosa. O metabolismo corporal pode-se encontrar bastante alterado em função das características clínicas da doença (Cordás, 1997).

A situação metabólica na BN é o resultado dos episódios de compulsão alimentar, seguidos de purgação e alternados com a inanição dos intervalos de restrição alimentar. Dessa forma, pode-se observar níveis plasmáticos de insulina baixos, assim como glicose, peptídeo-C e triiodotironina. O funcionamento do eixo hipotálamo-hipófise- adrenal, encontra-se alterado além dos níveis de hormônio de crescimento e prolactina, também estão alterados; há ocorrência de ciclos anovulatórios (Cordás, 1997; Amigo, 2005).

Uma das hipóteses mais promissoras na fisiopatologia dos transtornos alimentares é que a diminuição da atividade serotoninérgica central poderia ser um

fator predisponente para o desenvolvimento da BN assim como para os episódios de TCAP, porém faltam pesquisas que os comprovem (Cordás,1997; Morgan et al,1998).

2.6. Tratamento

O tratamento dos transtornos alimentares sofreu uma série de avanços nas últimas décadas, no entanto o seu manejo continua sendo difícil e desafiador (Ribeiro, 1998).

Características obsessivo-compulsivas e medos irracionais, freqüentemente presentes nos pacientes também dificultam as abordagens (Ribeiro, et al, 1998; Amigo, 2005).

O tratamento deve, inicialmente ser feito de forma ambulatorial, com retornos de curtos períodos. Há, ainda, assistência familiar para se assegurar maior participação de todos no tratamento e garantir sua eficácia (Cordás, 1997; Ribeiro et al, 1998).

A internação hospitalar procede apenas nos casos mais delicados, onde a condição nutricional e clínica do paciente ameaça a vida. Anteriormente, preconizava-se a internação hospitalar para esses doentes, independente da gravidade do quadro, pois se acreditava que assim facilitaria o manejo com a paciente e diminuir-se-ia o risco de manipulação dos profissionais envolvidos no tratamento (Monteiro dos Santos et al, 1986).

Atualmente, acredita-se que o tratamento ambulatorial pode beneficiar mais o paciente (sem risco de vida) e a família, pois fornece apoio para trabalhar as questões e eventos “estressores” envolvidos na doença, assim como a adaptação da

paciente ao tratamento (Cordás, 1997; Bó e Barbosa, 1999). Da mesma forma, oferece para as instituições

as vantagens de não custear uma hospitalização e disponibilizar um número maior de leitos, visto que a internação de um portador de transtorno alimentar normalmente é longa, transcorrendo meses (Ribeiro et al, 1998).

As indicações para internação das pacientes com AN são:

- ◆ Pacientes com perda de peso corporal rápida;
- ◆ Peso corporal 70 % abaixo do esperado;
- ◆ Necessidade de monitorização constante das condições clínicas da paciente;

A necessidade de internação nesses casos está associada às complicações clínicas e psiquiátricas (Watson et al, 2000).

Na situação de BN, o abuso de laxativos e o uso de álcool e outras drogas, risco de suicídio e a gravidade de certos comportamentos de transtorno de personalidade podem necessitar de intervenção hospitalar.

Uma perturbação grave no comportamento alimentar como episódios purgativos frequentes, precedidos da ingestão alimentar massiva, comum nesses casos, pode representar indicação para hospitalização (Monteiro dos Santos et al, 1986).

As indicações para internação nestes quadros são as seguintes (Cereser, et al, 2001):

- ◆ Pacientes com graves problemas clínicos (distúrbios hidroeletrólíticos, arritmias cardíacas);

- ♦ Pacientes com problemas psiquiátricos, que necessitem de internação especializada;
- ♦ Pacientes sintomáticos graves (com sintomas incapacitantes, que atrapalhem a sua rotina);
- ♦ Pacientes com má resposta ao tratamento ambulatorial.

O tempo de tratamento que precede a alta hospitalar demonstra grande influência para o reaparecimento dos sintomas (Cereser, 2001).

No estudo de Fairburn (2000), 15 pacientes do sexo feminino, que foram tratados por 5 anos, apresentaram critérios diagnósticos do DSM-IV em 15 % deles, mesmo após esse período de tratamento; 36 % apresentaram um ou outro comportamento da anorexia ou bulimia nervosa e 8% ainda apresentaram compulsão alimentar.

Russel (2000) acompanhou 13 pacientes do sexo feminino que apresentavam comportamentos compulsivos e purgativos, cujos diagnósticos eram variados (BN, TCAP, A N-bulímico) por 60 meses. Ele observou que durante este período a compulsão alimentar diminuiu, com recuperação de 56 a 77% dos sujeitos.

Porém, em ambos estudos, incidiram outras co-morbidades psiquiátricas: no grupo das bulímicas, identificou-se 23% dos casos com transtorno depressivo, 15% com transtorno de ansiedade e 0,5% com abuso de álcool. Nos casos diagnosticados como anorexia, identificou-se 23% de transtorno depressivo e 0,9% mantiveram comportamento restritivo.

No estudo de Gendall et al (1997) o observado foi que as 14 portadoras de bulimia nervosa evoluíram com comportamento restritivo, passando a fazer dieta rigorosa e a consumir alimentos hipocalóricos.

2.7. Prognóstico

Por se tratar de transtornos com grande tendência a evidenciar curso crônico e ondulatório, com remissões e exacerbações periódicas, torna-se bastante difícil demarcar o prognóstico da doença e a condição dos pacientes; após o tratamento.

Há poucos dados na literatura sobre o futuro desses pacientes que recebem alta dos serviços. Alguns (Fairburn et al,1998) mostraram que elas desenvolvem outros tipos de transtornos mentais ou algum tipo de problema clínico, como, por exemplo, complicações cardiovasculares, ortopédicas, enxaquecas e cefaléias, transtorno depressivo e ideação suicida (Fairburn,1998; Horner,2002).

Em se tratando de AN, BN e TCAP, pode-se considerar que as mesmas se constituem em doenças graves, trazendo consequências sérias do ponto de vista clínico e psicológico, acarretando, assim, tratamento dispendioso ao serviço de saúde. Se essas doenças forem diagnosticadas precocemente, bem como as recidivas, o tratamento pode ser facilitado em termos de tempo e duração, diminuindo a comorbidade e favorecendo o prognóstico (Fairburn, 1998; Horner, 2002).

Internacionalmente, há poucos relatos de pacientes acompanhados após a alta e, mesmo assim discorda-se bastante sobre o tempo de acompanhamento que esses indivíduos devam ter.

É sabido que a avaliação desses sujeitos é muito árdua visto que se torna necessária uma ampla abordagem para se obter indicadores de um estado de saúde aceitável (Fairburn et al, 2000).

Alguns pesquisadores propuseram uma classificação para enquadrar e demonstrar a condição de saúde das pacientes, depois de tratadas. Russel (1993) propôs o seguinte:

- 1) Evolução favorável: quando o peso corpóreo está normal (até 85% do esperado) e apresenta ciclos menstruais regulares;
- 2) Evolução intermediária: Peso corporal normal (ou próximo disso - com 75% do peso corpóreo), presença de amenorréia;
- 3) Evolução insatisfatória: Peso corpóreo abaixo do esperado, com menos de 75% de adequação e reaparecimento dos sintomas bulímicos.

O autor, também, propõe uma avaliação do ajustamento psicossocial da paciente, considerando 5 dimensões como padrão: estado nutricional, função menstrual, estado mental, ajustamento psicossocial e socioeconômico.

Em 2000, ele recomendou que as pacientes fossem seguidas por 5 anos, justificando como um tempo hábil para a doença se desenvolver por completo (Russel, 2000).

Em razão das complicações clínicas, decorrentes da anorexia nervosa, que trazem risco de morte para o paciente, enfatiza-se a importância de manter o seguimento, a avaliação de aspectos clínicos, bem como exames físicos e laboratoriais (Monteiro dos Santos et al, 1986; Amigo, 2005).

O critério de melhora é variável para diversos autores. Keel et al, (2000) consideram a paciente recuperada, mesmo se a frequência das compulsões alimentares, seguidas de vômitos, ocorrerem mensalmente. Para Herzog (1996), é necessário cessar todos os comportamentos compensatórios e compulsivos.

Outros estudos afirmam que o tratamento por 5 anos pode ser insuficiente, afirmando que a taxa de mortalidade aumenta proporcionalmente ao tempo de observação (Nunes, 1998).

A taxa de recuperação da AN na maioria dos estudos fica por volta de 50 %. Há alguns registros que mostram 36 % , de acordo com Halmi (2000). A taxa de mortalidade varia de 0 a 21%, segundo o mesmo autor.

Da análise de vários estudos, alguns autores, como Russel (1996), chegaram á conclusão que há uma tendência quanto ao prognóstico dos transtornos alimentares: um número crescente de pacientes chega á categoria de evolução favorável, ou seja, vem aumentando o número das pacientes que conseguem manter peso e menstruação regulares, diminui o número de pacientes com evolução insatisfatória, mas aumenta o número de óbitos.

Os transtornos alimentares, geralmente, apresentam um curso crônico e prolongado mesmo em situações favoráveis. As taxas de mortalidade são elevadas e as recuperações podem ser seguidas de recaídas ou transição para um outro transtorno. Complicações clínicas e suicídio são as principais causas de morte. Estudos mostram que os pacientes podem continuar a se recuperar mesmo após 10 ou 15 anos de doença (Keel et al, 1998).

Muitos dos problemas de saúde que estes pacientes desenvolvem na idade adulta são consequência do transtorno apresentado na adolescência: transtornos

mentais (ansiedade, depressão) e vários problemas orgânicos (doenças cardiovasculares, insônia, fadiga, osteoporose, etc.) são descritos na literatura (Cereser et al, 2001).

Não há um consenso sobre recaídas na literatura. Alguns autores como Hsu (1997) afirmam um percentual de 9%, Tozzi (2003) afirma que essas taxas ficam por volta dos 29%.

Segundo Garfinkel (1991), uma recaída deveria se caracterizar pela perda de peso abaixo do normal associada a outros sintomas dos transtornos alimentares, que formam o critério diagnóstico (medo mórbido de engordar, amenorréia, etc.), depois destes sintomas terem desaparecido durante o período de tratamento e a recuperação ponderal ter obtido eficácia.

Diante da gravidade que os transtornos alimentares apresentam, e prognóstico nem sempre favorável, torna-se imprescindível a necessidade de tratá-los. Neste contexto, foi criado, em 1982, o Ambulatório de Distúrbios da Conduta Alimentar e do Peso do HCFMRP-USP (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP) por iniciativa do médico psiquiatra assistente do serviço de nutrologia, que sentia a necessidade de oferecer recursos terapêuticos especializando o atendimento, a fim de receber esses casos. Desde essa época, vários trabalhos pioneiros nessa temática foram publicados (Monteiro dos Santos et al, 1986; Monteiro dos Santos et al, 1988; Monteiro dos Santos et al, 1990; Ribeiro et al, 1998).

O referido serviço cresceu, devido a alta demanda de pacientes para este tratamento. Hoje, este ambulatório foi nomeado como Grupo de Assistência aos Transtornos Alimentares (GRATA), conta com uma equipe multiprofissional com

nutricionistas, médicos nutrólogos, psiquiatra e psicólogos. Nas internações hospitalares também participam o clínico, o enfermeiro e o terapeuta ocupacional.

Atende cerca de 28 pacientes por mês e destes 4 são novos casos. A procedência principal é da população de Ribeirão Preto e região e alguns casos fora deste distrito que são encaminhados diretamente para este serviço.

Os pacientes são atendidos em ambulatório, individualmente, pelo psiquiatra e simultaneamente pelo nutricionista e nutrólogo; ainda são encaminhados para psicoterapia individual e, em alguns casos, é realizado o psicodiagnóstico.

Antes de receberem o atendimento individual, os pacientes participam do grupo de apoio, dirigido por psicólogos. Os familiares dos pacientes participam de grupos de apoio dirigidos por nutricionista, médico e psicólogos, concomitantemente ao horário de funcionamento do grupo das pacientes.

Em situação de complicações clínicas que levam o paciente ao risco de vida, a internação é indicada, sendo realizada nas dependências da Unidade Metabólica do HCFMRP-USP, ou enfermarias de clínica médica sob responsabilidade da divisão de nutrologia.

No Brasil, são poucos os serviços que oferecem tratamento especializado e não há dados sobre o prognóstico destes transtornos em pacientes recuperados que já obtiveram alta hospitalar. Sendo assim, com esse projeto, pretende-se avaliar os pacientes que receberam alta do GRATA-HCFMRP-USP, buscando informações sobre o prognóstico e curso destes distúrbios.

3. *OBJETIVOS*

3.1 Geral:

Avaliar as condições nutricionais e psicossociais dos portadores de anorexia e bulimia nervosas que foram tratados e receberam alta do GRATA - HCFMRP-USP.

3.2 Específicos:

- Avaliar o estado nutricional e o padrão alimentar (ingestão calórica e dos nutrientes e hábitos relacionados ao uso de laxantes, diuréticos e alimentos hipocalóricos ou dieteticamente modificados)
- Verificar aspectos psicológicos de ansiedade, depressão e estado geral de saúde.

4. METODOLOGIA

4.1 Sujeitos:

Foram selecionados para este estudo os 25 sujeitos (22 mulheres e 3 homens) que completaram o tratamento para AN e BN e receberam alta pela equipe multiprofissional do GRATA-HCFMRP-USP.

4.2 Procedimento:

Esses sujeitos foram identificados por meio de revisão de prontuários realizada no Serviço de Arquivo Médico (SAM) do HCFMRP-USP a fim de conhecer os seus dados cadastrais (endereço e telefone) para estabelecimento de um contato telefônico. Nesse momento, o sujeito foi convidado a comparecer ao HCFMRP-USP, para conceder uma entrevista, semi-estruturada para coleta dos dados necessários. Nesse momento foi apresentado o termo de consentimento livre e esclarecido, explicando o propósito deste estudo e a livre escolha do sujeito em participar do mesmo.

Para testar a compreensão dos questionários empregados neste estudo e da entrevista semi - estruturada, bem como o tempo de aplicação e dificuldades na sua administração, dois pacientes atualmente seguidos no GRATA, em processo de alta hospitalar foram convidados a participar, colaborando como pilotos desta pesquisa.

A entrevista (anexo1) se propôs inicialmente a procurar identificar a situação social do sujeito, perguntando-se sobre estado civil, número de filhos, profissão e renda familiar. Em seguida procedeu-se com a avaliação do estado nutricional medindo-se o peso em balança eletrônica Filizola, com capacidade para 150 Kg e a altura em estadiômetro confeccionado pela oficina do HCFMRP-USP,

com capacidade para 2,00 m. Na impossibilidade do sujeito comparecer ao hospital, a entrevista e as medidas antropométricas foram tomadas em sua residência, usando-se para esse fim balança TBW eletrônica portátil, com capacidade para 120 Kg e estadiômetro portátil da mesma marca com capacidade para mensurar até 2,00m. A partir desses dados foi calculado o IMC e as pregas cutâneas tricipital, bicipital, subescapular e suprailíaca foram aferidas com auxílio do adipômetro de Lange, com escala de 0-60 mm e precisão de ± 1 mm, com pressão de mola constante á 10g/mm³ para fornecer a estimativa do percentual o gordura total. A fórmula para o cálculo do IMC ou índice de Quetelet (1969) é a seguinte: $IMC = P (Kg) / H^2 (m)$

As pregas cutâneas foram aferidas no braço não dominante, da seguinte forma:

- Prega Cutânea Tricipital: medida no tríceps no ponto médio entre o acrômio da escápula e do olécrano da ulna.
- Prega Cutânea Bicipital: aferida no bíceps no mesmo ponto médio da prega tricipital.
- Prega Cutânea Subescapular: aferida na parte inferior da asa da escápula.
- Prega Cutânea Supra-ilíaca: aferida sobre a crista ilíaca.

Para aferir a Circunferência do Braço, usou-se uma fita métrica inextensível, e aferiu-se o braço não dominante, no ponto médio entre o acrômio da escápula e o olécrano da ulna.

Foram levantadas questões a respeito de possíveis tratamentos que os sujeitos estivessem fazendo (como por exemplo: psicoterapia, tratamento médico,

acompanhamento nutricional, tratamento estético, etc;.) além do uso de medicação. O uso de polivitamínicos, suplementos alimentares e nutricionais, laxantes, diuréticos, bem como o funcionamento intestinal, ingestão hídrica, prática de atividade física, tabagismo, etilismo, e outros hábitos sociais foram questionados na última parte da entrevista.

O padrão alimentar foi investigado por meio de recordatório alimentar de 24 horas e questionário de frequência de consumo alimentar. O recordatório alimentar de 24 horas é um instrumento de investigação da ingestão alimentar do indivíduo, e permite avaliar as quantidades e porções ingeridas de cada alimento e o número de refeições (Vasconcelos, 2000; Alvarenga, 2003).

A frequência do consumo de alimentos é um método para avaliação do consumo alimentar que usa uma relação dos alimentos básicos que formam o padrão da ingestão do grupo, onde se registra a frequência em que esses alimentos são consumidos pelo indivíduo ou familiar. Nesse momento, também se questionou sobre mitos e tabus alimentares (Alvarenga, 2003).

Os instrumentos auto-aplicáveis usados neste protocolo foram:

- 1) EAT-26 (Eating Attitudes Test): foi aplicado para avaliar o comportamento alimentar anormal, como por exemplo, prática de dietas, comportamentos purgativos e controle excessivo da ingestão alimentar (anexo 2).

O Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26) é um questionário auto-relato composto por 26 itens com frequências que variam do sempre ao nunca. Para cada alternativa escolhida são atribuídos pontos que variam do zero a três (3=sempre; 2=muitas vezes; 1=às vezes; 0=poucas vezes; 0=quase nunca; 0=nunca). A única

questão que apresenta pontos em ordem invertida é a 25, sendo que para respostas mais sintomáticas, como sempre, muitas vezes e às vezes, não são dados pontos, e para as alternativas poucas vezes, quase nunca e nunca, são conferidos 1, 2 e 3 pontos, respectivamente. O resultado do teste é a somatória dos pontos dados aos 26 itens e um resultado equivalente a 21 pontos representa um comportamento que sugere anormalidade. O EAT-26 é construído por 3 fatores (ou escalas) obtidas a partir de análise fatorial, cujo conceito e números virão a seguir:

- **Dieta (D):** itens nº 1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24, 25.
Reflete uma recusa patológica a comidas de alto valor calórico e preocupação intensa com a forma física.
- **Bulimia e preocupação com alimentos (B):** itens nº 3, 4, 9, 18, 21, 26. Refere-se a episódios de ingestão compulsiva de alimentos, seguidos de vômitos e outros comportamentos para evitar o ganho de peso.
- **Controle Oral (CO):** itens nº 2, 5, 8, 13, 15, 19, 20. Demonstra o autocontrole em relação aos alimentos e reconhece forças sociais no ambiente que estimulam a ingestão alimentar (Ribeiro, 1999; Bighetti, 2003).

2) QSG-Questionário de Saúde Geral de Goldberg (anexo 3).

O QSG é composto de 60 itens sobre sintomas psiquiátricos não-psicóticos. Estes são apresentados em folhetos e respondidos em uma escala de 4 pontos tipo Likert. Deve-se observar que a formulação de parte dos itens expressa os sintomas diretamente e a outra parte os expressa pelo oposto, isto é, através de comportamentos normais. Pode-

se afirmar que o QSG se mostra um instrumento válido e preciso, o que recomenda o seu uso para avaliar distúrbios mentais não severos desviantes da população (Pasquali, 1988).

Os fatores e seus itens correspondentes são mostrados abaixo:

- 1- Stress psíquico: itens nº 3, 12, 38, 39, 40, 41, 43, 44, 45, 47, 49, 55, 58
- 2- Desejo de morte: itens nº 50, 51, 52, 56, 57, 58, 59, 60
- 3- Desconfiança no próprio desempenho: itens nº 7, 15, 16, 22, 23, 25, 27, 28, 29, 30, 35, 36, 37, 40, 42, 46, 50
- 4- Distúrbios do sono: itens nº 11, 14, 17, 18, 19, 20
- 5- Distúrbio psicossomáticos itens nº 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 13, 16
- 6- Saúde geral: todos os 60 itens.

Os protocolos com 10% ou mais de questões não respondidas devem ser considerados nulos, isto equivale a 6 questões não respondidas, com menos de 10% de questões não respondidos, podem ser aproveitados.

3) HAD- Hospitalar Anxiety and Depression (anexo 4).

O HAD é composto de 14 itens sobre sintomas de ansiedade e depressão. Estes itens são apresentados da mesma forma que o QSG.

Os fatores e seus itens correspondentes serão mostrados abaixo:

Sintomas de ansiedade: itens: 1,3,5,7,9,11,13.

Sintomas de depressão: itens: 2,4,6,8,10,12,14.

- 4) Inventário de Depressão de Beck (anexo 5) para avaliar os aspectos mais gerais desses indivíduos buscando conhecer o ajustamento

social após a alta, identificar sintomas psicológicos que podem sugerir a recidiva da doença e avaliar estado de saúde geral dos mesmos. Os questionários foram usados em associação, permitindo maior fidedignidade a coleta de dados. Segundo Evans (1988) é importante que estes instrumentos sejam aplicados em conjunto, para encorajar o entrevistado a falar e sanar dúvidas que possam surgir na interpretação das respostas.

O Inventário de Depressão de Beck será usado em associação com os dois outros questionários para ajudar a estabelecer a existência da depressão e fornecer um guia da sua gravidade. Um questionário é usado no qual o paciente é solicitado a escolher uma declaração que melhor descreve como está se sentindo naquele momento particular. O escore máximo para cada item é 3, o escore máximo para a escala inteira é 39, que seria o máximo grau de depressão mensurável por esta escala (Evans, 1988).

4.3 Análise de Dados

Os dados de avaliação nutricional (peso, altura, IMC, pregas cutâneas e circunferência do braço) foram tabulados em um banco de dados e analisados pelo programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS) para análise descritiva.

A somatória dos valores das aferições das pregas cutâneas foram analisadas segundo tabela comparativa para sexo e idade de Durnin e Womersley (1974); Em seguida o valor da prega do tríceps foram empregados em cálculos, juntamente com a circunferência do braço, para estimativas da massa muscular e

gordurosa no braço (Durnin; Womersley, 2002). A fórmula empregada nesses cálculos é a seguinte:

$$CB = PB - (PT \times 3,14)$$

onde:

CB= circunferência braquial

PB=perímetro do braço(mm)

PT=prega cutânea tricipital (mm)

Os valores que equivalem a normalidade são:

P50: CB maior que 230 mm⁴².

$$AMB = CB / 12,48$$

onde:

AMB(mm²)= área do músculo do braço

$$AGB = PB \times PT / 12,48 - 3,14 \times PT^2$$

Onde:

AGB=área gordurosa do braço

Os dados referentes a ingestão alimentar obtidos pelo recordatório alimentar de 24 horas foram analisados pelo programa de informática Virtual Nutri para cálculos e investigações nutricionais, como valor calórico diário, distribuição entre macronutrientes (carboidrato, proteína e gordura) e quantidade de micronutrientes, adequação pelas RDAs (Recommended Dietary Allowances).

O questionário de Frequência alimentar foi analisado segundo o consumo de alimentos e sua frequência, e avaliado dentro do padrão esperado.

Quanto aos testes psicológicos, a correção do QSG é feita dividindo-se a pontuação de cada fator pelo número de questões compreendidas nos mesmos, e finalmente comparando ao score de cada fator, obtido com a média da população (Pasquali, 1988). Valores de cada fator maior que 3 ou situados no percentil 90, são indicativos de distúrbios psíquicos não psicóticos.

Fator 1: score 22 (desvio padrão:7)

Fator2: score 16 (desvio padrão:5)

Fator 3: score25 (desvio padrão:3)

Fator 4: score 8 (desvio padrão:3)

Fator 5: score 11 (desvio padrão: 4)

Fator 6: score 20 (desvio padrão:7)

A correção do HAD é feita pela soma da pontuação atribuída a cada questão de cada fator e posteriormente conferindo os scores.

- Para ansiedade: o resultado acima de 8 é significativo de um comportamento de transtorno de ansiedade.
- Para depressão: escore acima de 10 é significativo de sintomas de transtorno depressivo³³.

Para o inventário de Beck foi utilizado o quadro abaixo para estimativa de cada nível de depressão (Hamilton, 1998).

Grau de depressão	Variação dos escores
Nenhum ou mínimo	0-4
Suave	4-7
Moderado	8-15
Grave	16 ou mais

Para análise do EAT, resultado igual ou superior a 21 pontos representa um comportamento alimentar que sugere anormalidade (Ribeiro, 1999).

4.4 Questões éticas

Esta pesquisa foi encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, por se tratar de uma investigação com seres humanos. Houve desde o início deste estudo, o compromisso em respeitar os aspectos éticos envolvidos, assegurando a impossibilidade de identificação do sujeito participante dessa pesquisa. Todas as informações obtidas foram mantidas em sigilo, sendo apenas utilizadas para este estudo e a participação dos sujeitos foi inteiramente voluntária, com total liberdade para os mesmos desistirem em qualquer momento da colaboração com esta pesquisa, sem nenhum prejuízo ou punição. Além disso, os indivíduos puderam realizar quaisquer questionamentos a todo ou qualquer momento, assim como possuir acesso ao estudo na íntegra, sendo esclarecido de todos esses aspectos, no momento em que assinaram o termo de consentimento, no início da investigação.

5. RESULTADOS

O número de sujeitos previsto para participar desta pesquisa era de 25 pessoas. No entanto, através de contato telefônico houve dificuldade de localizar estes indivíduos por vários motivos: telefone inexistente, mudança de cidade, falecimento dos genitores, matrimônio e mudança de endereço, interrupção ou finalização de seguimento pelo Hospital das Clínicas, já que muitos receberam alta hospitalar há mais de cinco anos.

Desta forma foram localizados 12 indivíduos, porém 2 deles não foram incluídos. Um deles foi localizado por um familiar, que informou estar atualmente morando fora do país. Optou-se por não enviar a entrevista por correio porque alteraria o procedimento metodológico, já que todos os outros sujeitos foram entrevistados pessoalmente pela pesquisadora. Um outro sujeito, apesar de ter concordado inicialmente em participar da pesquisa, não realizou a entrevista por dificuldade em definir data e horário para realização da mesma ainda que ofertando-lhe propostas de lugares e horários diversos, inclusive no período noturno e fins de semana).

Sendo assim, essa amostra foi composta por 10 indivíduos que concordaram em participar deste estudo, mostrando-se bastante colaborativos. A seguir, serão apresentados os resultados da avaliação nutricional e psicossocial.

A) Dados demográficos

A tabela 1 mostra os dados de identificação dos indivíduos.

A idade deles variou entre 21 e 35 anos e apenas 1 indivíduo desta amostra era do sexo masculino (L B).

Tabela 1: Dados demográficos dos 10 sujeitos participantes do estudo. Ribeirão Preto, 2005.

número	nome	Idade (anos)	Estado civil	Profissão	Procedência
1	APT	28	solteira	Secretária	Orlândia-SP
2	LB	21	solteiro	Estudante de arquitetura	Ribeirão Preto-SP
3	VCM	33	casada	Do lar	Sertãozinho-SP
4	LPRL	23	solteira	Estudante de medicina veterinária	Uberaba-MG
5	MMM	33	casada	Comerciante/empresária	Ribeirão Preto-SP
6	CCZ	24	solteira	Estudante de biologia	Ribeirão Preto-SP
7	ALSFS	24	casada	Do lar	Ribeirão Preto-SP
8	FHM	35	casada	Dentista	Araraquara-SP
9	RCPS	26	solteira	Enfermeira	Ribeirão Preto-SP
10	JAC	34	casada	Gerente de loja	Cravinhos-SP

Quanto ao estado civil, todos os sujeitos eram solteiros na época do tratamento e após a alta hospitalar, metade da amostra (5 indivíduos) se casou e deste número, todos já têm filhos (1filho cada casal). Dos 50 % restantes, 3 moram sozinhos ou dividem moradia com conhecidos. Apenas 2 continuam morando com os genitores.

Em relação á ocupação, 3 deles são estudantes de curso universitário e 5 já concluíram o terceiro grau e exercem atividade profissional remunerada, inclusive 1 sujeito tem curso de pós-graduação. Apenas 2 sujeitos não tem nenhuma atividade remunerada.

A procedência dos sujeitos e de algumas de suas famílias da maioria dos casos (60%) era de Ribeirão Preto-SP . Os 40% restantes residem em cidades próximas, cerca de até 200 Km de distância. Para realizar a entrevista, no contato

telefônico, estabeleceu-se o local de maior facilidade para o sujeito (Unidade Metabólica do Hospital das Clínicas ou na residência do mesmo). Alguns indivíduos que moravam fora do município de Ribeirão Preto preferiram se deslocar até o Hospital das Clínicas por que julgavam ser mais apropriado e privado (50% da amostra). Os demais foram entrevistados em suas residências (Ribeirão Preto: 30 %, Araraquara: 10% e Cravinhos: 10%).

B) História da doença e do tratamento

Quando esses indivíduos iniciaram o tratamento para transtornos alimentares, a idade deles variava entre 13 e 24anos, sendo a maioria deles adolescentes (70%). O relato registrado no prontuário do primeiro atendimento destes indivíduos indica os primeiros sintomas da doença que ocorreram de 8 meses a 3 anos, antes do início do tratamento no GRATA-HCFMRP-USP. O diagnóstico realizado na época foi de Anorexia nervosa (AN) em 6 casos, Anorexia Nervosa tipo Bulímico (AN-B) em 2 casos e Bulimia Nervosa (BN) em 1 caso.

O tempo de tratamento a que os integrantes dessa amostra se submeteram foi bastante variado, sendo o mínimo de 10 meses e o máximo de 78 meses.

No momento da entrevista, esses sujeitos apresentavam o tempo mínimo de 3 anos e máximo de 16 anos de alta hospitalar.

Tabela 2: Dados sobre a história da doença e do tratamento no HCFMRP-USP dos 10 sujeitos. Ribeirão Preto, 2005.

Nº	nome	idade	H D	Tempo de Tratamento (meses)	Tempo de alta (anos)
1	APT	24	BN	15	3
2	LB	14	A N	29	5
3	VCM	23	A N	24	8
4	LPRL	13	A N	60	7
5	MMM	14	A N	36	16
6	CCZ	14	A N -B	60	3
7	ALSFS	15	A N	25	7
8	FHM	15	A N	10	11
9	RCPS	15	A N-B	42	8
10	JAC	22	A N	78	5

HD= hipótese diagnóstica; A N= anorexia nervosa; A N -B=anorexia nervosa- tipo bulímico; B N= Bulimia Nervosa.

C) Tratamentos atuais de saúde

Após a alta hospitalar, nenhum indivíduo realizou acompanhamento nutricional ou psicológico. No entanto, 2 deles reconhecem que há necessidade de acompanhamento psicoterápico, mas nenhum deles o faz.

Um deles relata usar medicação fitoterápica para manter e /ou reduzir peso, justificando ser um composto á base de chás diuréticos/laxativos naturais.

Quando questionados sobre tratamentos diversos de saúde que realizam no momento 80% afirmam que se submetem a algum tipo de acompanhamento médico, sendo o ginecológico o mais citado desta amostra: 6 mulheres mantêm o

seguimento freqüente e destas, 4 estão em uso de contraceptivo oral e 2 implantaram o DIU (dispositivo intra-uterino). Apenas 1 sujeito segue tratamento psiquiátrico do tipo medicamentoso e 1 estava em terapêutica para alergia respiratória, usando soro nasal na data da entrevista.

D) Estado Nutricional

As informações sobre o estado nutricional atual dos sujeitos estão na tabela 3, abaixo:

Tabela 3: Estado nutricional dos 10 sujeitos da amostra. Ribeirão Preto, 2005.

Sujeitos	Peso (Kg)	Altura (m)	IMC (kg/m ²)	GCT (%)	CB (cm)	CMB (cm)
APT	59,5	1,68	21	31,2	24,0	17
LB	59,8	1,73	20	31,2	23,8	23
VCM	55,7	1,63	21	32,2	26,0	19
LPRL	58,8	1,76	19	30,2	26,0	19
MMM	47,4	1,54	20	29,1	23,0	17
CCZ	48,6	1,58	19	23,2	22,0	17
ALSFS	55,0	1,62	21	27,8	23,5	18
FHM	56,8	1,73	19	29,1	25,5	16
RCPS	63,5	1,53	27	32,2	28,0	19
JAC	57,0	1,65	21	31,2	26,5	19
MEDIANA	56,9	1,64	20,0	30,1	24,7	18,0
Q1	55,1	1,59	20,12	29,1	23,5	17,0
Q3	59,3	1,71	21,47	31,2	26,0	19,3
MINÍMO	47,4	1,53	19,0	23,2	22,0	16,9
MÁXIMO	59,3	1,56	27,0	31,2	26,0	19,3

IMC= índice de massa corporal, GCT=gordura corporal total, CB= circunferência do braço, CMB=circunferência do músculo do braço, Q= quartil.

O IMC mediano dos participantes, obtido com os dados de peso e altura, foi de 20,0 Kg/m², estando a maioria da amostra (90 % dos sujeitos) eutrófica, considerando como faixa de normalidade os valores entre 18,5 e 25 Kg/m². Apenas 1 sujeito apresentava a condição de sobrepeso com valor 27,8kg/m² (RCPS).

O percentual mediano de gordura corporal, calculado a partir da somatória das quatro pregas subcutâneas (tricipital, bicipital, subescapular e supra-iliaca) foi de 30,1%, mostrando-se adequado em 4 indivíduos cujos valores normais são de até 25% para homens e 30 % para mulheres. Os 6 indivíduos restantes apresentaram esse parâmetro acima do limite.

As medidas de circunferência do braço (CB) e circunferência do músculo do braço (CMB) foram avaliadas com tabelas comparativas para sexo e idade, classificadas por medidas de posição (percentis) em comparação com a população de referência.

Na análise do valor mediano da CB, um importante parâmetro adicional para avaliação do estado nutricional, 3 sujeitos se mostraram no percentil 50 para sexo e idade (VCM, LPRL e JAC); 1 no percentil 75 (RCPS) e 6 se classificaram abaixo do percentil 50 (APT, LB, MMM, CCZ, ALSFS e FHM).

A avaliação da mediana da CMB, parâmetro utilizado para estimar compartimentos musculares, mostrou que 8 indivíduos estavam abaixo do percentil 50 (APT, LB, VCM, LPRL, MMM, CCZ, ALSFS e FHM) e 2 situados no percentil 50 para idade e sexo (RCPS e JAC).

E) Ingestão Alimentar

O cálculo do consumo alimentar, relatado no início do tratamento e obtido por meio de prontuário médico, foi muitas vezes estimado, devido a dificuldades de se entender as anotações de anamnese alimentar. Algumas vezes eram imprecisas na quantidade dos alimentos consumidos, em maior frequência, em algumas dietas bizarras e que não são encontrados em programas de cálculos nutricionais ou tabelas de composição dos alimentos. Assim sendo, substituiu-se alguns desses itens por similares, possíveis de serem calculados.

O consumo alimentar naquela época se mostrou bastante inadequado em relação á ingestão de calorias e macronutrientes (Tabela 4). Todos eles, com exceção de APT apresentavam baixa ingestão calórica (de 400 a 1100 kcal/ dia) e desequilíbrio entre proteínas, gorduras e carboidratos, com tendência para uma alimentação hipogordurosa. O sujeito APT apresentava alto consumo calórico e lipídico, devido ao comportamento alimentar característico do quadro de bulimia nervosa (grande ingestão alimentar em curtos espaços de tempo, seguida de purgação).

A ingestão alimentar em relação aos referidos nutrientes se mostrou bem mais adequada, com aumento da ingestão calórica de todos os sujeitos, com exceção de LB, cuja alimentação parece ser hipercalórica (3522 Kcal), e hipergordurosa (43,2%). O percentual de gordura está dentro da normalidade (25 a 30%) em 7 indivíduos o de carboidrato em 8 sujeitos (50 a 60%) e o de proteína em apenas 2 sujeitos (10 a 15%), conforme ilustra a Tabela 5.

Tabela 4: Estimativa do consumo calórico e distribuição percentual dos macronutrientes, relatados no primeiro atendimento hospitalar dos sujeitos da amostra. Ribeirão Preto, 2005.

Sujeito	Kcal	Ptn (%)	Gord (%)	CHO(%)
APT	3.650	16	40	54
LB	1100	13	25	62
VCM	800	14	26	60
LPRL	550	23	20	67
MMM	400	8	13	79
CCZ	600	10	15	75
ALSFS	450	25	15	60
FHM	400	10	15	75
RCP	800	15	23	62
JAC	600	13	28	69

Kcal= calorias, Ptn= proteínas, Gord= gorduras, CHO= Carboidrato

Tabela 5: Estimativa atual do consumo calórico e distribuição percentual dos macronutrientes dos 10 sujeitos da amostra. Ribeirão Preto, 2005.

sujeito	Kcal	Ptn (%)	Gord (%)	CHO (%)
APT	1800	18	25	57
LB	3522	17,4	43,2	39,4
VCM	1637	17,6	23,4	60
LPRL	1173	18,6	25,9	55,5
MMM	1404	15,3	25,3	60,4
CCZ	1112	18,5	29,2	53,4
ALSFS	1633	17,3	28,2	56,8
FHM	1644	13,1	28,3	59,6
RCP	1880	18,2	33,3	49,7
JAC	2054	12,2	23,4	65,3

Kcal= calorias, Ptn= proteínas, Gord= gorduras, CHO= Carboidratos

Quando comparada á ingestão calórica atual e àquela referida na época da doença com as recomendações diárias (RDA), observa-se nítida melhora em 90% da amostra, com aumento significativo da energia consumida, ilustrada no gráfico 1. Apenas o sujeito LB, do sexo masculino, apresenta ingestão calórica acima das recomendações diárias. O sujeito APT diminuiu sua ingestão calórica, estando agora mais próximo da sua necessidade energética. No entanto, a ingestão protéica atual está aumentada em 8 sujeitos (gráfico 2).

Gráfico 1: Comparação do consumo de calorias diárias antes do tratamento (tto) e após a alta, com as recomendações diárias (RDA) dos 10 sujeitos. Ribeirão Preto, 2005.

Gráfico 2: Comparação do consumo percentual diário de proteína com a RDA antes do tratamento e após a alta dos 10 sujeitos. Ribeirão Preto, 2005.

No início do tratamento, a ingestão de micronutrientes se mostrava muito deficiente com consumo muito aquém do recomendado. Nutrientes com papéis importantes no organismo, como ferro, cálcio e potássio não atingiam metade do recomendado diariamente. Vitaminas como o complexo B e retinol também se mostravam escassas (Gráfico3).

Quanto aos micronutrientes ingeridos atualmente, por esses indivíduos na alimentação, citamos alguns deles como ferro, cálcio e vitamina A, e que ainda não atingem a totalidade das recomendações em alguns sujeitos (ferro em metade da amostra: APT, MMM, CCZ, FHM, RCPS; cálcio e retinol em 3 indivíduos da amostra: APT, MMM e LB, respectivamente). Algumas substâncias, também, se mostram excedentes, extrapolando as RDA, como por exemplo, fósforo e sódio em 4 sujeitos (sódio: JAC, CCZ, FHM e fósforo: APT). Os gráficos 3 e 4 mostram as

porcentagens de RDA atingidas no início do tratamento para transtorno alimentar e o consumido atualmente.

Gráfico3: Percentual atingido das RDA no início do tratamento dos 10 sujeitos.

Ribeirão Preto, 2005.

Gráfico 4: Percentual atual atingido das RDA dos 10 sujeitos. Ribeirão Preto, 2005.

Para avaliar a qualidade da alimentação atual dos 10 sujeitos do estudo foi investigada a frequência do consumo dos diversos grupos alimentares, de acordo com a pirâmide alimentar proposta por Philippi et al, (1999), como ilustrado na figura 1.

Guia para escolher os alimentos

Figura 1: Pirâmide alimentar adaptada para a população brasileira segundo Philippi et al ,1999.

De acordo com esse modelo de orientação alimentar todos os sujeitos afirmaram consumir diariamente alimentos do grupo do leite, verduras e legumes e arroz.

Quanto a ingestão de carnes e ovos, 9 indivíduos consomem estes gêneros diariamente e apenas 1 sujeito faz uso deste grupo de 2 a 3 vezes por semana.

O consumo diário de frutas foi constatado em 80% da amostra e o restante (20%) consome este item de 2 a 3 vezes por semana

A ingestão diária de gorduras e açúcares diversos ficou representada com 70 % da amostra que consome alimentos destes grupos diariamente; 30% só os utilizam aos fins de semana.

A adequação da ingestão por grupos de alimentos está representada no gráfico 5.

Gráfico 5: Consumo diário dos grupos alimentares do 10 sujeitos. Ribeirão Preto, 2005.

Quanto ao consumo de alimentos hipocalóricos ou dietéticos igualmente abordados na entrevista, 70 % dos indivíduos afirmaram consumir diariamente esses alimentos; sendo que os mais citados foram o refrigerante, o leite desnatado, chiclete e adoçante. Este último é utilizado para adoçar sucos, café e vitaminas. O edulcorante mais consumido foi o aspartame, e ciclamato de sódio com sacarina em substituição. Dessa amostra, apenas 1 sujeito (LB) afirmou nunca ingerir nenhum alimento dieteticamente modificado porque o sabor não lhe agrada.

Todos os indivíduos negaram o uso de suplemento vitamínico- mineralógico ou complemento alimentar depois do tratamento para transtornos alimentares. Apenas 1 sujeito (CCZ) afirmou usar, atualmente, um composto fitoterápico, com efeito, laxativo e diurético.

F) Avaliação psicossocial

Para esta avaliação, foram aplicados os seguintes testes: Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG), Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26), Inventário de Depressão de Beck, Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD). Na análise do QSG (Tabela 6), todos os sujeitos mostraram contagem dos fatores com valores dentro da normalidade, ou seja, resultados menores ou iguais a 3 ou valores acima do percentil 90 para ambos os sexos. Nenhum questionário apresentou respostas nulas ou em branco.

Na análise do Inventário de Depressão de Beck, 1 sujeito (VCM) apresentou resultado classificado como depressão suave (5 pontos). No restante da amostra apresentou pontuação entre 2 e 4, considerada dentro da faixa de normalidade (Tabela7).

A análise do HAD mostrou que 4 sujeitos apresentaram pontuação para ansiedade leve, com valores do teste acima de 4 pontos (APT, VCM, LPRL, MMM). No restante da amostra, nada se observou quanto a estes sintomas, pois os sujeitos apresentaram pontuação entre 2 e 4.

No EAT-26, o resultado variou entre 0 a 8 pontos, caracterizando uma baixa pontuação. Nenhum sujeito da amostra apresentou resultado indicativo de um comportamento alimentar anormal, ou seja, acima de 21 pontos. Os resultados destes últimos testes são mostrados nas tabelas 6 e 7, respectivamente.

Tabela 6: Pontuação do Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG) dos 10 sujeitos. Ribeirão Preto, 2005.

Escore	APT	LB	VCM	LPRL	MMM	CCZ	ALSFS	FHM	RCPS	JAC
Ponderado-										
Fatores										
Psíquico	1,5	1,5	1,6	1,5	1,6	1,8	1,3	1,7	1,3	1,3
Desejo de morte	1,0	0,75	0,75	0,75	0,625	0,625	0,5	0,5	0,75	0,5
Preocupação no desempenho	2,3	2,1	2,4	2,2	2,4	2,4	2,2	2,1	2,2	2,2
Distúrbio do sono	2,1	2,1	2,0	2,1	2,0	2,0	2,0	2,3	2,0	2,0
Distúrbio psicossocial	2,0	2,0	2,2	2,2	1,9	1,9	2,6	1,9	2,2	2,6
Saúde geral	1,6	1,58	1,7	1,65	1,6	1,6	1,65	1,61	1,6	1,65

Tabela 7: Pontuação do Inventário de Depressão de Beck, Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD) e Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26) dos 10 sujeitos. Ribeirão Preto, 2005.

Testes- pontos	APT	LB	VCM	LPRL	MMM	CCZ	ALSFS	FHM	RCPS	JAC
Beck	3	3	5	3	4	4	4	2	4	2
HAD	9	4	10	9	10	4	4	4	2	4
EAT-26	8	0	6	6	0	4	0	0	7	5

Além da aplicação destes testes , buscou-se informações a respeito de certos vícios como o tabagismo e alcoolismo. Apenas 1 sujeito (LPRL) afirmou que chegou a fumar 20 cigarros ao dia, mas deixou o hábito há mais de 1 ano. Todos afirmaram ter ingestão alcoólica de forma social.

Ainda, referiram ter uma vida social ativa, citando freqüentar festas, clubes de lazer, teatro e outros espaços sócio-culturais.

6. DISCUSSÃO

Neste estudo, nenhum indivíduo apresentou a condição de subnutrição; todos se encontravam eutróficos com exceção de apenas 1 indivíduo, que apresentou sobrepeso (RCPS).

Morgan e Russel (1993) validaram uma escala que leva em conta a manutenção do peso corpóreo pós - alta e o restabelecimento de ciclos menstruais regulares como dados relevantes, avaliando ainda de forma geral o ajustamento psicossocial e estado mental.

Segundo Gorgati e Amigo (2005), não há medidas padronizadas que avaliem a evolução e o prognóstico dos transtornos alimentares. Porém, há um consenso segundo esses autores, em que se denomina de recuperação a presença da reabilitação do peso saudável, dos ciclos menstruais e da melhora da distorção da imagem corporal.

O observado quanto à distorção da imagem corporal, neste estudo, tem características coerentes com a normalidade. Os sujeitos mostraram-se bem dispostos a conceder a entrevista, apresentaram-se adequadamente vestidos, sem a vestimenta característica dos portadores que estão em tratamento de transtorno alimentar, como por exemplo: roupas largas, de ginástica, ou vestindo-se com várias peças, para se aquecer do frio, mesmo quando o dia apresenta uma temperatura alta.

Apenas 1 sujeito (LB) demonstrou um pouco de insegurança nesse sentido, quando questionou a pesquisadora se seria fotografado, colocando esse procedimento como um possível empecilho para participar da pesquisa.

Morgan et al, (2002) afirmam que alguns fatores sociais estão associados a manutenção dos transtornos alimentares, entre eles a idéia de ser magro parece estar associada ao sucesso, á competência, ao autocontrole e ser atraente

sexualmente; e também ao fato da escolha profissional. Desconhece-se ainda se é por causa ou consequência do transtorno alimentar. Algumas profissões como modelo, atletas, bailarinas e nutricionistas são escolhidas por portadores de transtornos alimentares por exigirem um corpo magro. Muitas vezes, o meio influencia para o desenvolvimento da doença.

É importante ressaltar o sofrimento e a perda da qualidade de vida que os portadores de anorexia e bulimia nervosas enfrentam. Gonzalez et al, (2001) afirmaram que a qualidade de vida destes pacientes é inferior à população geral, com mesmo sexo e idade.

Freitas, Gorestein e Appolinário (2002) reforçam que a qualidade de vida destes portadores fica bem prejudicada, semelhante aos pacientes com outros transtornos psiquiátricos, como depressão, esquizofrenia e pânico.

A vida social destes indivíduos é algo pouco relatado na literatura. Os trabalhos que se dispuseram a investigar, as mudanças e adaptações após a alta hospitalar são escassos e priorizam apenas um outro aspecto, usando para isso instrumentos altamente específicos.

Em relação aos ciclos menstruais, embora não se tenha interrogado diretamente sobre o restabelecimento desta função, observou-se que todas as mulheres tomam contraceptivo oral ou usam outro método para evitar a gravidez, confirmando a normalidade dessa condição hormonal.

O fato de que mulheres, acima de 20 anos, usem um método para contracepção, é referido no censo do IBGE (2000) (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), sobre nupcialidade e fecundidade, que aponta a as faixas etárias dos 20 e 30 anos, com maiores utilitárias; o que justificaria, segundo o próprio

levantamento, o fato de faixas etárias mais jovens apresentarem índices de fecundidade maiores.

Com a combinação de uma entrevista semi –estruturada e aplicação de alguns questionários no procedimento metodológico, procuramos abordar todos esses aspectos que poderiam caracterizar o estado nutricional e psicossocial dos sujeitos, possibilitando não só aplicar os conhecimentos teóricos sobre a recuperação deles, mas também conhecendo particularidades da atualidade destes sujeitos segundo a recomendação de Minayo (1996).

Nesse sentido, os resultados encontrados em nosso estudo, sugerem melhora dessa condição uma mudança significativa no estado civil da amostra, pois metade deles casaram-se e tem filhos. Apenas 2 indivíduos moram com os genitores. Esses indivíduos dependem, financeiramente, dos familiares e estão concluindo os estudos. Tal situação não parece ter relação com o que afirmam alguns autores, que o fato de residir com os pais pode, muitas vezes, favorecer a remissão dos sintomas.

Os números de casamentos tiveram um discreto aumento em 2003, segundo as informações do IBGE (2003). Contudo, esse crescimento não mostra ligação com as características sócio-demográficas desta amostra, uma vez que este instituto, associa o ocorrido com algumas medidas facilitadoras para a união conjugal, como, por exemplo, o casamento coletivo, organizado por uma parceria do governo federal com algumas universidades públicas. Considerando esses dados, constatamos que em nosso estudo, metade da amostra, dá sequência a esses acontecimentos, confirmando uma condição de ajustamento social.

A maior porcentagem de dissolução de uniões, segundo IBGE (2003), é no sexo feminino, na faixa etária dos 30 anos. Não se notou, contudo, esse evento nesta amostra.

Outro fator de importante influência na recuperação do doente, é a cobrança excessiva dos genitores. Segundo Gorgati e Amigo (2005), a cobrança e a exigência demasiada dos pais dificultam a recuperação do portador de transtorno alimentar, quando associadas a outras características da personalidade do mesmo, como baixa auto - estima, perfeccionismo e impulsividade.

Essas características parecem ausentes na amostra deste estudo, já que se verificou a preocupação com a vida profissional com êxito e participação na renda familiar: apenas 2 sujeitos não colaboram com as despesas da casa. Observa-se que do ponto de vista intelectual, é um grupo diferenciado, com 80% dos indivíduos com curso superior e destes, 1 é pós - graduado.

O início do tratamento dos sujeitos avaliados neste estudo, outro ponto importante para compor o curso do tratamento para transtornos alimentares deu-se na adolescência da maioria deles, considerado um fator favorável para a evolução do quadro (Sapoznick; Abuzanra; Amigo, 2005).

Fairburn et al, (2000) observaram que os sintomas da doença pioram após os 30 anos, quando compararam a intensidade dos sintomas em uma amostra de mulheres com idades entre 16 e 35 anos.

Em nossa amostra, também não foi encontrado nenhum sujeito que recebeu alta após 30 anos de idade, fator que parece ser favorável á recuperação.

O tempo de tratamento deles foi variável, com casos que excederam 5 anos de acompanhamento, que seria o tempo médio estabelecido por alguns autores,

como Russel (1993). Porém, não foram observadas características do transtorno alimentar mais exacerbadas em sujeitos que foram submetidos a um tempo maior de tratamento.

Quanto á avaliação do estado nutricional, a maioria dos indivíduos 90% recuperaram peso e apresentam a condição de eutrofia. Apenas 1 sujeito denota a condição de sobrepeso atualmente. Observou-se que a gordura corporal apresentou-se no limite superior de normalidade, enquanto o compartimento muscular está nos limites mínimos. Esses resultados sugerem possivelmente uma situação de sedentarismo dos sujeitos.

Segundo alguns autores, como Russel (1993), que observou pacientes graves por 5 anos de tratamento multidisciplinar, é comum os pacientes com diagnóstico de anorexia nervosa cursarem com aparecimento de sintomas bulímicos (emprego de métodos purgativos para manter o peso). Em seu estudo, ele notou que 15% de sua amostra tinham essa evolução.

No presente estudo, 1 sujeito (10%) afirmou em entrevista usar chás e laxativos naturais, com o intuito de não ganhar peso, o que pode sugerir uma evolução pouco favorável.

No entanto, a correção do EAT-26, apresentou pontuação nula em todas as questões que interrogam sobre bulimia e preocupação com alimentos, de todos os indivíduos desta amostra. Fator bastante positivo, que pode indicar uma relação saudável com a comida.

Quanto aos hábitos alimentares, os sujeitos deste estudo mostraram significativa melhora na qualidade, quantidade e distribuição de nutrientes ingeridos. O que se verificou, foi uma melhora, na quantidade, variedade, e frequência dos

alimentos ingeridos. Não há na literatura estudos sobre a ingestão alimentar de pacientes após o tratamento. Há muitos estudos que caracterizam o comportamento alimentar no início do tratamento (Casper, 1986; Ribeiro; Monteiro dos Santos; Santos1998).

Toro et al, (1994) estudaram 59 anoréxicas comparando-as com um grupo controle, também, com 59 adolescentes e notaram que as anoréxicas se sentem mais envolvidas com fatores sócio - culturais que encorajam dietas hipocalóricas e a perda de peso.

Em relação á análise quantitativa da alimentação, o valor do consumo calórico diário de 1 sujeito (APT) diminuiu do início do tratamento até os dias atuais. Provavelmente, tal fato se deve á remissão dos sintomas bulímicos, quando a ingestão calórica nos períodos de compulsão alimentar pode variar de aproximadamente de 1500 a 8.600 kcal, segundo Alvarenga (2004).

O consumo excedente de proteína e a ingestão mais restrita de carboidrato se devem muito provavelmente ao hábito de alguns sujeitos em ainda tentar controlar o peso, se bem que isso não tenha sido referido em nenhum momento da entrevista.

Philippi et al, (1996) analisaram o registro alimentar de 30 pacientes em tratamento em um Hospital universitário em São Paulo. Na análise encontrou-se aproximadamente 53% de carboidratos, 17% de proteínas e 31% de lipídeos; mostrando-se um pouco excedente em proteínas também.

È importante ressaltar que o comportamento alimentar desses pacientes é extremamente desorganizado, alterando muito a quantidade, o número de refeições e os alimentos que são ingeridos. Constatou-se o fato de mudarem o relato, quando

questionados pelo profissional de saúde ou quando este solicita que anotem a alimentação e tragam para a próxima consulta.

Quanto aos micronutrientes, não se encontrou deficiências importantes na ingestão ao se comparar às recomendações diárias (RDA). Na literatura, da mesma forma, não há registro de deficiência de micronutrientes nos portadores de transtornos alimentares. Isto não significa que não exista, porém as dificuldades em se calcular a ingestão de micronutrientes por este grupo; o que pode confundir tal resultado (Alvarenga, 2004).

O consumo de alimentos hipocalóricos (dieteticamente modificados) é efetuado pela maioria dos sujeitos (70%). Os alimentos que são frequentemente substituídos são encontrados em supermercados, não necessitando o indivíduo de recorrer a lugares especializados para adquiri-los.

Em relação aos testes aplicados para avaliar o ajustamento psicossocial, a avaliação do QSG, não evidenciou nenhum resultado indicativo de distúrbios psiquiátricos, resultado bastante satisfatório. Não há na literatura, relatos de pesquisas que usaram este questionário em pacientes com transtornos alimentares. Há alguns trabalhos que aplicaram este questionário em etilistas crônicos tratados, sendo que um deles apresentou 25 % da amostra com sintomas psíquicos (Rudolph, 1986).

Na avaliação do HAD, 4 pacientes apresentaram pontuação que indica sintomas leves de ansiedade. Botega (1998) afirma que a vantagem em se aplicar o HAD, é que esta escala não apresenta perguntas sobre sintomas físicos, o que poderia superestimar os sintomas de ansiedade e depressão, se o paciente portar outra patologia. Normalmente, a população brasileira apresenta esses problemas como uma

reação de adaptação às dificuldades do cotidiano. Em pacientes hospitalizados, 39 % desenvolvem algum transtorno do humor grave durante o tratamento, apresentando sintomas físicos que podem chegar a confundir o próprio médico, segundo o mesmo autor.

O Inventário de Depressão de Beck, também mostrou resultado satisfatório, apresentando apenas 1 sujeito com sintomas de depressão leve. Segundo Botega (1995) podemos apresentar esse sintoma em alguma fase da vida, como reação a uma situação de estresse.

O EAT-26 que é freqüentemente usado para investigar o comportamento alimentar em populações de risco, isto é, de desenvolver um transtorno alimentar, também não foi utilizado em pacientes após o tratamento. Vilela et al (2004) aplicaram o EAT-26 em 1807 escolares e deste número 13,3% apresentaram pontuação maior que 20, com predomínio significativo do sexo feminino. Bighetti et al (2004) o aplicaram em 365 adolescentes do sexo feminino em Ribeirão Preto e constatarem uma média de pontuação de 19,8. O resultado encontrado, no atual estudo, é bastante satisfatório, com pontuação bem distante da média apresentada em outros estudos, feitos com amostras de sujeitos portadores, ou com maiores chances de desenvolver algum transtorno.

*7. CONCLUSÕES E
CONSIDERAÇÕES FINAIS*

Pioneiro no Brasil, este estudo teve com objetivo a avaliação nutricional e psicossocial dos sujeitos que foram tratados e obtiveram alta hospitalar, como já foi explicitado. Excluiu-se desta amostra os sujeitos que abandonaram o tratamento próximos á alta.

Por se tratar de sujeitos que já realizaram o tratamento, muitos encerraram a ligação com o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP, não mantendo endereço e telefone para contato atualizado, o que dificultou, ou mesmo impediu a localização de um número maior de pessoas.

Os participantes se mostraram solícitos ao contato telefônico e concordaram prontamente em fazer a entrevista. Os instrumentos utilizados para este estudo foram de fácil utilização e compreensão pelos sujeitos e poderiam posteriormente ser aplicados em pacientes em tratamento no GRATA-HCFMRP-USP, com intuito de avaliá-los após o tratamento, para assim aumentar a amostra contribuindo para futuras interpretações.

A entrevista semi- estruturada foi de grande importância para obtenção de informações particulares de cada indivíduo, que não se encontra em testes, escalas, questionários e etc., possibilitando uma riqueza maior de dados.

O uso do Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG) possibilitou um panorama de questões que são difíceis de se avaliar por entrevista, mas que oferecem indicadores de qualidade de vida, como qualidade do sono, preocupação com o desempenho do próprio sujeito, estresse, entre outros, e que seriam difíceis de serem abordados em um único contato.

O uso da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD) questiona, incisivamente, sobre os sintomas de ansiedade e depressão, excluindo sintomas

físicos, que poderiam confundir o sujeito que está acometido por alguma patologia orgânica. Outrossim, oferece parâmetros mais precisos sobre estes aspectos, comuns em portadores de transtorno alimentar e também na população geral (Botega, 1998).

O Inventário de Depressão de Beck procura rastrear sintomas depressivos e intensidade em populações de risco, ou não. É uma avaliação rápida e simples e nos oferece dados sobre transtornos depressivos na população geral. Segundo Botega (1998) é comum apresentar-se uma reação depressiva, frente a um evento estressor, e se torna importante a avaliação, identificação e tratamento imediato á identificação.

O Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26) é um instrumento de grande eficácia para se identificar comportamento alimentar anormal em populações de risco. Neste estudo, obteve-se uma pontuação muito inferior (sendo 8 o maior resultado) á recomendada como significativa para risco (20 pontos), refletindo um resultado muito satisfatório, indicando a ausência de rituais alimentares característicos dessas doenças.

O número de altas destes pacientes é realmente bem inferior ao número de abandonos, provavelmente pelo fato de a grande maioria de pacientes chegar ao serviço contra a vontade própria de se tratar, uma característica da doença.

Seria interessante avaliar os pacientes que abandonaram o tratamento, a fim de se obter respostas mais satisfatórias sobre a avaliação destes sujeitos.

Portanto conclui-se que o estado nutricional e o ajustamento psicossocial se mostraram satisfatórios, com os indivíduos deste estudo, bem integrados com as atividades cotidianas, sem preocupação mórbida com dietas e forma corpórea.

Mais estudos seriam necessários, para avaliar comorbidades destes transtornos, visto que os portadores são normalmente muito jovens e a cura ser difícil e o tratamento longo.

Diante dessas considerações, conclui-se que esses sujeitos avaliados estão bem, do ponto de vista nutricional –eutróficos, hábitos alimentares e refeições mais próximos do que preconizam as recomendações diárias, consumo moderado de alimentos hipocalóricos, além de não usarem recursos purgativos no momento- e psicossocial, não apresentando comportamento sintomático em nenhuma das escalas investigatórias aplicadas, além de desempenharem com êxito, os papéis familiares, a maternidade, atividades profissionais e vivenciarem ocasiões sociais com bastante frequência.

Os fatores que podem ter contribuído para esta situação, incluem o tratamento especializado recebido, as condições mais favoráveis de alta hospitalar e a idade jovem, que eles apresentavam quando iniciaram o tratamento.

Estudos dessa natureza são essenciais para definir o prognóstico dessas graves doenças e permitir melhoras na abordagem terapêutica.

É importante ressaltarmos, que este estudo, pioneiro no Brasil, apresenta algumas limitações, que o impedem de ser mais representativo, como por exemplo, a amostra limitada, em decorrência de diversas dificuldades, como: a localização de indivíduos que não estão mais vinculados á instituição, e não atualizam dados de cadastro; não haver, até o presente momento, um instrumento específico para se estimar o prognóstico destes casos.

Durante o planejamento metodológico desta pesquisa, houve uma grande preocupação com os aspectos que seriam investigados nestes indivíduos tratados e de

quais formas seriam abordados. Pensou-se em instrumentos eficazes e abrangentes, que atendessem a esta proposta, mas que ainda fossem confortáveis, não- invasivos, para se aplicar em seres humanos.

O resultado deste cuidado e preocupação foi a amplitude de informações aqui apresentadas de forma bastante satisfatória, mas que se tornaria inviável para aplicar-se á amostras maiores.

Para tanto, seria necessário a elaboração e validação de um instrumento específico para estimar-se o prognóstico nestes casos, que possibilitasse seu uso em amostras maiores.

Finalmente devemos destacar a categoria dos indivíduos que abandonaram o tratamento, que necessita ser interpretada. O número de abandonos nos tratamentos para transtorno alimentar é altíssimo, muito superior ao de altas. Representa uma parcela significativa de portadores que merecem ser investigados e assim poderão contribuir para formarmos estimativas do prognóstico e curso de transtornos tão graves desafiadores.

8.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 4ªed. Washington, 1994.

ALVARENGA, M. **A Mudança na Alimentação e no Corpo ao Longo do Tempo**. In: Philippi, S. Alvarenga, M. **Transtornos Alimentares: Uma Visão Nutricional**. São Paulo, 2003. 2-20.

ALVARENGA, M.; DUNKER, K.L.L. **Padrão no comportamento alimentar na anorexia e bulimia nervosa**. In: Philippi, S. Alvarenga, M. **Transtornos Alimentares: Uma Visão Nutricional**. São Paulo, 2003.

ALVARENGA, M.; PHILIPPI, S.T. **Padrão e comportamento alimentar de bulímicas atendidas no ambulim**. In: Philippi, S. Alvarenga, M. **Transtornos Alimentares: Uma Visão Nutricional**. São Paulo, 2003.

AMIGO, V.L. **Comorbidades Clínicas e Psiquiátricas**. In: Nestor Schor editor. **Guia de transtornos alimentares e obesidade**. Barueri, São Paulo. Manole, 2005.

BAUDRILLARD, J. **A Sociedade de Consumo**. Rio de Janeiro, Edições 70, 1991. 136-152.

BELL, R. **Holy anorexia**. Chicago, University of Chicago Press, 1985.

BÒ, D.E.B; BARBOSA, R. **Anorexia, bulimia e família: uma experiência com trabalho em grupo**. J.bras.psiquiatr.(12) 533-537, 1999.

BOTEGA, N. J. Et al. **Depressão no paciente clínico**. In Botega, N, J. **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. Artmed, São Paulo, 2002.

BIGHETTI, F. et al. **Tradução e Validação do Eating Attitudes Test (EAT-26) Em Adolescentes do Sexo Feminino na Cidade de Ribeirão Preto-SP**. J.bras.psiquiatr. vol 53 (6):339-46, 2004.

BIGHETTI F. **Tradução e Validação do Eating Attitudes Test (EAT-26) Em Adolescentes do Sexo Feminino na Cidade de Ribeirão Preto-SP.** Dissertação de Mestrado, EERP, Rib Preto, 2003.

CAMPOS, R. **Imagens Irreais.** Viver Psicologia. Fev, 2002: 24-29.

CERESER, M et al. **Transtornos Alimentares: Anorexia Nervosa e Bulimia.** In: Saito, M A, Vargas da Silva, L E. Adolescência: Prevenção e Risco. São Paulo, Editora Atheneu, 2001.

CHIMELO, JT. et al. **Estratégias Psicoterapêuticas no Manejo de Portadores de Anorexia Nervosa.** Anais do 12º Encontro De Clínicas- Escola De Psicologia Do Estado De São Paulo, Set, 2004.

CORDÁS, T. **Caracterização dos Transtornos Alimentares.** Rev Bra de Psiquiatria, 1997, jan, 35-43.

DUARTE,A ; CASTILHO, F. R. **Inquéritos Dietéticos.** In: Duarte,A .& Castilho, F. R. Semiologia Nutricional. Editora Axcel Books Do Brasil. Rio De Janeiro, 2002.

DURNIN, P.; WOMERSLEY, D. **Antropometric Assay in Adolescents of Both Sex.** Am J Clin Nutr, 2002, 88:86- 6;87-3.

EVANS et al. **Treatment of depression in cancer patients in associated with better life adaptation: a pilot study.** Psychosom med (50) 1 :73-76.1988.

FAIRBURN, C. G. et al. **Risk Factors for Binge Eating Disorder: A Community Based, Case Control Study.** Arch Gen Psychiatry: 55: 425-432.

FAIRBURN, C.G. et al. **The Natural Course of Bulimia Nervosa and Binge Eating Disorder in Young Women.** Arch Gen Psychiatry: 2000: 57: 659-665.

FAIRBURN,C.G. et al. **Risk Factors for Bulimia Nervosa. : A Community Based, Case Control Study.** Arch En Psychiatry: 1997: 54:509-17.

FISCHLER, C. A. **Macdonaldização dos Costumes**. In: Flandrin et Al. História da Alimentação. São Paulo, Estação Liberdade, 1998, 885.

FREITAS, S. et al. **Instrumentos para avaliação de transtornos alimentares**. Rev. Brás. psiquiatr. v.24, suplem 3. São Paulo, dez 2002.

FÜSSCHLERR, R.; et al. **Binge Eating in Bulimia Nervosa**. Am J Clin Nutr, 2002, 88: 86 - 6; 87-3.

GARFINKEL, P. et al. **Bulimia nervosa in canadian community sample: prevalence and comparasion of subgroups**. In: Am j. of psychiatry, v.148, 1991. p1627-37.

GARFINKEL, P. E; GOLDBLOOM, D. S. **Transtornos Alimentares: Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa**. In: Carlson, G.A; Weller, E. B; Garfinkel, B.D. Transtornos Psiquiátricos na Infância e na Adolescência. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. 100-111.

GENDALL, K.C. et al. **The nutrient intake of women with bulimia nervosa**. Int.J.Eat disord.v21.n.2, 1997.p.115-27.

GONZALEZ, N. et al . **Quality of life in patients of eating disorders**. Gac sanit 2001, 15:18-24.

GORGATI, S.B. ; AMIGO, V.L **Anorexia nervosa: manifestações clínicas, curso e prognóstico**. In: Nestor Schor editor. Guia de transtornos alimentares e obesidade. Barueri, São Paulo. Manole, 2005.

HALMI, K. **Current concepts and definitions**. In : Szmuckler, G. et al (eds) handbook of eating disorders. Chichester, Jhon Willey & sons, 1995.

HERZOG, D; COPELAND, D. **Eating Disorders**. J Med: 1985; 313:295-303.

HORNER, N. K. **Participant Characteristics Associated with Errors in self Reported Energy Intake from the Women's Health Initiative Food Frequency Questionnaire.** American Journal Of Clinical Nutrition, 2002: 76, 4: 766-73.

HORTA, N. **Não é Sopa - Crônicas e Receitas de Comidas.** Companhia das letras, São Paulo, 1996.

HSU,L. **Can dieting cause an eating disorders?** Psychological medicine.27:509-13,1997.

JOHNSON, I.G. et al. **Eating Disorders During Adolescence and the Risk for Physical and Mental Disorders During Adulthood** Arch Gen Psychiatry: 2002: 59: 545-52.

KEEL, P. K. et al. **Long-Term Outcome of Bulimia Nervosa.** Arch Gen Psychiatry: 56: 63:69.

LILENFELD,, L.R. **A Controlled Family Study of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: Psychiatric Disorders in First- Degree Relatives and Effects of Proband Comorbidity.** Arch Gen Psychiatry: 1998: 55: 603-610.

MILOSEVIC, A. et al. **Dental Erosion, Oral Hygiene, and Nutrition in Eating Disorders.** J Nint Eat Disord: 1997 Mar; 21(2): 195-9.

MINAYO,S.C.S. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo-Rio de Janeiro:Vozes,1996.269p.

MONTEIRO DOS SANTOS, P C. et al. **Anorexia nervosa e bulimia: aspectos psicopatológicos, demográficos, diagnósticos e clínicos.** Rev.ABP-APAL,1988. vol.10, nº2,p.35-42.

MONTEIRO DOS SANTOS, P C. et al. **Como Diagnosticar e Tratar Anorexia Nervosa e Bulimia.** Rev. Brás. Méd- Vol 47- ed. Especial, dez, 1990.

MONTEIRO DOS SANTOS, P.C. et al. **Anorexia Nervosa: Uma Revisão de 12 Casos.** Rev Paul Méd. 1986; 104: 240-246.

MORGAN, C.M. et al. **Questionários sobre padrões de alimentação e peso-revisado:um instrumento para avaliação do transtorno da compulsão alimentar periódica.** Revista ABP-APAL 20 (4):130-139,1998.

NUNES, M.A . A.et al. **Prognóstico dos Transtornos Alimentares.** In: Nunes, M.A.A. et al. Transtornos Alimentares E Obesidade. Porto Alegre: Artmed, 1998.

PASQUALI,L. **QSG: manual técnico traduzido para o Brasil.** Casa do psicólogo, 1988.

PASSOS, T. C. M. et al. **Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica.** In: Nestor Schor editor. Guia de transtornos alimentares e obesidade.Barueri, São Paulo. Manole,2005.

PEREIRA, R,A.; KOIFMAN, S. **Uso do Questionário de Frequência na Avaliação do Consumo Alimentar Pgresso.** Rev de Saúde Pública, 1999: 33 (6): 610-2

PHILIPPI, S. T. ; ALVARENGA, M. **Alimentação saudável: princípios e recomendações.** In: Philippi,S. Alvarenga, M. Transtornos Alimentares: Uma Visão Nutricional. São Paulo, 2003.

PHILIPPI, S. T. **Virtual Nutri, software para cálculos de inquéritos dietéticos.** Fac.Saúde Pública, 2003.

POLIVY, J; HERMAN,P. **Causes of eating disorders.** Annu. Rev. Psychol.2002.53:187-213.

RIBEIRO, R.P.P. et al.. **Distúrbios da Conduta Alimentar: Anorexia e Bulimia Nervosa.** Medicina Rib Preto: 1998: 31: 45-53.

RIBEIRO, RPP. **Indicadores de Hábitos Dietéticos e Aspectos Cognitivos-Comportamentais Relacionados aos Distúrbios da Conduta Alimentar em Adolescentes do Sexo Feminino.** Tese de Doutorado, FMRP, Rib Preto, 1999.

RUSSEL, G. **A Follow Up of Eating Disorders.** Am J Psychiatry, 1998. 147: 1756-66.

RUSSEL, G. **Anorexia nervosa: its identity as na illness and its tratment.**In: Price, P.H. (ed). Modern trends in psychological medicine. Londres, Butterworth,1970.

RUSSEL, G. **Eating Disorders Drop Out.** Arch Gen Psychiatry 2000. 59: 859-865.

RUSSEL, G. F. M. **Bulimia Nervosa: An Ominous Variant of Anorexia Nervosa.** Psychological Medicine, N.9, P429-448,1979.

SAPOZNICK,A et al. **Bulimia nervosa:manifestações clínicas, curso e prognóstico.** In: Nestor Schor editor. Guia de transtornos alimentares e obesidade.Barueri, São Paulo. Manole,2005.

SICHIERI, R. **Inquéritos Alimentares: Visão da Região de São Paulo.** Rev Saúde Pública, 2002, Cd-6, 230-237.

SUNDAY,R.; HALMI, K. A . **Micro and macroanalyses of patterns within a meal in a anorexia and bulimia nervosa.** In: Appetite, v.26,1996, p.21-36.

TORO,J et al. **Assessmrnt of sociocultural influences on the aesthetic body shape model on the anorexia nervosa.** Acta psychiatr Scand 1994;89:147-51.

TOZZI,F. et al. **Causes and recovery in anorexia nervosa: the patients perspective.**I.J. eat. Disord.33:143-54,2003.

VASCONCELOS. F. **Indicadores do Consumo Alimentar**. In: Vasconcelos.F. Avaliação do Estado Nutricional Em Comunidades. 3ª Ed. Florianópolis,Sc. Editora da UFSC 2000.

WALSH, B.T. et al. **Eating behavior of women with bulimia**. In. Arch Gen Psych; v.46,1989,p.54-8.

WATSON, T.L. et al. **Involuntary Treatment of Eating Disorders**. Am J Psychiatry, 2000. 157: 1806-10.

WILLI, J; GROSSMAN, S. **Epidemiology of Anorexia Nervosa in a Defined Region on Switzerland**. Am J Psych. 1983;140:561-564.