



FACULDADE UNIÃO DE GOYAZES
CURSO DE NUTRIÇÃO

**A INTERDISCIPLINARIDADE ALIMENTAR- Tratamento Nutricional da Anorexia
e Bulimia Nervosas**

Cresilane Fernandes Da Silva Nascimento
Paula de Fátima Jesus Santos

Orientadora: Prof^a. Me. Larissa de Farias Alves

Trindade- GO
2016

FACULDADE UNIÃO DE GOYAZES
CURSO DE NUTRIÇÃO

**A INTERDISCIPLINARIDADE ALIMENTAR - Tratamento Nutricional da Anorexia
e Bulimia Nervosas**

Cresilane Fernandes da Silva Nascimento
Paula de Fátima Jesus Santos

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Faculdade União de
Goyazes como requisito parcial à
obtenção do título de Bacharel em
Nutrição.

Orientadora: Prof^a. Me. Larissa de Farias Alves

Trindade- GO
2016

Cresilane Fernandes da Silva Nascimento

Paula de Fátima Jesus Santos

**A INTERDISCIPLINARIDADE ALIMENTAR - Tratamento Nutricional da Anorexia
e Bulimia Nervosas**

Trabalho de Conclusão de
Cursoapresentado à Faculdade União de
Goyazescomo requisito parcial à obtenção
do título de Bacharel em Nutrição,
aprovada pela seguinte banca
examinadora:

Prof. Me. Larissa de Farias Alves

Faculdade União de Goyazes

Prof.Esp. Polianna Ribeiro Santos

Faculdade União de Goyazes

Prof.Luciana de Oliveira Froes Gomes

Instituto Federal de Goiás

Trindade- GO

2016

Dedicamos este trabalho aos nossos pais, por estarem sempre ao nosso lado, nos apoiando e nos dando forças no decorrer do curso e principalmente na conclusão do trabalho.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradecemos a Deus, pelo dom da vida, e por estar sempre ao nosso lado nos dando força para a concretização deste trabalho.

A nossa professora orientadora Professora Me. Larissa de Farias Alves, por sua orientação competente e ajuda na construção do presente trabalho.

A todos os professores da Faculdade União de Goyazes pelos seus ensinamentos no decorrer do nosso curso.

SUMÁRIO

RESUMO.....	0
.	6
ABSTRACT.....	0
.	7
1.	0
INTRODUÇÃO.....	7
2. MATERIAIS E MÉTODOS.....	1
	1
3 REFERÊNCIAL TEÓRICO.....	1
	1
3.1 Fisiopatologia	1
	1
3.2	1
Epidemiologia.....	2
3.3	1
Diagnóstico.....	3
3.4 Tratamento Multidisciplinar.....	1
	5
3.4.1	1
Farmacológica.....	5
3.4.2	1
Psicoterápico.....	6
4.	1
NUTRICIONAL.....	7
4.1 Tratamento Nutricional na Anorexia Nervosa.....	1
	7
4.1.2 Tratamento Nutricional na Bulimia Nervosa.....	2
	0
4.1.3 Estratégias e aconselhamentos nutricional na Anorexia e Bulimia Nervosa.....	2
.	1

5.	CONSIDERAÇÕES	2
FINAIS.....		2
REFERÊNCIAS.....		2
		3

A INTERDISCIPLINARIDADE ALIMENTAR - Tratamento Nutricional da Anorexia e Bulimia Nervosas

Cresilane Fernandes da Silva Nascimento¹

Paula de Fátima Jesus Santos¹

Larissa de Farias Alves²

RESUMO

Introdução: A Anorexia Nervosa (AN) é um transtorno, no qual a pessoa acometida recusa-se alimentar, pois se vê sempre com excesso de peso e, conseqüentemente, restringe a ingestão alimentar. A Bulimia Nervosa (BN) é, tipicamente, caracterizada pela ingestão compulsiva, e rápida, de grande quantidade de alimentos ingeridos pelo indivíduo. **Objetivo:** Discorrer sobre a terapia nutricional nos transtornos alimentares como anorexia e bulimia nervosa, bem como a relevância do nutricionista no tratamento multidisciplinar, enfatizando o tratamento nutricional dietoterápico. **Metodologia:** Constitui-se de uma revisão bibliográfica sobre estudos que abordam o comportamento alimentar, envolvendo a interdisciplinaridade alimentar na AN e BN. **Resultados e discussão:** Os principais objetivos da terapia nutricional na AN são a reeducação alimentar e recuperação do peso ideal ou ajustado. É primordial, e indispensável, o papel do nutricionista, pois é o único profissional qualificado para elaboração de planos alimentares específicos. Os objetivos da terapia nutricional na BN são: minimizar as compulsões, diminuir as restrições alimentares e constituir um padrão regular de refeições. O nutricionista deve orientar o paciente sobre: a desmistificação de crenças alimentares errôneas;

¹ Acadêmica do Curso de Nutrição da Faculdade União de Goyazes.

Acadêmica do Curso de Nutrição da Faculdade União de Goyazes.

² Orientadora: Me. Antropologia Social e Prof. Do Curso de Nutrição da Faculdade União de Goyazes.

como traçar suas metas a serem realizadas, buscar recursos relacionados à alimentação. **Conclusão:** Nota-se que uma alimentação equilibrada e adequada requer informações, mudanças de hábitos e força de vontade; atitudes que só um processo educativo pode fornecer na recuperação clínica, de um modo geral, do indivíduo com Transtornos Alimentares.

PALAVRAS-CHAVE: Anorexia Nervosa. Bulimia Nervosa. Terapia Nutricional. Transtornos alimentares.

THE INTERDISCIPLINARITY FOOD - Nutritional Treatment of Anorexia and Bulimia Nervosas

ABSTRACT

Introduction: Anorexia Nervosa (AN) is a disorder in which the affected person refuses to eat because they are always overweight and, consequently, restrict their food intake. Bulimia Nervosa (BN) is typically characterized by the compulsive and rapid ingestion of large amounts of food ingested by the individual. **Objective:** To discuss nutritional therapy in eating disorders such as anorexia and bulimia nervosa, as well as the nutritionist's relevance in multidisciplinary treatment, emphasizing dietary nutritional treatment. **Methodology:** It is a bibliographical review about studies that approach the feeding behavior, involving the interdisciplinary feeding in AN and BN. **Results and discussion:** The main objectives of nutritional therapy in AN are dietary reeducation and recovery of ideal or adjusted weight. The role of the nutritionist is paramount and indispensable, since he is the only qualified professional to prepare specific food plans. The objectives of nutritional therapy in BN are to minimize compulsions, decrease dietary restrictions and constitute a regular meal pattern. The nutritionist should advise the patient on: the demystification of erroneous food beliefs; How to chart your goals to be accomplished, and seek resources related to food. **Conclusion:** It should be noted that a balanced and adequate diet requires information, changes in habits and willpower; Attitudes that only an educational process can provide in the clinical recovery, in general, of the individual with Eating Disorders.

KEYWORDS: Anorexia Nervosa. Bulimia Nervosa. Nutritional Therapy in eating disorders.

1 INTRODUÇÃO

De acordo com Almeida, Costa e Laus (2013), a alimentação saudável inclui um adequado comportamento alimentar, de maneira a suprir o organismo com os nutrientes responsáveis pelas atividades básicas de manutenção do equilíbrio de processos fisiológicos indispensáveis à vida, tais como: temperatura corporal, fluxo sanguíneo, crescimento, desenvolvimento e, assim, todas as funções vitais. Dessa forma, se ocorrer alteração na dieta diária, tanto na quantidade, quanto na qualidade, pode haver modificações fisiológicas, e, como consequência, complicações de saúde levando o indivíduo a desenvolver, inclusive, transtornos alimentares (TA); (NETO, 2009).

O termo anorexia é derivado do grego *an* -, deficiência ou ausência de, e *orexis*, apetite. Também, é classificado por aversão à comida, enjoo do estômago ou inapetência. A Anorexia Nervosa foi descrita na literatura, primeiramente por William Gull, a partir de 1873, referindo-se à

Forma peculiar de doença que afeta principalmente mulheres jovens e caracteriza-se por emagrecimento extremo [...] cuja falta de apetite é [...] decorrente de um estado mental mórbido e não a qualquer disfunção gástrica (CORDÁS & CLAUDINO, 2002, p. 3).

A anorexia nervosa (AN) é um transtorno no qual, a pessoa acometida recusa-se a alimentar, pois se vê sempre com excesso de peso, com necessidade de emagrecer, levando-a à prática de jejuns prolongados, excesso de atividade física, uso de diuréticos e outras alternativas como medicamentos; em busca da perda de peso, de forma incessante, devido ao medo incontrolável de ganhar peso. Portanto, o anoréxico vê uma imagem distorcida de seu próprio corpo (MAHAN, ESCOTT-STUMP & RAYMOND, 2013).

A anorexia nervosa surgiu através de uma evolução histórica, onde os povos da antiguidade faziam jejuns voluntariamente - era uma prática comum nas religiões e filosofias orientais. O jejum era praticado por santas jejuadoras, em busca da religiosidade, visando uma forma de purificação. Após alguns anos, passou a ser um prejuízo e um dano ao próprio corpo, através de abstinência sexual, privação de sono, e várias outras formas de tortura. Essas práticas surgiram mais rigorosamente, no século IV, no Egito (WEINBERG, 2010).

No decorrer da idade média, o ato de jejuar foi compreendido como possessões demoníacas ou milagres. Esse transtorno foi praticado por 260 “santas

jejuadoras” que viveram nos anos entre 1.200 e 1.600 (CORDÁS & CLAUDINO, 2002).

Nessa época, as santas jejuadoras eram vítimas das doutrinas. Pode-se citar a história Santa Catarina de Siena (1347-1380), dos 12 aos 16 anos, vivia em seu quarto, rezando à luz de velas, conversava somente o necessário com sua família, saía de casa apenas para ir à igreja. Jejuava comendo pequena quantidade de pão e ervas cruas; respectivamente, auto induzia vômitos quando era obrigada a comer. Sua alimentação era muito preocupante, chegando a ponto de o padre obrigar e ordenar a ela que se alimentasse, pelo menos, uma vez ao dia (WEINBERG, 2010).

Santa Maria Magdalena de Pazzi (1566-1670), aos 19 anos, passou a restringir sua alimentação a pão e água, exceto nos domingos, pois comia os restos de alimentos deixados pelas suas irmãs. E se alimentava das refeições em maior quantidade, sendo assim, começou a provocar vômitos (WEINBERG, 2010). Comportamento esse, que nos remete a outro transtorno alimentar, atualmente descrito na comunidade científica como "Bulimia Nervosa" (BN).

O termo "Bulimia Nervosa" surgiu desde a antiguidade e é originado do grego *bous* (boi) e *limos* (fome), caracterizando assim, um grande apetite que possibilitaria um homem ser capaz de comer um boi (CORDÁS & CLAUDINO, 2002). A primeira descrição da "Bulimia Nervosa" foi concebida por ser tipicamente caracterizada pela ingestão compulsiva, e rápida, de grande quantidade de alimentos, (principalmente alimentos considerados “proibidos”, como: refrigerantes, doces, gorduras e massas) e, respectivamente, para evitar o ganho de peso faziam o uso de laxantes, induziam o vômito, ingeriam diuréticos e faziam episódios de restrições alimentares e, principalmente, tinham um medo exagerado de engordar (FORMIGHERI, 2009; CORDÁS & CLAUDINO, 2002).

Um dos sintomas principais da bulimia é o vômito auto induzido. É considerado comum nessa condição clínica pois, 95% dos pacientes apresentam este sintoma. O vômito auto induzido é uma atitude descrita desde a antiguidade; segundo Heródoto, os povos do Egito praticavam essa ação e utilizavam purgativos todos os meses, por três dias consecutivos, pois julgavam que “todas as doenças dos homens são oriundas da comida” (CORDÁS & CLAUDINO, 2002, p. 5).

Em tempos atuais, a mídia tem influenciado, principalmente, jovens e adolescentes a buscarem o corpo “perfeito”, gerando, dessa forma, preconceito ao corpo que foge dos padrões estabelecidos e apregoados pela mídia; o que torna

cada vez mais, visivelmente forte, a insatisfação com a própria aparência corporal, podendo, isso, levar o indivíduo a praticar dietas altamente restritivas e excesso de atividades físicas em busca da magreza e do corpo “perfeito”(SILVA & ALVES, 2011). Essa ditadura da beleza e as exigências estéticas atuais, parecem ser resultado das influências submetidas pelas fábricas de imagens como televisão, cinema, revista e redes sociais; gerando um impacto muito grande na população, principalmente, na feminina. De acordo com Silva & Alves (2011), essas ferramentas contribuem para que os indivíduos se dediquem a alcançar um corpo excessivamente magro, podendo, assim, desenvolver transtornos alimentares.

Dados epidemiológicos sugerem que transtornos alimentares como AN é de baixa prevalência mundialmente e, que a tendência ao segredo que envolve essas patologias, dificulta os estudos populacionais que exigem amostras muito grandes para gerar estimativas de prevalência e incidência adequadas, que atingem, principalmente, adolescentes e mulheres jovens (CLAUDINO & ZANELLA, 2005, p 15).

Segundo Tosatti, Peres ePreissler (2007), a taxa de prevalência de pacientes com anorexia é de 1% e deste, cerca de 90% dos casos são em mulheres. A doença acomete com maior frequência as classes sociais com maior poder de compra. A anorexia surge em 45% dos casos após dieta de emagrecimento e, em 40% por ocasião de uma situação competitiva. As incidências podem ser baseadas em prontuários médicos para fazer uma análise epidemiológica precisa. A BN atinge a mesma faixa etária da AN, porém tem demonstrado incidência muito maior em jovens entre 18 e 19 anos de idade. Ainda, assim, apenas cerca de 1,1 e 4,2% buscam ajuda médica e nutricional; e isso, só depois de 3 a 5 anos após ter desenvolvido a doença (TAVARES& NETO, 2009, p. 435).

Uma vez que essas doenças são de causa multifatorial, o tratamento da AN -assim como da BN - consiste em um trabalho multidisciplinar que envolve nutricionista, psicólogo e médico. O principal papel do nutricionista é o de orientar, planejar cardápios, incentivar o indivíduo a traçar metas, além de desmistificar crenças alimentares e tabus culturais equivocados, buscando melhorias na qualidade alimentar e déficit nutricional (SILVA & ALVES, 2011).

A partir dessas informações e dados epidemiológicos, o interesse principal deste trabalho volta-se para as publicações atuais que abordam esses transtornos. O objetivo geral é discorrer sobre a terapia nutricional nos transtornos alimentares;

com enfoque na anorexia e bulimia nervosa; e, também, a relevância da função do nutricionista no tratamento dessas patologias, com ênfase no tratamento nutricional dietoterápico.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo se constitui de um estudo exploratório, ou seja, um levantamento de informações realizado por meio de uma revisão bibliográfica sobre estudos que abordam o comportamento alimentar envolvendo a interdisciplinaridade entre o comer e o sentido na Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa. A revisão literária constitui de algumas análises e busca de respostas na terapia nutricional com ênfase na terapia comportamental alimentar, a partir de publicações em artigos, livros, revistas; no período de 2000 a 2016.

A pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir de material já elaborado constituído, principalmente, de livros e artigos científicos (GIL, 2008). Os critérios utilizados para escolha dos artigos foram aqueles que falavam sobre transtornos alimentares, anorexia nervosa e bulimia nervosa, relacionando-as à nutrição.

Após a definição do tema, foi feita uma busca em livros e base de dados virtuais em saúde, especificamente, na Biblioteca Virtual de Saúde – Scielo, Bireme e Lilacs. Foram utilizados os descritores: anorexia nervosa, bulimia nervosa, terapia nutricional, transtornos alimentares.

Ao longo da pesquisa 62 artigos foram analisados, destes utilizamos 19 na construção do nosso trabalho e, 6 livros.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Fisiopatologia

A fisiopatologia da AN ainda não está completamente determinada. Parece envolver diversos fatores, inclusive genéticos, psicossociais, neurobiológicos, conduta familiar, sociais e culturais. Sabe-se, porém, que a AN pode ser mais propensa em pessoas com histórico familiar de distúrbios alimentares e, também, pode ser desenvolvida a partir de situações traumáticas como *bullying* durante a infância ou, até mesmo na fase adulta; conflitos familiares, pressão nos estudos acadêmicos e abusos sexuais (BORDIGNON, et al., 2014).

De acordo com Cordás (2004), o amplo aspecto de distúrbios psicológicos e comportamentais que integram a síndrome de AN sugere que a origem seja psicogênica, embora de natureza obscura, ou seja, a AN poderá se desenvolver ainda a partir de relacionamentos interpessoais por uma aparente harmonia com a imagem corporal.

A fisiopatologia da Bulimia Nervosa (BN) também baseia-se em vários fatores, sendo que, o principal deles é a insegurança emocional, que em seguida gera uma adoção de estratégias irrelevantes e imperativas de emagrecimento e, portanto, a BN parece ter relação direta com aspectos individuais, sociais, ambientais, culturais, crenças e pensamentos de autoestima flutuante, o que precede um prognóstico e diagnóstico preciso em indivíduos que apresentam esses fatores recorrentes (ALVARENGA & LARINO, 2002).

3.2 Epidemiologia

Dados epidemiológicos sugerem que, no mundo, os estudos sobre TA são, em sua maioria, não padronizados quanto a locais, nomenclatura e metodologia de avaliação. De forma geral, a prevalência de AN varia entre 0,5 e 3,7% e de BN de 1,1% e 4,2%. De acordo com estudos epidemiológicos, estima-se que a incidência de AN em mulheres é de aproximadamente 8 por 100.000 indivíduos e, em homens, menos de 0,5 por 100.000 indivíduos por ano, em países desenvolvidos. Já a BN tem uma incidência de 13 por 100.000 pessoas no período de um ano, predominantemente em mulheres jovens, em países ocidentais e industrializados (PINZON & NOGUEIRA, 2004).

Há um aumento da incidência de TA em países ocidentais que afeta, predominantemente, mulheres jovens caucasianas, inclusive adolescentes sendo a prevalência média entre a relação homem/mulher de 1 para 10 mulheres e 1 para

cada 20 homens. Outro dado importante é que parece haver uma associação específica de sintomatologia de TA entre os homossexuais, nos quais os meninos correspondem cerca de 19% a 30% dos casos de AN. Já as taxas de intervenções terapêuticas da AN, quanto às recuperações, ficam em torno de 50%; sendo a intermediária em torno de 30% e a recuperação desfavorável em torno de 20%. As taxas de mortalidade estão em torno de 50% a 54%; as de suicídio 24% a 27%, sendo que sequelas podem ser mantidas como alterações físicas, psicológicas, sociais e, ainda, o índice de recaídas varia entre 12% a 27% e, 20% dos casos tornam-se uma condição crônica (PINZON & NOGUEIRA, 2004).

A BN é um tema ainda pouco pesquisado em relação aos demais transtornos alimentares. Porém, indicam bons índices de recuperação que ficam em torno de 50% a 70% dos casos confirmados; entretanto, as taxas de recaídas ficam em torno de 30% a 50% e o público alvo desse TA que atinge, basicamente, pessoas que trabalham com a imagem corporal; no caso: modelos, atletas e bailarinas, pois nessas atividades existe uma pressão por trás dos bastidores para que a profissional mantenha-se magra, diariamente; portanto, a BN atinge uma faixa etária de mulheres jovens adultas (PINZON & NOGUEIRA, 2004).

Referindo-se à classe econômica populacional, acreditava-se que os transtornos alimentares afetavam apenas as classes socioeconômicas com maior poder de compra e de países ocidentais – possível consequência do baixo diagnóstico envolvendo os TAs - porém, sabe-se hoje, que atingem indivíduos de outras classes socioeconômicas, também, não tendo, portanto, a renda como fator determinante fundamental (FLEITLICH et al., 2000).

3.3 Diagnóstico

O diagnóstico da AN é feito através da percepção de prática de restrição dietética exacerbada. Segundo Silva & Alves (2011). O paciente bulímico é diagnosticado, também, de acordo com seu comportamento alimentar, sendo que um dos principais sintomas a serem observados é a insatisfação corporal, compulsões alimentares, excesso de consumo de diuréticos e laxantes e a prática de vômitos (LATTERZA et al., 2004).

A anorexia nervosa é classificada em dois subtipos, de acordo com CID-10 (Classificação Internacional de Doenças) e o DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*); conforme Tabela 1 (TAVARES & NETO, 2009, p. 432).

Tabela 1: Critérios diagnósticos para anorexia nervosa segundo o DSM-IV (307) e a CID-10(F50.0).

DSM-IV	CID-10
A- Recusa a manter o peso corporal em um nível igual ou superior ao mínimo normal adequado à idade e à altura.	A- Peso corporal mantido em 15% abaixo do esperado, ou o índice de massa corporal de Quetelet (peso / altura ²) em 17,5 kg/m ² ou menos.
B- Medo intenso de ganhar peso, mesmo estando com peso abaixo do normal.	B- Perda de peso é auto induzido por abstenção de "alimentos que engordam"; Vômitos auto induzidos; Purgação; Exercício excessivo; Uso de diuréticos.
C- Perturbação no modo de vivenciar o peso; Influência indevida do peso ou da forma do corpo sobre a auto avaliação; Negação do baixo peso corporal atual.	C- Distorção da imagem corporal; Pavor de engordar; Impõe um baixo limiar de peso a si próprio.
D- Nas mulheres pós-menarca, amenorreia, isto é, ausência de, pelo menos três ciclos menstruais consecutivos.	D- Transtorno endócrino generalizado; Em mulheres, amenorreia e, em homens Impotência sexual; Níveis elevados de hormônio do crescimento; Níveis aumentados de cortisol, alterações do hormônio tireoidiano e anormalidades de secreção da insulina.
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 Purgativo: durante o episódio atual de anorexia nervosa, o indivíduo envolveu-se	
Anorexia nervosa atípica – F50.3	

regularmente em um comportamento de comer compulsivamente ou de purgação.	Diagnostico utilizado quando um ou mais dos aspectos-chave da AN; Pacientes com todos os sintomas-chave, podem também ser mais bem descritos através desse termo.
---	--

FONTE:(TAVARES & NETO, 2009, p. 432).

O diagnóstico da bulimia nervosa é, também, dividido em dois subtipos, de acordo com CID-10 (Classificação Internacional de Doenças) e o DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*); conforme tabela 2 (TAVARES & NETO, 2009, p. 432).

Tabela 2: Critérios diagnósticos para bulimia nervosa, segundo o DSM-IV (307.5) e a CID-10 (F50.2).

DSM-IV	CID-10
A- Ingestão, em um período limitado de tempo, de uma quantidade de alimentos definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria; Sentimento de falta de controle sobre o comportamento alimentar, durante o episódio.	A- Preocupação persistente com o comer; Desejo irresistível de comida; Episódios de hiperfagia, nos quais grandes quantidades de alimento são consumidas em curtos períodos de tempo.

FONTE: (TAVARES & NETO, 2009, p. 432).

Sendo assim, o diagnóstico da anorexia e bulimia nervosa constitui-se, basicamente, de manifestações psicológicas e físicas, sendo transtornos alimentares de alto risco para a saúde do indivíduo acometido e, portanto, é indispensável uma avaliação multidisciplinar para conduzir um tratamento satisfatório em pacientes com anorexia nervosa e bulimia nervosa.

3.4 TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR

Os profissionais envolvidos no tratamento de transtornos alimentares são médicos, nutricionistas, psicólogos, entre outros. O médico é responsável por acompanhar as condições clínicas fisiológicas dos indivíduos, o nutricionista é responsável por elaborar e propor uma alimentação saudável para a recuperação do

estado nutricional, quanto à deficiência de nutrientes, tais como vitaminas e minerais. O psicólogo é responsável pela averiguação das emoções do paciente e comportamentos; trabalhando a autoestima, autoconfiança, sentimentos e pensamentos (DIAS & CASARIN, 2016).

Assim, os principais tratamentos envolvidos nestes transtornos alimentares estão dispostos a seguir e envolvem, basicamente, a terapia farmacológica, tratamento psicoterápico e terapia nutricional.

3.4.1 TERAPIA FARMACOLÓGICA

As indicações farmacológicas devem ser aceitas como auxiliares no tratamento dos transtornos alimentares da anorexia e bulimia nervosa, juntamente com o tratamento multidisciplinar. Os pacientes com AN e BN restringem os medicamentos com veracidade e temores associados ao ganho de peso e, portanto, evitam realizar o tratamento de forma aceitável e adequada. Na BN, são utilizados antidepressivos que auxiliam na redução dos vômitos e compulsão alimentar (CABRERA, 2006).

No entanto, podem ocorrer interações com o "fármaco *versus* nutriente". Essa interação sucede devido a um desequilíbrio de uma droga, ou quando uma implicação farmacológica é modificada pela ingestão de verificado nutriente, ou pelo diagnóstico nutricional do paciente. Pode incidir, também, pela reação adversa produzida pela ingestão de um elemento advindo do alimento, ou fármaco (REIS, 2004).

Com isso será mostrado na tabela 3 a seguir alguns fármacos utilizados no tratamento da AN e BN, e suas conseqüentes interações farmacológicas em relação aos nutrientes.

Tabela 3: Fármacos utilizados no tratamento da Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa que interagem com nutrientes.

Medicamentos	Interação droga-nutriente
--------------	---------------------------

Diazepam Clonazepam Imipramida Lorazepam Clomipramida	Diminui o efeito ansiolítico e sedativo com o uso de cafeína
Omeprazol	Diminui a absorção de vitamina B12
Sulfato ferroso	Reduz a absorção do fármaco ingerido com alimentos de 30 a 50%

FONTE: (PEIXOTO, et al., 2012).

Portanto, os medicamentos utilizados no tratamento da Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa, resume-se, basicamente, em antidepressivos; sendo que estes possuem interações com os nutrientes dos alimentos.

3.4.2 Tratamento Psicoterápico

No tratamento psicoterápico são envolvidos fatores relacionados com a saúde mental e; o psicólogo tem papel importante pois, aborda e investiga o desenvolvimento da personalidade, nível evolutivo em que se encontram as principais funções mentais quanto a relacionamentos familiares, interações sociais, ego, nível de manifestações sintomáticas de ansiedade, distorção de pensamento e, até mesmo, depressão. O tratamento consiste, basicamente, no fortalecimento de autonomia pessoal, utilizando psicoterapia individual, em grupo e familiar. O indivíduo necessita de reabilitação nutricional efetiva e segura, além de apoio psicológico (ALMEIDA et al., 2013).

De acordo com Almeida et al. (2013, p. 188), o objetivo do tratamento psicoterápico é “proporcionar ao paciente e sua família, alívio do sofrimento por meio da compreensão de si e de seu mundo de relações”.

4 TRATAMENTO NUTRICIONAL

A terapia nutricional envolve uma equipe multidisciplinar, atribuindo o nutricionista como um profissional habilitado para fazer e propor modificações dietéticas, observando e analisando a interdisciplinaridade, e o comportamento alimentar do paciente com o objetivo de adequar os padrões nutricionais e reeducar a alimentação do indivíduo. Sendo assim o tratamento nutricional nos transtornos alimentares, deve-se conduzir de forma detalhada (LATTERZA et al., 2004).

De acordo com Latterza et al., (2004), o tratamento nutricional dos TA é dividido em duas etapas: educacional e experimental. A fase educacional envolve uma anamnese particularizada acerca dos hábitos alimentares do paciente e histórico da doença. É importante avaliar medidas de peso e altura, restrições alimentares, crenças nutricionais e a relação com os alimentos. A educação nutricional abrange conceitos de alimentação saudável, tipos, funções e fontes dos nutrientes, recomendações nutricionais, consequências das restrições alimentares e das purgações. Na fase experimental, trabalha-se mais intensamente a relação que o paciente tem com os alimentos e o seu corpo, ajudando-o a identificar os significados e interações entre o corpo e a alimentação (LATTERZA, et al., 2004).

4.1 Tratamento Nutricional na Anorexia Nervosa

Os principais objetivos da terapia nutricional na anorexia nervosa são: reeducação alimentar, recuperação do peso ideal ou ajustado - preservando e respeitando a aceitação do paciente, quanto ao que é proposto e planejado, pois a resistência faz parte do tratamento. A introdução de um diário alimentar e do "recordatório" alimentar é de suma importância, pois envolve, principalmente, a análise alimentar, que visa o restabelecimento do peso do anorético e recuperação do déficit nutricional. Por outro lado, deve-se, também, observar o risco de desenvolvimento da síndrome da realimentação (SILVA & ALVES, 2011). De acordo com Latterza et al. (2004), essa síndrome é caracterizada por anormalidades dos fluídos e eletrólitos (principalmente do fósforo) e pode levar a complicações cardiológicas, neurológicas, hematológicas e até à morte súbita.

Portanto, a alimentação deve ser cautelosa, mantendo os níveis de eletrólitos em equilíbrio. Para isso é importante supervisionar o paciente, constantemente, até que se restabeleça seu peso, sendo que o ganho de peso deve ser monitorado e a recomendação é de 900 gramas (g) a 1,3 quilogramas(kg) por semana, para pacientes de enfermaria; e de 250 a 450 g para pacientes de ambulatório. A recomendação energética é de 30 a 40 quilocalorias (kcal)/kg/dia, do peso atual, podendo chegar até 70 a 100 kcal/kg/dia, com a progressão do tratamento. A

recomendação energética deve ser aumentada gradualmente, ou seja, de acordo com a recuperação do anorético para atingir suas demandas nutricionais; não podendo ser abaixo de 1.200 kcal/dia. Esse aumento gradual pode ajudar a reduzir a ansiedade quanto ao ganho de peso e permitir que o trato gastrointestinal se adapte a realimentação. A proporção de macro nutrientes deve ser igual às recomendações para populações saudáveis (LATTERZA et al., 2004).

Portanto, nas condições clínicas de TA que envolvam restrições alimentares, compulsões e purgações, é primordial, e indispensável, o papel do nutricionista; por ser o único profissional qualificado para elaboração de planos alimentares específicos, trabalhando a avaliação nutricional e dietética, bem como orientações e aconselhamentos, desmistificando crenças e hábitos alimentares inadequados, até se obter uma reabilitação nutricional e uma relação conveniente com o alimento (ALVARENGA & LARINO, 2002).

É importante orientar o paciente a planejar as refeições de maneira que seja equilibrada, tanto qualitativamente quanto quantitativamente e, ao mesmo tempo, incentivá-lo à prática de hábitos alimentares saudáveis. É fundamental que o nutricionista elabore um planejamento alimentar, ofertando a ingestão de calorias, visando o ganho de peso e realizando, pelo menos, três refeições nutritivas por dia (SILVA & ALVES, 2011).

O nutricionista deve, primeiramente, fazer a avaliação nutricional do paciente, levando em consideração o peso, estatura, sexo, idade, Índice de Massa Corporal (IMC), CMB (circunferência muscular do braço), coletar dobras cutâneas, exames bioquímicos, avaliação dietética, semiologia, entre outros; ou seja, é preciso avaliar o paciente como um todo para obter um diagnóstico e tratamento nutricional mais preciso e verídico. Enfatizar a importância de comparar o histórico do paciente com os dados obtidos para avaliar sua evolução, também, é um ponto importante (SILVA & ALVES, 2011; CUPPARI, 2014).

Geralmente, os portadores de Anorexia Nervosa apresentam diagnóstico de desnutrição e, em relação ao Índice de Massa Corporal (IMC), os pacientes anoréticos têm a classificação muito baixa - entre 17,5 Kg/m² e 15 kg/m², classificando baixo peso grau I e III. Porém, o método de avaliação utilizado através do IMC, não é um parâmetro preciso para fechar o diagnóstico de NA; existem outros fatores a serem analisados, como exames laboratoriais, sendo os mais empregados: densidade óssea, hemograma, eletrólitos séricos, reticulócitos,

ferritina, transferrina, vitamina B12, ureia, creatinina, glicemia, albumina (g/dl), pré-albumina, colesterol total, frações, proteínas totais (g/dl), ferro ($\mu\text{g/dl}$), TIBC (capacidade total de ligação do ferro) ($\mu\text{g/dl}$), β – caroteno ($\mu\text{g/dl}$), e vitamina C (mg/dl). Exames hepáticos, hormonais, cardíacos e endoscópicos precisam ser avaliados e solicitados pelos médicos (SICCHIER et al., 2006; CUPPARI, 2014).

Além disso é crucial a avaliação semiológica do paciente para averiguação de supostas alterações no cabelo (ressecamento, espessura, quantidade e volume), se a pele apresenta ressecamento e se as unhas, comumente, estão fracas e quebradiças (CUPPARI, 2014).

Após a coleta de todos os parâmetros nutricionais, é indispensável que o nutricionista articule seus resultados, estabelecendo nexos para elaborar um diagnóstico nutricional que oriente o paciente durante o tratamento. Com isso, é de grande seriedade que o nutricionista prescreva um parecer para obtenção do diagnóstico nutricional em ambos os TA (AN e BN). Portanto, o mesmo precisa responder as seguintes perguntas para fechar o diagnóstico nutricional: (1) Qual é o perfil do paciente?; (2) Quais são as causas e condições?; e, (3) Quais são as demandas e necessidades do paciente?. Vale ressaltar que é útil dispor ao paciente os resultados obtidos das avaliações supracitadas, informando-lhe o que elas significam (CUPPARI, 2014).

4.1.2 Tratamento Nutricional na Bulimia Nervosa

Os objetivos da terapia nutricional na BN são: minimizar as compulsões, diminuir as restrições alimentares, constituir um padrão regular de refeições, aumentar a variedade de alimentos consumidos, ajustar deficiências e carências nutricionais e constituir práticas de alimentação saudáveis. Os indivíduos com Bulimia Nervosa tipo compulsório/purgativo, normalmente são eutróficos, do ponto de vista antropométrico, com classificação de IMC de $18,5 \text{ kg/m}^2$ a $24,9 \text{ kg/m}^2$, e os exames bioquímicos utilizados são os mesmos que se usa para o diagnóstico de Anorexia Nervosa (SICCHIER et al., 2006).

Além disso o nutricionista tem a função de pesar o paciente, frequentemente pois é possível ocorrer retenção de fluídos quando o paciente diminui o consumo de diuréticos ou laxantes e a prática de autoindução de vômitos. O nutricionista deve

conscientizar o paciente de que se houver aumento de peso corpóreo é devido à retenção de fluídos, e não por conta de um aumento do tecido adiposo. Também, deve ser ressaltado: qual seria o peso ideal para o paciente. É importante, que o paciente tenha consciência de que seu peso ideal é determinado através de sua saúde, e não por aparência física, ou requisições pessoais e sociais. O nutricionista deve orientar o paciente sobre a desmistificação de crenças alimentares errôneas, traçar metas a serem realizadas e buscar recursos relacionados à alimentação. Portanto. É de suma importância que o paciente tenha noção de que a restrição alimentar praticada pode levar a desencadear compulsões alimentares e, também, não deve cometer restrições ocasionais, como por exemplo, restringir alimentos ricos em carboidratos das refeições (LATTERZA et al., 2004).

O nutricionista tem o objetivo de compreender as dificuldades do paciente e, respectivamente, propor modificações dos seus hábitos alimentares, e obter uma melhor qualidade em sua alimentação (SILVA & ALVES, 2011). Porém,

poucas pesquisas sobre os efeitos do tratamento nutricional na BN foram conduzidas. A pesquisa de Andréa Latterza, verificou que o tratamento multiprofissional diminuiu a frequência de compulsões e purgações, sendo que, após o tratamento, 97,5% das pacientes não preenchiam mais critério diagnóstico. As pacientes passaram a fazer mais refeições sentadas, acompanhadas, quietas e a se sentirem menos ansiosas e mais tranquilas durante estas. A preocupação constante com a alimentação e a culpa após comer alimentos “proibidos”, diminuíram. Contudo, a maioria permaneceu odiando a sensação de fome, tendo dificuldade com a seleção de alimentos e não acreditando que poderia ter uma alimentação normal e manter um peso normal (LATTERZA et al., 2004, p. 175).

De acordo com a citação acima, conclui-se que o tratamento multidisciplinar é primordial para a recuperação de pacientes com BN, podendo assim, obter uma vida "normal", realizando as refeições de maneira adequada e desenvolver uma boa relação com o alimento. No entanto, a maioria das pacientes não se adequou ao tratamento, permanecendo com atitudes e crenças errôneas em relação à alimentação.

4.1.3 Importância dos aconselhamentos nutricionais na Anorexia e Bulimia Nervosas

O aconselhamento alimentar e nutricional é considerado uma estratégia em que o nutricionista abrange, juntamente com o paciente, ferramentas para aqueles

que necessitam mudar sua conduta e comportamento alimentar. Sendo assim, o aconselhamento tem o objetivo de promover modificações para um estilo de vida mais saudável e de mudanças alimentares; tendo como foco os pacientes que apresentam patologias que necessitam de reeducação nutricional em seu padrão alimentar (RODRIGUES, SOARES & BOOG, 2005).

Portanto, este aconselhamento é uma forma de educar "nutricionalmente", realizado através de um diálogo entre nutricionista e paciente, que precisa, por alguma razão, ou consequência, solucionar problemas relacionados à alimentação. Assim, o nutricionista tem a função de auxiliar, buscar soluções e estratégias para solucionar estes conflitos alimentares, proporcionando uma mudança alimentar e nutricional. Com isso, pessoas com TA, como AN e BN, estão incluídas no perfil de pacientes que necessitam dessa intervenção nutricional (RODRIGUES, SOARES & BOOG, 2005).

Para obtenção de bons resultados com reabilitação bem-sucedida, o aconselhamento nutricional faz parte da terapia cognitiva no tratamento da anorexia e bulimia nervosa, sendo assim, aplicar estratégias, não deixando de observar comportamentos manipulativos do paciente, é de suma importância; abordando-o com atitudes empáticas e, em momento algum de julgamento. Ter uma técnica efetiva faz com que o indivíduo se sinta mais seguro, durante o tratamento (ALVARENGA & LARINO, 2002).

O aconselhamento nutricional, na anorexia nervosa, é um processo que visa implementar mudanças no comportamento alimentar e no estilo de vida do anorético, mostrando a importância da nutrição na manutenção da saúde, ou seja, uma abordagem de educação nutricional, em busca de respostas positivas e desejáveis. Sendo assim, é uma alternativa orientar o indivíduo a aprender ter uma relação adequada e equilibrada com a comida e melhor conhecimento da nutrição (WITT & SCHNEIDER, 2011).

Na bulimia nervosa o aconselhamento nutricional requer uma abordagem muito singular, na qual engloba técnicas educativas e motivacionais, elaborando e captando, do paciente, o lado cognitivo comportamental para aplicar educação nutricional, desmistificando crenças e acessando sentimentos e comportamentos disfuncionais dos pacientes em todas as fases, para então ajudar o bulímico a obter bons resultados numa jornada de mudanças alimentar (ALVARENGA & SCAGLIUSI, 2010).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluindo o percurso dessa revisão podemos notar que, uma alimentação equilibrada e adequada requer informações, mudanças de hábitos e força de vontade, atitudes que só um processo educativo pode fornecer na recuperação clínica de um modo geral do indivíduo com Transtornos Alimentares, pois pessoas anoréticas e bulímicas podem haver predominância na resistência de mudanças de hábitos alimentares, até por influência associado ao padrão de beleza exigido pela mídia e comunicação de massa. Sabemos que as mulheres jovens e adolescentes são as mais acometidas em relação aos homens, levando a quadros psicopatológicos graves e, para desmistificar essas crenças, é fundamental como profissional da saúde, entrar na luta contra essa propagação de quemagreza excessiva é sinônimo de beleza e saúde. Sendo que o nutricionista tem o poder e a capacidade qualificada para elaborar planos alimentares e propor educação nutricional de qualidade.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Sebastião de S.; COSTA, Telma M. B.; LAUS, Maria F. **Psicobiologia do Comportamento Alimentar**. Rio de Janeiro: RubioLtda, 2013.
- ALVARENGA, Marle dos S.; LARINO Maria A. Terapia nutricional na anorexia e bulimia nervosas. **Revista de Psiquiatria e Terapia Nutricional**. São Paulo-SP, v. 24, n. 3, 2002.
- ALVARENGA, Marle dos S.; SCAGLIUSI, Fernanda B. Tratamento nutricional na bulimia nervosa. **Revista de Nutrição**. Campinas – SP, v.23, n.5, set/out, 2010.
- BORDIGNON, Juliana A. et al. Anorexia: Aspectos Clínicos e Nutricionais. **Revista Inova Saúde**, Criciúma - SP, vol. 3, n. 1, jul. 2014.
- CABRERA, Catalina C. Estratégias De Intervenção Interdisciplinar No Cuidado Com O Paciente Com Transtorno Alimentar: o tratamento farmacológico. **Transtornos Alimentares: Anorexia e Bulimia Nervosas**, Ribeirão Preto, v. 39, n. 3, jul./set, 2006. p.375-380.

- CLAUDINO, Angélica de M.; ZANELLA, Teresa M. **Transtornos Alimentares e Obesidade**. Barueri: Manole, 2005.
- CORDÁS, Táki A. Transtornos Alimentares: Classificação e Diagnóstico. São Paulo, **Revista Psiquiátrica Clínica**. v. 31, n. 4, Set/ 2004. p. 154-157.
- CORDÁS, Táki A.; CLAUDINO, Angélica de M. **Transtornos Alimentares: Fundamentos Históricos**. São Paulo, mar. 2002. p.3-5
- CUPPARI, Lilian. **Nutrição Clínica No Adulto**. Barueri: Manole Ltda., 2014.
- DIAS, Patrícia da S.; CASARIN, Roberson G. Psicologia Clínica e Ressignificação do Prazer Alimentar no Tratamento de Pacientes Anoréxicos. **Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente**. Ariquemes-RO, jan/jun, 2016. p.103-119.
- FLEITLICH, Bacy W. et al., Anorexia Nervosa na Adolescência. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro-RJ, vol. 76, supl.3, 2000.
- FORMIGHERI, Rubia C. O corpo sentido e os sentidos do corpo anoréxico. **Revista de Nutrição**. Campinas, nov/dez 2009.
- GIL, Antônio C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- LATTERZA, Andréa R. et al. Tratamento Nutricional dos Transtornos Alimentares. **Revista Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.31, n.4, 2004.
- MAHAN, Kathleen L.; ESCOTT-STUMP, Sylvia; RAYMOND, Janice L. **Krause: Alimentos, Nutrição e Dietoterapia**. São Paulo: Elsevier, 2013.
- NETO, Faustino T. **Nutrição Clínica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A, 2009.
- NETO, Faustino T. Transtornos Alimentares. "In": TAVARES, Vinicius da C.; NETO, Faustino T. **Nutrição Clínica**. Guanabara Koogan S.A. Rio de Janeiro: 2009. p. 431-440 inicial e final do capítulo.
- PEIXOTO, Jessica S. et al., Riscos da Interação Droga-nutriente em Idosos de Instituição de longa Permanência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Maringá-PR, v. 33, n. 3, 2012. p. 156 a 164.
- PINZON, Vanessa; NOGUEIRA, Fabiana C. Epidemiologia, Curso e Evolução dos Transtornos alimentares. **Revista Psiquiátrica Clínica**. São Paulo-SP, v.31, n.4, abril a set 2004. p.158-160.
- REIS, Nelzir T. **Nutrição Clínica Interações**. São Paulo: Editora Rubio, 2004.

RODRIGUES, Erika M.; SOARES, Fernanda P. de T. P.; BOOG, Maria Cristina F. Resgate do conceito de aconselhamento no contexto do atendimento nutricional. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 1, n. 18, jan/fev 2005. p.119-128

SICCHIERI, Juliana M. F.; BIGHETTI, Felícia; BORGES, Nadia J. B. G. Manejo Nutricional Nos Transtornos Alimentares. **Simpósio: Transtornos Alimentares**. Ribeirão Preto, jul a set, 2006.p. 371 – 374.

SILVA, Blenda L.; ALVES, Cíntia M. Anorexia nervosa e bulimia nervosa: diagnóstico e tratamento em uma visão multiprofissional. **Revista Mineira de Ciências da Saúde**. Patos de Minas, 2011.

TOSATTI, Abykeyla M.; PERES, Luciana; PREISSLER, Helena. Imagem Corporal E As Influências Para Os Transtornos Alimentares Nas Adolescentes Jovens. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**. São Paulo, v. 1, n. 4, jul./ago. 2007. p.34-47.

WEINBERG, Cybelle. Do Ideal Ascético Ao Ideal Estético: A Evolução Histórica da Anorexia Nervosa. **Revista Latino-americana de Psicopatologia**. São Paulo, jun. 2010. p. 225-230.

WITTI, Juliana da S. G. Z.; SCHNEIDERII, Aline P. Nutrição Estética: valorização do corpo e da beleza através do cuidado nutricional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Porto Alegre, v. 16, n. 9, 2011.