

# TRANSTORNOS ALIMENTARES: CONSIDERAÇÕES CLÍNICAS E DESAFIOS DO TRATAMENTO

KÉSIA DA PAIXÃO SILVA<sup>1</sup>  
LAURA MACHADO BRINGEL BEZERRA<sup>1</sup>  
LUCIANA DE MELO BORGES<sup>1</sup>  
NAIANA KELLY SILVA BITENCOURT<sup>1</sup>  
FERNANDO HONORATO<sup>2</sup>  
VANESSA CRISTIANE DE SANTANA AMARAL<sup>3</sup>

1. Acadêmicas do Curso de Farmácia da Universidade Estadual de Goiás (UEG) – Unidade de Ciências Exatas e Tecnológicas, BR 153, km 03, Campus de Anápolis, 75.110-390, Anápolis, GO.
2. Farmacêutico. Docente das Disciplinas de Físico-Química Farmacêutica e Química Inorgânica da Universidade Estadual de Goiás - UEG.
3. Farmacêutica - Bioquímica. Mestre em Fisiologia. Docente da disciplina de Fisiologia Humana da Universidade Estadual de Goiás – UEG.

Autor responsável: V.C.S. Amaral. E-mail: vanessa.cristiane@ueg.br

## INTRODUÇÃO

Os transtornos alimentares (TA) são síndromes psicossomáticas que acometem principalmente jovens adolescentes e incluem como principais doenças a anorexia nervosa (AN) e a bulimia nervosa (BN). Apresentam um alto grau de morbidade/mortalidade e são acompanhados frequentemente por uma série de complicações clínicas que podem colocar os portadores em potencial risco de vida (OLIVA & FAGUNDES, 2001; ASSUMPÇÃO & CABRAL, 2002).

A prevalência dos TA tem alcançado elevadas proporções na população em geral, chegando-se a estimar que a incidência da doença praticamente tenha dobrado nos últimos 20 anos (RIBEIRO et al., 1998; FIATES & SALLES, 2001; SOUZA et al., 2002). Estatísticas mundiais tem apontado para uma incidência variável de 0,5 a 5% entre os adolescentes de alguns países ocidentais, dentre os quais a bulimia é mais freqüente que a anorexia. Além disso, 90 a 95% dos acometidos são as mulheres na faixa etária entre 10 e 19 anos.

Nos Estados Unidos da América, a AN é a terceira doença crônica mais comum entre adolescentes, perdendo somente para a asma e a obesidade (FARIAS et al., 1999; DUNKER & PHILIPPI, 2003). Esse aumento significativo no número de casos tem levado os especialistas a pensarem em uma verdadeira “epidemia” dos TA. Contudo, como observa Weinberg et al. (2005), deve-se considerar a possibilidade do aumento na prevalência e incidência dos TA ser devido, em parte, ao melhor reconhecimento e diagnóstico do quadro clínico.

## ANOREXIA NERVOSA

Etimologicamente, o termo anorexia é derivado do grego “orexis” (apetite) acrescido do prefixo “an” (defici-

ência, ausência ou privação). Ademais, significa aversão à comida, enjôo estomacal ou inapetência (BIGHETTI, 1998; CORDÁS & CLAUDINO, 2002). A AN é uma síndrome psicossomática caracterizada pelo medo mórbido e inexplicável de ganhar peso ou de tornar-se obeso. A referida idéia é associada a uma má percepção corporal, ou seja, uma distorção na maneira como o indivíduo avalia a forma, peso e tamanho do seu corpo (ASSUNÇÃO et al., 2002; CORDÁS, 2004; VILELA et al., 2004, WEINBERG et al., 2005).

O indivíduo inicia uma busca desenfreada pela magreza e, portanto, reduz voluntária e drasticamente a ingestão de alimentos, o que acarreta a perda progressiva e desejada de peso, caquexia, inanição e pode ocasionar em certos casos o óbito do paciente (FIATES & SALLES, 2001; DUNKER & PHILIPPI, 2003).

Dentre as manifestações físicas da AN destacam-se a hiperatividade, bradicardia, diminuição da libido no sexo masculino, bem como amenorréia em mulheres (ASSUMPÇÃO & CABRAL, 2002; CORDÁS & CLAUDINO, 2002; CORDÁS, 2004). Várias complicações clínicas graves também são comuns, como comprometimento cardiovascular, desidratação, distúrbios na motilidade gastrointestinal, vômitos, lanugo, hipotermia, infertilidade, alterações metabólicas (principalmente hipercolesterolemia) e alterações endócrinas (VILELA et al., 2004).

Importante registrar que os resultados de diversos estudos neuropsicológicos revelam, ainda, déficits em várias funções cognitivas, especialmente a capacidade atencional, a memória, a viso-construção e a capacidade de aprendizagem (DUCHESNE et al., 2004).

A etiopatogenia da AN ainda não está completamente estabelecida, mas sabe-se que ela engloba um conjunto de fatores de ordem biológica, psicológica, familiar e so-

ciocultural (BIGHETTI, 1998; VILELA et al., 2004). Alguns autores consideram como fatores etiológicos o sexo (mais comum em mulheres) e a idade (o início se dá geralmente na adolescência) (DUNKER & PHILIPPI, 2003). Todos esses fatores interagem de modo complexo para produzir e, conseqüentemente, perpetuar a doença. Um dos principais desafios atuais para os profissionais clínicos, assim como pesquisadores consiste em entender como estes diversos fatores interagem em cada caso ou situação (MORGAN et al., 2002).

O diagnóstico clínico da AN pode ser realizado a partir dos critérios do *Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM IV) da Associação Norte Americana de Psiquiatria. No DSM IV, há uma distinção entre dois tipos de anorexia: restritivo e purgativo. No primeiro caso, o paciente apresenta episódios compulsivos ao comer e/ou práticas purgativas, enquanto no último não existem esses sintomas. No entanto, atualmente vários autores questionam a validade dessa subdivisão (FARIAS et al., 1999; CORDÁS, 2004).

Um bom exame diagnóstico de um paciente anoréxico deve incluir uma investigação minuciosa sobre a ingestão alimentar (quantidade e qualidade), a prática de exercícios físicos, bem como no que se refere aos aspectos psicopatológicos como imagem corporal e inserção social do paciente (CORDÁS & NEVES, 1999; ASSUMPÇÃO & CABRAL, 2002).

O tratamento da AN é realizado por equipes multidisciplinares com a finalidade de obter a restauração de peso, normalização do padrão de dieta, recuperação da percepção de saciedade e da fome do paciente. Além disso, é realizada uma abordagem psicofarmacológica de comorbidades psiquiátricas, quando presentes (OLIVA & FAGUNDES, 2001; SALZANO & CORDÁS, 2004).

A terapêutica medicamentosa na AN é ainda incipiente e nenhum fármaco mostrou-se claramente eficaz no combate aos sintomas dessa síndrome. A ciproptadina (antagonista serotoninérgico e histaminérgico) e a amitriptilina (antidepressivo tricíclico) mostraram-se favoráveis no ganho de peso. A fluoxetina (antidepressivo do tipo inibidor seletivo da recaptção de serotonina), muito usada no tratamento de outros TA, tem apresentado resultados contraditórios, entretanto, vários trabalhos sugerem seu uso na prevenção de recaídas (FARIAS et al., 1999; APPOLINARIO & BACALTCHUK, 2002; SALZANO & CORDÁS, 2004).

A porcentagem de indivíduos portadores de AN que se recuperam é bastante modesta. Após o tratamento muitos pacientes continuam a apresentar problemas como dificuldades psiquiátricas, distúrbios da imagem corporal e problemas alimentares (OLIVA & FAGUNDES, 2001). Estudo revelou que apenas 40% dos pacientes recuperaram-se, 30% apresentaram melhora clínica, 20% permaneceram cro-

nicamente afetados e 10% morreram (FARIAS et al., 1999). São considerados fatores de bom prognóstico: idade menor no início da doença, diagnóstico precoce e menor número de hospitalizações. Os fatores de mau prognóstico, por sua vez, incluem a presença de sintomas bulímicos e duração prolongada da doença (PINZON & NOGUEIRA, 2004).

## BULIMIA NERVOSA

O termo bulimia vem da união dos termos gregos “boul” (boi) ou “bou” (grande quantidade) e “lemons” (fome) que significam uma fome muito intensa, ou “fome raivosa” ou ainda “fome de comer um boi” (BIGHETTI, 1998; CORDÁS, 2004). A BN caracteriza-se pela presença freqüente de compulsão alimentar com surtos de ingestão maciça e compulsiva de alimentos.

Esses episódios são acompanhados de uma sensação de perda de controle sobre a quantidade de alimentos ingeridos e são seguidos por métodos compensatórios para o controle do ganho de peso, tais como vômitos auto-induzidos, uso inadequado de medicamentos (como diuréticos, inibidores do apetite, enemas, laxantes), dietas, jejuns e exercícios físicos abusivos (RIBEIRO et al., 1998; OLIVA & FAGUNDES, 2001; CORDÁS & CLAUDINO, 2002; SAIKALI et al., 2004).

As complicações clínicas na BN possuem uma menor gravidade quando comparadas às da NA, tendo em vista a ausência de perda de peso significativa na BN. As principais manifestações físicas são decorrentes da forma como o paciente elimina o excesso de alimentos do corpo. A literatura descreve vários distúrbios gastrintestinais como esofagite, gastrite, Síndrome de Barret, hipertrofia das glândulas salivares, desgaste do esmalte dentário, esvaziamento gástrico anormal e síndrome do cólon irritável.

Alguns dos transtornos gastrintestinais chegam a ser potencialmente fatais, como dilatação gástrica aguda, com a possibilidade de ruptura, hipertrofia das glândulas parótidas e ruptura esofagiana. Pneumotórax, pneumomediastino e fratura de costelas podem ocorrer devido aos vômitos vigorosos. O uso em excesso de laxativos pode causar esteatorrêia e pancreatite aguda (BIGHETTI, 1998; FARIAS et al., 1999; ASSUMPÇÃO & CABRAL, 2002). Estudos neuropsicológicos revelaram também que na BN funções cognitivas como atenção e funções executivas são afetadas (DUCHESNE et al., 2004).

Pesquisas têm mostrado que a etiologia da BN envolve uma complexa interação entre fatores bioquímicos, socioculturais e psicológicos (ROMARO & ITOKAZU, 2002). Estudos com gêmeos monozigóticos apontaram uma grande influência genética no desenvolvimento de BN, logo chega-se a estimar que a hereditariedade seja responsável por uma taxa de 31 a 83% dos casos (MORGAN et al., 2002).

Aspectos familiares são alvo de diversas discussões, pois os próprios pacientes bulímicos descrevem que as suas famílias são perturbadas. A presença de depressão, bem como de TA nas mães de pacientes bulímicos constituem causas de investigação (ROMARO & ITOKAZU, 2002).

A investigação diagnóstica para BN, baseada na Classificação Internacional das Doenças (CID 10) e no DSM IV tem como principais objetivos a detecção precoce dos indícios de bulimia. Entretanto, esse diagnóstico é muito difícil e influencia, segundo destaca Farias et al. (1999), numa incidência “maior”, acima da idade média de início da doença (18 anos).

No que se refere ao princípio de que a etiologia da BN possui aspectos multifatoriais, a abordagem terapêutica para esse transtorno baseia-se num trabalho de equipe multidisciplinar e envolve diferentes profissionais da saúde. As psicoterapias cognitivas e comportamentais são consideradas eficazes por possibilitarem a conscientização da gravidade do transtorno. Além disso, a associação medicamentosa a essa terapêutica tem possibilitado melhores resultados (ASSUMPCÃO & CABRAL, 2002; FREITAS et al., 2002; ROMARO & ITOKAZU, 2002).

Como a BN possui uma forte associação com desordens afetivas, principalmente a depressão, o tratamento farmacológico com antidepressivos tricíclicos (TCAs) e inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRS) demonstrou-se importante na redução da frequência de episódios bulímicos e vômitos, além de atuar nos sintomas de ansiedade e depressão. Dentre os primeiros, a desipramina e imipramina mostraram benefícios, enquanto a amitriptilina mostrou-se desfavorável.

Dentre os ISRS, o mais utilizado é a fluoxetina, pois além de evidenciar a redução de sintomas bulímicos, o efeito colateral produzido por esse medicamento inclui a redução do apetite e do risco de recaída. Os inibidores da monoaminoxidase (IMAO) também podem ser considerados uma alternativa, todavia a interação destes com outros fármacos, bem como com alguns alimentos ricos em tiramina pode causar a “reação do queijo”, o que diminui seu uso clínico e, portanto, exige cautela ante a uma indicação (APPOLINARIO & BACALTCHUK, 2002; RANG et al., 2004; WEINBERG et al., 2005).

Estudos recentes demonstraram uma excelente eficácia do topiramato na melhora da sintomatologia da BN (SALZANO & CORDÁS, 2004), entretanto é imprescindível destacar a alta taxa de teratogenicidade deste fármaco em animais, o que pressupõe que o seu uso deve ser evitado em mulheres em idade fértil (RANG et al., 2004), classe de maior incidência de BN da população.

A BN parece possuir evolução mais favorável que a AN. Estudos indicam uma taxa de recuperação total entre 50% e 70%, contudo as taxas de recaída situam-se

em torno de 30 a 50% (PINZON & NOGUEIRA, 2004). Esse prognóstico pouco favorável deve-se à probabilidade de distúrbios hidroeletrólíticos e hipovolêmicos, assim como a associação freqüente com quadros depressivos. Acredita-se que pessoas bulímicas têm uma mortalidade 9,1 vezes maior que a população geral (FARIAS et al., 1999). Idade menor de início da doença, motivação para o atendimento e uma boa base social de suporte são considerados fatores de bom prognóstico, enquanto sintomatologia mais severa, alta freqüência de vômitos, impulsividade, baixa auto-estima e conduta suicida contribuem para um mau prognóstico (PINZON & NOGUEIRA, 2004).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista o aumento da incidência dos T.A. na população em geral, principalmente em adolescentes, assim como o alto grau de morbidade e mortalidade pertinentes, revela-se necessário que haja uma maior atenção e conhecimento por parte dos profissionais de saúde quanto aos sintomas, curso e tratamento dos mesmos.

Reconhece-se que o diagnóstico precoce melhora as chances de recuperação do paciente e, nesse sentido, considera-se que o profissional farmacêutico possui uma importância excepcional tanto na prevenção quanto na identificação de indivíduos com risco de desenvolvimento de T.A. O profissional farmacêutico tem contato direto com o paciente durante a dispensação do medicamento e, portanto, pode detectar indivíduos que apresentam sintomas, por exemplo, relacionados ao uso abusivo de diuréticos, laxantes e enemas ou comportamentos de risco e, conseqüentemente, orientá-los sobre o risco de desenvolver um T.A. ou, caso necessário, encaminhá-los a acompanhamento médico.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- APPOLINARIO, J.C.; BACALTCHUK, J. Tratamento farmacológico dos transtornos alimentares. *Rev. Bras. Psiquiatr.* v.24, supl. III, p.54-59, 2002.
- ASSUMPCÃO, C.L & CABRAL, M.D. Complicações clínicas da anorexia nervosa e bulimia nervosa. *Rev. Bras. Psiquiatr.* v.24, supl. III, p.29-33, 2002.
- ASSUNÇÃO, S.S.M. et al. Atividade física e transtornos alimentares. *Rev. Psiq. Clín.* v.23, n.1, p.4-13, 2002.
- BIGHETTI, F. *Tradução e validação do Eating Attitudes Test (EAT-26) em adolescentes do sexo feminino na cidade de Ribeirão Preto – SP.* 2003. 123 f. Tese (mestrado em enfermagem) – Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 1998.

- CORDÁS, T.A. & NEVES, J.E.P. Escalas de avaliação de transtornos alimentares. *Rev. Psiq. Clín.* v.23, n.1, 1999.
- CORDÁS, T.A. Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico. *Rev. Psiq. Clín.* v.31, n.4, p. 154-157, 2004.
- CORDÁS, T.A. & CLAUDINO, A.M. Transtornos alimentares: fundamentos históricos. *Rev. Bras. Psiquiatr.* v.24, supl. III, p.3-6, 2002.
- DUCHESNE, M. et al. Neuropsicologia dos transtornos alimentares: uma revisão sistemática da literatura. *Rev. Bras. Psiquiatr.* v.26, n.2, p.107-117, 2004.
- DUNKER, K.L.L. & PHILIPPI, S.T. Hábitos e comportamentos alimentares de adolescentes com sintomas de anorexia nervosa. *Rev. Nutr.* v.16, n.1, p.51-60, 2003.
- FARIAS, N.M.F. et al. Distúrbios alimentares na adolescência: anorexia e bulimia nervosa. *Brazilian Pediatric News*, v.1, n.1, 1999. Disponível em: <http://www.brazilpednews.org.br/marco99/ar999002.htm>. Acesso em: 02 jan. 2006.
- FIATES, G.M.R. & SALLES, R.K. Fatores de risco para o desenvolvimento de D.A.: um estudo em universitárias. *Rev. Nutr.* v.14, supl.0, p.3-6, 2001.
- FREITAS, S. et al. Instrumentos para a avaliação dos transtornos alimentares. *Rev. Bras. Psiquiatr.* v.24, supl.III, p.34-38, 2002.
- MORGAN, C.M. et al. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. *Rev. Bras. Psiquiatr.* v.24, supl.III, p.18-23, 2002.
- OLIVA, C.A.G. & FAGUNDES, U. Aspectos clínicos e nutricionais dos transtornos alimentares. *Psiquiatria na Prática Médica*, v.34, n.2, 2001. Disponível em: [http://www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/atu1\\_06.htm](http://www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/atu1_06.htm). Acesso em: 05 dez. 2005.
- PINZON, V. & Nogueira, F.C. Epidemiologia, curso e evolução dos transtornos alimentares. *Rev. Psiq. Clín.* v.31, n.4, p. 158-160, 2004.
- RANG, H.P. et al. *Farmacologia*. 5 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004. 904p.
- RIBEIRO, R.P.P. et al. Distúrbios da conduta alimentar: anorexia e bulimia nervosas. *Medicina*, v.31, p. 45-53, 1998.
- ROMARO, R.A. & ITOKAZU, F.M. Bulimia nervosa: revisão da literatura. *Psicol. Reflex. Crit.* v.15, n.2, p.407-412, 2002.
- SAIKALI, C.J. et al. Imagem corporal nos transtornos alimentares. *Rev. Psiq. Clín.* v.31, n.4, p.164-166, 2004.
- SALZANO, F.T. & CORDÁS, T.A. Tratamento farmacológico de transtornos alimentares. *Rev. Psiq. Clín.* v.31, n.4, p.188-194, 2004.
- SOUZA, F.G.M. et al. Anorexia e bulimia nervosa em alunas da faculdade de medicina da Universidade Federal do Ceará- UFC. *Rev. Psiq. Clín.* v.29, n.4, p.172-180, 2002.
- VILELA, J.E.M. et al. Transtornos alimentares em escolares. *J. Pediatr.* v.80, n.1, p.49-54, 2004.
- WEINBERG, C. et al. Santa Rosa de Lima: uma santa anoréxica na América Latina? *Rev. psiqu. Rio Gd. Sul*, v.27, n.1, p.51-56, 2005.