

## Artigos

### ANOREXIA E BULIMIA NERVOSA: O QUE SÃO? COMO TRATAR? ONDE PROCURAR AJUDA?

**Cybelle Weinberg\***

A Anorexia Nervosa e a Bulimia Nervosa são transtornos do comportamento alimentar que se desenvolvem principalmente em meninas adolescentes e mulheres jovens. Sua prevalência (quantas pessoas sofrem dessas doenças na população) é de 0,5 a 3,7% das mulheres, na Anorexia Nervosa, e 1,1 a 4,2% das mulheres, na Bulimia Nervosa, sendo que a Bulimia é 4 vezes mais freqüente que a Anorexia e que esses transtornos afetam 10 vezes mais mulheres do que homens.

Não existe um fator único que determine o surgimento de um transtorno alimentar, podendo-se afirmar que as causas podem ser de ordem genética, familiar, cultural e/ou psicológica (aspectos da personalidade).

A Anorexia Nervosa caracteriza-se por uma grave restrição da ingestão alimentar, busca incessante da magreza, distorção da imagem corporal e amenorréia. A Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento (CID 10), de 1993, toma como critérios diagnósticos: perda de peso e manutenção abaixo do normal (Índice de Massa Corporal igual ou inferior a 17,5kg/m<sup>2</sup>); perda de peso pela evitação de alimentos que engordam e por vômitos auto-induzidos, purgação auto-induzida, exercício excessivo, uso de anorexígenos e/ou diuréticos; medo de engordar e distorção da imagem corporal; distúrbio endócrino envolvendo o eixo hipotálamo-hipofisário-gonadal manifestado como amenorréia nas mulheres e como perda de interesse e potência sexuais.

Pacientes com Anorexia Nervosa podem apresentar comportamento bulímico/purgativo ou apenas restringir a alimentação, fato que levou o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV), de 1995, a classificar a Anorexia Nervosa em dois subtipos: tipo restritivo (uso apenas de dieta e exercícios) e tipo compulsão periódica/purgativo (presença de episódios de compulsão e/ou purgação além da dieta e exercícios). A CID 10 não discrimina anoréxicas purgadoras de restritivas.

A Anorexia Nervosa pode ter, como conseqüências físicas, o aparecimento de lanugo, intolerância ao frio, queda de cabelo, bradicardia, hipotensão e edema. Entre as conseqüências emocionais, o paciente pode apresentar sintomas de depressão, tristeza, desânimo e até tentativas de suicídio. As complicações clínicas podem ser de ordem cardiológica (arritmias, parada cardíaca), hematológicas (anemia, problemas de coagulação), gastrointestinais (motilidade gástrica lentificada, alterações enzimáticas) e endócrinas (hipotireoidismo, amenorréia e osteoporose).

São considerados fatores de bom diagnóstico a idade menor de início da doença, o menor número de internações e o pequeno tempo de doença antes da internação. Por outro lado, são fatores de mau prognóstico: a duração prolongada da doença, o início tardio da patologia, a presença de sintomas bulímicos, o peso inicial muito baixo, as comorbidades psiquiátricas e relações familiares complicadas.

A Bulimia Nervosa tem como características a presença de uma poderosa e incontrolável urgência de comer em demasia, resultando em episódios do comer compulsivo; presença de comportamentos cujo objetivo é evitar os efeitos engordativos do comer compulsivo, como a indução a vômitos e/ou abuso de purgativos; medo mórbido de engordar, com uma preocupação excessiva com a forma e o peso corporal.

Segundo o DSM-IV, para se fazer um diagnóstico de Bulimia Nervosa são usados os seguintes critérios: episódios recorrentes de compulsão periódica, isto é, ingestão, dentro de um curto período de tempo (até 2 horas), de uma quantidade de comida muito maior do que o normal, acompanhada de um sentimento de falta de controle, comportamento compensatório para prevenir ganho de peso (vômitos auto-induzidos, uso de laxantes, diuréticos, enemas, medicações, jejuns, exercícios excessivos). Esses episódios devem ocorrer em média 2 vezes por semana, por 3 meses consecutivos. Outro critério é a auto-avaliação indevida, influenciada pela forma corporal. A Bulimia Nervosa também pode ser do tipo purgativo (uso regular de métodos purgativos) e tipo não-purgativo (prática de jejum e exercício físico excessivo).

A Bulimia Nervosa tem, como conseqüências físicas, a hipertrofia das parótidas, bradicardia ou arritmia, hérnias, sinal de Russell, câimbras (perda de potássio, magnésio e cálcio), desgaste do esmalte dentário e problemas intestinais. Entre as conseqüências emocionais estão os sintomas de depressão, tristeza, desânimo, tentativas de suicídio e compulsões. Como complicações clínicas, podem ocorrer problemas cardiovasculares (até parada cardíaca), dentárias, esofagites, gastrites e úlceras.

São considerados fatores de bom prognóstico: sintomas leves a moderados, curta duração antes do tratamento, idade menor no início da doença, motivação para atendimento e boa rede social de suporte. São fatores de mau prognóstico: sintomas mais severos, vômitos muito freqüentes no início

do tratamento, flutuações extremas de peso, impulsividade, baixa auto-estima e transtornos comórbidos.

Para pacientes que não se encaixam no quadro de Anorexia Nervosa ou Bulimia Nervosa, por não atender a todos os critérios, dá-se o diagnóstico de Transtorno Alimentar Não- Especificado (TANE) ou Transtorno Alimentar Atípico (DSM-IV).

### **Como identificar?**

Sendo os Transtornos Alimentares doenças psiquiátricas que trazem um grande risco ao paciente, podendo inclusive levar à morte, familiares, amigos e cuidadores devem ficar atentos aos seus primeiros sinais.

No caso da Anorexia Nervosa, chamam a atenção: preocupação excessiva com calorias, uso de roupas largas, isolamento ou irritabilidade, cooperação exagerada nas tarefas domésticas, desculpas para não fazer as refeições com a família nem sair com os amigos, restrições a grande grupos alimentares (doces, carboidratos, carnes etc), perceber-se “gordo” mesmo apresentando peso normal ou abaixo do padrão para a idade e altura.

A Bulimia Nervosa pode ser identificada, quando o sujeito: mantém o peso, apesar de ingerir uma grande quantidade de comida; corre para o banheiro após as refeições; toma banho após as refeições; ouve música no banheiro; faz uso de laxantes; pratica atividades físicas exageradamente; apresenta marcas nas mãos, por colocar constantemente os dedos na garganta (sinal de Russell), faz as refeições em horários alternativos, apresenta desgaste no esmalte dos dentes e começa a “sumir comida” na casa.

### **Como tratar?**

O tratamento dos Transtornos Alimentares é muito complexo, primeiro porque dificilmente o paciente aceita o fato de que o necessita. Depois, porque exige uma equipe multiprofissional, formada por médicos psiquiatras, nutricionistas, psicólogos e terapeutas familiares. Dependendo da gravidade, a internação hospitalar pode ser recomendada para que o paciente se recupere e depois prossiga o tratamento de forma ambulatorial ou com uma equipe particular à sua escolha.

No entanto, a cooperação dos familiares é essencial ao sucesso do tratamento. Para isso, é preciso compreender que trata-se de uma doença e não de uma nova mania, um estilo de vida ou que a melhora depende apenas da vontade do paciente. Deve-se procurar o mais rápido possível a ajuda de especialistas em Transtornos Alimentares, seguir as orientações nutricionais e ajudar o jovem a entender que sua recusa em tratar-se é um dos sintomas da doença.

### **Bibliografia**

American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV), 4.ed. Washington, DC, 1994.

Hochgraf P B . Aspectos clínicos dos Transtornos Alimentares.. In Bucarechi, H A (org.) Anorexia e Bulimia Nervosa. Uma visão multidisciplinar. Casa do Psicólogo; São Paulo, 2003.

Organização Mundial de Saúde. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Descrições clínicas e diagnósticas. Artes Médicas; Porto Alegre, 1993.

Pinzon V.; Nogueira F C. Epidemiologia, curso e evolução dos transtornos alimentares. Revista Psiq. Clin. 31(4), 2004.

Pinzon V.; Gonzaga AP e col. Peculiaridades do tratamento da anorexia e da bulimia na adolescência: a experiência do PROTAD. Revista Psiq. Clin. 31 (4), 2004.

Weinberg C ;Cordás T A. Do altar às passarelas. Da Anorexia santa à Anorexia Nervosa. Annablume; São Paulo, 2006.

**\*coordenadora da CEPPAN**