

OMNIA

SAÚDE

Faculdades Adamantinenses Integradas (FAI)
www.fai.com.br

BALLISTA, Deuber Alves; RUMIN, Cassiano Ricardo. Contribuições ao estudo dos transtornos alimentares e obesidade: uma revisão bibliográfica. *Omnia Saúde*, v.5, supl., p.90-107, 2008.

Contribuições ao estudo dos transtornos alimentares e obesidade: uma revisão bibliográfica

Contributions to the study of eating disorders and obesity: a literature review

Deuber Alves Ballista

Psicólogo (SAP) – Especialista em Psicologia da Saúde (FAI)

Cassiano Ricardo Rumin

Mestre em Ciências Médicas (FMRP/USP)

RESUMO

Os transtornos alimentares são manifestação que possuem várias faces e distintas classificações. Na literatura acadêmica brasileira, pode-se perceber que não existe um consenso em relação a classificação dos transtornos alimentares e da obesidade enquanto doenças. A dificuldade de compreensão da etiopatogenia dos TAs faz com que diversos instrumentos sejam testados como ferramenta diagnóstica. Busca-se avaliar a multicausalidade relativa aos TAs com instrumentos que investigam prejuízos à imagem corporal, psicopatologias, co-morbidades e qualidade de vida. Este trabalho tem o objetivo de constituir uma revisão bibliográfica sobre os aspectos envolvidos no diagnóstico, desenvolvimento e tratamento de transtornos alimentares. Como método realizou-se uma revisão bibliográfica para encontrar consensos entre pesquisadores e, especialmente, identificar pontos críticos que podem ser abordados em estudos posteriores sobre TAs e obesidade. Os resultados indicaram maior definição teórico/técnica relativa aos TAs presentes na infância. Já para adolescentes e adultos jovens há uma variação nos dados epidemiológicos. Ainda há o predomínio do diagnóstico por sinais clínicos sem referenciar-se por fatores psicodinâmicos que originariam o adoecer. As modalidades de tratamento também não são consensuais, especialmente, quanto aos modelos psicoterápicos. Concluí-se que a persecutoriedade ocuparia posição de destaque na anorexia nervosa, uma vez que o medo de ingerir alimentos e, subsequente, medo de engordar são representações da ansiedade paranóide. Seguindo o esforço de compreensão dos elementos psicodinâmicos dos transtornos alimentares encontra-se a bulimia nervosa bem caracterizada pelos comportamentos compensatórios. Sugere-se a abordagem dos comportamentos compensatórios como estratégias de “reparação maníaca”. No TCAP é possível que ocorram limitações a função integradora do ego o que determinaria a vinculação maciça com o objeto primitivo de satisfação, ligado a oralidade. Finalmente destaca-se a necessidade de realização de estudos longitudinais para avaliar se pacientes que utilizam modalidades de psicoterapia para o tratamento dos TAs experimentam apenas a supressão temporária de sintomas ou se ocorrem mudanças psicodinâmicas que alterariam a relação com a alimentação.

Palavras-chave: Anorexia, Bulimia, TCAP, Obesidade, Psicoterapia.

ABSTRACT

Eating disorders are expressions that have different faces and different classifications. Brazilian academic literature, one can see that there is no consensus on the classification of eating disorders and obesity as a disease. The difficulty in understanding the pathogenesis of ED causes multiple instruments to be tested as a diagnostic tool. We seek to evaluate the multiple instruments on TAs with investigating damage to body image, psychopathology, comorbidity and quality of life. This work aims to provide a literature review on the issues involved in the diagnosis, development and treatment of eating disorders. As a method carried out a literature review to find consensus among researchers and, especially, identify critical issues that can be addressed in future studies on obesity and TAs. The results showed greater theoretical definition / technical on TAs present in childhood. As for adolescents and young adults there is a variation in epidemiological data. There is still a predominance of diagnosis by clinical signs without reference to psychodynamic factors that originate by the illness. Treatment modalities are not consensual, especially regarding psychotherapeutic models. We conclude that the paranoid occupy a prominent position in anorexia nervosa, since the fear of eating and subsequent fear of fat are representations of paranoid anxiety. Following the effort of understanding of the psychodynamics of eating disorders is bulimia nervosa well characterized by compensatory behaviors. We suggest the approach of compensatory behaviors such strategies "manic reparation." In TCAP are possible limitations to the integrative function of the ego that would determine the linkage with the massive primitive object of satisfaction on orality. Finally we highlight the need for longitudinal studies to evaluate whether patients using modalities of psychotherapy for the treatment of ED experience only a temporary suppression of symptoms or if changes occur that alter the psychodynamic relationship with food.

Keywords: Anorexia, Bulimia, BED, Obesity, Psychotherapy.

INTRODUÇÃO

Os transtornos alimentares são manifestação que possuem várias faces e distintas classificações. Segundo Murawski, Elizathe e Rutzstein (2009) são caracterizados pela presença de comportamentos alimentares desordenados acompanhados por um medo intenso de ganhar peso e excesso de preocupação com a alimentação e imagem corporal.

Saikali et al. (2004) ao investigarem as relações entre imagem corporal e transtornos alimentares indicam que o conceito de imagem corporal envolve três componentes:

“a) Perceptivo: que se relaciona com a precisão da percepção da própria aparência física, envolvendo uma estimativa do tamanho corporal e do peso; b) Subjetivo: que envolve aspectos como satisfação com a aparência, o nível de preocupação e ansiedade a ela associada e, c) Comportamental, que focaliza as situações evitadas pelo indivíduo por experimentar desconforto associado à aparência corporal” (Saikali et al. 2004 p.164) .

Na literatura acadêmica brasileira, pode-se perceber que não existe um consenso em relação a classificação dos transtornos alimentares e da obesidade enquanto doenças. Oliveira & Hutz (2010) destacam que:

“Os transtornos alimentares são patologias caracterizadas primordialmente pelo medo mórbido de engordar. Vários são os fatores envolvidos tanto na etiologia quanto na manutenção e na gravidade dessas doenças, principalmente fatores individuais, familiares e culturais. Em relação a estes últimos, salienta-se o papel dos aspectos históricos, estéticos, midiáticos, transculturais, socioeconômicos, raciais e de gênero” (OLIVEIRA & HUTZ, 2010, p. 575).

Os autores acima entendem que os transtornos alimentares são patologias enquanto que Claudino & Borges (2002) compreendem que os transtornos alimentares são “síndromes comportamentais cujos critérios diagnósticos têm sido amplamente estudados [...]. São descritos como transtornos e não como doenças por ainda não se conhecer bem sua etiopatogenia” (CLAUDINO & BORGES, 2002, p. 07).

Donato et al. (2004) apóiam a concepção acima ao definirem o conceito de obesidade relatam que:

“a obesidade não deveria ser considerada uma doença, mas sim uma síndrome, ou seja, um estado mórbido caracterizado por um conjunto de sinais e sintomas atribuíveis a mais de uma causa. Dessa síndrome pode-se dizer genericamente que a obesidade resulta de um desbalanceamento entre a energia gasta e a energia consumida, redundando em um armazenamento excessivo de energia, sob a forma de triglicérides no tecido adiposo” (DONATO et al. 2004, p. 333).

A dificuldade de compreensão da etiopatogenia dos TAs faz com que diversos instrumentos sejam testados como ferramenta diagnóstica. Busca-se avaliar a multicausalidade relativa aos TAs com instrumentos que investigam prejuízos à imagem corporal, psicopatologias, co-morbididades e qualidade de vida (MOTTA, 2007). Ainda que há variações nos métodos: “Entrevistas clínicas (estruturadas ou semi-estruturadas): EDE, SCID-I/P. MINI – PLUS, CIDI. Entrevista psicanalítica embasada em conhecimentos específicos sobre TA. Questionários auto-aplicáveis: EDE-Q, EAT, BITE, BES, QEWP-R, BSQ, EDI, BULIT, BDS. De automonitoração: diários alimentares” (MOTTA, 2007, p. 94).

OBJETIVO

Este trabalho tem o objetivo de constituir uma revisão bibliográfica sobre os aspectos envolvidos no diagnóstico, desenvolvimento e tratamento de transtornos alimentares. Esta revisão bibliográfica figurará como suporte para a definição da técnica psicoterápica que posteriormente será empregada na realização de um estudo de caso sobre a atenção psicoterápica a um indivíduo com transtorno alimentar.

METODOLOGIA

Esta pesquisa se desenvolveu como etapa preparatória para o desenvolvimento posterior de um estudo de caso sobre a utilização da psicoterapia como técnica terapêutica no estudo dos TAs. Esta etapa foi considerada de fundamental importância para o desenvolvimento do atendimento psicoterápico posterior, pois há um grande conjunto de pesquisas que apontam diversos modelos de tratamento para os TAs e instabilidade de consensos. Assim após a revisão bibliográfica será possível definir características do sujeito que será selecionado para receber a atenção psicoterápica e qual técnica de atendimento.

A pesquisa bibliográfica “é uma atitude e uma prática teórica de constante busca que define um processo intrinsecamente inacabado e permanente” (MINAYO, 2000, p.23). Este processo reflete-se especialmente na definição das técnicas preconizadas para o tratamento dos TAs. A multicausalidade do desenvolvimento dos TAs necessita ser abordada no estudo da “causa, relações e conexões com outros fenômenos” (BARROS & LEHFELD, 2000, p. 70). A conexão a outros fenômenos determinou o interesse neste trabalho pelos fatores psicológicos e sua abordagem em psicoterapia. Os materiais empregados nesta revisão bibliográfica foram livros e artigos eletrônicos das seguintes bases de dados científicas: SCIELO, BVS-PSI e REDALYC.

Deste modo foi possível sintetizar informações sobre a etiologia, o diagnóstico e o tratamento da obesidade e orientar o passo futuro de analisar o funcionamento de uma intervenção em psicologia dirigida aos transtornos alimentares.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Alguns transtornos alimentares ocorrem já no início do ciclo vital. Gusmão (2002) relata a existência de casos de problemas alimentares em bebês e comenta:

“cerca de 35% dos bebês e crianças pequenas apresentam problemas ou dificuldades na alimentação (*feeding problems/feeding difficulties*), que vão desde a ingestão insuficiente ou excessiva de alimento, restrições em relação às preferências alimentares, atraso na passagem para a alimentação autônoma, comportamentos objetáveis às refeições, até hábitos alimentares bizarros (...) Este percentual engloba, portanto, todos os casos em que são observados desde dificuldades relativas à alimentação até os transtornos da alimentação propriamente ditos. Pesquisas mostraram que casos graves de recusa alimentar ou vômitos, associados a ganho de peso insatisfatório, ocorrem em cerca de 1% a 2% dos bebês de até um ano de idade” (CHATOOR, 1997b apud GUSMÃO, 2002, p. 52).

Donato et al. (2004) citam algumas situações que influenciam a ocorrência de transtornos alimentares em crianças. As situações são:

“Excesso de frustração para o bebê por situações diversas como mães ou cuidadores que não perceberam suas necessidades em tempo adequado.

Mães ou cuidadores que por excesso de culpa em decorrência de sentimentos inconscientes de rejeição ou dificuldades de lidar com o afeto compensam-nos substituindo a intimidade e o contato por alimentos.

Pais extremamente ocupados que, mesmo amando seus filhos, acabam não tendo oportunidade de tornarem-se íntimos deles o suficiente, causando uma falta que aqueles tentarão minimizar de alguma forma.

Bebês extremamente vorazes ou com pouca capacidade de tolerância à frustração” (DONATO et al., 2004, p. 345).

Appolinário & Claudino (2000) descrevem os tipos de transtornos alimentares da infância classificando-os como aqueles que:

“parecem não estar associadas a uma preocupação excessiva com o peso e/ou a forma corporal, mas podem interferir no desenvolvimento infantil. O transtorno da alimentação da primeira infância inicia-se antes dos seis anos de idade e os sintomas não são ligados a condições de agravos à saúde. Aqui encontram-se o transtorno da alimentação da primeira infância, a pica e o transtorno de ruminação” (APPOLINÁRIO & CLAUDINO, 2000, p. 28).

Nóbrega (2000) destaca a hipofagia como um transtorno que se manifesta na primeira infância e determina, em muitas ocasiões, a interrupção do aleitamento no seio. A criança, frente ao incômodo desencadeado pela sensação de fome e o intervalo que se inscreve entre a sucção e a saciedade, pode constituir uma experiência emocional aversiva em relação à amamentação e rejeitar o contato com o seio. A rejeição do contato com o seio envolve a “gratificação alucinatória” (KLEIN, 1991) e mantém a criança numa relação de distanciamento em relação à figura materna. Com a gratificação alucinatória:

“a frustração e a ansiedade derivadas de fontes variadas são eliminadas, o seio externo perdido é recuperado e o sentimento de ter o seio ideal dentro de si (possuindo-o) é reativado. Podemos também supor que o bebê alucina o estado pré-natal ansiado. Como o seio alucinado é inexaurível, a voracidade é momentaneamente satisfeita. Porém, mais cedo ou mais tarde a sensação de fome leva a criança de volta ao mundo externo e então a frustração, com todas as emoções que ela suscita, é novamente vivenciada” (KLEIN, 1991, p. 89).

A frustração vivenciada pela ruptura das fantasias alucinatórias envolve a expressão da agressividade e desperta o sentimento de rejeição na mãe. Deste modo, ficam abaladas as referências da alimentação como uma experiência prazerosa da díade mãe/bebê, projetando neste vínculo relações hostis.

Nogueira (2000) também apresenta os comportamentos hiperfágicos de bebês, como transtornos presentes na primeira infância. Para Klein (1991) as exigências de uma alimentação intensa e por longos períodos “desenvolvem-se em fantasias de devorar e escavar o corpo da mãe” (KLEIN, 1991, p. 93). Ainda, segundo a autora “a voracidade é uma ânsia impetuosa e insaciável, que excede aquilo que o sujeito necessita e o que o objeto é capaz e está disposto a dar” (KLEIN, 1991, p. 212). Assim, o vínculo mãe/bebê é configurado como uma sobrecarga à mãe e esta pode sentir-se esvaziada da possibilidade de oferecer cuidados. Desperta sensações maternas de que o aleitamento não é suficiente para a satisfação do bebê e isto implicaria em mudanças na oferta de alimentos e até mesmo o abandono do aleitamento no seio.

O grande volume de alimentos ingeridos no comportamento hiperfágico contribui para uma síndrome que acomete bebês no primeiro ano de vida denominado “vômito em jato” (SOIFER, 1992). Esta síndrome “expressa a vivência persecutória, ocasionada pela carência emocional no contato com a mãe e é regido pela fantasia de expulsão do perseguidor, sentido como alguém que priva a criança de seu objeto de amor” (SOIFER, 1992, p. 215). Algumas crianças prolongam o sintoma até o fim do primeiro ano de vida, mas é comum que se desestabeleça ao final do segundo mês de vida.

Já a pica ocorre em condições de privação de cuidados e durante o desenvolvimento das capacidades de locomoção da criança. Salienta-se que a pica define-se pela:

“ingestão persistente de substâncias não nutritivas, inadequadas para o desenvolvimento infantil e que não fazem parte de uma prática aceita culturalmente. As substâncias mais freqüentemente consumidas são: terra, barro, cabelo, alimentos crus, cinzas de cigarro e fezes de animais. (...) Várias complicações clínicas podem ocorrer, principalmente relacionadas com o sistema digestivo e com intoxicações ocasionais, dependendo do agente ingerido” (APPOLINÁRIO & CLAUDINO, 2000, p. 28).

A expressão pelos pais do “sinal semântico não” (SPITZ, 1998) se intensifica com a crescente locomoção infantil. Emprega-se o “não” como modo de proteger a criança que se arrisca distanciada do corpo do maternador, anteriormente mediador das relações da criança com os objetos. Destaca-se que:

“os processos mentais do adulto e as razões possíveis para seu ‘Não’ estão completamente além da capacidade de compreensão de uma criança de quinze meses. Esta não pode entender que o adulto proíbe em função de uma preocupação pela segurança da criança” (SPITZ, 1998, p. 46).

O “não” se constituirá como uma referência sobre aquilo que pode ser explorado libidinalmente – e no caso da pica, pela oralidade – ocasionando um processo conflituoso entre o desejo e as interdições sobre o objeto.

Outro transtorno alimentar que envolve a infância é a ruminação. Tal condição clínica envolve:

“Episódios de regurgitação (ou remastigação) repetidos que não podem ser explicados por nenhuma condição médica. As principais

complicações médicas podem ser desnutrição, perda de peso, alterações do equilíbrio hidroeletrolítico, desidratação e morte. O tratamento envolve o acompanhamento clínico das complicações e tratamento comportamental” (APPOLINÁRIO & CLAUDINO, 2000, p. 28).

Ao fim da infância começam a surgir transtornos alimentares que articulam sua manifestação a elementos provenientes da constituição da imagem corporal e aspectos psicopatológicos de grande complexidade. Appolinário & Claudino (2000) afirmam que:

“A associação dos transtornos alimentares com outros quadros psiquiátricos é bastante freqüente, especialmente com transtornos do humor, transtornos de ansiedade e/ou transtorno de personalidade, mesclando os seus sintomas com os da condição básica e complicando a evolução clínica” (APPOLINÁRIO & CLAUDINO, 2000, p. 29).

Melin & Araújo (2002) ao discutir as semelhanças e diferenças dos transtornos alimentares em homens e mulheres indicam que:

“A taxa exata de TA [Transtornos Alimentares] no sexo masculino ainda não foi completamente estabelecida, até porque os homens são excluídos de muitos estudos em razão do baixo número de casos. A proporção de homens com TA relatada na literatura é, via de regra, 1:10, variando de acordo com os critérios utilizados entre 1:6 e 1:20. Para alguns autores, entretanto, o número está consideravelmente subestimado. Tal como ocorre no sexo feminino, entre os homens, a BN [Bulimia Nervosa] é mais freqüente do que a AN [Anorexia]. Na experiência do Setor de TA e Obesidade do Serviço de Psiquiatria da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, em 150 pacientes consecutivos, 13 (8,67%) eram homens – três com AN, três com BN e sete com outros TA não especificados” (MELIN & ARAÚJO, 2002, p. 74).

Mais adiante no mesmo trabalho nota-se que os transtornos alimentares “em homens frequentemente estão associados a outros transtornos psiquiátricos, especialmente depressão e abuso de álcool e drogas, tal como ocorre com o sexo feminino” (MELIN & ARAÚJO, 2002, p. 76). Em um estudo feito na Colombia por Fandiño et al. (2007) é revelado que:

“Los TCA presentan una prevalencia anual de 0.5% a 1% en la población general, y una incidencia por año de un caso por cada 1000 mujeres de 13 a 18 años de edad. Las manifestaciones de los desórdenes alimentarios emergen comúnmente en la mitad de la adolescencia, antes del desarrollo de un síndrome completo, con una prevalência de 0.5% para AN y 1% para BN, como lo muestra un estudio en Inglaterra donde la prevalencia de AN fue 0.4%, con una razón mujer:hombre de 9:1 y para bulimia nerviosa la prevalencia fue 1%, con una relación 30:125. En este trabajo se

evidenció la edad de inicio temprana de estos trastornos, pues el grupo de edad con la mayor proporción de casos de TCA positiva fue el de 15 a 19 años” (45.3%) (FANDIÑO et al., 2007, p. 349).

Cruzat et al. (2008) constatou que:

“La revisión de estudios realizados en varios países europeos, asiáticos y Estados Unidos por van Hoeken, Seidell y Hoek (2003) indica que la prevalencia promedio para las adolescentes es de 0.3% para la anorexia nerviosa y 1% para la bulimia nerviosa. La incidencia total es al menos 8 por cada 100 mil personas al año para la anorexia nerviosa y 12 por cada 100 mil personas al año para la bulimia. Además, la incidencia de anorexia nerviosa há aumentado en los últimos 50 años, particularmente en mujeres entre 10 y 24 años de edad. Además, la prevalencia estimada para trastorno por “atración” (*Binge Eating Disorder*) es de al menos un 1%” (HOEKEN; SEIDELL; HOEK, 2003 apud CRUZAT et al. 2008, p. 81).

Entre os transtornos alimentares que ocorrem já no início da adolescência encontra-se a anorexia nervosa (AN), a bulimia nervosa (BN) e o transtorno de compulsão alimentar periódica (TCAP). É corrente na literatura científica a seguinte definição de anorexia nervosa:

“Na sua forma típica, a AN se inicia geralmente na infância ou na adolescência. O início é marcado por uma restrição dietética progressiva com a eliminação de alimentos considerados “engordantes”, como os carboidratos. As pacientes passam a apresentar certa insatisfação com os seus corpos assim como passam a se sentir obesas apesar de muitas vezes se encontrarem até emaciadas (alteração da imagem corporal). O medo de engordar é uma característica essencial, servindo muitas vezes como um diferencial para outros tipos de anorexia secundárias a doenças clínicas ou psiquiátricas. Gradativamente, as pacientes passam a viver exclusivamente em função da dieta, da comida, do peso e da forma corporal, restringindo seu campo de interesses e levando ao gradativo isolamento social. O curso da doença é caracterizado por uma perda de peso progressiva e continuada. O padrão alimentar vai se tornando cada vez mais secreto e muitas vezes até assumindo características ritualizadas e bizarras” (APPOLINÁRIO e CLAUDINO, 2000, p. 29).

É relevante destacar que a etiologia ligada a AN não é bem definida e talvez não se restrinja a um temor de engordar. Ao considerar os aspectos mórbidos do emagrecimento em associação ao gradativo isolamento social podem-se dimensionar aspectos fóbicos ligados à ingestão de alimentos, mais intensos que o temor relacionado ao desenvolvimento da obesidade. Castilho e Castilho (2004) sugerem a relação entre os atos obsessivos e a AN. Os autores afirmam que as formações obsessivas podem ocorrer, pois, representariam uma estratégia defensiva contra a intrusão de aspectos persecutórios.

Outro transtorno alimentar descrito é a BN. Appolinário e Claudino (2000) caracterizam a BN como um ciclo de episódios de grande ingestão alimentar e hipercalórica, seguida de ocorrências purgativas. Os atos purgativos podem envolver vômitos induzidos, uso de substâncias laxativas, consumo de anfetaminas e práticas físicas excessivas. Estes episódios objetivam eliminar calorias dos alimentos ingeridos na ação hiperfágica.

Ainda, vale ressaltar a função psicodinâmica da purgação que está relacionada com a redução do sentimento de culpa e de perda de controle sobre o ato alimentar. A BN determina, a longo prazo, o desenvolvimento do sobrepeso ou da obesidade grau I, pois, a ingestão hipercalórica pode chegar a 5 mil calorias (APPOLINÁRIO e CLAUDINO, 2000) e a purgação não é capaz de livrar o organismo de todo excedente calórico oriundo da alimentação.

O TCAP se assemelha a BN nos atos hiperfágicos. Entretanto se diferencia da BN, pois, os sentimentos de culpa não se apresentam na mesma proporção e os atos purgativos não estão presente. Appolinário e Claudino (2000) afirmam que:

“A maioria dos pacientes com o transtorno é obesa. A sua prevalência na população em geral é em torno de 2%. Pessoas com TCAP diferem das obesas sem TCAP no que se refere à gravidade da psicopatologia, ao início mais precoce da obesidade, a maior gravidade da obesidade e a má resposta aos regimes de tratamento, podendo estar associado à obesidade em adolescentes” (APPOLINÁRIO & CLAUDINO, 2000, p. 30).

Além das condições psicopatológicas que compõem os transtornos alimentares, não se devem desconsiderar fatores ligados à veiculação midiática e elementos culturais. Jiménez-Cruz & Silva-Gutiérrez (2010) avaliaram a percepção de transtornos alimentares, ansiedade, depressão e outras emoções associadas às imagens publicitárias. As autoras destacaram que participantes que eram expostos a imagens de mulheres magras comunicavam sentimentos negativos em relação aos seus corpos em maior frequência que aqueles que foram expostos a imagens de mulheres com sobrepeso. O estudo afirmou que o ideal transmitido através da mídia gera emoções desagradáveis que podem levar a um comprometimento do comportamento alimentar em mulheres jovens.

Entre adolescentes do ensino médio da Argentina, Murawski, Elizathe e Rutzstein (2009) avaliaram o grau de satisfação com a imagem corporal entre homens e mulheres e apontou que a busca pela magreza e a insatisfação com a imagem corporal “é comparativamente maior entre o grupo feminino” (MURAWSKI, ELIZATHE e RUTSZTEIN, 2009, p. 65). Em outro estudo realizado na Argentina com uma população feminina com idade entre 12 e 21 anos, foi encontrada associação entre a depressão e os sintomas de transtornos alimentares (VEGA et al. 2009, p. 103). Martins & Sassi Junior (2004) ao realizarem uma análise entre TA e comorbidades descrevem que:

“Os resultados epidemiológicos encontrados são muito variados, entretanto, estes sempre mostram uma relação próxima entre os dois transtornos. Um exemplo disso é a prevalência de transtornos de personalidade encontrada na população geral, sempre menor que

a encontrada em pacientes com transtornos alimentares” (MARTINS & SASSI JUNIOR, 2004, p. 162).

A obesidade e os agravos à saúde

Em decorrência da relevância epidemiológica da obesidade para as políticas públicas de saúde estruturam-se esforços mundiais para a compreensão dos determinantes do agravo. A obesidade é definida:

“Quando o IMC encontra-se acima de 30kg/m². Quanto à gravidade, a OMS define obesidade grau I quando o IMC situa-se entre 30 e 34,9 kg/m², obesidade grau II quando IMC está entre 35 e 39,9 kg/m² e, por fim, obesidade grau III quando o IMC ultrapassa 40 kg/m²” (SEGAL e FANDIÑO, 2002, p. 68).

Franques & Arenales-Loli (2006) comentam em seu livro que existem diversas doenças que incidem com maior frequência em obesos de grau II e III. Tais doenças são:

“diabetes *mellitus* tipo II, hipertensão arterial sistêmica, hiperlipemias, afecções coronarianas, acidente vascular cerebral, doenças degenerativas osteoarticulares, doenças do aparelho digestivo como coletítase e doença do refluxo gastroesofágico, câncer (no sexo masculino os de cólon, reto e próstata e no feminino os de útero, mama e vias biliares), insuficiência cardíaca, insuficiência respiratória, afecções cutâneas, complicações nos tratamentos cirúrgicos, complicações obstétricas, maior índice de acidentes pessoais, distúrbios psiquiátricos, psicológicos e a não menos importante, discriminação social” (FRANQUES e ARENALIS-LOLI, 2006, p. 13-14).

Mattos (2007) escreve que existe uma diferença entre o conceito de obesidade e o de sobrepeso, expondo que:

“Também é importante discriminar a Obesidade do Sobrepeso. Segundo a Organização Mundial de Saúde, Sobrepeso equivale a excesso de peso corpóreo, enquanto a Obesidade equivale ao excesso de gordura no organismo e IMC > 30 kg. Existem também distintos graus de Obesidade conforme a gravidade do quadro, até a denominada obesidade mórbida. Rascovsky (1950) propõe que se considere dois tipos de Obesidade, a primária e a secundária. Na primária há a organização de intenso ego corporal, enquanto que a secundária é reativa, uma tentativa de restauração ante situação depressiva básica como forma de recuperação maníaca. A primeira implica em patologia psicossomática, enquanto a segunda pode estar mais próxima de uma estruturação neurótica” (MATTOS, 2007, p. 78).

As cirurgias bariátricas surgiram como uma forma de proporcionar uma melhor qualidade de vida para os indivíduos obesos. Oliveira, Linardi e Azevedo (2004, p.199) afirmam que “cirurgias antiobesidade podem ser procedimentos que limitam a capacidade gástrica, ou que interferem na digestão ou, ainda, uma combinação de ambas

as técnicas”. Suas indicações envolvem a presença de IMC > que 40 kg/m² ou quando há associação com comorbidades ligadas a obesidade “apnéia do sono, histórico de falha de tratamentos conservadores prévios e ausência de doenças endócrinas como causa da obesidade” (PORIES, 2003 apud OLIVEIRA, LINARDI e AZEVEDO, 2004, p.48).

A escolha do procedimento cirúrgico deveria também depender do acompanhamento com uma equipe multidisciplinar nos períodos pré e pós-operatório. Segundo Segal & Fandiño (2002) a “equipe multidisciplinar é composta por endocrinologistas, nutricionistas, cardiologistas, pneumologistas, psiquiatras, psicólogos e cirurgiões” (COUTINHO, 1999 apud SEGAL e FANDIÑO, 2002, p. 69). Os autores informam que as técnicas cirúrgicas reconhecidas são: gastroplastia vertical com bandagem (GVB), *Lap Band* e gastroplastia com derivação gastro-jejuna (COUTINHO, 1999 apud SEGAL & FANDIÑO, 2002, p. 69). Outras duas modalidades cirúrgicas também são utilizadas e foram propostas por Nicola Scopinaro (SEGAL e FANDIÑO, 2002, p. 69). A gastroplastia vertical com bandagem (GVB) foi uma técnica introduzida por Mason em 1982 que consiste:

“no fechamento de uma porção do estômago através de uma sutura, resultando em diminuição importante do reservatório gástrico. Um anel de contenção é colocado no orifício de saída, tornando o esvaziamento desta pequena câmara mais lento. Contudo, este procedimento apresenta alta incidência de recidiva da obesidade após 10 anos de seguimento, motivo pelo qual ela vem sendo abandonada mundialmente” (SEGAL e FANDIÑO, 2002, p. 69).

A técnica cirúrgica *Lap Band* é descrita como “uma aplicação de uma banda regulável na porção alta do estômago, de modo a criar uma pequena câmara justa-esofágica. O orifício de passagem desta câmara é regulável através de um mecanismo percutâneo de insuflação” (SEGAL e FANDIÑO, 2002, p. 69). Já a gastroplastia com derivação gastro-jejuna envolve a associação entre a redução do volume gástrico, a restrição ao seu esvaziamento pelo anel de contenção e “um pequeno prejuízo na digestão através de uma derivação gástrica-jejunal” (SEGAL e FANDIÑO, 2002, p. 69). As cirurgias de Nicola Scopinaro são “derivações bílio-pancreáticas e são operações mal-absortivas, onde a restrição volumétrica não representa papel preponderante. Com ela há descrições de diminuição de episódios de compulsão alimentar (SEGAL e FANDIÑO, 2002, p. 69).

Segundo Magdaleno Junior; Chaim e Turato (2009), quando o paciente emagrece no período pós-operatório, sente-se muito satisfeito com o reforço positivo da família, amigos e membros da equipe multidisciplinar. Por isso “todo aquele sofrimento advindo da exclusão social, da rejeição por ser gordo, da ferida narcísica que representa um corpo fora dos padrões, de repente se reverte” (p. 76). Após esse período de reforço positivo:

“vão aparecendo outros sentimentos, que por vezes ‘parecem vir do nada’: uma angústia, uma sensação de tédio indefinida, um vazio, algo que fica faltando, sentimentos de tristeza, uma vontade de ficar beliscando, o tempo todo, alguma coisa... mas ainda assim a perda de peso continua visível, o trauma físico da cirurgia vai

cicatrizando, uma coisa equilibra a outra e a disposição de continuar lutando permanece” (MAGDALENO JUNIOR; CHAIM; TURATO, 2009 p. 76).

Magdaleno Junior; Chaim e Turato (2009) salientam também que:

“A ameaça aparece quando a realidade de que o peso pode voltar a aumentar, apesar da cirurgia, se impõe. É nesse momento – e aqui já se passou 1 ano ou um pouco mais após a cirurgia – que o sintoma "obesidade", que foi impedido pela cirurgia, pode, se não houver um acompanhamento terapêutico satisfatório, começar a buscar novas vias de expressão. Observamos duas vias principais que podem se formar: a via depressiva e a via da compulsão” (MAGDALENO JUNIOR; CHAIM; TURATO, 2009, p. 76).

Modelos de Tratamento para Transtornos Alimentares e Obesidade

Antes da descrição de algumas modalidades de tratamento dos transtornos alimentares e obesidade, apresenta-se alguns conceitos de prevenção em saúde que são aceitos e definidos por Caplan (1964 apud BLEGER, 1984, p. 77) como:

“prevenção primária, secundária e terciária. A primeira delas se refere a uma redução do risco da doença...; a segunda, a uma redução da duração da doença tanto como diagnóstico precoce e ao tratamento efetivo; a prevenção terciária se refere a prevenir seqüelas e déficit tanto como ao retorno ou re-adequação do sujeito curado (parcial ou totalmente) à comunidade”.

Na literatura acadêmica da Espanha encontra-se uma experiência de prevenção primária em saúde que visa atender adolescentes e pais, como uma tentativa de evitar condutas de risco que possam favorecer o aparecimento de transtornos alimentares (MORALES e FUENTES, 2008). Os autores afirmam que a principal estratégia de sua intervenção é:

“la prevención primaria, es decir, al conjunto de intervenciones que pueden realizarse antes del desarrollo de la enfermedad, se actúa sobre los factores de riesgo, las principales estrategias son de carácter educativo y se han centrado básicamente en los siguientes aspectos: a) Información a la población general y en particular a la población de riesgo; b) Identificación de grupos de riesgo; c) Actuaciones dirigidas a modificar aquellas conductas que podrían favorecer el comienzo de la enfermedad, en particular en relación con la dieta, d) Intervenciones sobre los estereótipos culturales, adelgazamiento y belleza” (MORALES e FUENTES, 2008, p.07).

As modalidades de tratamento para os transtornos alimentares e obesidade envolvem equipes multiprofissionais. O tratamento das pessoas que sofrem de anorexia nervosa via internação hospitalar, ocorre quando os pacientes se encontram em condições físicas precaríssimas. Falherty (1990 apud BUSSE e SILVA, 2004, p.93) estabeleceu os seguintes critérios para o emprego da hospitalização como recurso curativo: “a) rápida

perda de peso, maior do que 30% ao longo de seis meses; b) severa perda de energia ; e c) hipocalemia ou alterações eletrocardiográficas”.

Córdas (1994 apud BUSSE e SILVA, 2004) propõe cinco principais categorias para o tratamento da anorexia nervosa:

“1) Em regime de hospitalização, com instalação de vigorosos cuidados de enfermagem, administrando dieta hipercalórica, mesmo contra a vontade da paciente, caso se faça necessário. Durante o período de internação, devem ser mantidos ou iniciados os demais tratamentos citados. 2) Técnicas comportamentais e cognitivas têm sido incorporadas em muitos, se não em todos, programas atuais para AN; as técnicas mais empregadas são exposição, a prevenção de respostas, a intenção paradoxal e a reestruturação cognitiva. 3) Psicoterapia individual: dado o fato de que a psicoterapia clássica interpretativa, orientada para o *insight*, vem se mostrando insuficiente, uma abordagem psicoterápica mais ativa, incluindo aspectos educacionais e postura mais diretiva, deve ser empregada, segundo Bruch (1975) e Halmi (1989). 4) Psicoterapia familiar para indivíduos que ainda vivem em seu núcleo familiar e cujo conflitos familiares sejam um importante fator precipitante. Para pacientes casadas, esse recurso é obrigatório, uma vez que são mais velhas, o que por si só piora muito o prognóstico. 5) Psicofarmacoterapia” (BUSSE e SILVA, 2004, p. 94).

Busse e Silva (2004) indicam que a paciente bulímica é hospitalizada com menos frequência do que a anoréxica. Recomendam a hospitalização em situações que existe a vigência de complicações como: risco de suicídio ou fracasso no tratamento ambulatorial. No tratamento da paciente bulímica orientam que:

“Deve ser feito por equipe multidisciplinar composta por: psiquiatra, psicólogo, nutricionista, assistente social. O paciente deve ser submetido a psicoterapia individual e familiar. Caberá à nutricionista orientar e estabelecer técnicas comportamentais cognitivas, como enfatiza Hsu (1990). O uso de psicofármacos é de grande importância no controle da compulsão alimentar” (BUSSE e SILVA, 2004 p. 97).

Os aspectos psicodinâmicos da obesidade oferecem uma leitura para o sofrimento psíquico do sujeito e orientam o manejo do caso em uma psicoterapia individual de orientação psicanalítica. A psicoterapia individual de orientação psicanalítica:

“Trata-se de um processo focado no assunto obesidade, o que significa que todos os procedimentos e objetivos estão voltados para isso; não se pretende fazer uma análise da estrutura da personalidade do sujeito. Estrategicamente podem ser usados outros referenciais e técnicas, como o psicodrama, comportamental etc., de acordo com o que o terapeuta achar conveniente para o caso” (DONATO et al., 2004, p. 347-348).

Mattos (2007, p.90) relata as diversas modalidades de grupos existentes para operacionalizar atendimentos, e diferencia grupos de “auto-ajuda e psicoterápicos

(grupo operativo reflexivo com base psicanalítica, psicodrama, cognitivo comportamental, interdisciplinar-psicoeducacional ou temático)”. Ressalta ainda que:

“Pesquisas demonstram que pacientes obesos tratados em grupo perdem mais peso que os tratados individualmente (London e Schreider, 1966 IN: Barros, 1994). Isto se dá pela possibilidade de se trabalhar os conflitos e fantasias que impedem o emagrecimento desejado dentro de um campo em que atuam as forças internas grupais” (MATTOS, 2007, p. 91).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diagnóstico dos transtornos alimentares apresenta-se na literatura com diversas proposições, sendo a descrição do comportamento dos indivíduos com transtornos alimentares o meio preponderante da prática clínica, conforme identifica Tavares e Alarcão (2008).

Entretanto, são restritas as iniciativas de averiguação de elementos psicodinâmicos o que permitiria o aprimoramento dos dispositivos de psicoterapia. Um exemplo de esforço neste sentido encontra-se em Castilho e Castilho (2004). Os autores apontam a “aversão” como elemento distintivo de comportamentos obsessivos e compulsivos.

Seguindo este caminho pode-se compreender a persecutoriedade em relação aos alimentos como parâmetro psicodinâmico. A persecutoriedade ocuparia posição de destaque na anorexia nervosa uma vez que o medo de ingerir alimentos e o subsequente medo de engordar são expressões da ansiedade paranóide. Alguns apontamentos sobre as características dos vínculos de indivíduos com diagnóstico de anorexia nervosa (MARTINS e DINIZ, 2006) são congruentes com mecanismos defensivos da posição esquizoparanóide, em especial, a cisão. É possível considerar que os elementos psicodinâmicos da anorexia nervosa sejam compreendidos naqueles descritos na posição esquizoparanóide.

Seguindo o esforço de compreensão dos elementos psicodinâmicos dos transtornos alimentares encontra-se a bulimia nervosa bem caracterizada pelos comportamentos compensatórios. Sugere-se a abordagem dos comportamentos compensatórios como estratégias de “reparação maníaca” (CAPER, 1990). Assim, na bulimia nervosa encontrar-se-ia um indivíduo que inicia o contato com a posição depressiva, entretanto este processo de desenvolvimento não foi ainda consolidado. O sentimento de culpa por ter transposto um parâmetro estabelecido como ordenador das relações com os objetos, ainda não pode ser plenamente tolerado. Tal condição envolveria uma percepção pejorativa sobre o narcisismo e a reparação maníaca apaziguaria este conflito, com o emprego de estratégias compensatórias: uso de laxantes, diuréticos, indução do vômito, exercícios físicos excessivos e o emprego de técnicas cirúrgicas.

Após a tentativa de delimitar características psicodinâmicas da anorexia e bulimia, segue-se o esforço de empreender esta discussão, em relação ao Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica. Esta entidade clínica se consolidou na última década e se distingue da anorexia nervosa pela ausência de elementos paranóides que inibiriam a ingestão alimentar. Com relação a bulimia nervosa a distinção se dá pela limitação dos

comportamentos compensatórios, por isso, ocorreria o ganho de peso. Entretanto os elementos psicodinâmicos necessitam ainda contar com maior explicitação. Parece que a persecutoriedade, relativa a posição esquizoparanóide, foi suficientemente contida pelas funções egóicas, mas ainda não é possível integrar a realidade interna e externa. Como destaca Alexander (1976, p. 75) “a função integradora do ego é comparar a percepção interna com os resultados da percepção sensorial e harmonizar as necessidades subjetivas com as circunstâncias externas”.

Assim, no Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica, é possível que ocorra limitações a função integradora do ego e deste modo, o indivíduo utilizaria recursos pouco flexíveis da instância egóica para atender as demandas internas e externas. É plausível, que mesmo com redução da persecutoriedade, o ego conte apenas com mecanismos primitivos como a negação e a racionalização para atender as manifestações desejanças. A fragilidade da função integradora do ego pode determinar o recurso à vinculação maciça com o objeto primitivo de satisfação, ligado a oralidade.

As reflexões sobre características psicodinâmicas ligadas aos TAs conduzem a um questionamento sobre os modelos psicoterápicos dirigidos ao tratamento. É corrente na literatura, a indicação de psicoterapias de orientação cognitivo-comportamental como produtoras de resultados positivos. Entretanto, os resultados de distintos tipos de psicoterapia necessitam ser tomados com cautela, pois, se restringe ao período do tratamento psicoterápico. Assim, não se sabe se ao longo do tempo, os pacientes que apresentaram resultados positivos à intervenção psicoterápica não retomam os padrões anteriores dos transtornos alimentares. São necessários, então, estudos longitudinais sobre a população que recebe intervenções psicoterápicas para o tratamento de transtornos alimentares, pois, se considerados os aspectos psicodinâmicos, estes não são alterados com intervenções focadas no enfrentamento e supressão dos sintomas.

A consideração exposta acima orientou a execução de uma etapa posterior a esta revisão bibliográfica, que envolveu um estudo de caso. Para este estudo decidiu-se descrever o que se produz no atendimento psicoterápico de um indivíduo com diagnóstico inconclusivo de transtorno alimentar. A abordagem do que “se produz” no atendimento psicoterápico orientará reflexões sobre pontos confusos indicados na revisão bibliográfica: o diagnóstico, os elementos psicodinâmicos, a técnica terapêutica e o resultado obtido.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALEXANDER, F. *Fundamentos da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1976.
- APPOLINARIO, J. C.; CLAUDINO, A. M. Transtornos alimentares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 22, sup. 2, p. 28-31, 2000.
- BARROS, A. J. S.; LEHFELD, N. A. S. *Fundamentos de metodologia científica: um guia para a iniciação científica*. São Paulo, Makron Books, 2000.
- BLEGER, J. *Psico-higiene e Psicologia Institucional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.

BUSSE, S. R.; SILVA, L. S. Transtornos alimentares. In: BUSSE, S. R. (Org.). *Anorexia, bulimia e obesidade*. Barueri: Manole, p.31-110, 2004.

CAPER, R. Fatos imateriais. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

CASTILHO, A. R. G. L.; CASTILHO, J. C. R. Transtornos da alimentação e transtorno obsessivo-compulsivo. In: BUSSE, S. R. *Anorexia, Bulimia e Obesidade*. Barueri: Manole, p.183-204, 2004.

CLAUDINO, A. M.; BORGES, M. B. F. Critérios diagnósticos para os transtornos alimentares: conceitos em evolução. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v.24, sup.3, p.07-12, 2002.

CRUZAT, C.; RAMÍREZ, P.; MELIPILLÁN, R.; MARZOLO, P. Trastornos alimentarios y funcionamiento familiar percibido en una muestra de estudiantes secundarias de la comuna de concepción. *Psykhé*, v.17, n.1, p.81-90, 2008.

DONATO, A.; OSORIO, M. G. F.; PASCHOAL, P. V.; MARUM, R. H. Obesidade. In: BUSSE, S. R. (Org.). *Anorexia, bulimia e obesidade*. Barueri: Manole, p.329-366, 2004.

FANDIÑO, A.; GIRALDO, S. C.; MARTÍNEZ, C.; AUX, C. P.; ESPINOSA, R. Factores asociados con los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios en Cali. *Colombia Médica*, v.38, n.4, p.344-351, 2007.

FRANQUES, A. R. M.; ARENALIS-LOLI, M. S. *Contribuições da psicologia na cirurgia da obesidade*. São Paulo: Vetor, 2006.

GUSMÃO, M. H. Os transtornos e as dificuldades da alimentação. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v.5, n.1, p.44-60, 2002.

JIMÉNEZ-CRUZ, B. E.; SILVA-GUTIÉRREZ, C. Riesgo para trastorno alimentario, ansiedad, depresión y otras emociones asociadas a la exposición de imágenes publicitarias. *Anales de Psicología*, v.26, n.1, p.11-17, 2010.

KLEIN, M. *Inveja e gratidão e outros trabalhos (1946-1963)*. Rio de Janeiro: Imago, 1991.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J.-B. L. *Vocabulário de Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

MATTOS, M. I. P. Os transtornos alimentares e a obesidade numa perspectiva contemporânea: psicanálise e interdisciplinaridade. *Revista Contemporânea: Psicanálise e Transdisciplinaridade*, n.2, p.78-98, 2007.

MAGDALENO J. R.; CHAIM, E. A.; TURATO, E. R. Características psicológicas de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, v.31, n.1, p.73-78, 2009.

MARTINS, T.; DINIZ, T. C. V. C. Terapia familiar sistêmica dos transtornos alimentares. In: NUNES, M. A. et al. (Org) *Transtornos alimentares e obesidade*. p. 145-156, 2006.

MARTINS, F. C. O.; SASSI JUNIOR, E. A comorbidade entre transtornos alimentares e de personalidade e suas implicações clínicas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v.31, n.4, p.161-163, 2004.

MELIN, P.; ARAÚJO, A. M. Transtornos alimentares em homens: um desafio diagnóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v.24, sup.3, p.73-76, 2002.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.

MORALES, M. I. C.; FUENTES, M. H. Prevención de trastornos de alimentación: un primer programa de prevención en dos fases. *Clínica y Salud*, v.19, n.1, p.05-26, 2008.

MURAWSKI, B. M.; ELIZATHE, L.; RUTSZTEIN, G. Hábitos alimentarios e insatisfação con la imagen corporal: un estudio comparativo entre mujeres y varones estudiantes de escuelas secundarias. *Anuario de Investigaciones*, v.16, p.65-72, 2009.

NÓBREGA, F. J. Distúrbios nutricionais e fraco vínculo mãe/filho. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

OLIVEIRA, V. M.; LINARDI, R. C.; AZEVEDO, A. P. Cirurgia bariátrica: aspectos psicológicos e psiquiátricos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v.31, n.4, p.199-201, 2004.

OLIVEIRA, L. L.; HUTZ, C. S. Transtornos alimentares: o papel dos aspectos culturais no mundo contemporâneo. *Psicologia em Estudo*, v.15, n.3, p.575-582, 2010.

SAIKALI, C. J.; SOUBHIA, C. S.; SCALFARO, B. M.; CORDÁS, T. A. Imagem corporal nos transtornos alimentares. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v.31, n.4, p.164-166, 2004.

SEGAL, A.; FANDIÑO, J. Indicações e contra-indicações para realização das operações bariátricas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v.24, sup.3, p.68-72, 2002.

SOIFER, R. *Psiquiatria infantil operativa: psicologia evolutiva e psicopatologia*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

SPITZ, R. A. *O não e o sim: a gênese da comunicação humana*. São Paulo: Martins Fontes. 1998.

TAVARES, H.; ALARCÃO, G. Psicopatologia da impulsividade. In: ABREU, C. N.; TAVARES, H.; CORDÁS, T. A. et al. *Manual clínico dos transtornos do controle dos impulsos*. Porto Alegre: Artmed, p.19-36, 2008.

VEGA, V. C.; PICCINI, M.; BARRIONUEVO, J. A.; TOCCI, R. F. Depresión y trastornos de la conducta alimentaria en una muestra no clínica de adolescentes mujeres. *Anuario de Investigaciones*, v.16, p.103-114, 2009.