

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENANCIO
LABORATÓRIO DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM TÉCNICAS LABORATORIAIS
EM SAÚDE

Julyana Dias Cavalcante

COMPORTAMENTOS DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE TRANSTORNOS
ALIMENTARES: um olhar frente à saúde pública.

Rio de Janeiro

2011

Julyana Dias Cavalcante

COMPORTAMENTOS DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE TRANSTORNOS
ALIMENTARES: um olhar frente à saúde pública.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Escola Politécnica de Saúde Joaquim
Venâncio como requisito parcial para
aprovação no curso técnico de nível médio em
saúde com habilitação em Análises Clínicas.

Orientador: Marco Aurelio Soares Jorge

Co-orientador: Angelica Ferreira Fonseca

Rio de Janeiro

2011

Julyana Dias Cavalcante

COMPORTAMENTOS DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE TRANSTORNOS
ALIMENTARES: um olhar frente à saúde pública.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Escola Politécnica de Saúde Joaquim
Venâncio como requisito parcial para
aprovação no curso técnico de nível médio em
saúde com habilitação em Análises Clínicas.

Aprovado em 19/12/2011

BANCA EXAMINADORA

(Dr. Marco Aurelio Soares Jorge – FIOCRUZ / EPSJV / LABORAT)

(Ms. Angelica Ferreira Fonseca – FIOCRUZ / EPSJV / LABORAT)

(Dra. Nina Isabel Soalheiro dos Santos Prata – FIOCRUZ / EPSJV / LABORAT)

*Dedico este Trabalho aos meus pais, Zenildo e
Soraia, à minha irmã, Emanuelle, e à minha
querida avó, Rita.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pelo seu amor, pela sua graça, fidelidade e pelas misericórdias, que me sustentam e renovam a cada manhã.

Agradeço ao meu alicerce, à minha raiz, ao meu porto seguro, que são meus pais e minha irmã, que me acompanham desde sempre nessa jornada árdua, dando forças para continuar.

Agradeço aos meus queridos amigos, porque são estes que eu verdadeiramente chamo de amigos, pois souberam de fato o sentido da amizade, sabendo que por mais que eu estivesse longe, eu nunca estivera tão perto.

Agradeço ao meu querido namorado, que soube ser companheiro nos momentos complicados, demonstrando o amor dito, não apenas com palavras, mas principalmente com seus gestos e atitudes.

E, por fim, agradeço aos componentes desta banca por aceitarem o convite, principalmente aos meus orientadores pela paciência e compreensão que tiveram comigo nos encontros e desencontros (bem mais) ocorridos neste ano.

*"Os jovens se cansarão; correrão, e não se cansarão; andarão, e não o e se fatigarão, e os mancebos cairão; mas os que esperam no Senhor renovarão as suas forças; subirão com asas como águias e não se fatigarão."
(Isaias 40:30)*

RESUMO

Aborda a questão das práticas alimentares inadequadas para o controle de peso que caracterizam comportamentos de risco para o desenvolvimento de Transtornos Alimentares. Inicialmente, faz uma referência ao contexto sócio-cultural que são produzidos os Transtornos Alimentares, descrevendo as principais práticas inadequadas para o controle de peso realizado mediante a busca pelo ideal de corpo socialmente pregado. Em seguida, realiza uma breve descrição dos Transtornos Alimentares (Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Transtorno do Comer Compulsivo) juntamente com suas classificações diagnósticas atuais. Após isso, realiza uma exposição das principais complicações orgânicas presentes em quadros de Transtornos Alimentares. E, por fim, realiza uma discussão a respeito da relevância não só dos Transtornos Alimentares diagnosticados, como também casos que não atendem a todos os critérios diagnósticos, mas que manifestam os comportamentos de risco para o desenvolvimento de um transtorno definitivo. Assim, reflete a respeito da temática estudada como configuração de um problema na saúde pública, tendo em vista a prevalência dos casos apontada.

Palavras-Chave: Transtorno alimentar. Controle de peso. Comportamento de risco. Saúde Pública.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Critérios diagnósticos da CID-10 para Anorexia Nervosa.....	16
Quadro 2 Critérios diagnósticos da CID-10 para Bulimia Nervosa.....	18
Quadro 3 Critérios diagnósticos para Transtorno do Comer Compulsivo.....	19

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 JUSTIFICATIVA E MOTIVAÇÃO	10
1.2 OBJETIVO	10
1.2.1 Objetivos específicos	11
1.2.2 Metodologia	1
1	
2 PRÁTICAS INADEQUADAS PARA O CONTROLE DE PESO	12
3 TRANSTORNOS ALIMENTARES: CLASSIFICAÇÃO DIAGNÓSTICA	14
3.1. ANOREXIA NERVOSA	14
3.2. BULIMIA NERVOSA.....	17
3.3. TRANSTORNO DO COMER COMPULSIVO.....	19
4 PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES ORGÂNICAS EM QUADROS DE TRANSTORNOS ALIMENTARES	20
5 UM OLHAR SOB À SAÚDE PÚBLICA	22
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
REFERÊNCIAS	26

1 INTRODUÇÃO

Não é de hoje que padrões estéticos que associam o corpo com a beleza, e mais especificamente com uma imagem de sucesso, vêm sendo constituídos no imaginário social. No processo histórico que estamos inseridos, esta relação vem sendo tecida de forma a estabelecer um ideal de corpo, no qual é movimentada toda uma indústria mercadológica que fornece os caminhos necessários para se obter a imagem corporal socialmente aceita e bem vista. No começo do século XX a população feminina já possuía uma preocupação com dietas e outros métodos para redução de peso, tornando-se uma epidemia praticamente na década de 60 (MARCONDES *apud* VALE, 1993). Desde então a indústria do corpo começa a gerar lucros demasiados, tendendo a uma maior apelação e a um discurso mais forte de valorização deste corpo, o que na nossa cultura se reflete principalmente na produção de um corpo magro.

Essa indústria da magreza gera lucro para os mais diversos grupos econômicos (empresas de produtos alimentares, indústria têxtil, mídia, etc.), e anualmente nos Estados Unidos, atingi-se um lucro crescente de 33 bilhões de dólares por parte do mercado envolvido com dietas (MARCONDES *apud* VALE, 1993). Logicamente, essa indústria mercadológica precisa de sujeitos que sejam consumidores de seus produtos, exercendo portanto uma certa imposição sócio-cultural de beleza que leva a produção de padrões estéticos definidos, com métodos e produtos que atendam a isto, caracterizando o que talvez possa ser denominado de uma produção de síndrome.

Uma vez que por tentarem atingir um ideal de peso determinado, segundo as exigências de uma lógica padronizada de imagem social representada pelo corpo magro e de sucesso, indivíduos começam a adotar medidas de controle de peso, em sua maioria sem orientações profissionais devidas. Com isto, o organismo começa a sofrer diversas alterações significativas, podendo ocasionar sérias complicações orgânicas e psicológicas.

É neste momento que entramos na questão dos Transtornos Alimentares, podendo ser entendidos a princípio como resultados, em níveis extremos, destas complicações causadas pelos comportamentos e práticas inadequadas para o controle de peso. Os Transtornos Alimentares podem ser definidos por uma complexa interrelação entre aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. Há uma soma de fatores que predis põem o desenvolvimento do transtorno, porém que ainda não são inteiramente compreendidos (CORDÁS, 1993). Dentre estes transtornos estão compreendidos: Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Transtorno do comer compulsivo, este com suas características ainda em desenvolvimento e, dependendo da classificação utilizada, existe ainda o transtorno alimentar não especificado (CORDÁS, 1993; OMS, 1993; AAP, 1995).

A presente monografia fará uma reflexão a respeito de práticas alimentares inadequadas para o controle de peso, como sendo fatores de risco para o possível desenvolvimento de um Transtorno Alimentar, além de comprometer a saúde como um todo. Com isto, permitir o deslocamento dessa questão do âmbito exclusivamente individual (do paciente) para uma problematização no campo da saúde pública.

1.1 JUSTIFICATIVA E MOTIVAÇÃO

Apesar deste trabalho possuir um foco nesse tema bastante abrangente, que são os Transtornos Alimentares, o interessa sobre o tema parte de uma influência nem um pouco “focalizada”, tendo em vista o contexto social em que são produzidos estes transtornos. Partindo do conceito de que as práticas de alimentação são de extrema importância, junto com outras atividades, para a sobrevivência de qualquer espécie, pensar em distúrbios que comprometam este repertório torna a questão um tanto delicada. O interesse partiu também de observações feitas no cotidiano que para alguns não geram questionamentos ou curiosidades, mas que neste trabalho estão refletidas de maneira subentendidas.

Neste sentido, reconhecendo os significativos graus de morbidade e mortalidade que apresentam estes transtornos, o trabalho busca refletir a respeito das práticas alimentares que temos adotado em nosso modo de vida, talvez refletidas sob influência de um padrão de corpo idealizado, buscando compreender a importância dessa discussão à luz da saúde pública.

1.2 OBJETIVO

Relatar comportamentos de risco que possam desencadear um Transtorno Alimentar específico, problematizando os efeitos daqueles na saúde, inclusive numa perspectiva de saúde pública.

1.2.1 Objetivos específicos

Fazer um levantamento das principais práticas inadequadas de controle de peso, que caracterizam os comportamentos de risco, descrevendo brevemente a clínica e a epidemiologia dos Transtornos Alimentares. Além disso, expor as principais complicações orgânicas de quadros parciais de Transtornos Alimentares.

1.2.2 Metodologia

Essa pesquisa será realizada através de revisão bibliográfica, buscando artigos relacionados ao tema tanto em bibliotecas especializadas, como também em bibliotecas online.

2 PRÁTICAS INADEQUADAS PARA O CONTROLE DE PESO

Um dos aspectos, em comum, que estão presentes em portadores de Transtornos Alimentares é a utilização de práticas inadequadas para o controle de peso, conhecidas também por métodos compensatórios inadequados. Os principais objetivos de quem pratica estes métodos é impedir facilmente o ganho de peso, ou também induzir a perda fácil do mesmo, não atentando para possíveis efeitos danosos à saúde que possam surgir. A seguir serão descritas as práticas mais comumente realizadas, que são:

- Jejum Prolongado – aparece na maioria das vezes alternado com períodos de hiperalimentação, do contrário leva facilmente a um quadro de desnutrição.
- Uso de Laxantes – os mais utilizados são os salinos (Leite de Magnésia), sendo seguidos pelos catárticos¹ e estimulantes (Senna, cáscara sagrada, fenolftaleína, etc.) (VALE, 2002).
- Diuréticos – estes provocam a eliminação de água do organismo, porém são bastante utilizados com a ilusão de que promovem perda de peso. “Seu uso constante pode levar a um ciclo vicioso, onde o corpo se acostuma a ter aquela substância que o faz perder água, ocasionando um acúmulo de líquidos quando o diurético é retirado” (VALE, 2002). A partir do momento que o usuário começa a reter líquido, ele julga necessário o uso de mais diuréticos para diminuir o peso (que no caso é apenas água acumulada).
- Vômitos Auto-induzidos – realizados geralmente pela introdução do dedo indicador das mãos, ou por objetos como escovas de dente na garganta, provocando reações reflexas de vômito, após a ingestão de alimentos ou líquidos.
- Anorexígenos e Fórmulas Afins – substâncias que possuem inibidores do apetite, anfetamínicos, hormônios da tireóide, “e outras drogas psicoativas (benzodiazepínicos) e ilegais (cocaína, maconha, heroína, ecstasy, etc.)” (VALE, 2002). Vale ressaltar que no Brasil esses produtos são de fácil acesso, pois fatores como automedicação e relativa facilidade na obtenção de receitas se fazem presentes.
- Outros Métodos – exercícios físicos em excesso, dietas com severa restrição calórica, negligência do uso de insulina por parte de indivíduos diabéticos, uso de cigarro (para inibir o apetite).

¹ Fármacos com efeito purgativo.

“Simplesmente se enquadrar em uma ou duas das práticas citadas não é motivo suficiente para caracterizar um transtorno alimentar, ou mesmo uma psicopatologia específica” (VALE, 2002). Deparamo-nos, portanto, com uma questão primordial dentro do conceito de Transtornos Alimentares, que são os requisitos médicos para estabelecer um quadro clínico definido, isto é, os critérios necessários para o diagnóstico efetivo de uma patologia específica (no caso de um Transtorno Alimentar). Com relação a estas categorias diagnósticas, o capítulo seguinte se encarregará de descrever as atuais classificações desses transtornos.

O que vale salientar neste momento é o risco que pessoas ao adotarem tais práticas adquirem à saúde tanto física como mental, uma vez que pressionados a atingir um corpo idealizado por eles e impostos pela sociedade, aumentam a probabilidade de desenvolver um Transtorno Alimentar, como também tendem a construir um quadro sintomatológico de complicações orgânicas. Assim, pessoas que possuem práticas alimentares e comportamentos característicos de um Transtorno Alimentar, que não atendem todos os critérios necessários a um diagnóstico definitivo constituem o que a literatura científica denomina como síndromes parciais ou casos sub-clínicos.

Assim como há um perfil epidemiológico dos Transtornos Alimentares, ocorre também certa descrição quanto à prevalência de casos sub-clínicos e a população que predominantemente constituem estes casos. “NUNES *et al* (2001) relata a existência de estudos indicando que a ocorrência de síndromes parciais é duas vezes maior do que das síndromes completas em populações não-clínicas” (VALE, 2002). Esses quadros parciais chegam a ser cinco vezes mais frequentes do que os casos que preenchem todos os critérios diagnósticos (APPOLINÁRIO & CLAUDINO *apud* VALE, 2000).

Segundo GARNER e FRIEDMAN (1995) os casos sub-clínicos de Transtorno Alimentar ocorrem em grande quantidade entre as mulheres adolescentes e adultas jovens. As taxas de prevalência dos casos que atendem todos os critérios (em torno de 1% a 3%) com relação à taxa de mulheres (30% em média) que apresentam quadros parciais são consideráveis para se afirmar que a ocorrência dos comportamentos alimentares de risco é mais comum do que se imagina na população feminina (VALE, 2002).

3 TRANSTORNOS ALIMENTARES: CLASSIFICAÇÃO DIAGNÓSTICA

Como já citado na introdução os Transtornos Alimentares constituem um quadro sintomatológico que é fruto de uma rica interação de fatores físicos, psicológicos e sócio-culturais, que ainda não são inteiramente compreendidos (CORDÁS, 1993). Em níveis epidemiológicos, CORDÁS (1995) afirma que a população feminina jovem, de 12 a 28 anos, é a mais atingida por este problema, chegando a 20 casos em mulheres para cada caso em homem. Devido a esta diferença na prevalência entre os gêneros, que os Transtornos Alimentares são considerados pela literatura como um problema eminentemente feminino, repercutindo no discurso dos artigos que, em sua maioria, referem à população do estudo no gênero feminino (VALE, 2002).

As classificações atuais que adotam os critérios diagnósticos utilizados para os Transtornos Alimentares são encontradas na CID-10 e DSM-IV (OMS, 1993; AAP, 1995). A classificação apresentada pela CID-10 (Classificação Internacional de Doenças, 10ª edição) é a oficial no Brasil desde 1º de janeiro de 1996, sendo traduzida e elaborada em mais de dez países, o que lhe confere o aspecto transcultural, diferentemente do DSM-IV (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Americana de Psiquiatria, 4ª edição) que é de uso exclusivo para os Estados Unidos (NUNES & RAMOS, 1998).

Nesta monografia serão trabalhados os critérios estabelecidos pela CID-10 para o estudo da anorexia e bulimia nervosa, uma vez que esta é a classificação oficial no Brasil. Porém, o Transtorno do comer compulsivo será abordado com base nos critérios diagnósticos do DSM-IV já que só estão presentes nesta classificação.

3.1 ANOREXIA NERVOSA

De origem grega, a palavra “anorexia” deriva do termo *orexis* (apetite) acrescido do prefixo *an* (privação, ausência). A Anorexia Nervosa, que quer dizer perda do apetite de origem nervosa, não é a expressão mais adequada, considerando que pelo menos no início do quadro ocorre uma luta contra a fome por parte da paciente (ABUCHAIM, 1998). A recusa pela alimentação é devido à busca pela perda de peso excessivo a qualquer custo, tonando-se a característica marcante deste transtorno. Pacientes anoréxicas costumam ter uma distorção da imagem corporal, isto é, elas percebem de forma alterada o tamanho e as formas do seu próprio corpo, de maneira a se enxergar como sendo “muito gordas” mesmo que se encontre em grave estado de desnutrição (CORDÁS, 1993). Apesar da imagem corporal ser um fator de grande influência para a manutenção deste transtorno, geralmente o quadro costuma ter como fator desencadeante eventos significativos na vida da paciente como perdas, separações,

mudanças, doença orgânica, ou outro fator estressante (NUNES & RAMOS, 1998). Assim, uma superestimativa da imagem corporal, no processo de readaptação, pode estimular a busca pelos comportamentos inadequados de controle de peso (CORDÁS e CASTILHO *apud* VALE, 1994). Durante a adolescência, porém, a imagem corporal é um fator crítico, pois as mudanças advindas com a puberdade impõem uma readaptação da imagem de um corpo infantil para um corpo de adolescente com todas as características sexuais secundárias em destaque (FLEITLICH *apud* VALE, 1997). O início da anorexia nervosa acontece com frequência na adolescência na faixa etária dos 13 aos 17 anos, apesar de já existirem relatos bem documentados de início pré-puberal (GARFINKEL *apud* NUNES e RAMOS, 1992).

<p>F50.0</p> <p>Anorexia Nervosa</p>	<p>Para um diagnóstico definitivo, todos os seguintes critérios são requeridos:</p> <p>(a) O peso corporal é mantido pelo menos 15% abaixo do esperado (tanto perdido quanto nunca alcançado) ou o índice de massa corporal de Quetelet [IMC de Quetelet = peso (KG) / (altura [m])²] em 17,5 ou menos. Pacientes pré-púberes podem apresentar falhas em alcançar o ganho de peso esperado durante o período de crescimento.</p> <p>(b) A perda de peso é auto-induzida por abstenção de “alimentos que engordam” e um ou mais do que se segue: vômitos auto-induzidos; purgação auto-induzida; exercício excessivo; uso de anorexígenos e/ou diuréticos.</p> <p>(c) Há uma distorção da imagem corporal na mesma forma de uma patologia específica, por meio da qual um pavor de engordar persiste como uma idéia intrusiva e sobrevalorada, e o paciente impõe um baixo limiar de peso a si próprio.</p> <p>(d) Um transtorno endócrino generalizado envolvendo o eixo hipotalâmico-hipofisário-gonadal é manifestado, em mulheres, como amenorréia e, em homens, como uma perda de interesse e potência sexuais (uma exceção aparente é a persistência de sangramentos vaginais em mulheres anoréxicas que estão recebendo terapia de reposição hormonal, mais comumente tomada como uma pílula contraceptiva). Pode também haver níveis elevados de hormônio do crescimento, níveis aumentados de cortisol, alterações no metabolismo periférico do hormônio tireoideano e anormalidades de secreção da insulina.</p> <p>(e) Se o início é pré-puberal, a sequência de eventos da puberdade é demorada ou mesmo detida (o crescimento cessa, nas garotas, os seios não se desenvolvem e há uma amenorréia primária; nos garotos, os genitais permanecem juvenis). Com a recuperação, a puberdade é com frequência completada normalmente, porém a menarca é tardia.</p>
<p>F50.1</p> <p>Anorexia nervosa atípica</p>	<p>Esse termo deve ser usado para aqueles indivíduos nos quais um ou mais dos aspectos-chave da anorexia nervosa (F50.0), tais como amenorréia ou perda de peso significativa, estão ausentes, mas que, por outro lado, apresentam um quadro clínico razoavelmente típico. Tais pessoas são usualmente encontradas em serviços de psiquiatria de ligação em hospitais gerais ou em atenção primária. Pacientes que têm todos os sintomas-chave, mas somente num grau leve, podem também ser melhor descritos através desse termo. Ele não deve ser usado para transtornos alimentares que se assemelham à anorexia nervosa, mas são decorrentes de uma doença física conhecida.</p>

Quadro 1: Critérios Diagnósticos da CID-10 (OMS, 1993) para a anorexia nervosa.

Fonte: NUNES, 1998, p. 25, adaptação do autor.

3.2 BULIMIA NERVOSA

A palavra “bulimia” também tem origem grega é derivada de dois termos: “bous” que significa “boi” e, “limos” que significa “fome”; referindo-se, portanto, a uma fome tão grande quanto a de um boi, ou mesmo que pode levar alguém a comer um boi (AZEVEDO e ABUCHAIM, 1998). Uma das características principais é a manifestação dos episódios bulímicos, que correspondem a grandes quantidades de alimentos ingeridos acompanhados da perda parcial ou completa do autocontrole “do que” e “do quanto” se come, “na maioria das vezes, não corresponde a um comportamento que visa apenas a saciar uma fome exagerada, mas a atender a uma série de estados emocionais ou situações estressantes” (AZEVEDO e ABUCHAIM, 1998). Após o consumo compulsivo de grandes quantidades de alimento, tem-se a necessidade “eliminar” esta comida do corpo através de qualquer prática que promova (de forma imaginária ou não) uma eliminação do peso corporal (como vômitos, uso de laxantes e diuréticos, etc.), completando assim o quadro de episódio bulímico.

Entretanto, a CID-10 esclarece que o termo bulimia nervosa deve ser restrito à forma do transtorno que está relacionada com a anorexia nervosa pelo fato de compartilhar da mesma psicopatologia (medo mórbido de engordar), constituindo um ponto diferencial do que é apresentado no DSM-IV (AZEVEDO e ABUCHAIM, 1998) com relação aos critérios diagnósticos. Esse transtorno tem seu início geralmente nos últimos anos da adolescência até os 40 anos ou mais (CORDÁS, 1993). Não é incomum a ocorrência de períodos de anorexia nervosa na história recente da paciente bulímica (APPOLINÁRIO & CLAUDINO *apud* VALE, 2000).

F50.2	Para um diagnóstico definitivo, todos os seguintes, critérios são requeridos:
Bulimia	(a) Há uma preocupação persistente com o comer e um desejo irresistível por comida; o paciente sucumbe a episódios de hiperfagia, nos quais grandes quantidades de alimentos são consumidas em curtos períodos de tempo.
Nervosa	(b) O paciente tenta neutralizar os efeitos “de engordar” dos alimentos através de um ou mais do que se segue: vômitos auto-induzidos, abuso de purgantes, períodos alternados de inanição, uso de drogas tais como anorexígenos, preparados tireoideanos ou diuréticos. Quando a bulimia ocorre em pacientes diabéticos, podem escolher negligenciar seu tratamento insulínico.
	(c) A psicopatologia consiste de um pavor mórbido de engordar e o paciente coloca para si mesmo um limiar de peso nitidamente definido, bem abaixo de seu peso pré-mórbido que constitui o peso ótimo ou saudável na opinião do médico. Há, frequentemente, mas não sempre, uma história de um episódio prévio de anorexia nervosa, o intervalo entre os dois transtornos variando de poucos meses a vários anos. Esse episódio prévio pode ter sido completamente expressado ou pode ter assumido uma forma “disfarçada” menor, com uma perda de peso moderada e /ou uma fase transitória de amenorréia.

Quadro 2: Critérios diagnósticos da CID-10 para a bulimia nervosa (OMS, 1993).

Fonte: NUNES, 1998, p. 34, adaptação do autor.

3.3 TRANSTORNO DO COMER COMPULSIVO

O transtorno do comer compulsivo pode ser considerado como outro tipo de transtorno do comportamento alimentar situado entre a bulimia nervosa e a obesidade, e que por isso necessita de maior diferenciação em sua categoria diagnóstica (APPOLINÁRIO, 1998); devido a sua controversa, seus estudos ainda se encontram em estágio inicial de desenvolvimento. De maneira simplificada, portanto, podemos descrever este transtorno pela ingestão de grandes quantidades de alimentos num curto período de tempo, seguida do sentimento da perda do autocontrole (APPOLINÁRIO *et al* 1995). Este comportamento semelhante aos ataques bulímicos, diferencia-se dele pela não utilização de métodos compensatórios que sucedem normalmente esses episódios bulímicos (FAIRBURN *apud* APPOLINÁRIO, 1995). O estabelecimento de critérios diagnósticos padronizados do comer compulsivo pelo DSM-IV propiciou a utilização deste conceito na prática clínica e tem estimulado a pesquisa nesse limiar entre os transtornos alimentares e a obesidade (FAIRBURN & WILSON *apud* APPOLINÁRIO, 1993).

(a)	Episódios recorrentes de ataques de comer. Um episódio de ataque de comer é caracterizado por:
	(1) Comer num breve período de tempo (ex: num período de duas horas) uma quantidade de comida definitivamente maior do que a maioria das pessoas comeria durante um período de tempo similar e em circunstâncias similares.
	(2) Uma sensação de falta de controle durante os episódios, isto é, um sentimento de que não pode parar de comer ou controlar o que ou o quanto o indivíduo está comendo.
(b)	Os episódios de ataque de comer estão associados a pelo menos três (3) ou mais dos seguintes itens:
	(1) Comer mais rápido do que o usual.
	(2) Comer até se sentir incôfortavelmente “cheio”.
	(3) Comer grandes quantidades de comida, sem se sentir com fome.
	(4) Comer sozinho por se sentir constrangido com a quantidade de está comendo.
	(5) Sentir-se decepcionado, deprimido, ou sentindo-se culpado após a superingestão.
(c)	O ataque de comer provoca um marcante desconforto.
(d)	Os episódios de ataque de comer ocorrem em média duas (2) vezes por semana durante seis meses.
(e)	O ataque de comer não está associado com o uso regular e inapropriado de comportamento compensatório (p.ex., do tipo purgativo, jejuns ou exercício excessivo) e não ocorre exclusivamente durante o curso de anorexia nervosa ou bulimia nervosa.

Quadro 3: Critérios diagnósticos para Transtorno do Comer Compulsivo segundo a DSM-IV (AAP, 1995).

Fonte: NUNES, 1998, p. 41, adaptação do autor.

4 PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES ORGÂNICAS EM QUADROS DE TRANSTORNOS ALIMENTARES

Para sustentar as ideias expostas até aqui, este capítulo propõe-se a expor as principais complicações orgânicas envolvidas na clínica dos transtornos alimentares, reforçando assim a questão dos diversos danos à saúde que causam estes transtornos.

Para COSTA e AZEVEDO (*apud* VALE, 1998), com relação ao quadro sintomatológico de pessoas que apresentam comportamentos do tipo anoréxico, pode-se citar: manifestações de desnutrição e desidratação em geral (fraqueza, fadiga, visão turva, tonturas, distúrbios do sono, constipação, queda de cabelos, etc); emagrecimento (rosto encovado, glândulas parótidas aumentadas, lábios finos, palidez, joelhos e costelas protuberantes, etc); diminuição dos caracteres sexuais secundários (pêlos axilares e pubianos, mamas). Caso ocorra a cronificação do quadro clínico, pode-se encontrar:

- Complicações Cardiovasculares – hipotensão arterial, bradicardia (diminuição da frequência cardíaca), prolapso da válvula mitral, falência cardíaca, etc.
- Complicações Renais – em 70% dos casos ocorre (VALE, 2002). Devido a inanição, ocorrem a diminuição do nitrogênio uréico sanguíneo, junto com sinais de desidratação crônica e a hipocalemia (diminuição da concentração de potássio no sague) podem provocar danos aos túbulos renais.
- Complicações Dermatológicas – alterações na qualidade e aspecto da pele, cabelos e pêlos corporais.
- Complicações Visuais – atrofia do nervo óptico e degeneração da retina.
- Complicações Hematológicas – leucopenia (diminuição dos leucócitos sanguíneos) e anemia.
- Alterações ósseas e de crescimento – em pacientes adolescentes ocorre uma diminuição ou interrupção do crescimento e desenvolvimento ósseo. Com a diminuição da densidade óssea a probabilidade de ocorrerem fraturas aumenta.
- Complicações Gastrointestinais – constipação (“prisão de ventre”), cólon catártico (intestino grosso sem movimento), retardo do esvaziamento gástrico, desconforto gástrico pós-prandial (após a ingestão de alimentos), esofagites, úlceras, etc.
- Alterações Endocrinológicas – amenorréia primária ou secundária (parada da menstruação), inclusive infertilidade.
- Alterações Metabólicas – hipercolesterolemia (aumento dos níveis de colesterol) decorrente da diminuição de substâncias carreadoras do colesterol no sangue, devido à

inanição; e hipoglicemia (queda dos níveis de glicose), geralmente causadas pela restrição alimentar.

- Complicações Neurológicas – discreto alargamento dos sulcos, dilatação de ventrículos cerebrais.

Ainda segundo COSTA e AZEVEDO (*apud* VALE, 1998) pessoas que apresentam comportamentos semelhantes aos quadros de bulimia podem manifestar: fadiga, fraqueza, tonturas, câimbras, suor frio, dor abdominal, constipação, diarreia, queda de cabelos, aumento das glândulas salivares, erosão do esmalte dentário, úlceras. Com relação às complicações clínicas pode-se encontrar:

- Distúrbios Hidroeletrólíticos – decorrentes dos métodos compensatórios (vômitos, abuso de laxantes e/ou diuréticos) e jejuns prolongados. Os mais frequentes são a desidratação, a hipocalemia, alcalose metabólica, hipocloremia (diminuição do cloro sanguíneo), hiponatremia (diminuição do sódio sanguíneo), a hipomagnesemia (diminuição do magnésio sanguíneo), a acidose metabólica e a hipofosfatemia (redução dos fosfatos no soro).

- Complicações Gastrintestinais – esofagite, úlcera, dilatação gástrica, síndrome de má absorção no intestino, pancreatite.

- Complicações Pulmonares – bradipnéia, pneumonia de aspiração.

- Complicações Cardiovasculares – bradicardia, hipotensão, hipotensão ortostática (queda da pressão ao ficar na posição ereta).

- Alterações metabólicas – hipoglicemia, colesterol elevado.

- Complicações Renais – aumento da uréia, formação de cálculos, diminuição da taxa de filtração glomerular.

- Alterações Endocrinológicas – amenorréia, diminuição dos níveis séricos do T3 (um dos hormônios da glândula tireóide), irregularidade menstrual.

- Complicações Neurológicas – resultados anormais no eletroencefalograma.

5 UM OLHAR SOB À SAÚDE PÚBLICA

Retomar as ideias desenvolvidas ao longo do trabalho de forma a fornecer uma relação entre elas é o objetivo deste capítulo. Não somente retomar, mas também reforçar os argumentos a fim de configurar a problemática que norteia essa monografia.

Sabemos que a alimentação é, portanto, a principal via que possibilita a manutenção das atividades inerentes ao homem, como: respirar, falar, andar, enxergar. Nesse sentido a alimentação constitui um dos principais fatores que promovem também a manutenção da saúde, isto é, a integridade do organismo no aspecto físico, mental, e social. Entretanto, devemos considerar que a saúde de um indivíduo ou de um coletivo é produzida mediante a relação deste com os meios (físico, social e cultural) que o cercam. Com isso, a compreensão se dá através dos fatores determinantes da condição de saúde, entre eles se incluem os condicionantes biológicos (sexo, idade, características pessoais herdadas geneticamente), físicos (espaço geográfico, ocupação territorial, qualidade dos alimentos, disponibilidade de água, condições de habitação); além dos meios socioeconômicos e culturais que implicam no acesso à educação de qualidade, aos níveis de ocupação e renda, e principalmente no acesso aos serviços de promoção e recuperação da saúde, bem como a qualidade do cuidado fornecida por eles. Essas definições permitem interpretar a questão da saúde como um processo que se constrói a partir de um conjunto de determinantes e condicionantes, caracterizando certa complexidade nessa construção, isto é, não se pode pensar em saúde sob um ponto de vista único, mas de forma coletiva e contextualizada.

Os Transtornos Alimentares, como já foram ditos são frutos de uma complexa interrelação entre fatores biológicos, psicológicos e sócio-culturais, o que dialoga com o conceito de saúde, descrito acima, pautado num conjunto de determinantes que a definem como um todo. A partir disto podemos sim pensar na questão dos transtornos como um problema que afeta significativamente a saúde em mais de um aspecto (biológico, psicológico e social) que a compõem. Entretanto, a epidemiologia dos transtornos alimentares aponta para uma incidência relativamente menor da que de fato esperamos encontrar. As pesquisas indicam que a ocorrência do problema é de baixa prevalência (em média 2% especificamente na população feminina na faixa etária de risco) (VALE, 2002), o que consideraria o assunto pouco relevante por não possuir um impacto na população em geral, tornando a pesquisa até mesmo difícil devido à baixa prevalência. De fato não seria um equívoco pensar de acordo com o que a epidemiologia apresenta. Porém estes dados se referem aos casos que apresentam todos os requisitos médicos, atendendo aos critérios diagnósticos estabelecidos pela CID-10 ou DSM-IV para transtornos alimentares.

Entretanto, os resultados destas mesmas pesquisas levantaram dados que frequentemente foram vistos como algo secundário por alguns epidemiologistas, e por não ser alvo principal destes, passaram despercebido por um tempo (VALE, 2002). Esses dados se referem aos casos que não preenchem todos os critérios para serem diagnosticados como um transtorno alimentar, isto é, apresentam práticas e comportamentos típicos de um transtorno sem atingir um quadro para o diagnóstico definitivo (síndromes parciais ou casos sub-clínicos).

Estamos presentes, portanto, num contexto “mascarado” de distúrbios com relação aos hábitos alimentares, que por não possuírem uma clínica considerável para se identificar a manifestação de um transtorno, incorporam a naturalidade em tais comportamentos. E neste momento voltamos a pensar no contexto social que se produzem estes transtornos, inclusive as práticas alimentares inadequadas para o controle de peso, representando um fator de risco para o desenvolvimento de um transtorno diagnosticado. Esse discurso do corpo, mais especificamente do corpo magro ou da aversão à “gordura”, está presente no imaginário social não de maneira superficial.

Este ideal imposto no imaginário social constitui um dos principais pilares de sustentação do modo de produção capitalista, visto que atualmente o mercado consumidor neste âmbito é extremamente lucrativo e voltado não somente para um gênero específico, englobando desde adultos a pré-adolescentes, desde mulheres a homens. Em suma, o que se tem é um contexto cultural onde o consumo voltado para a beleza, condicionado pelo corpo magro, leva aos comportamentos pertencentes à categoria dos transtornos alimentares.

Este cenário cultural que favorece o consumo de dietas com acesso às academias de ginásticas, produtos de emagrecimento, medicamentos com substância inibidoras do apetite e entre outros, favorece também a constituição de um problema de saúde, que são os transtornos alimentares. Em seu Programa de Educação Sanitária, a Sociedade Brasileira de Psiquiatria Clínica afirma que “os Transtornos Alimentares são responsáveis pelos maiores índices de mortalidade entre todos os tipos de transtornos mentais, ocasionando a morte em mais de 10% dos pacientes. Indivíduos com Transtornos Alimentares que usam drogas para induzir o vômito, que usam laxantes ou diuréticos são os mais vulneráveis, pois estes hábitos aumentam o risco de problemas cardíacos” (SBPC, p. 13 *apud* VALE, 1993). Além disto, o capítulo anterior ao expor as principais complicações orgânicas dos quadros de transtornos alimentares, salienta os consideráveis danos à saúde dos indivíduos que possuem comportamentos alimentares inadequados, demonstrando a maior suscetibilidade de se obter as mesmas alterações orgânicas nestes indivíduos.

Pensar na prevalência e distribuição dos Transtornos Alimentares na população é uma questão importante no campo da saúde pública, pelos danos consideráveis causados ao portador e pelo próprio contexto social que se insere esta problemática, no qual há uma evidente produção de síndrome. Não somente os casos diagnosticados, mas principalmente os casos sub-clínicos, que apresentam alguns, mas não todos os requisitos capazes de definir um Transtorno Alimentar.

O que se deve salientar, portanto, é o desenvolvimento de comportamentos de risco decorrentes de práticas alimentares que não visam à busca e manutenção da saúde. As restrições alimentares e a preocupação com o peso corporal não se originam de uma preocupação com os males do excesso de gordura, isto é, de uma questão de saúde, na verdade, existe uma forte imposição mercadológica por trás dessas iniciativas. Isto implica talvez num desafio aos profissionais de saúde, uma vez que um contingente considerável e preocupante de mulheres com estes comportamentos de risco passam despercebidas pelas redes de varredura dos consultórios médicos e pesquisas de prevalência (VALE, 2002). As escolas possuem um papel importante também na conscientização dos valores carregados pela sociedade com relação ao corpo, visto que nelas é que ocorre a maior parte da construção dos valores sociais. Nesse sentido, orientando a busca pela saúde, que seja capaz de romper com padrões de beleza definidos que promovem uma conquista perigosa pelo corpo idealizado.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em virtude de padrões estéticos socialmente definidos, práticas inadequadas para o controle de peso começam a ser adotadas por indivíduos que objetivam um corpo magro, sendo sinônimo de beleza. Estas práticas começam portanto a se configurar como comportamentos de risco que podem desenvolver os chamados Transtornos Alimentares. Estes com alto grau de morbidade e mortalidade, causam danos diversos à saúde como um todo nas pessoas acometidas.

Assim buscou-se descrever as principais complicações orgânicas que estão presentes nos Transtornos Alimentares, como forma de reforçar os seus consideráveis danos, colocando em discussão o risco, portanto, que pessoas aos possuírem comportamentos alimentares inadequados têm de desenvolver quadros definitivos de um transtorno.

Nesse sentido, buscou-se fazer a problematização desta questão no campo da saúde pública, visto que dados epidemiológicos apontam para um índice considerável de casos sub-clínicos, isto é, que não atendem a todos os critérios para se considerar um Transtorno Alimentar, implicando num desafio aos profissionais de saúde, e no papel das escolas para orientar uma busca pela saúde.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, A. P. dos; SANTOS, C. C. dos; FONSECA, D. C. da. **Transtorno da compulsão alimentar periódica**. São Paulo, Rev. Psiq. Clin, p. 170-172, set. 2004.

CORDÁS, Táki Athanássios. **Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico**. Rev. Psiq. Clin. São Paulo, p. 154-157, set.2004.

DSM-IV - Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Porto Alegre, Ed. Artes Médicas, 2002.

IDA, S. W. **Anorexia e Bulimia: Uma perspectiva social**. 2008. 72 f. Dissertação (Programa de Pós-graduação em Psicologia Social e Institucional)- Universidade Federal do Rio grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

NUNES, Maria Angélica Antunes de et al. **Transtornos alimentares e obesidade**. Porto Alegre: Artmed, 1998. p. 40-41.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde- 10º revisão (CID-10). 2º ed. São Paulo. Editora da Universidade de São Paulo, 1994.

PINZON, Vanessa; NOGUEIRA, Fabiana Chamelet. **Epidemiologia, curso e evolução dos transtornos alimentares**. São Paulo, Rev. Psiq. Clin. p. 158-160, set. 2004.

Secretaria de Educação Fundamental. **Saúde**. Disponível em:
< <http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/livro092.pdf>>. Acesso em: 16 dez. 2011.

VALE, A. M. O. **Comportamento alimentar anormal e práticas inadequadas para o controle de peso entre adolescentes do sexo feminino de Fortaleza**. 2002. 129 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)- Departamento de Saúde Comunitária, Ceará, 2002.