

MANEJO NUTRICIONAL NOS TRANSTORNOS ALIMENTARES

THE NUTRITIONAL THERAPY IN EATING DISORDERS

Juliana Maria Faccioli Sicchieri¹, Felícia Bighetti², Nadia Juliana Beraldo Goulart Borges³,
José Ernesto Dos Santos⁴, Rosane Pilot Pessa Ribeiro⁵

¹Nutricionista. Mestre. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP. ²Docente. Universidade de Franca – UNIFRAN. ³Médica. Pós Graduada. Departamento de Clínica Médica. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP. ⁴Docente. Divisão de Nutrologia. Departamento de Clínica Médica. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP. ⁵Docente. Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

CORRESPONDÊNCIA: Juliana M F Sicchieri. Rua Campos Salles, 817, apto 64. CEP 14015-110 - Ribeirão Preto-SP.

E- mail: jumfs@terra.com.br

Sicchieri JMF, Bighetti F, Borges NJBG, Dos Santos JE, Ribeiro RPP. Manejo nutricional nos transtornos alimentares. *Medicina (Ribeirão Preto)* 2006; 39 (3): 371-4.

RESUMO: Os portadores de transtornos alimentares caracterizam-se por apresentarem quadros graves, desafiadores e sempre exigem muita dedicação do profissional de saúde. O objetivo desse relato foi explorar o manejo de portadores de distúrbios da conduta alimentar, salientando as dificuldades em se reabilitar esse paciente para se alimentar de forma equilibrada. Há muito que se progredir nas abordagens de doenças psiquiátricas como essas que envolvem complicações nutricionais de ampla complexidade, porém o trabalho interdisciplinar desenvolvido por equipe é a melhor alternativa para se tratar esses doentes e suas famílias, que demandam tantos cuidados da equipe.

Descritores: Transtornos da Alimentação. Bulimia nervosa. Anorexia Nervosa.

O trabalho da equipe de saúde com os portadores de transtornos alimentares (anorexia e bulimia nervosas) é árduo, desgastante e muitas vezes bastante longo não só para os profissionais, mas principalmente para o doente e sua família.

Esses pacientes e seus familiares apresentam algumas particularidades que representam um desafio aos cuidadores: não se percebem doentes, são levados ao atendimento hospitalar muitas vezes contrariados e na maioria das vezes, há grande conflito familiar e alta demanda por recuperação rápida e cura total de adolescentes que são vistos como voluntariosos e rebeldes pelos seus respectivos^{1,2}. Neste relato, abordaremos o manejo e cuidados nutricionais que a equipe do Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares (GRATA) do Hospital das Clínicas da Fa-

culdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HC-FMRP-USP), desenvolve com esses pacientes, desde 1982 quando esse serviço foi estruturado para oferecer atendimento especializado.

1- ESTADO NUTRICIONAL, SINTOMAS E COMPORTAMENTOS ALIMENTARES

Os portadores de anorexia nervosa quando chegam ao serviço buscando tratamento, apresentam quadro de desnutrição muitas vezes de grau III classificada quando o Índice de Massa Corpórea – IMC- é menor que 15 kg/m². Os casos diagnosticados como anorexia nervosa do tipo bulímico da mesma forma, apresentam essa condição porém, de maneira menos

acentuada e os portadores de bulimia nervosa tipo compulsório/ purgativo normalmente são eutróficos do ponto de vista antropométrico.

Como consequência da grave desnutrição, eles podem demonstrar alguns sinais clínicos como: lanugo, hiperbetacarotenemia e bradicardia^{3,4}. Na bulimia nervosa, estes sinais são mais incomuns, exceto a bradicardia, enquanto que as alterações hidroeletrólíticas são mais freqüentes nesses doentes.

As características dos hábitos alimentares são muito diversificadas e alteram-se com freqüência, devido ao número enorme de dietas, modismos alimentares e novas práticas para perder peso divulgadas pela mídia e outros meios de comunicação.

De forma geral, os anoréxicos que restringem a ingestão alimentar fazem poucas refeições ao dia, jejuando no restante; acreditam que itens não alimentícios possuem calorias, como por exemplo, pasta de dente, medicação, água, etc; picam em pedaços muito pequenos quaisquer tipo de comida, deixam sempre sobras da refeição no prato; exercitam-se de forma detalhista e exagerada (sobem escadarias várias vezes no mesmo período, caminham grandes distâncias, reforçando movimentos específicos para uma mesma parte do corpo, como abdome, quadril, etc;), entre outros comportamentos bastante obsessivos.

Os pacientes com bulimia nervosa por sua vez, ritualizam e escolhem os horários de refeições de modo que fiquem sozinhos para comerem compulsivamente; comem em recipientes grandes como panelas ou tigelas; usam colher como opção substitutiva do garfo e da faca para facilitar a ingestão de comida; acompanham as refeições com grandes volumes de líquidos para facilitar ou promover a indução do vômito e ingerem rapidamente grandes quantidades de alimentos (8.000 Kcal /h, segundo estimativas)⁵.

É muito importante observar que esses comportamentos alimentares são quase sempre ocultados dos familiares e negados, quando interrogados pelo profissional de saúde num primeiro momento da avaliação. Essas informações aparecem normalmente quando há alguma complicação do quadro clínico (a mais freqüente é a hipocalemia) e o doente é interrogado novamente, ou quando, passada a fase inicial de avaliação, há o estabelecimento de vínculo entre o profissional e o paciente. Enquanto esse processo não se forma por completo, a equipe deve trabalhar de forma integrada para acolher e conhecer esse indivíduo e compartilhar das informações fornecidas por todos os profissionais que compõem a equipe.

2- AVALIAÇÃO NUTRICIONAL E ACOMPANHAMENTO DIETOTERÁPICO

A avaliação nutricional é realizada no primeiro atendimento e a cada retorno no GRATA – HC-FMRP–USP, realizando-se inicialmente a avaliação antropométrica com aferição de peso, altura, circunferência do braço e pregas cutâneas (tricipital, bicipital, subescapular e supraílica)⁶. Em cada retorno, no início do tratamento com freqüência semanal, o paciente é atendido pelo médico nutrólogo e nutricionista concomitantemente e sempre que possível, com a presença de um psiquiatra e um psicólogo. Essa estratégia torna o atendimento mais completo e amplo, facilitando a obtenção de informações sobre o curso da doença, comportamentos alimentares e purgativos envolvidos no quadro e estado emocional.

Diante da preocupação demasiada com o corpo e a forma física que esses doentes apresentam, fica a critério do avaliador escolher o momento para a tomada de medidas consideradas mais invasivas, como por exemplo as pregas cutâneas, que podem aguardar pelo estabelecimento de um maior vínculo entre paciente e avaliador. Quando isso é possível no primeiro atendimento, executa-se a avaliação nutricional completa já neste momento. O peso deve ser aferido semanalmente, e na impossibilidade disso, em períodos breves, por se tratar de um importante indicador da evolução e recuperação nutricional do portador de transtorno alimentar.

Toda avaliação antropométrica deve ser executada, de preferência, por um mesmo profissional, minimizando erros e manipulações de dados e informações pelo paciente. O ideal deste processo de medidas corpóreas é avaliar o indivíduo sempre no mesmo horário, trajando roupas de banho ou outra vestimenta leve, que possuam peso conhecido pelo profissional, para ser desprezado posteriormente. Contrariando esses preceitos, é bastante comum a situação em que o paciente se apresenta com roupas largas, grossas e sapatos pesados na tentativa de superestimar a tomada de peso.

Para avaliar a ingestão alimentar e progressos atingidos durante o seguimento, além de ampla anamnese inicial investigando sobre tabus, mitos e crenças sobre os alimentos, hábitos alimentares e distorção corporal, utiliza-se o registro alimentar^{7,8}, orientando o doente a fazer em domicílio as anotações referentes à alimentação contendo informações a cerca dos alimentos e quantidades ingeridas, horário e local das

refeições, percepção da fome e saciedade, mecanismos de purgação (indução de vômitos, uso de laxativos e diurético, exercícios físicos extenuantes, etc.), além dos sentimentos relacionados ao ato de se alimentar.

Este instrumento, embora ofereça uma riqueza de detalhes e informações sobre os sintomas da doença relativos aos hábitos e comportamentos alimentares do indivíduo, têm algumas limitações, como por exemplo: superestimativa das quantidades ingeridas, omissão ou manipulação de informações importantes, como número de purgações diárias, número de refeições feitas, ou mesmo negação da fome, além da veracidade das informações como um todo.

Uma outra ferramenta de trabalho do nutricionista é o recordatório alimentar de 24 horas^{7,8}, recomendado no primeiro atendimento, que consiste numa entrevista realizada por profissional treinado com objetivo de obter informações com o máximo de precisão acerca da alimentação nas últimas 24 horas. É de grande utilidade para confirmar os relatos anotados no registro alimentar e também oferece o panorama dos progressos ou pioras da evolução alimentar do paciente.

Com esses recursos, é possível se observar, mesmo na modalidade ambulatorial de atendimento, características específicas de cada paciente ilustradas pelo comportamento alimentar, como: alimentação infantilizada (composta por mingaus, sopas e papinhas), crença em ganhar peso utilizando insumos de higiene pessoal (“pasta dental engorda”, “condicionador de cabelos contém calorias”, “água cria barriga”, etc), utilização de medicação fitoterápica, com efeito laxativo/diurético após as refeições, etc.

No regime de hospitalização integral proposto pelo GRATA - HC-FMRP-USP, pode-se contar com monitoramento maior desenvolvido por parte dos funcionários da enfermagem de Nutrologia (enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem e copeiras, entre outros) que informam com mais segurança sobre a rotina alimentar, episódios purgativos e aceitação da dieta. Outro recurso usado nessa condição é o sistema resto-ingestão, onde os alimentos são porcionados e pesados antes e após a alimentação do doente, possibilitando o cálculo nutricional detalhado da ingestão alimentar.

Após a obtenção desses dados sobre a alimentação, é necessário bom senso e compreensão da doença como um todo para se progredir com as modificações na dieta e hábitos alimentares do indivíduo, com metas atingíveis e praticáveis, sem exigências de re-

cuperação rápida e imediata do quadro clínico. Precisa-se de tempo para toda a equipe abordar questões delicadas e cruciais para estes doentes como: ganho de peso e recuperação da condição de subnutrição, melhoras na aceitação da imagem corpórea e outras dificuldades inerentes a esses transtornos que comprometem o tratamento caso não sejam trabalhadas simultaneamente com o esquema alimentar direcionado para cada indivíduo, além do risco de superalimentar o doente e suas conseqüências clínicas por ansiedade de resultados rápidos.

De maneira geral, em esquema de seguimento ambulatorial, o nutricionista utiliza instrumentos de orientação alimentar como a Roda de Alimentos associado ao registro alimentar para acompanhar a evolução dietética, enfatizando a importância de uma alimentação saudável e equilibrada nos diversos grupos de alimentos para o restabelecimento das condições nutricionais.

No entanto, quando não há melhora significativa da ingestão alimentar, dos vômitos e uso de laxantes e diuréticos, com continua perda do peso corporal e piora do quadro clínico, a internação integral é indicada com utilização de nutrição enteral, na forma de suplementação por via oral ou por sonda nasointestinal administrada por bomba de infusão no período noturno. Esse esquema visa garantir que a dieta por via oral tenha melhor aceitação. Caso essa combinação não apresente resultados satisfatórios, por ultima escolha a nutrição parenteral é instalada para corrigir distúrbios hidroeletrólíticos, hipoalbuminemia, desidratação e outras complicações metabólicas decorrentes de quadros graves de desnutrição, apesar do alto risco de infecção.

Finalmente, porém não menos importante, a família precisa estar envolvida com o tratamento, apoiando o doente nesta difícil etapa, que somente poderá ser superada com a integração de ambos à equipe interdisciplinar de saúde.

Os pais e acompanhantes, com a oportunidade de participarem dos grupos de apoio, recebem orientações não só do tratamento como um todo, mas da abordagem alimentar que o nutricionista desenvolve com o paciente. Assim, é possível que essa orientação seja compartilhada com a família, buscando a sua colaboração para que a alimentação no domicílio seja adequada em termos das refeições realizadas, horários, tipos de alimentos oferecidos e principalmente, condutas em relação ao doente e a sua própria alimentação.

Considerando que o hábito da família sentar-se à mesa e fazer as refeições simboliza comunhão e intimidade, a comida ultrapassa o fato da fome e representa afeto e carinho. Portanto, a família pode se beneficiar muito nesse momento, buscando maior compreensão das suas dificuldades de relacionamento interpessoal e abrindo espaço de diálogo e escuta.

Conclui-se, portanto, que o manejo de portadores de transtorno alimentar é árduo e trabalhoso, exigindo cuidados dos profissionais envolvidos e participação da família nesta empreitada, que se somados, poderão mudar satisfatoriamente a condição de muitos jovens que sofrem com conseqüências do transtorno psiquiátrico mais letal até então conhecido.

Sicchieri JMF, Bighetti F, Dos Santos JE, Ribeiro RPP. The nutritional therapy in eating disorders. *Medicina (Ribeirão Preto)* 2006; 39 (3): 371-4.

ABSTRACT: Patients with eating disorders present severe and challenging conditions and always require a lot of nutritional care. The objective of this study aims to explore ways to handle patients with eating disorders, enhancing the difficulties in rehabilitating such patients in order for them to adopt balanced eating habits. The methodology used was a description procedure and approaches when assisting these patients. In conclusion there is still a lot to be done in terms of approaches in cases involving patients with eating disorders, so the only alternative to address such cases is a team work involving several health professionals so as to support these patients and their families.

Keywords: Eating Disorders. Bulimia Nervosa. Anorexia Nervosa.

REFERÊNCIAS

- 1 - Monteiro dos Santos PC, Pessa RP, Santos JE. Anorexia nervosa: uma revisão de 12 casos. *Rev Paul Med* 1986; 104: 240-6.
- 2 - Ribeiro RPP, Santos PCM, Santos JE. Distúrbios da conduta alimentar: anorexia e bulimia nervosa. *Medicina (Ribeirão Preto)* 1998; 31: 45-53.
- 3 - Russel GFM. Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychol Méd* 1979; 9: 429-48.
- 4 - Sapoznick A, Abussanra EV, Amigo VL. Bulimia nervosa: manifestações clínicas, curso e prognóstico. In: Schor N, ed. *Guia de transtornos alimentares e obesidade*. Barueri: Editora Manole; 2005. p.49-57.
- 5 - Alvarenga M, Dunker KLL. Padrão no comportamento alimentar na anorexia e bulimia nervosas. In: Philippi S, Alvarenga M. *Transtornos alimentares: uma visão nutricional*. São Paulo: Editora Manole; 2003. p.131-48.
- 6 - Durnin JGVA, Womersley J. Body fat assessed from total body density and its estimation from skinfold thickness: measurements on 481 men and women aged from 16 to 72 years. *Br J Nutr* 1997; 32:77-95.
- 7 - Sicchieri, R. Inquéritos alimentares: Visão da região de São Paulo. *Rev Saúde Pública* 2002; Cd-6, 230-7.
- 8 - Fontanive RS, De Paula TP, Peres WAF. Inquéritos dietéticos. In: Duarte ACG, Castellani FR. *Semiologia nutricional*. Rio de Janeiro: Editora Axcel; 2002. p. 59-78.