

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO

BULIMIA NERVOSA: O QUE OS PACIENTES NOMEIAM
COMPULSÃO?

Erika Checon Blandino Romano

Dissertação de mestrado apresentada
à Faculdade de Saúde Pública / USP

Área de concentração: Nutrição

Orientadora: Prof. Assoc. Sonia Tucunduva Philippi

São Paulo

2002



Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese por processos fotocopiadores.

Assinatura:

Data:

Romano, Erika Checon Blandino

Bulimia Nervosa: o que os pacientes nomeiam compulsão? / Erika Checon Blandino Romano.-São Paulo, 2002.—p.Anexos.

Dissertação (mestrado)-Faculdade de Saúde Pública da USP.

1. Transtornos alimentares/ 2. Bulimia nervosa/ 3. Compulsão alimentar/
4.Terapia nutricional. Philippi, Sonia Tucunduva, orientador.

43197/2003 cg

ERIKA CHECON BLANDINO ROMANO

BULIMIA NERVOSA: O QUE OS PACIENTES NOMEIAM COMPULSÃO?

Comissão Julgadora

Dissertação para obtenção do grau de Mestre

Prof. Assoc. Sonia Tucunduva Philippi

Orientador / Presidente

Prof. Dra. Sonia Tucunduva Philippi

Orientador

Profa. Dra. Marle dos Santos Alvarenga

1º examinador

Prof. Dr. Fernando Lefèvre

2º examinador

São Paulo, 10 de dezembro de 2002

Para aqueles que sempre me apoiaram em tudo:

meus pais, Gerson e Aida;

meu marido, Rodrigo;

minhas irmãs, Karin e Vanessa;

meus avós, Adelina e Rubens Checon;

Familiares: Thereza, Romano, Vó Célia, Vó Julia, Thais, Mau, Sérgio e Marle.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Prof. Dra. Sonia Tucunduva Philippi, por representar, desde a graduação, conforto e confiança em minha vida acadêmica.

À Prof. Dra. Marle Alvarenga, minha madrinha profissional e pessoal, por sua competência, amizade, apoio e confiança, que ajudaram a concretizar minha realização profissional e estudos nessa área. Faltaria espaço em todas as páginas desta dissertação para agradecer sua ajuda e contribuição.

Ao Prof. Dr. Fernando Lefèvre, por estar sempre disposto a ajudar e por contribuir de forma indispensável para a conclusão deste estudo.

Ao Prof. Dr. Táki Athanássios Cordas, pela confiança depositada em mim quando ingressei no HC, e por aceitar orientar uma “iniciante” em estudos sobre *Transtornos alimentares*.

À Prof. Dra. Célia Colli, da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da USP, pela amizade e carinho, por ensinar-me disciplina e iniciar-me nas pesquisas acadêmicas.

A todos os colegas e professores do B-14 da Faculdade de Ciências Farmacêuticas/USP pelo aprendizado e carinho sempre presentes.

Ao amigo José Peralta pelo apoio em minha iniciação científica.

À psicóloga Marina Bronstein pela amizade, carinho e preciosa contribuição na revisão deste trabalho e apoio a todas as horas –em todos os assuntos.

À nutricionista Claudia Cesena pela organização e auxílio na tabulação dos dados.

À nutricionista Renata Berni pelo auxílio na tabulação dos dados.

À nutricionista Fernanda Lepera pela amizade, auxílio na formatação das referências bibliográficas e por estar sempre disposta em ajudar.

À nutricionista Karin Louise Lenz Dunker pelo apoio e revisão deste trabalho e pela amizade e companheirismo nesta longa jornada de HC.

À psicopedagoga Eliane Aguiar pela revisão ortográfica e conteúdo deste trabalho.

A todas as colegas nutricionistas e estagiárias do AMBULIM .

A Rodrigo Sabato Romano, pela paciência e apoio em toda minha vida.

Ao CNPq, pelo apoio e bolsas concedidas neste estudo e em minha Iniciação Científica; e à FAPESP, pelo apoio e bolsas na Iniciação Científica - indispensáveis para a formação acadêmica.

À Faculdade de Saúde Pública e aos professores do Departamento de Nutrição, pelo coleguismo e abrigo desde a graduação.

À Universidade de São Paulo, pela excelência na qualidade de ensino e por proporcionar condições para muitas pesquisas científicas.

ROMANO, E.C. B. **Bulimia nervosa: o que os pacientes nomeiam compulsão?**; São Paulo, 2002. [Dissertação de Mestrado – FSP/USP].

RESUMO

O episódio compulsivo é descrito no critério diagnóstico da bulimia nervosa como a ingestão de grande quantidade de alimento num curto espaço de tempo. Porém do ponto de vista nutricional outras questões estão envolvidas no momento da compulsão alimentar.

Objetivo: Analisar os episódios nomeados de compulsivos por um grupo de pacientes com bulimia nervosa. **Casuística e métodos:** Foram analisados os episódios nomeados como compulsivos de 23 pacientes com diagnóstico de bulimia nervosa, atendidas no Ambulatório de Bulimia e Transtornos alimentares (AMBULIM) do Hospital das Clínicas da USP. A avaliação foi realizada através de metodologia qualitativa, pelo Discurso do Sujeito Coletivo, e os dados de ingestão alimentar por metodologia quantitativa. **Resultados:** o valor calórico total mediano dos episódios nomeados como compulsivos foi de 452,6Kcal, sendo que o valor calórico total da dieta das pacientes foi semelhante ao da população normal. Na análise qualitativa perceberam-se várias peculiaridades no momento do episódio compulsivo, relacionadas a sensações, sentimentos e crenças das pacientes em relação à alimentação. **Conclusões:** Além da ingestão de alimentos e do tempo, já citados no critério diagnóstico, pacientes com bulimia podem chamar de compulsivo o episódio onde ingerirem alimentos que *elas* considerem proibidos. Além disso, se existirem sentimentos específicos associados ao momento do episódio, comprometimento social relacionado à dieta, problemas com comportamento alimentar e pressão social/cobrança da família. Com a análise qualitativa, foi possível descrever pontos importantes que não estão descritos no critério diagnóstico do DSM-IV.

Descritores: Transtornos alimentares, Bulimia nervosa, Compulsão alimentar, Dietoterapia.

ROMANO, E.C.B. **Bulimia nervosa: what do patients call binge?**; São Paulo, 2002 {Masters Thesis – FSP/USP}.

SUMMARY

The episode of binge eating is described in the diagnostic criteria for bulimia nervosa as the intake of large quantity of food in a short period of time. However, from the nutritional point of view other issues are involved at the moment of binge eating.

Objective: To analyze the episodes designated as compulsive by a group of patients with bulimia nervosa. **Methods:** The episodes designated as compulsive by 23 patients diagnosed with bulimia nervosa treated at the Bulimia and Eating-Disorders Clinic (AMBULIM) of the Hospital das Clínicas da USP were analyzed. The evaluation was made using qualitative methodology, the Collective Subject, and data on food intake by quantitative methodology. **Results:** the median of the total caloric value of the episodes designated as compulsive was of 452.6 Kcal, where the total caloric value of the patients' diet was similar to that of the normal population. In the qualitative analysis several peculiarities were observed at the moment of binge eating, related to sensations, feelings and beliefs of the patients in regard to food. **Conclusions:** In addition to food intake and time, which have already been mentioned in the diagnostic criteria, patients with bulimia may call compulsive the episode where they take in food that they consider forbidden. Apart from this, if there are specific feelings associated to the moment of the episode, social commitment related to the diet, problems with eating behavior and peer/family pressure. Qualitative analysis enabled the description of important points, which are not described in the diagnostic criteria of the DSM-IV.

Keywords: Eating Disorders, Bulimia Nervosa, Binge eating, Nutritional therapy.

ÍNDICE

Resumo.....	7
Summary.....	8
Lista de quadros.....	10
Lista de tabelas.....	11
Lista de figuras.....	12
Lista de abreviaturas.....	13
Lista de anexos.....	14
Introdução.....	16
- Prevalência.....	17
- Critérios diagnósticos e características clínicas.....	18
- Complicações clínicas.....	20
- Tratamento.....	20
- Aspectos psicológicos.....	22
- Padrão, comportamento e consumo alimentares na bulimia nervosa.....	24
- Consumo de carboidratos na bulimia nervosa.....	30
- Episódios compulsivos.....	31
Objetivos.....	36
Casuística e métodos.....	37
- Local de estudo.....	38
- Tipo de estudo.....	38
- Coleta de dados.....	38
- Pré-teste.....	39
- Análise qualitativa.....	39
- Grupo de comparação.....	44
- Análise quantitativa.....	44
- Episódios estudados.....	46
- Pacientes participantes da pesquisa.....	47
- Aspectos éticos.....	48
Resultados.....	49
Discussão.....	68
Conclusão.....	92
Referências bibliográficas.....	94
Anexos.....	103

LISTA DE QUADROS

PÁGINA

QUADRO 1 – modelo de diário alimentar utilizado	45
QUADRO 2 - instrumento de análise do discurso 1 (IAD 1)	59
QUADRO 3 - instrumento de análise do discurso 1-2 (IAD 1-2)	60
QUADRO 4 - instrumento de análise do discurso 1-3 (IAD 1-3)	61
QUADRO 5 - instrumento de análise do discurso 1 (IAD GC)	64

LISTA DE TABELAS

PÁGINA

TABELA 1 - Valor calórico total e porcentagem de macronutrientes da dieta das pacientes	56
TABELA 2 - Valor calórico total e porcentagem de macronutrientes do episódio compulsivo das pacientes	57

LISTA DE FIGURAS

PÁGINA

FIGURA 1 – Idade das pacientes	49
FIGURA 2 –Grau de instrução	50
FIGURA 3- Estado Civil	50
FIGURA 4- Índice de massa corporal	51
FIGURA 5 – Perda de peso desejada	51
FIGURA 6- Variação de peso na vida adulta	52
FIGURA 7- Idade que começou a fazer dieta	52
FIGURA 8- Uso de medicamentos para emagrecer	53
FIGURA 9- Duração do episódio compulsivo	53
FIGURA 10 – Tempo de indução de vômito	54
FIGURA 11 – número de compulsão seguida por purgação em análise de 15 dias de diário alimentar em pacientes com BN	55
FIGURA 12 – tipos de carboidratos na dieta	58

LISTA DE ABREVIATURAS

ADA – American Dietetic Association

AMBULIM – Ambulatório de Bulimia e Transtornos alimentares

AN-Anorexia Nervosa

APA – American Psychiatry Association

BN -Bulimia Nervosa

CAPPesp – Comissão de ética para análise de projetos de pesquisa

DRI – Diary Reference Intakes

DSM-III - III Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders

DSM-IV - IV Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders

GENTA – Grupo de estudos e nutrição em Transtornos alimentares

GC – grupo de comparação

HCFMUSP- Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

IMC- Índice de Massa Corporal

NRC- National Research Council

OMS- Organização Mundial da Saúde

PT – projeto temático

RDA – Recommended Dietary Allowances

SPSS – Statistical Package for Social Sciences

TA – Transtorno Alimentar

TCC – Terapia Cognitivo Comportamental

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1 - Critérios diagnósticos para Bulimia Nervosa, segundo Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-IV, da American Psychiatric Association (APA).

ANEXO 2 - Pirâmide alimentar (PHILIPPI, S.T.).

ANEXO 3- Ficha de atendimento nutricional –FAN (BLANDINO, E.C. & GUIMARÃES, D.B.S.).

ANEXO 4 - Modelo de diário alimentar.

ANEXO 5 - Carta de aprovação da Comissão de Ética do Hospital das Clínicas FMUSP para projeto temático.

ANEXO 6 - Carta de aprovação da Comissão de Ética da Faculdade de Saúde Pública para o projeto de doutorado pertencente ao projeto temático.

ANEXO 7 - Termo de consentimento para a pesquisa – Projeto Temático.

ANEXO 8 - Termo de consentimento para a pesquisa - BN: o que os pacientes nomeiam compulsão?

ANEXO 9 - Carta de aprovação da Comissão de Ética da Faculdade de Saúde Pública para esta dissertação de mestrado.

*“ Callimachi numeris
non est dicendus Achilles ”*

Ovídio, REMEDIA AMORIS, v.381

*“ Não é com o metro de Calímaco que
se deve cantar Aquiles ”*

*Tradução de Antônio S. Mendonça no livro
“Análise de dados qualitativos”-Júlio César Pereira*

INTRODUÇÃO

Os transtornos alimentares constituem uma área de crescente interesse médico-nutricional, compreendendo um amplo espectro de alterações, desde a anorexia nervosa (A N) e a bulimia nervosa (B N) até quadros ainda em busca de uma melhor conceituação diagnóstica, como o chamado transtorno do comer compulsivo (SANTOS e col. ,1988; APA, 1984; ADA, 2001).

Segundo CORDÁS e col. (1993), tanto a A N quanto a B N são produtos de uma complexa inter-relação entre aspectos físicos, psicológicos e sócio-culturais ainda não adequadamente compreendidos.

No caso específico da BN, desde sua primeira descrição por Gerald Russel, em 1979, sugerindo que este quadro fosse uma estranha evolução da AN, o interesse na patologia tem aumentado graças à proliferação de grupos de pesquisa, em vários países, e ao destaque que é dado na mídia em geral (CORDÁS & SEGAL ,1995). Estudos demonstram que 20 a 30% dos pacientes bulímicos apresentaram, em sua história pregressa, um episódio de AN, geralmente de curta duração (FAIRBURN ,1990).

Nomes diferentes já foram dados ao quadro, incluindo hiperorexia nervosa, bulimarexia, bulivomia, síndrome do caos alimentar, bulimia e finalmente, BN - termo hoje de aceitação geral (FICHTER, 1990). O termo bulimia deriva do grego "bous" (boi) e "limus" (fome), indicando uma ingestão de alimentos descomunal que poderia levar alguém "a comer um boi inteiro" (CORDÁS, 1993; CORDÁS, 1994). A síndrome compreende episódios de ingestão alimentar compulsivos, seguidos de uma sensação de culpa e depressão pela perda de controle, associada a métodos purgativos, como meio de controle de peso (CORDÁS & SEGAL ,1993).

A BN e a A N apresentam semelhantes quadros psicopatológicos de base, assinalados pelo medo mórbido de engordar e pelas suas consequências: a

preocupação obsessiva com os alimentos e o desejo persistente de emagrecer. (SANTOS e col 1988; APA 1994). A busca da forma física ideal leva à tentativa desesperada de controle rigoroso e da perda de peso, com o emprego de qualquer recurso que possibilite chegar ao peso estipulado pelas pacientes – este quase sempre inviável.

A falsa idéia, disseminada pela literatura internacional, de que os transtornos alimentares são raros em países de terceiro mundo, associada à ausência de estatísticas nacionais sobre a doença, têm levado ao atraso e abandono de estudos mais sistemáticos destes quadros em nosso meio (CORDÁS & HOCHGRAF, 1993).

Prevalência

Usando critérios do “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders” – DSM III (APA, 1980), a prevalência de BN é de cerca de 1% a 4% das mulheres em escolas secundárias e universidades, em países de primeiro mundo, mas pouco se sabe a respeito de sua prevalência na população geral (CORDÁS, 1995). A exemplo da AN, é sugerido que um aumento da incidência, ao longo das últimas décadas, esteja ocorrendo particularmente em consequência dos aspectos sócio-culturais reforçadores da busca do emagrecimento (PALMER, 1986). Segundo HETHERINGTON (2000), a mortalidade na bulimia é estimada em torno de 3%.

A ocorrência de BN é quase exclusiva às mulheres jovens; e menos de 10% dos pacientes acometidos por essa doença são homens. O início dos sintomas dá-se entre os 16 e os 19 anos, embora não seja incomum que isso ocorra na terceira ou quarta década de vida. A procura do tratamento médico demora, em média, cinco anos após o surgimento do transtorno (HERZOG, 1991). Este fato decorre de sentimentos de culpa e vergonha, assim como da idéia de que este não seja um problema médico (CORDÁS & SEGAL, 1995; BECKER e col, 1999).

Crêterios Diagnósticos e Características Clínicas

A identifica o da BN como entidade clínica deu-se em 1980, com a publica o do "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-IV – (APA, 1994).

Na BN temos a presença do ciclo: jejum → episódio compulsivo → purga o, encontrando diversas peculiaridades em rela o aos episódios (REIFF&REIFF, 1992).

Para critério diagnóstico do DSM-IV, tanto os episódios compulsivos como os comportamentos purgativos devem ocorrer com a freq ncia mínima de duas vezes por semana, por no mínimo três meses (APA, 1994).

Os episódios compulsivos são definidos segundo a American Psychiatry Association como (DSM-IV / APA, 1994):

- Ingerir, num curto espaço de tempo, uma quantidade de alimento definitivamente superior ao que a maioria das pessoas conseguiria comer durante um período de tempo igual e sob circunstâncias similares;
- Sentimento de perda de controle sobre a alimenta o, ou seja, um sentimento de não poder parar de comer ou não controlar o quê e o quanto se consome.

-

A BN tem critérios de subtipos para diferenciar os métodos purgativos utilizados para compensar o episódio compulsivo (APA, 1994):

- Subtipo purgativo: o paciente apresenta com regularidade comportamentos como vômito auto-induzido, abuso de laxantes, diuréticos e enemas;
- Subtipo não purgativo: o paciente se utiliza de outros hábitos compensatórios inadequados, tais como: jejum, restri o alimentar,

exercício compulsivo, mas não apresenta comportamentos purgativos regulares como os descritos no subtipo purgativo.

O medo de engordar é uma preocupação extrema, tornando-se o tema único da vida do paciente, que tem prejuízo na sua auto-avaliação em consequência da sua forma física e peso corporal (CORDÁS, 1994; CORDÁS & SEGAL, 1995). Pacientes bulímicas costumam denominar os alimentos como “permitidos” e “proibidos”, transformando seu dia-a-dia num verdadeiro ritual de valores calóricos e perda de peso. As refeições são, para elas, uma grande válvula de escape para problemas pessoais ou uma verdadeira forma de “auto flagelo” e prova de auto controle, por julgarem que podem comer o quê e quanto quiserem. No entanto, suas necessidades orgânicas provam o contrário, fazendo-as sentir uma “ fome” descomunal, o qual as leva a ingerir uma grande quantidade de alimentos, ou alimentos que habitualmente elas não se permitem ingerir. Segundo CORDÁS (1994), o episódio pode se constituir de um longo ritual de várias horas ou uma noite inteira. Geralmente ocorre às escondidas, é envolto por uma sensação de culpa e vergonha, e seguidos de comportamentos compensatórios. O vômito auto-induzido é extremamente comum, encontrado em até 95% dos pacientes - provavelmente pelo seu efeito de redução imediata da ansiedade (CASPER, 1986). Aproximadamente 20% dos pacientes obtém, com o tempo, controle voluntário do reflexo do vômito por meio de uma contração abdominal, não mais necessitando deflagrá-lo mecanicamente (RUSSEL, 1986). Outros métodos purgativos podem ser utilizados, tais como o uso de diuréticos, laxantes, drogas anorexígenas, hormônios tireoideanos, dietas restritivas e atividade física excessiva (CORDÁS & SEGAL, 1993). A amenorréia, na BN, é observada em número menor de casos em relação à AN, sendo mais freqüente na bulimia os ciclos menstruais irregulares (CORDÁS & SEGAL, 1995).

Complicações Clínicas

As compulsões alimentares e as dietas restritiva e, mais frequentemente, os métodos purgativos a que as pacientes se submetem podem resultar em desnutrição e complicações clínicas (BEUMONT & TÓUYS, 1990).

Dentre estas complicações temos: dilatação e ruptura gástrica, alcalose metabólica, hipocloremia, hipocalemia, hipomagnasemia, hiponatremia, esofagite, glândulas salivares aumentadas (pelo reflexo ácido ou estimulação constante), sangramento retal (como resultado do abuso de laxativos e desequilíbrio hídrico ou eletrolítico). Há também a lesão da pele do dorso da mão, conhecida como "sinal de Russej" (causada pela introdução da mão na boca para estimular o reflexo do vômito) que pode variar de calosidade à ulceração. Além disso, há o desgaste dentário provocado pelo suco gástrico dos vômitos, podendo levar à perda dos dentes. Dentre outros sinais e sintomas, estão: edema generalizado, queda de cabelo, equimoses na face e pescoço, descamação da pele, alterações menstruais, gengivite, hipotermia, fraqueza muscular, câibras, arritmia e poliúria. As alterações de eletrólitos podem levar à alterações de eletrocardiograma e, em último estágio, à falência cardíaca. Em relação ao exercício excessivo, pode ocorrer disfunção reprodutora das pacientes e aumento do risco de desenvolver osteoporose (KILLEN, 1986; CASPER, 1986; CORDÁS, 1994; CORDÁS & SEGAL, 1995; D'ELIA & CORDÁS, 1998).

Tratamento

O tratamento deve ser realizado por uma equipe multiprofissional. Segundo GANNON & MITCHELL (1986), a melhor opção terapêutica para normalizar o comportamento alimentar dos pacientes com BN pode ser oferecida por equipes com psiquiatras e nutricionistas e para o tratamento efetivo, recomenda-se a presença de equipe multiprofissional, onde outros profissionais estejam presentes (psicólogos, terapeutas, educadores físicos, enfermeiros, clínicos) (ADA, 2001; APA, 1994; CORDÁS, 1994; CORDÁS & NEGRÃO, 1994; CORDÁS, 1995).

No tratamento nutricional, os nutricionistas trabalham componentes psicológicos e aspectos nutricionais destes transtornos. O padrão e comportamento alimentares anormais de nutrição são as características centrais dos transtornos alimentares. A normalização destes fatores é o primeiro objetivo do tratamento, embora outros componentes sejam necessários para prevenir e evitar recaídas (ADA, 2001).

Uma das funções da terapia nutricional, na BN, é trabalhar a recuperação de pacientes na relação alimento *versus* peso e comportamento bulímico.

Os objetivos gerais do tratamento nutricional são:

- Eliminação do ciclo dieta, episódio e purgação;
- Estabelecimento de um padrão alimentar adequado;
- Modificação de atitudes para com os alimentos, com o peso e com a alimentação.

Existem recomendações da *American Dietetic Association* (ADA, 1988) para que a intervenção e a educação nutricional sejam integradas ao tratamento das pacientes com AN e BN, durante as fases de avaliação e tratamento do paciente de ambulatório ou enfermaria. Acredita-se que a elucidação do padrão nutricional tem implicações no tratamento e melhor conhecimento nas variáveis clínicas destes pacientes (EIGER, 1996).

- Prognóstico

Segundo GARNER (1987), o prognóstico da BN não é muito favorável, pois a maioria das pacientes permanece sintomática ao final do tratamento. Mas, de forma geral, uma expressiva redução dos sintomas é possível com psicoterapia e farmacologia (FAHY & RUSSEL, 1993).

Segundo BECKER e col (1999), metade das pacientes tem recuperação completa, aproximadamente 30% têm recuperação parcial e 20% não têm melhora substancial dos sintomas.

Devido às dificuldades metodológicas, estudos para mensurar o resultado do tratamento são limitados devido aos critérios e métodos de seguimento (HERZOG e col, 1996). Em seu estudo de 1985, MITCHELL e col definiram a recuperação como um período de até dois meses de abstinência das compulsões e purgações. PYLE e col (1990) definiram resposta ao tratamento como um máximo de dois episódios de compulsão e purgação nas duas últimas semanas de tratamento . Segundo MADDOCKS & KAPLAN (1991), uma boa resposta é definida com o paciente não apresentando nenhum episódio bulímico ou purgativo nas últimas quatro semanas de tratamento.

Aspectos psicológicos

É impossível entender a dinâmica da BN sem entender conceitos básicos da relação entre o paciente e sua família, em especial a mãe. A primeira relação da criança com o mundo é com o seio da mãe. Dependendo de como for essa relação e o entendimento da criança, isto poderá acarretar diferentes comportamentos alimentares no futuro. Este desvio no comportamento alimentar pode estar relacionado com falhas em uma fase da criança em que a relação com o mundo se dá através da boca (relação oral)(BRONSTEIN, 2002).

Do ponto de vista da teoria psicanalítica, nota-se que a questão da oralidade no ser humano tem sido pensada por muitos autores, pois pode assumir várias significações. FREUD, ao inaugurar essa corrente de pensamento, coloca esse tema como essencial no entendimento do psiquismo humano.

MELANIE KLEIN (1952) é quem introduz o conceito de relação objetal, que seria resultante das primeiras experiências de amamentação do bebê e da

presença da mãe, resultando no surgimento de fantasias para o bebê, podendo ser carregada de amor ou ódio. Esse vínculo inicial com a mãe mostra-se fundamental no estabelecimento de toda a vida de relação dos indivíduos.

Em 1936, WINNICOTT em seu texto "Apetite e perturbação emocional" considera que há três momentos na apreciação da função oral; em primeiro lugar vem o reconhecimento da pulsão oral (do que o bebê deseja sugar, morder, etc); a seguir vem a fantasia oral, ou seja, quando se está com fome, pensa-se em comida; quando come, pensa-se em colocar a comida para dentro; pensa no que gosta de manter dentro de si e pensa-se nas coisas que quer se livrar. Segundo o autor, em seguida ocorreria uma elaboração das duas formas de fantasia, surgindo idéias a respeito do que acontece dentro de si mesmo, além de idéias de como é dentro do corpo da mãe.

Além desse entendimento, em nossa sociedade, o ato de comer tem um papel social. Segundo AJUIAGUERRA (1980) a refeição é uma instituição social que consiste num ritual com a participação da família. Conforme seus horários e seu desenvolvimento, a refeição é sentida como uma obrigação e sua aceitação como um presente para os pais. O ato de comer pode ter vários significados: nutrir-se, ter prazer, exercer uma atividade cuja finalidade é o crescimento.

Essa é a visão geral de alguns autores que podem elucidar a origem de alguns comportamentos destas pacientes em relação à alimentação. Estes conceitos são fundamentais para esclarecerem alguns sentimentos relacionados ao momento da compulsão alimentar.

Padrão, comportamento e consumo alimentares na BN

Na BN, o padrão e o comportamento alimentares estão comprometidos. A dieta de emagrecimento é muito importante na estruturação da doença e geralmente os sintomas aparecem depois da prática de uma dieta restritiva.

A prática de dietas restritivas e aleatórias (por exemplo, deixar de comer algum alimento simplesmente por julgá-lo engordativo), uso de produtos dietéticos sem regulamentação e uso de métodos inadequados para perda e manutenção de peso caracterizam as alterações no padrão e comportamento alimentares (ADA, 1988). A restrição alimentar está relacionada também com a baixa auto-estima e aumento dos sentimentos negativos. Estas restrições freqüentemente levam a grandes ingestões de alimentos e, conseqüentemente, a comportamentos compulsivos crônicos (REIFF & REIFF, 1992). Em seu estudo, SCHLUNDT e col (1991) demonstra que, nos transtornos alimentares, a alimentação pode ocorrer em resposta à depressão e sentimentos negativos. Estes sentimentos têm sido identificados como um antecedente dos episódios compulsivos (AGRAS 1989), podendo interagir com a dieta restritiva e ser um desencadeante da compulsão.

A avaliação alimentar em transtornos alimentares deve focalizar não só os problemas alimentares, como a intensidade do apetite e a presença e duração dos episódios de restrição e/ou compulsão alimentar periódica, assim como as situações sociais que acompanhem tais comportamentos (JEOR, 1998).

Comportamento alimentar, segundo ALVARENGA (1997), são os aspectos comportamentais do indivíduo em relação à dieta, além de suas atitudes para com os alimentos. O padrão alimentar envolve a adequação das necessidades fisiológicas, proporções corretas de macronutrientes, micronutrientes e energia, além de fracionamento e horário das refeições. Para PHILIPPI (2000), comportamento alimentar são todas as formas de convívio com o alimento, entendidas como processo, constituindo um conjunto de ações realizadas em relação ao alimento, que tem início com o momento da decisão, disponibilidade, modo de preparo, utensílios utilizados, preferências e aversões. O comportamento alimentar é entendido como um processo, constituindo um conjunto de ações realizadas com relação aos alimentos, que tem início com o momento da decisão: disponibilidade; modo de preparar; utensílios usados; características, horário e

alimentar é entendido como um processo, constituindo um conjunto de ações realizadas com relação aos alimentos, que tem início com o momento da decisão: disponibilidade; modo de preparar; utensílios usados; características, horário e divisão da alimentação nas refeições do dia; preferências e aversões, encerrando o processo com o alimento sendo ingerido.

O comportamento alimentar ideal incluiria a correta seleção dos alimentos, sem restrições aleatórias e a não utilização de produtos dietéticos sem regulamentação. Deve-se estar atento para a maneira que o indivíduo se alimenta: comer sentado à mesa, não ingerindo grande quantidade de líquidos, não assistindo TV, não lendo, mastigando bem os alimentos; comer uma quantidade racional de alimentos, preparados de forma usual e higiênica, e parar de comer quando estiver saciado. Além disso, o indivíduo deve saber se comportar em ocasiões sociais que envolvam alimentação (ALVARENGA, 1997).

Tanto para PHILIPPI (2000) quanto para ALVARENGA (2001), considera-se que a dieta adequada não deve ter restrições alimentares; ela deve ser composta de alimentos variados e suprir as necessidades nutricionais do indivíduo. Deve ter valor calórico adequado e a inclusão de todos os nutrientes em quantidades e proporções adequadas; as calorias devem ser proporcionalmente distribuídas entre as refeições. A adequação dos nutrientes deve ser considerada refeição por refeição, devendo constar em cada uma delas alimentos dos grupos básicos, exemplificados pela pirâmide dos alimentos (PHILIPPI, 1999). Esta pirâmide, demonstrada no anexo 2, foi adaptada para a população brasileira (PHILIPPI e col 1999). A pirâmide alimentar original foi criada em 1992 pelo USDA (*United States Department of Agriculture*).

A pirâmide está dividida em oito grupos: pães, cereais e tubérculos; hortaliças; frutas; carnes; leite e derivados; leguminosas; óleos e gorduras; açúcares e doces. Quantitativamente, estes grupos devem estar distribuídos numa

De acordo com PHILIPPI (2000), uma alimentação saudável é aquela planejada com alimentos de todos os tipos, de procedência conhecida, de preferência naturais, e preparados de forma a preservar o valor nutritivo e os aspectos sensoriais. Os alimentos devem ser qualitativa e quantitativamente adequados ao hábito alimentar, consumidos em refeições, em ambientes calmos, visando a satisfação das necessidades nutricionais, emocionais e sociais, para a promoção de uma qualidade de vida saudável. Já HUSE & LUCAS (1984) definem como qualidade da refeição quando as escolhas dos alimentos pertencem a todos os grupos de alimentos básicos (carnes, ovos, laticínios/ cereais, massas, grãos/ vegetais e frutas). Se um ou mais destes grupos forem freqüentemente evitados, a alimentação é considerada insatisfatória.

O padrão alimentar adequado requer, no mínimo, três refeições principais (café da manhã, almoço e jantar), com ou sem lanches intermediários entre estas refeições (PHILIPPI 1999). Os comportamentos que se distanciam da normalidade são estudados em suas peculiaridades (traços e aspectos específicos), acreditando-se que um conhecimento em profundidade do comportamento alimentar permite um melhor planejamento da intervenção nutricional, necessária para melhorar a qualidade nutricional desta dieta (SUNDAY e col, 1992; ALVARENGA 1997).

Pacientes com transtornos alimentares apresentam peculiaridades em seu padrão alimentar, frequentemente iniciando uma nova tentativa de perder peso através da redução drástica de sua alimentação. O padrão e o comportamento alimentares são severamente atingidos.

Um preconceito comum é de que ingestão exclusiva de alimentos ricos em nutrientes essenciais e pobres em açúcares e gorduras constituem uma “dieta ótima”. Todos os outros alimentos são vistos como “não saudáveis” ou “engordativos”, de forma que sua ingestão causa sentimentos de pânico e culpa.

O comer adequadamente não está relacionado apenas à manutenção da saúde, mas também a um comportamento socialmente aceitável e flexível (BEUMONT e col, 1990).

É importante tentar entender o quanto de um sistema psicológico tem se desenvolvido ao redor do conceito "dieta", e o quanto a paciente é afetada quando ingere alimentos "bons ou ruins" (JONHSON, 1985). A descrição da escolha dos alimentos voltados para a perda de peso é comum, principalmente para evitar certos tipos de alimentos que as pacientes considerem "engordativos" (WALLIN e col, 1995). Além disso, aparecem uma série de aspectos alimentares particulares com comportamentos alimentares desordenados, desorganizados e inadequados. Há também uma série de crenças errôneas sobre conceitos nutricionais e relação de repulsa, ódio e incompetência para lidar com o alimento. Ironicamente, pensa-se que pacientes com TA tenham grande conhecimento do valor nutritivo dos alimentos, apesar do seu padrão alimentar sugerir absoluta ignorância em boa nutrição (SUNDAY e col, 1992).

ALVARENGA (1997) apontou que o padrão e o comportamento alimentares não estão bem esclarecidos em pacientes com AN e BN, e que o conhecimento sobre transtornos alimentares no Brasil ainda é muito limitado, havendo a necessidade de estudos complementares para o controle e prevenção destes quadros e otimização do tratamento.

CORDÁS & SEGAL (1995) afirmam que o consumo alimentar descrito de pacientes com BN consiste basicamente de alimentos ricos em carboidratos, como doces, chocolate, leite condensado, biscoitos; alimentos que o paciente tende a excluir da sua dieta habitual por medo de ganho de peso. Em episódios compulsivos estão descritos consumos de até 15 000 Kcal. KALES (1990) relatou que a escolha alimentar das bulímicas é devido ao padrão que elas consideram saudável: vegetais, frutas e carnes magras. Pães, bolos, frituras e biscoitos foram considerados alimentos que causam aversão.

WALLIN e col (1994) descreveram que os alimentos derivados de leite são a maior fonte de proteínas nos episódios bulímicos; dentre estes alimentos estão os queijos, sorvetes e leites. Já em relação à gordura, a maior fonte são os sanduíches e as massas. Em 1995, WALLIN e col observaram que a seleção de alimentos na bulimia nervosa variava entre evitar os carboidratos e excluir as gorduras, dependendo da fase restritiva ou compensatória.

Poucos estudos foram feitos para quantificar a ingestão de nutrientes e seleção de alimentos na BN. Um deles fala que a ingestão de carboidratos vindos de frutas é maior que as vindas por cereais, sendo que as frutas mais consumidas são maçãs, frutas cítricas, melancia e morango (com poucas exceções, bananas, frutas secas e uvas são evitadas). Em relação aos macronutrientes, a maior ingestão foi de gordura. Apesar do consumo alto de calorias na dieta, as pacientes não atingiram as recomendações diárias, principalmente em vitaminas e minerais. Além disso, deve-se também considerar a perda de nutrientes pelos vômitos e abuso de laxantes (WALLIN e col, 1995).

Em um dos primeiros estudos nacionais em pacientes com TA, ALVARENGA (1997), num estudo transversal, constatou que os cinco primeiros alimentos mais frequentes nos episódios compulsivos de pacientes do AMBULIM eram: bolachas, bolos/tortas, leite, arroz e carne vermelha. Além disso, também há a tendência em consumir alimentos diet / light, inclusive nos episódios compulsivos. A média da porcentagem na ingestão de macronutrientes encontrada em pacientes com BN foi de 53,2% de carboidrato; 16,8% de proteína e 30,7% de lipídios. Em outro estudo de seguimento, ALVARENGA (2001) encontrou 14,6% de proteína, 53,5% de carboidratos e 32,1% de lipídios, com um VCT médio de 1529,2 calorias.

Em relação ao risco da deficiência nutricional em bulímicas, este parece ser menor que em anoréticas; porém, devido à escolha limitada de alimentos, há

possibilidade das bulímicas estarem susceptíveis à deficiências na ingestão de nutrientes (WALLIN e col,1995).

ELMORE & CASTRO (1991), colocam que a bulimia é um método para prevenir a absorção calórica. Pacientes com bulimia são capazes de ter uma ingestão altamente restritiva na maioria do tempo e terem episódios bulímicos que descrevem como incontroláveis e caóticos. Isso explica o porquê da grande variação na ingestão alimentar.

É importante tanto para a identificação como para o tratamento dos pacientes com BN, que o comportamento alimentar bizarro, além do padrão alimentar inadequado, seja caracterizado e avaliado para que se efetue uma mudança comportamental (HETHERINGTON e col, 1993; SUNDAY & HALMI, 1996). SUNDAY & HALMI (1996) relatam que o comportamento alimentar nos transtornos alimentares não se refere apenas à restrição alimentar descrita no quadro. Sugere-se que o tratamento para bulimia e anorexia deva envolver atenção especial na sensação de fome e saciedade e que o padrão e comportamento alimentares sejam esclarecidos para sua adequada abordagem. HETHERINGTON (2000) coloca que os episódios repetidos de compulsão dilatam o estômago e reduzem as sensações de saciedade. HADIGAN e col (1989) postulam que as anormalidades no comportamento alimentar de bulímicos refletem um distúrbio no mecanismo responsável pela saciedade. Ainda não se sabe qual o mecanismo que altera a sensação da saciedade nestas pacientes, mas sem dúvida esta alteração fisiológica tem sérias implicações na BN. Não apenas deve-se tratar, na BN, as compulsões e purgações que caracterizam a síndrome, mas todo o comportamento alimentar objetivando um melhor prognóstico. Portanto, torna-se importante a percepção dos sentimentos e sensações das pacientes no momento dos episódios bulímicos.

Consumo de carboidratos na bulimia nervosa

A aversão por carboidratos frequentemente é descrita em estudos na BN (WALLIN e col ,1995; KALES , 1990).

Os carboidratos são nutrientes comumente citados pelas pacientes como sendo "engordativos"; portanto um dos mais evitados na alimentação usual. Sabe-se que existem vários tipos de carboidratos, sendo que todos se formam a partir da glicose. É muito comum as pacientes relatarem que restringem, na dieta habitual, a ingestão de pães, massas, doces, arroz e batata; por isso fala-se da restrição por carboidratos. Porém, é sabido que estas pacientes aceitam a ingestão de frutas, legumes e verduras, apesar destes alimentos também conterem carboidratos. No organismo, os carboidratos constituem a principal fonte de energia, sendo indispensável para a integridade funcional do tecido nervoso. Sob circunstâncias normais, é a única fonte de energia para o cérebro (KRAUSE, 1995).

MITCHELL & LAINE (1985) relataram que a dieta de pacientes com BN consiste de saladas e alimentos dietéticos, e que os episódios compulsivos são ricos em gorduras, moderados em carboidratos e pobres em proteínas. Estes mesmos autores descreveram que os alimentos mais freqüentes foram nozes, tortas, bebidas gaseificadas, sanduíches e chocolates, representando uma dieta rica em gordura, moderada em carboidrato e baixa em proteína. Algumas pacientes ingeriram saladas nos episódios. Nestes, houve também grande ingestão de líquidos, para facilitar a deglutição dos alimentos e, no final da compulsão, para facilitar o vômito.

No estudo de HETHERINGTON & ROLLS (1991), a ingestão de carboidratos por pacientes com T.A foi maior que a de gorduras e de proteínas.

No estudo de WALLIN e col (1995), foi pesquisada a seleção dos alimentos e a ingestão de nutrientes em mulheres com AN, BN e grupo controle, encontrando menor ingestão calórica e de nutrientes dos dois grupos (AN e BN) em relação ao grupo controle. Segundo este estudo, pacientes com BN tentam evitar pães e cereais. Apesar da aversão por carboidratos, a dieta destas pacientes contém este nutriente vindo de frutas e vegetais, resultando numa proporção de macronutrientes semelhante à do grupo controle. As porcentagens de proteína, gordura e carboidrato foram semelhantes entre todos os grupos. A ingestão alimentar de pacientes com BN, apesar de selecionarem os alimentos, esteve adequada em relação à recomendação na maior parte dos nutrientes (com exceção do ferro).

Em relação aos carboidratos, o estudo de WALLIN e col (1994) demonstra que doces e pães são evitados na dieta habitual, mas estão presentes nos episódios compulsivos.

Episódios compulsivos

A característica clínica primária da BN, segundo o DSM-IV, são os episódios de comer compulsivo caracterizados por *ingerir em curto intervalo de tempo uma quantidade de alimentos superior do que a maioria das pessoas conseguiria comer durante um período de tempo igual e sob circunstâncias similares* (APA, 1994).

Do ponto de vista nutricional, esta classificação é muito ampla, podendo abranger quantidades e qualidades de alimentos variados. Também não é definido o tempo, pois "curto em relação a quê?". E o que a maioria das pessoas consegue comer? Isso tudo é muito pessoal e relativo. Por isso, o questionamento sobre o que é compulsão e a importância em definir os episódios compulsivos.

Em função desta abrangente definição de “comer compulsivo”, a dificuldade de definir estes episódios é muito grande. Observa-se que durante os episódios a paciente não dá atenção ao sabor e à textura do alimento, comendo sem nenhum critério. Porém, estas pacientes são extremamente criteriosas na escolha dos alimentos fora do episódio compulsivo

Desde a década de 80, começou-se a investigar o conteúdo dos episódios compulsivos na BN. MITCHELL & LAINE (1985), estudando pacientes hospitalizadas, descreveram os episódios compulsivos de 6 bulímicas com tempo de doença variando de 8 meses a 12 anos. Encontraram grande variabilidade das calorias no episódio compulsivo (1.436 – 25.755 Kcal), sendo que estas, muitas vezes, são semelhantes à dieta habitual. Este trabalho sugeriu que a compulsão alimentar não está somente relacionada ao número de calorias, mas também à sentimentos, perda de controle e tipos de alimentos ingeridos. As pacientes estavam cientes de que seus padrões alimentares eram anormais e que não conseguiriam parar de comer voluntariamente. Algumas pacientes devoravam o alimento até que a compulsão trouxesse dor física ou sono. A média dos episódios por semana foi 13 (variando de 6 a 30). O tempo de duração dos episódios foi mais curto no hospital que os descritos em casa. Sabe-se que as pacientes costumam ter as compulsões escondidas, por terem consciência e vergonha deste ato. Provavelmente, neste trabalho, as compulsões tenham durado menos tempo pelo fato das pacientes sentirem-se vigiadas no hospital.

ROSEN e col (1986) avaliaram 20 mulheres com BN, anotando todos os alimentos ingeridos por uma semana e identificando os episódios que consideraram compulsivos. A análise incluiu o tipo de alimento ingerido, descrevendo 199 compulsões e 440 refeições consideradas pelas pacientes como não compulsiva. A média das compulsões foi maior em calorias; entretanto, a maioria dos episódios envolveu quantidades de alimentos aceitáveis para o padrão normal. A diferença entre os alimentos dos episódios estava relacionada à maior quantidade de *snacks* e sobremesas ingeridas e menor quantidade de frutas

e vegetais. Este estudo conclui que os episódios destas pacientes parecem ser menores, em média, do que aqueles descritos nos quadros típicos de BN, cuja descrição do episódio bulímico é a de ingerir uma grande quantidade de alimentos.

WOELL e col (1989) analisaram o comportamento alimentar em 30 mulheres bulímicas, utilizando o diário alimentar por 3 semanas. Foram encontrados até 54 episódios compulsivos por paciente durante a pesquisa. Estes episódios aconteciam em maior número pela manhã e à noite, e os alimentos escolhidos tinham um alto valor calórico.

WALLIN e col (1994) relataram que a seleção alimentar durante os episódios sempre segue um padrão semelhante: pães, sanduíches, bolos, massas, chocolates, pizzas e doces. Estes alimentos são considerados "compulsivos" pelas pacientes. Segundo elas, a seleção dos alimentos é resultado da "compulsão" ou de um "desejo irresistível" por estes alimentos. Isto pode ser explicado pela grande restrição de alguns alimentos, levando a uma compulsão pelos mesmos, classificados como "irresistíveis". WALSH e col (1989) relatam que para pacientes bulímicos a compulsão consiste primariamente de "junk-food" e contém grandes quantidades de carboidratos. Na verdade, o perfil da alimentação depende de uma série de fatores, incluindo a oportunidade de purgação, o tipo de alimento disponível e o humor (HETHERINGTON & ROLLS, 1991).

ALVARENGA (1997), analisando o padrão alimentar de um grupo de bulímicas do AMBULIM, sentiu dificuldade na classificação dos episódios compulsivos. As pacientes eram orientadas a responder, no diário alimentar, SIM ou NÃO para a pergunta "foi compulsivo", de acordo com seu próprio julgamento. Desta forma, haviam compulsões compostas por "1 bombom" até verdadeiras "orgias alimentares". Neste trabalho, a autora optou por analisar apenas os episódios seguidos de vômito auto-induzido – supostamente maiores e onde se

sabia que não se poderia contar com estes dados na análise nutricional da dieta, já que o vômito impossibilita quantificar os alimentos ingeridos. Em um trabalho posterior, ALVARENGA (2001), utilizou o parâmetro de contar tudo o que as pacientes chamaram de compulsivo e constatou que as pacientes apresentaram de 0-29 episódios compulsivos por semana, sendo que a média do início do tratamento foi de 9,5 episódio e após 6 meses de seguimento, a média encontrada foi de 4,2 episódios.

O trabalho de TIMMERMAN (1998) considerou critério de exclusão episódios com menos de 1000 Kcal – por não serem considerados pelo autor como compulsivos. A duração dos episódios foi, em média, em 59 minutos.

Conforme a definição do DSM-IV, a ingestão de alimentos nos episódios deve ser num curto espaço de tempo – embora o DSM-IV não informe quais parâmetros devemos utilizar, *sugerindo uma melhor definição destes termos.*

A análise do consumo alimentar de pacientes com transtornos alimentares tem suas particularidades. O padrão alimentar da doença freqüentemente é considerado como caótico e bizarro, principalmente devido ao fato das pacientes insistirem sempre em começar uma nova dieta, acabando por restringir a alimentação, desencadeando um episódio compulsivo. Este episódio leva à purgação e restrição, reiniciando o ciclo da bulimia (REIFF & REIFF, 1992). Sabe-se também que a paciente tem muitos preconceitos e medos, em relação ao alimento e ao controle de peso, que necessitam ser abordados no tratamento (BEUMONT e col, 1990). HETHERINGTON & ROLLS (1991) concluíram que o alto consumo nas bulímicas estava relacionado ao grande efeito negativo produzido por consumir uma refeição rica em calorias, e também ao fato de que as pacientes eram deficientes para detectar fome e saciedade. KISSILEFF e col (1986), concluíram em seu trabalho que pacientes bulímicas poderiam ter um transtorno de saciedade.

Como visto, vários são os fatores que podem estar interferindo no momento do episódio compulsivo, e que os achados dos trabalhos são diversos, bem como a definição dos autores sobre os critérios de compulsão para pesquisas com aspectos nutricionais na BN. A definição generalizada do DSM-IV faz com que várias peculiaridades que envolvem este momento sejam desprezadas, prejudicando uma melhor compreensão desta característica central na bulimia. Os sentimentos envolvidos, mecanismos de fome e saciedade, o ambiente, as crenças sobre os alimentos e o ato de comer, a pressão social pela magreza...enfim, muitos são os fatos que podem levar ao episódio compulsivo e de alguma forma defini-lo. Por isso um esclarecimento do que é grande quantidade em curto espaço de tempo é de fundamental importância para a melhor compreensão de novos casos. Além disso, como a BN é caracterizada basicamente por alterações de comportamento alimentar e estas são de difícil recuperação, é importante entender o que as pacientes chamam de compulsão, para que seja possível trabalhar com estes fatores que envolvem o ato de comer no dia-a-dia, envolvendo a capacidade da paciente alimentar-se sozinha ou socialmente, esclarecendo falsas crenças, derrubando tabus e ensinando a ciência da nutrição. Estes conceitos devem ser trabalhados a fim de melhorar o atendimento, otimizando o tratamento.

OBJETIVOS

Objetivo geral

Analisar os episódios compulsivos de um grupo de pacientes do AMBULIM com BN, apontando o quê elas chamam de compulsão.

Objetivos Específicos

1. Citar os sentimentos associados às compulsões alimentares
2. Avaliar a porcentagem de macronutrientes e VCT da dieta e das compulsões,
3. Avaliar a presença, proporção e o tipo de carboidrato presentes na dieta.
4. Verificar a percepção das pacientes do estudo com relação às compulsões alimentares.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

O projeto de pesquisa "BN: o que os pacientes nomeiam compulsão" utilizou - além dos dados levantados neste estudo - dados secundários do "Projeto Temático AMBULIM" - do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP- desenvolvido por um psiquiatra, pela equipe de psicoterapia do serviço em conjunto com a coordenadora do grupo de Nutrição, nos anos de 1999/2000/2001.

- Projeto Temático AMBULIM

As pacientes foram triadas para atendimento ambulatorial, no AMBULIM, pelo serviço de psiquiatria, com diagnóstico de BN, de acordo com os critérios do DSM-IV (APA, 1994).

Os critérios de inclusão foram: diagnóstico de BN por critérios do DSM-IV (APA 1994), idade maior ou igual a 17 anos, sexo feminino, alfabetização, não receber outro tratamento psicoterápico ou psicofarmacológico em serviço externo ao IPq/HCFMUSP no momento da triagem e assinatura do termo de consentimento para participação no estudo. Foi aceita a presença de outros transtornos psiquiátricos, desde que não impedissem o início do tratamento, de acordo com avaliação psiquiátrica prévia à entrada nos grupos.

Os critérios de exclusão foram: estar internada em enfermaria hospitalar no início do estudo, presença de obesidade grau III ($IMC \geq 40$), e preencher critérios diagnósticos para depressão melancólica grave .

A equipe participante da pesquisa foi composta por médicos do atendimento ambulatorial, psicólogos com atendimento psicoterápico grupal e

nutricionistas com atendimento nutricional individual e em grupo. As pacientes do “Projeto Temático” entregaram à equipe seus diários alimentares além de outros instrumentos preenchidos para este projeto. Estes diários formaram um banco de dados secundários utilizados nesta pesquisa.

Com relação ao presente projeto:

1. *Local de estudo:* Ambulatório de Bulimia e Transtornos Alimentares (AMBULIM) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

2. *Tipo de estudo*

O delineamento deste trabalho é do tipo transversal e descritivo, com análise qualitativa e quantitativa dos dados.

3. *Coleta de dados*

Neste estudo, temos dois tipos de coleta de dados: primária e secundária. A coleta de dados primária abrange todos os dados obtidos para a análise qualitativa, coletados pela pesquisadora deste estudo. Já os dados secundários são dados pré-existentis (diários alimentares de pacientes), ou seja, já coletados no Projeto Temático, cuja análise quantitativa foi realizada neste trabalho.

A coleta de dados primários foi feita mediante questões formuladas de acordo com a entrevista semi-estruturada (com as devidas alterações após o pré-teste). As entrevistadas foram contatadas pela pesquisadora, que explicou os objetivos do trabalho e a importância da participação das mesmas. Os contatos foram feitos através da Ficha de Atendimento Nutricional (FAN) (anexo 8) (BLANDINO & GUIMARÃES, 1998), onde constam dados de registro

os objetivos do trabalho e a importância da participação das mesmas. Os contatos foram feitos através da Ficha de Atendimento Nutricional (FAN) (anexo 3) (BLANDINO & GUIMARÃES, 1998), onde constam dados de registro com o nome, endereço, idade, telefone entre outros. A FAN é um instrumento de avaliação da evolução de hábitos alimentares e comportamentos bulímicos preenchido a partir de dados do diário alimentar.

Os formulários para preenchimento foram enviados pelo correio e/ou preenchidos no próprio ambulatório para formação do Grupo de Comparação (GC).

4. PRÉ-TESTE

Os questionários do pré-teste foram enviados no período de agosto de 2001 à março de 2002. Durante o pré-teste, os discursos e as entrevistas com as pacientes foram gravadas através do uso de uma fita num micro-gravador, com duração de 90 minutos cada fita. A maioria das pacientes que participou do pré-teste não questionou o uso do gravador, respondendo às questões naturalmente; menos de 10% destas pacientes ficaram inibidas com o uso do gravador.

Entretanto, o pré-teste mostrou a dificuldade de entrevistar as pacientes já afastadas do tratamento ambulatorial, pois poucas pacientes compareceram para fazer a entrevista.

Por este motivo, optou-se por enviar os questionários pelo correio, e não mais fazer a entrevista gravada.

5. ANÁLISE QUALITATIVA

A metodologia qualitativa é baseada na natureza do problema a ser estudado (SIMIONI, 1996). Na pesquisa qualitativa, o significado e a intencionalidade

considerados “sujeitos coletivos” por expressarem o discurso de muitos sujeitos individuais (MINAYO, 1996). As pessoas envolvidas na análise qualitativa detêm hábitos e representações semelhantes, que se traduzem em determinadas práticas sociais e modalidades de discursos que a expressam (BOURDIEU, 1990; SIMIONI, 1996). Paralelamente ao sujeito revelar dados que são modelos culturais interiorizados, ele também revela pontos de vista peculiares (MINAYO, 1996). Torna-se necessário entrevistar diversas pessoas a fim de compor o quadro global, para que se atinja a compreensão do campo pretendido (SIMIONI, 1996). A pesquisa qualitativa é a oportunidade de não perder os discursos dos entrevistados reduzindo-os a uma expressão numérica (LEFÈVRE, 2000).

A entrevista permite o acesso a dados subjetivos da realidade, ou seja, idéias, crenças, maneiras de pensar, opiniões, sentimentos, maneiras de atuar, conduta ou comportamento presente ou futuro, razões conscientes ou inconscientes para determinadas crenças (MINAYO, 1996). Segundo MAXWELL (1996) a oportunidade, na análise qualitativa, de conhecer o entrevistado possibilita uma melhoria na formulação das questões.

Segundo LEFÈVRE e col (2000), há três grandes níveis de consideração do problema nas análises qualitativas: o descritivo, o interpretativo e o evolutivo. O descritivo refere-se às respostas sobre determinado tema; o interpretativo já envolve outros fatores na resposta, tais como adequação ao referencial teórico, inteligência / imaginação do pesquisador, etc. Este tipo de pesquisa poderá trazer respostas melhores ou piores, dependendo dos fatores expostos acima. O nível evolutivo envolve ações acerca da opinião do entrevistado.

Esta pesquisa utilizará o nível descritivo / metodologia de análise do discurso do sujeito coletivo (DSC).

Segundo LEFÈVRE e col (2000), para trabalhar de modo qualitativo, deve-se construir o instrumento, que será um roteiro com questionamentos sobre o tema discutido.

O roteiro das questões selecionadas para a elaboração do discurso do sujeito coletivo foram:

1. *Conta pra mim o que acontecia com você na hora da compulsão?*
2. *Terminada a compulsão, o que costumava acontecer com você depois?*
3. *Fale um pouco como era a compulsão no início do tratamento e como é hoje (se ainda houver).*

Estas questões foram enviadas pelo correio, juntamente com o termo de consentimento para serem preenchidos. As respostas foram transcritas para o presente trabalho. De acordo com SIMIONI (1996), a transcrição da fala é de forma a recuperar a integridade dos depoimentos .

A técnica de análise de dados usada para o tratamento dos dados foi a técnica de análise temática de discurso, utilizando três figuras metodológicas: a Idéia Central, as Expressões-Chave e o Discurso do Sujeito Coletivo (LEFÈVRE e col, 2000).

Segundo os formuladores desta metodologia (SIMIONI e col, 1996; LEFÈVRE E LEFÈVRE, 2001 ; LEFÈVRE e col, 2000), a idéia central pode ser entendida como a síntese do conteúdo discursivo explicitado pelos sujeitos, estando presente nas afirmações, negações e nos juízos de valor a respeito da realidade institucional bem como do contexto social no qual os sujeitos estão envolvidos.

Os trechos relacionados dos discursos que servem para ilustrar as idéias centrais são definidos como expressões chave (LEVÉVRE e col, 2000).

O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) é uma estratégia metodológica que objetiva tornar mais clara uma dada representação social. É uma forma discursiva de apresentação e de tratamento dos depoimentos que compõem o substrato de uma representação social. Em síntese, o DSC é como se o discurso de todos fosse o de um só (QUEVEDO, 2001).

Nos dados coletados, as expressões-chave são trechos do discurso que devem ser grifados/coloridos pelo pesquisador e que revelam a essência do discurso. As idéias centrais são expressões lingüísticas que revelam ou descrevem, da maneira mais sintética e precisa possível, o sentido de cada um dos discursos analisados que, posteriormente, darão origem ao Discurso do Sujeito Coletivo, que é a reunião num só discurso-síntese homogêneo de expressões-chave, contendo a mesma idéia central (LEVÉVRE & LEVÉVRE, 2001).

Segundo LEVÉVRE e col (2000) os DSC são confeccionados a partir de trechos selecionados, literalmente, dos depoimentos individuais aos quais é possível acrescentar pequenos artefatos, como a presença de conectivos entre parágrafos apenas para melhorar o efeito didático.

Neste trabalho, inicialmente foram transcritas literalmente as respostas dos questionários entregues pelas pacientes. Esta cópia das respostas foi caracterizada como *expressão-chave*. Destas expressões-chave foram coloridas as idéias/termos principais, originando as *idéias centrais*. Posteriormente, das idéias centrais formularam-se as *expressões-chave1* que possibilitaram a construção do *Discurso do Sujeito Coletivo*.

Esta metodologia privilegia os pressupostos que servem de fundamentos à vida da pessoa, trabalhando com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, e identificando o espaço das relações nas quais a ênfase maior está no processo de como ocorrem estas relações, e não somente no resultado do produto (QUEVEDO, 2001).

Segundo SIMIONI e col (1996), a escolha metodológica deve ser baseada na realidade da pesquisa, e o significado é a preocupação essencial na abordagem qualitativa. De acordo com GUALDA (1995), esta metodologia é a que produz dados descritivos em seu mais amplo sentido; isto é, a própria palavra das pessoas, faladas ou escritas, e a conduta observável. Segundo MINAYO (1996), a pesquisa qualitativa possui modo e instrumental próprios de abordagem da realidade, sendo importante para compreender os valores culturais e as representações de determinado grupo sobre temas específicos – tais como comportamento na BN.

MINAYO (1996), diz que a abordagem qualitativa enfoca a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, às estruturas sociais; estas últimas tomadas, tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas.

Segundo LEVÉVRE e col (2000), a matéria prima da pesquisa qualitativa são os depoimentos obtidos dos indivíduos portadores de representações sociais, buscando-se a recuperação da “fala do social”. Com isso gera-se o Discurso do Sujeito Coletivo. Justamente por isso, procurou-se descrever, neste estudo, o significado da compulsão do ponto de vista das pacientes com BN.

6. ANÁLISE QUANTITATIVA

O instrumento utilizado para a avaliação quantitativa foi o diário alimentar (anexo 4), o mesmo modelo utilizado no atendimento ambulatorial do AMBULIM e no trabalho de ALVARENGA(2001) (QUADRO 1). As pacientes foram orientadas, por uma estagiária de nutrição treinada (sempre a mesma) a preencherem o "diário alimentar", utilizando como padrão medidas caseiras tradicionais e a como relatarem as suas porções. Durante todo o tratamento, as pacientes relataram no diário alimentar vários itens referentes a padrão e comportamento alimentares. Orientou-se o preenchimento do diário logo após as refeições. Na segunda semana, os diários foram verificados pela nutricionista coordenadora do projeto temático para eventuais correções e novas orientações, caso necessário. A análise do diário foi feita a partir da segunda semana de diário entregue pelas pacientes para evitar os eventuais erros de preenchimento da primeira semana.

Os dados do diário alimentar foram coletados no período de agosto de 1999 a fevereiro de 2001.

Quadro 1: Diário alimentar utilizado

DATA	HORA	O QUE E QUANTO COMEU	COMPULSIVO?	PURGAÇÃO	FOME (0-10)	SATISFAÇÃO	DURAÇÃO	ONDE E COM QUEM	SENTIMENTO
			"SIM"						

Além do registro, no diário, dos alimentos ingeridos e da quantidade, as pacientes respondem "sim" ou "não" para a questão "foi compulsivo?". Quando a refeição foi seguida de um "SIM" para esta questão do diário, esta refeição foi incluída no presente trabalho, pois com isso conseguiu-se avaliar exatamente o

No diário alimentar também foram descritos se houve algum tipo de purgação após a refeição considerada compulsiva, ou seja, uso de laxante, diurético, prática de vômito e/ou exercício compulsivo. Pede-se para as pacientes atribuírem uma nota para a fome (0-10), além de responder “sim” ou não” para a satisfação em relação à alimentação. O local aonde a refeição foi feita também é descrito, além da paciente dizer se estava acompanhada e por quem (muitas vezes, a relação da paciente com quem a acompanha nas refeições é problemática, podendo justificar a compulsão naquele momento). Por fim, a paciente relata os sentimentos relacionados à refeição. Todos estes dados solicitados no diário podem facilitar a compreensão dos episódios e da alimentação da paciente como um todo, auxiliando na evolução do tratamento.

Os episódios considerados compulsivos pelas pacientes foram analisados por meio do software *Virtual Nutri* (PHILIPPI e col, 1996). O valor calórico total da dieta (VCT) foi obtido pelo cálculo do dia alimentar completo, incluindo os episódios considerados compulsivos; e posteriormente estes episódios foram calculados separadamente. Para a tabulação destes dados, foi utilizado tratamento estatístico pelo EPIINFO 6.0 (DEAN e col, 1994) com medidas de tendência central: média, mediana e desvio padrão, além das proporções. Os valores de macro e micronutrientes foram comparados aos valores da DRI (Dietary Recommended Intake), para vitaminas e minerais, e RDA (Recommended Dietary Allowances), para calorias. Para cada refeição avaliada, foram identificados os tipos de carboidratos ingeridos. Estes carboidratos foram divididos em três grupos de alimentos:

1. pães e cereais
2. frutas, legumes e verduras
3. doces

O padrão alimentar das pacientes foi avaliado em comparação a pirâmide alimentar de PHILIPPI (2000) (anexo 3).

A dieta alimentar calculada refere-se ao dia alimentar da paciente, incluindo os episódios considerados como compulsivos; sendo excluídas apenas as refeições que foram seguidas por vômito, por não se poder contar com o que foi ingerido.

7. Episódios estudados

Foram analisados todos os episódios compulsivos classificados pelo "SIM", no quadro de compulsão alimentar presente nos diários alimentares, entregues pelas pacientes do "Projeto Temático", no primeiro mês de tratamento.

Muitas vezes, as pacientes não conseguem descrever os alimentos ingeridos no momento da compulsão alimentar, escrevendo no diário "comi demais", "quantidade enorme", "um monte de coisas". Como nestas descrições não é possível calcular o valor calórico total, estes episódios foram excluídos.

Dentre todos os diários do Projeto Temático, foram aceitos os do primeiro mês e que estavam corretamente escritos a fim de que fosse possível descrever, sem a interferência do tratamento, o que as pacientes nomeiam como compulsão.

A análise dos diários foi feita a partir da segunda semana de diário entregue pelas pacientes, excluindo-se a primeira semana, para evitar os eventuais erros de preenchimento da primeira semana.

8. Pacientes participantes da pesquisa

Como critério de inclusão para este estudo, as pacientes deveriam ter os diários corretamente preenchidos, e em semanas consecutivas (segunda, terceira e quarta semanas). As pacientes também deveriam ser contatadas para responderem ao questionário para análise qualitativa, o que restringiu ainda mais o número final de diários analisados neste trabalho.

O número final de pacientes selecionadas para cálculo do diário alimentar, no presente estudo, foi de 11 (onze) pacientes. Dentre estas pacientes, apenas cinco responderam às questões referentes à análise qualitativa. Por isso, incluiu-se no estudo novas pacientes ingressantes no tratamento ambulatorial-não pertencentes ao projeto temático - que formaram o grupo de comparação (GC).

O critério de inclusão para o GC foi ter preenchido corretamente o diário alimentar na segunda, terceira e quarta semana de tratamento. Por este grupo estar em início de tratamento, o discurso propicia uma comparação com o discurso das pacientes do projeto temático, já que estas encontravam-se num momento de tratamento avançado.

Portanto, totalizaram assim onze (11) diários alimentares calculados. Destas onze pacientes, cinco(5) responderam à análise qualitativa. Separadamente, foi feito o grupo de comparação composto por treze(13) pacientes em início de tratamento que responderam à análise qualitativa com finalidade de comparar as respostas e complementar o primeiro grupo estudado. As pacientes do grupo de comparação não tiveram seus diários analisados.

Variáveis de estudo

- 1) Valor calórico total (VCT) do dia com compulsão.
- 2) *Porcentagem de macronutrientes do dia alimentar com compulsão.*
- 3) No valor total dos carboidratos ingeridos na dieta, porcentagem vinda de:
 - a) açúcares e doces;
 - b) pães e cereais;
 - c) frutas, legumes e verduras;
- 4) Porcentagem de macronutrientes dos episódios compulsivos;
- 5) Valor calórico total (VCT) dos episódios compulsivos.

- 4) Porcentagem de macronutrientes dos episódios compulsivos;
- 5) Valor calórico total (VCT) dos episódios compulsivos.

9-GRUPO DE COMPARAÇÃO

Para fins de comparação, um grupo de 13 (treze) pacientes com BN em início de tratamento no ambulatório assistencial, responderam a questão chave do estudo (Questão 1). *Este grupo não teve seu diário alimentar analisado.*

Julgou-se necessário este grupo de comparação já que muitas das pacientes estudadas no Projeto Temático estavam numa fase mais avançada do tratamento. O grupo de comparação possibilitou fazer um paralelo com a descrição do que é compulsão para pacientes em etapas diferentes do tratamento

O critério de inclusão das pacientes no grupo de comparação foi estar no primeiro mês de tratamento . Todas estas pacientes já haviam sido triadas e diagnosticadas com BN.

10.ASPECTOS ÉTICOS

O projeto temático, de onde se utilizaram os dados secundários, foi aprovado pela comissão de ética do HC (anexo 5) e da Faculdade de Saúde Pública (anexo 6). Todas as pacientes do projeto temático preencheram um termo de consentimento (anexo 7) para participação na pesquisa e foram informadas de que seus diários alimentares seriam utilizados para análises nutricionais. As pacientes contatadas pelo correio receberam outro termo de consentimento (anexo 8).O projeto foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (COEP) (anexo 9) .

RESULTADOS

Os resultados foram expressos em forma de gráficos e tabelas para a metodologia quantitativa e quadros para a metodologia qualitativa. Na parte qualitativa, as falas das pacientes foram selecionadas focando o que elas consideravam como episódio compulsivo. Os resultados quantitativos foram divididos em valor calórico total (VCT) e porcentagem de macronutrientes da dieta.

Os dados sócio-demográficos foram coletados do Questionário de Identificação (n=24) que as pacientes preenchem quando ingressam no AMBULIM.

Em relação à idade das pacientes, a distribuição da freqüência das idades mostrou 15% com idade entre 15 e 25 anos, 30% entre 21 e 25 anos, 31% tinham idade entre 26 e 30 anos, 24% com idade acima de 30 anos.

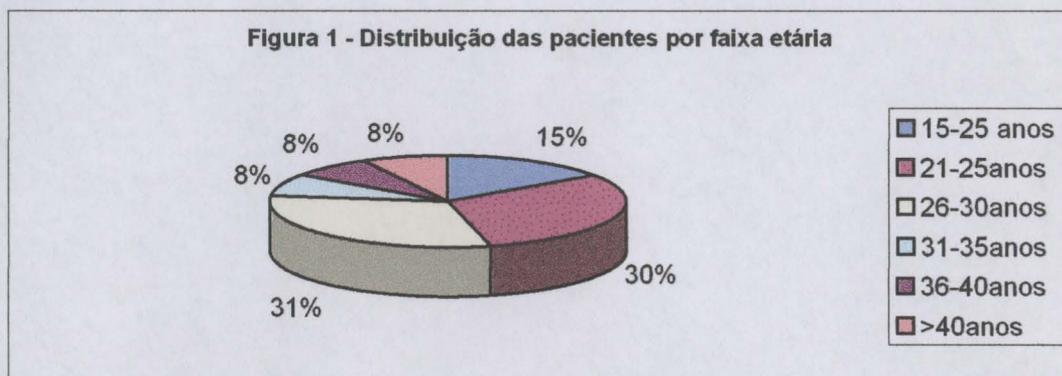
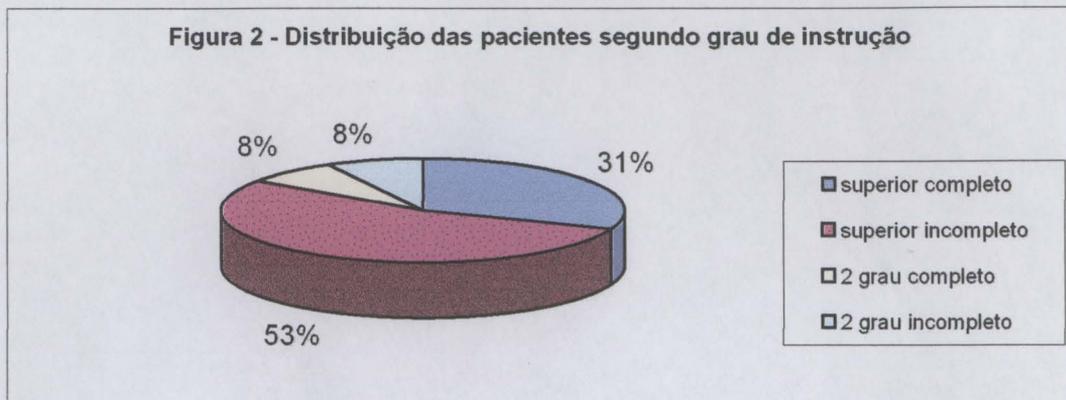
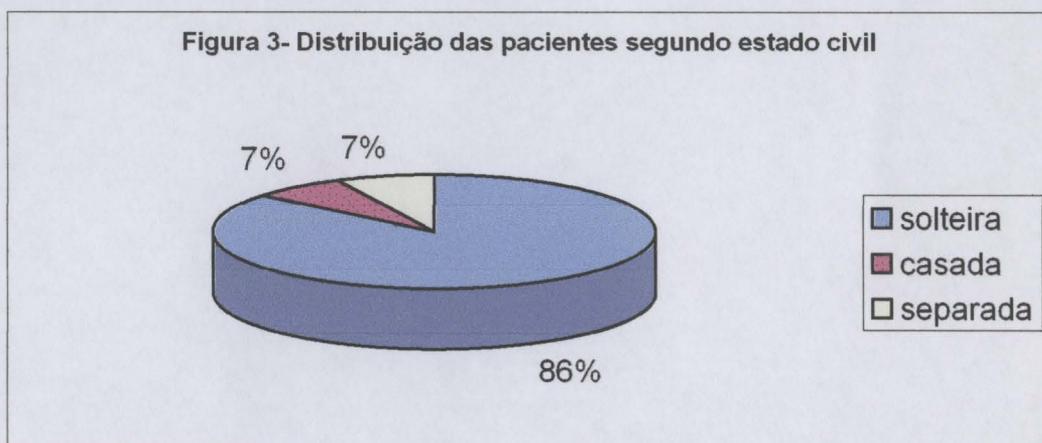


Figura 2 - Distribuição das pacientes segundo grau de instrução



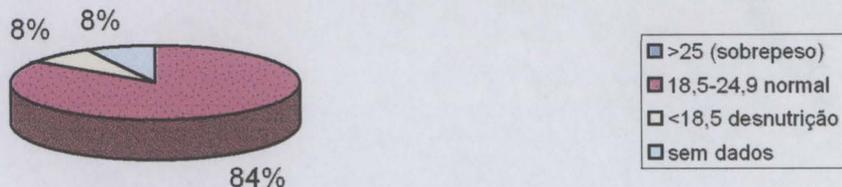
Como se observa na figura 2, a maior parte das pacientes (84%) possuía grau de instrução superior (completo ou incompleto), sendo que 16% apresentava nível secundário (completo ou incompleto).

Figura 3- Distribuição das pacientes segundo estado civil



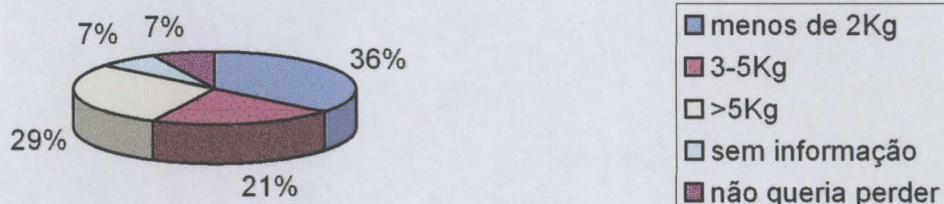
Quanto ao estado civil, 21 de 23 pacientes eram solteiras (86%), sendo uma casada e uma separada.

Figura 4 - Distribuição das pacientes segundo Índice de Massa Corpórea - IMC



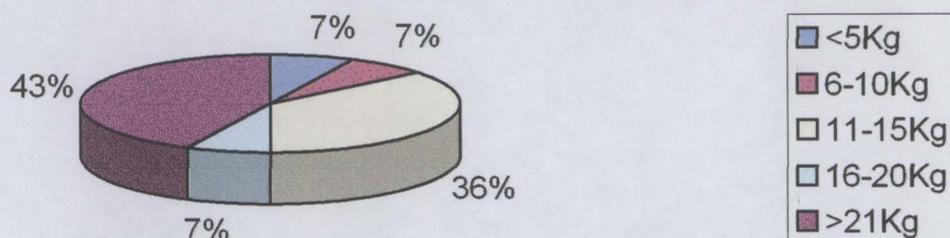
Em relação aos dados sintomatológicos, a maior parte das pacientes (84%) apresentava IMC normal no início do tratamento, 8 % estavam com IMC abaixo do normal, nenhuma estava com sobrepeso e nenhuma era obesa.

Figura 5 - Distribuição das pacientes segundo perda de peso desejada



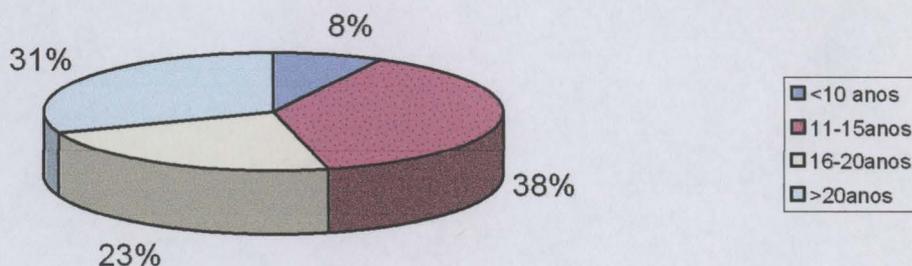
A perda de peso desejada pelas pacientes foi relatada em 86% dos casos, variando de acordo com o gráfico a seguir:

Figura 6 - Distribuição das pacientes segundo variação de peso na vida adulta



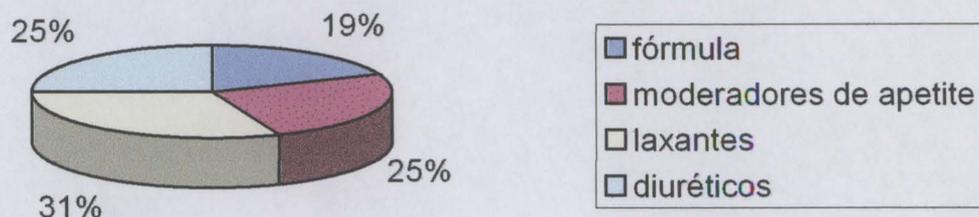
Em relação à oscilação de peso na vida adulta, 43 % variaram mais de 21 Kg na vida adulta; 7 % variaram entre 16 a 20 Kg, 36% oscilaram entre 11 e 15 Kg e 14% variaram menos de 10Kg.

Figura 7- Distribuição das pacientes segundo idade em que começaram a fazer dieta



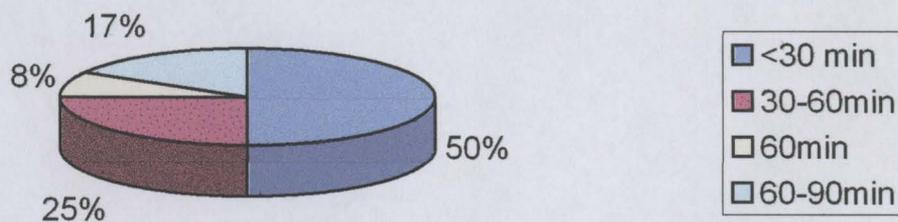
Quando questionadas sobre a idade que começaram a fazer dieta, 8% das pacientes iniciaram a dieta com menos de dez (10) anos; 38% iniciaram a dieta entre 11e 15 anos, 23% entre 16 e 20 anos e 31% iniciaram a dieta com mais de 20 anos.

Figura 8 - Distribuição das pacientes segundo uso de medicamentos para emagrecer



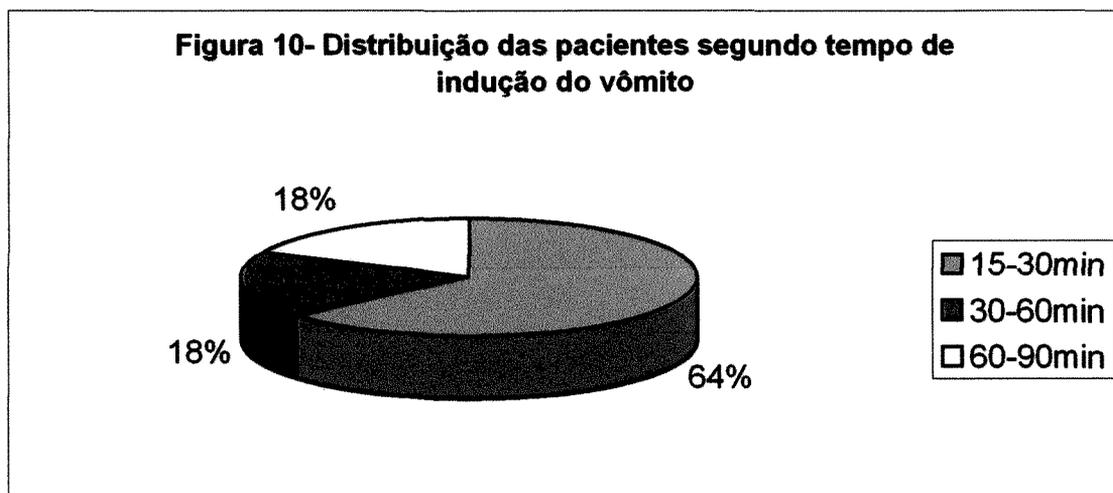
Quando indagadas sobre o uso de medicamentos para emagrecer, todas referiram já ter utilizado algum método, 25% disseram ter usado moderadores de apetite, 19% usaram fórmulas, 31% usaram laxantes e 25% diuréticos. Nenhuma referiu ter usado hormônios.

Figura 9- Distribuição das pacientes segundo duração do episódio compulsivo



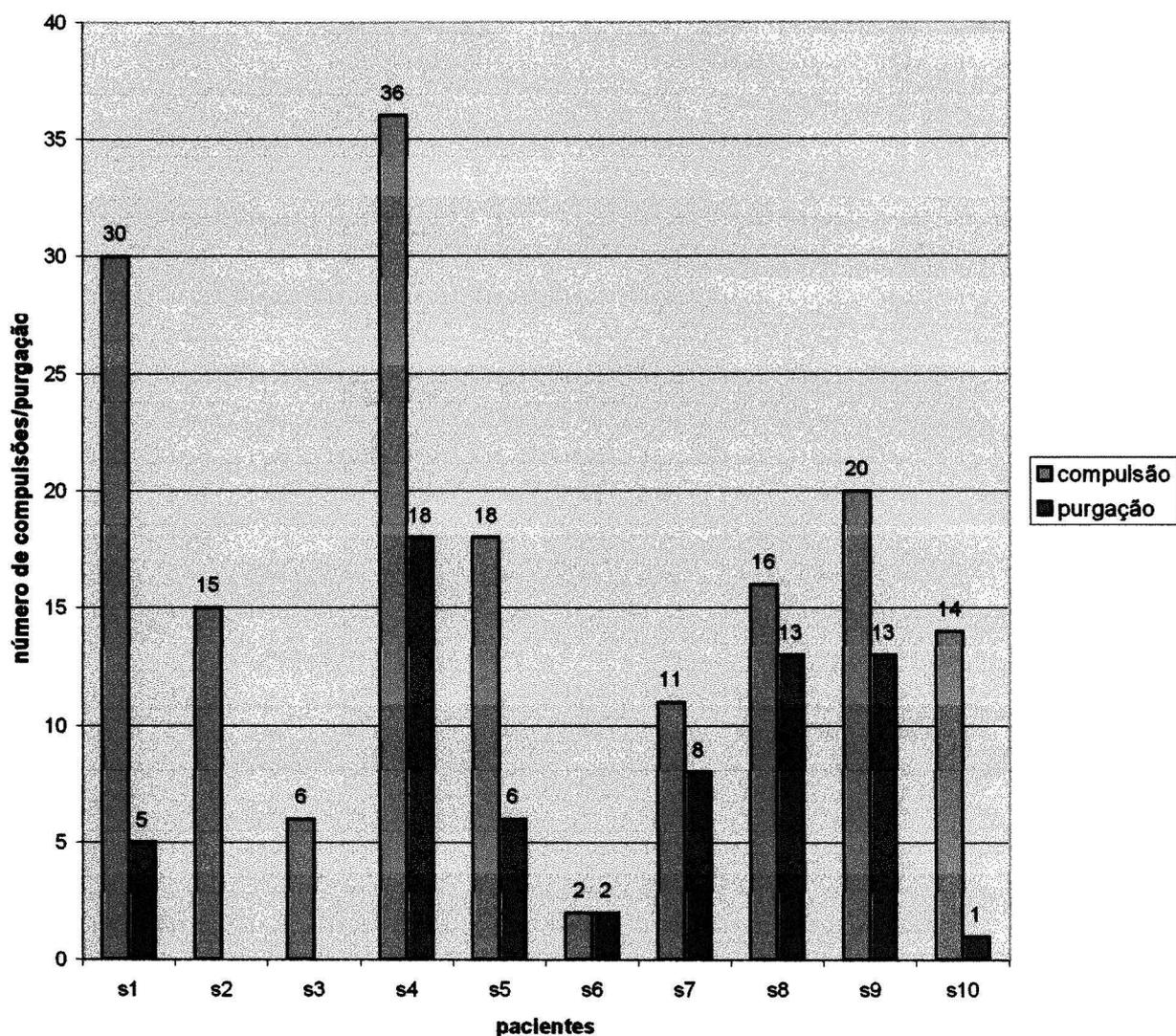
O levantamento sobre a duração do episódio compulsivo mostrou que 50% das pacientes permaneciam menos de 30 minutos em episódio do comer compulsivo, 25% levavam de 30 a 60 minutos na compulsão, 8% levavam mais de 60 minutos no episódio e 17% ficavam até 90 minutos em compulsão.

O tempo de indução de vômito era 15 a 30 minutos após a ingestão para 64% das pacientes, 18% das pacientes provocavam vômitos bde 30 a 60 minutos após a ingestão e 18% induziam o vômito 60 a 90 minutos após a ingestão.



A descrição do número de episódios considerados compulsivos pelas pacientes e as purgações são descritas no gráfico a seguir

Figura 11 - Distribuição das pacientes segundo o número de compulsões e purgações.



Neste gráfico, foram analisadas 10 pacientes pois o diário alimentar das demais não estava corretamente preenchido.

Em relação aos dados sobre a ingestão alimentar, a mediana de ingestão calórica das pacientes foi de 1273Kcal (\pm 791Kcal), com a proporção de

macronutrientes de 52,6% de carboidratos, 15,8% proteínas e 29,8% de lipídios. Para obtenção destes dados, foi calculado todo o dia alimentar das pacientes, inclusive os episódios considerados como compulsivos pelas pacientes, sendo excluídas do cálculo apenas as refeições seguidas por vômito.

TABELA 1: Valor Calórico Total e porcentagem de Macronutrientes da dieta das pacientes.

PACIENTES/ semanas	DIETA			
	Kcal/dia (mediana ± dp)	% Proteína (mediana ± dp)	% Carboidrato (mediana ± dp)	% Lipídio (mediana ± dp)
A. 2-3	892,8 +- 582,7	18,8+-6.7	52.2+-9	24,4+-6.7
B. 2-3	848,2+-348,0	19,8+-4,6	40,8+-13.2	37.4+-9.7
C. 3-4	1083.1+-323.6	18.4+-5.6	65.0+-9.2	18.6+-7.2
D. 3-4	2342.6+-738.2	15.0+-3.2	53.9+-12.8	29.9+-10.2
E. 3-4	1310.9+-336.2	20.1+-7.7	54.3+-11.2	25.1+-8.5
F. 3-4	1002.6+-677.3	14.5+-8.8	49.4+-5.0	36.1+-6.6
G. 2-3	1623.9+-706.3	12.3+-4.2	47.8+-6.9	41.2+-5.4
H. 2-3	643.6+-632.4	13.9+-3.5	48.2+-11.3	36.8+-9.2
I. 2-3	2052.7+-878.3	15.2+-7.8	49.2+-16.1	30.4+-11.7
J. 2-3	1425.0+-585.2	9.6+-2.1	62.1+-9.9	28.3+-8.6
K. 3-4	1707.8+-1241.7	14.9+-7.3	58.5+-18.2	29.1+-13.2
total	1273.0+-791.4	15.8+-6.7	52.6+-13.0	29.8+-11.2

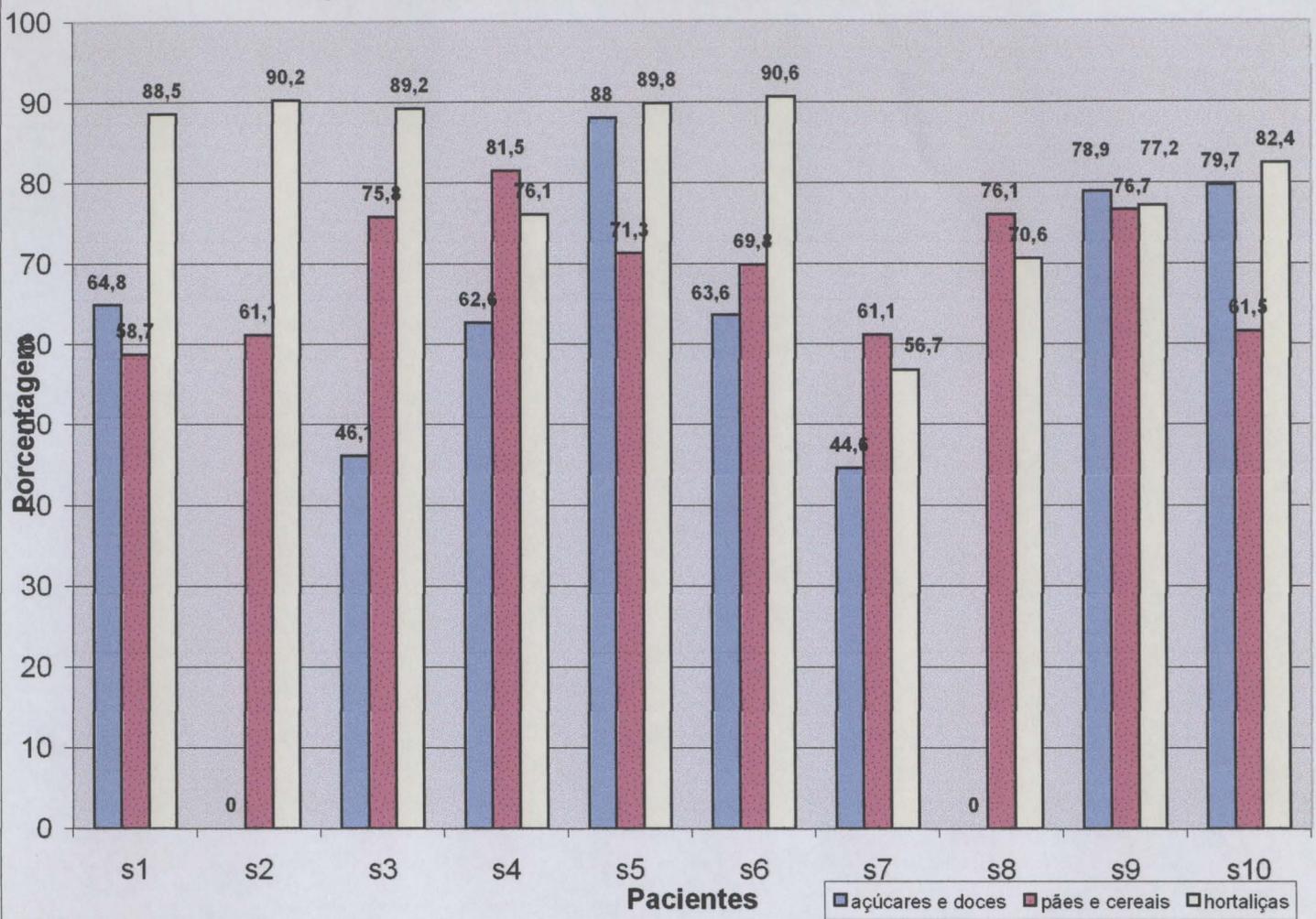
Quando foram separados os episódios considerados como compulsivos pelos pacientes, a mediana de ingestão de calorias nos episódios foi de 452,6Kcal (+- 477,9), sendo 12,9% de proteínas, 53,0% de carboidratos e 32,8 % de lipídios.

Tabela 2 - Porcentagem de Macronutrientes das **compulsões** de pacientes bulímicas.

PACIENTES/ semanas	COMPULSÃO			
	Kcal/dia (mediana ± dp)	% Proteína (mediana ± dp)	% Carbohidrato (mediana ± dp)	% Lipídio (mediana ± dp)
A. 2-3	205.4+-191.3	17.1+-13.6	58.7+-20.6	28.3+-19.0
B. 2-3	444.1+-170.4	15.4+-5.2	49.0+-11.2	36.8+-10.7
C.3-4	437.7+-226.5	11.8+-3.1	54.6+-13.7	34.8+-13.5
D.3-4	467.7+-248.5	12.0+-7.9	53.5+-15.3	29.2+-12.6
E.3-4	339.0+-202.5	15.8+-14.3	45.6+-24.4	32.6+-17.9
F.3-4	1030.4+-208.9	8.1+-0.4	57.1+-0.4	34.8+-0.1
G.2-3	873.4+-612.4	9.4+-6.3	38.5+-12.7	44.9+-9.3
H.2-3	568.0+-477.1	11.4+-3.8	49.7+-16.1	36.0+-15.4
I.2-3	677.7+-616.9	15.3+-8.2	45.4+-15.0	36.5+-12.0
J.2-3	196.4+-115.1	5.0+-2.5	74.8+-13.7	19.1+-13.0
TOTAL	452.6+-477.9	12.9+-9.8	53.0+-18.3	32.8+-15.1

Posteriormente, calculou-se a ingestão de carboidratos na dieta geral, para verificar se havia redução na ingestão de carboidrato durante o dia habitual. Paralelamente, separaram-se os tipos de carboidratos para perceber a proporção das diversas fontes de carboidratos presentes na dieta.

Figura 12- Tipos de carboidratos na dieta de pacientes com BN

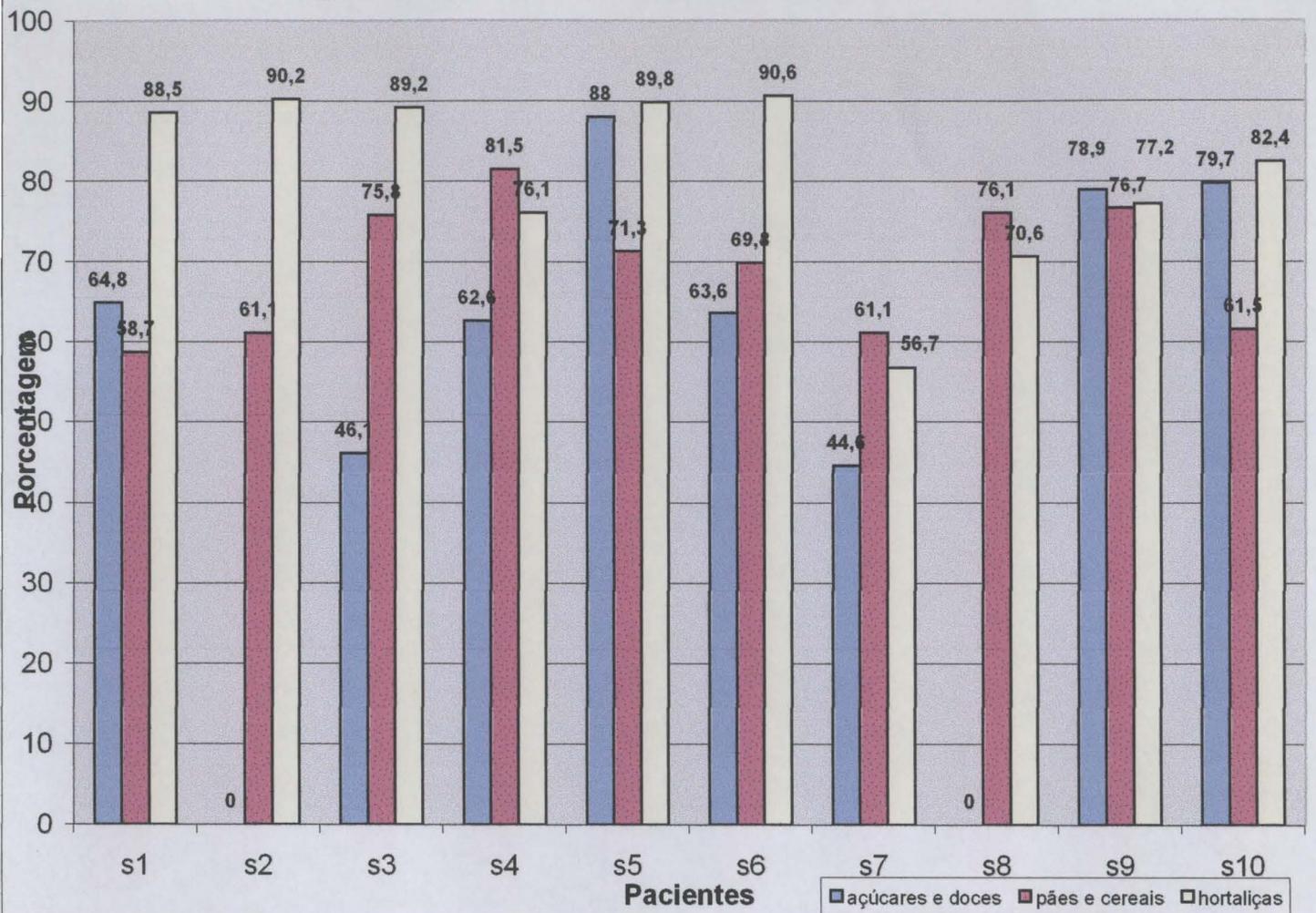


ANÁLISE DO DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO (DSC)

Para o tratamento dos dados empregou-se a técnica de análise temática de discurso. Foram utilizadas três figuras metodológicas: a idéia central, as expressões chave e o Discurso do Sujeito Coletivo.

Os quadros 2, 3 e 4 foram feitos com base no discurso de cinco pacientes que haviam participado do projeto temático e já estavam afastadas do tratamento. Estas pacientes também participaram da análise qualitativa e tiveram seus diários alimentares calculados por terem sido corretamente preenchidos (tabelas 1 e 2). Estas pacientes responderam às três questões do estudo; sendo 1 primeira

Figura 12- Tipos de carboidratos na dieta de pacientes com BN



ANÁLISE DO DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO (DSC)

Para o tratamento dos dados empregou-se a técnica de análise temática de discurso. Foram utilizadas três figuras metodológicas: a idéia central, as expressões chave e o Discurso do Sujeito Coletivo.

Os quadros 2, 3 e 4 foram feitos com base no discurso de cinco pacientes que haviam participado do projeto temático e já estavam afastadas do tratamento. Estas pacientes também participaram da análise qualitativa e tiveram seus diários alimentares calculados por terem sido corretamente preenchidos (tabelas 1 e 2). Estas pacientes responderam às três questões do estudo; sendo 1 primeira

questão referente ao quadro 2, a segunda questão referente ao quadro 3 e a terceira questão referente ao quadro 4.

Quadro 2 - Instrumento de análise do discurso 1 (IAD 1)

QUESTÃO 1: Conta pra mim o que acontecia com você na hora da compulsão.

EXPRESSÕES CHAVE	IDÉIAS CENTRAIS
<p>S1: Uma infinita confusão com sentimentos de culpa, fraqueza, é falta de controle sobre mim mesma, pois acabo ingerindo alimentos que sei que me faz mal e me levam ao aumento de peso</p>	<p>Confusão de sentimentos, culpa, fraqueza, falta de controle. Ingestão de "alimentos engordativos"</p>
<p>S2: Vontade de comer tudo o que eu via na frente, principalmente chocolate, doce, ficava "cega" só isso me passava pela cabeça.</p>	<p>Ingestão de todos os alimentos acessíveis Doce, chocolate Pensar apenas na comida</p>
<p>S3: Não dá prá explicar direito o que eu sentia neste momento. Sentia uma força que vinha de dentro de mim que eu não podia controlar, era um sentimento incontrolável, ou seja, uma vontade de devorar tudo que via pela frente. Tentava desviar os meus pensamentos para outras coisas mas era impossível. As vezes não dava tempo nem de pensar e quando dava por conta de mim já tinha devorado caixas de chocolate, bolachas, bolos, pão com qualquer coisa ou mesmo puro, amendoim, sorvete...uma quantidade absurda de vários tipos de alimentos!!! Na maioria das vezes ingeria aqueles alimentos que para mim eram "proibidos" e por este motivo evitados.</p>	<p>Difícil explicar. Sente uma força interna incontrolável. Vontade de devorar tudo que vê pela frente. Tentativa de desviar os pensamentos. Sem pensar, devorava chocolate, bolacha, bolo, pão com qualquer coisa ou até puro, amendoim, sorvete,... Comia uma quantidade absurda de alimentos. Ingeria alimentos que considerava proibidos e por isto os evitava.</p>
<p>S4: Comia exageradamente.</p>	<p>Comer exageradamente.</p>
<p>S5: Na hora da compulsão a única coisa que eu pensava era em vomitar e sentir-me aliviada. Sentia algo muito pesado no estômago e a impressão que eu tinha era que a comida nunca iria se digerir.</p>	<p>Pensar em vomitar e sentir-se aliviada. Sentir algo pesado no estômago e a impressão que a comida nunca iria se digerir.</p>
<p>DSC</p> <p>Na hora da compulsão há uma infinita confusão de sentimentos como culpa e fraqueza, além da falta de auto-controle. Acabo ingerindo alimentos que fazem mal e engordam. Há vontade de comer tudo o que há pela frente, principalmente chocolate e doces. Ficava "cega" e só isso me passava pela cabeça.</p>	

Quadro 3 - Instrumento de análise do discurso 1-2 (IAD 1-2)

QUESTÃO 2: Terminada a compulsão, o que costumava acontecer com você depois?

EXPRESSÕES-CHAVE	IDÉIA CENTRAL
S1: Arrependimento por ser uma pessoa tão fraca que não consegue controlar-se diante da comida	Arrependimento por sentir-se fraca diante da comida.
S2: Depois de comer vomitava, e sentia o meu estômago bem vazio, queria vomitar tudo p/ me sentir leve. E pensava que bom que não vou engordar.	Vomitava para sentir-se leve e pensar que não iria engordar.
S3: Terminada a compulsão, eu me dava conta de tudo o que eu tinha comido, e é aí que me batia um total desespero; eu entrava em pânico. O meu coração disparava e eu precisava me livrar de qualquer forma de todas as calorias que eu havia ingerido, então por causa do medo de engordar eu ia ao banheiro e vomitava tudo o que havia ingerido.	Dar conta de tudo o que comeu e ficar desesperada, em pânico. Necessidade de se livrar das calorias ingeridas.
S4: Sentia-me deprimida e arrependida por ter me alimentado. O alimento era uma forma de manter a vida, a qual não tinha sentido para mim.	Depressão e arrependimento por ter comido. Alimento como forma de manter a vida, que não tinha sentido.
S5: Sentia-me culpada e fracassada por não conseguir superar (mais uma vez) a compulsão.	Culpa e fracasso por não controlar a compulsão.
<p>DSC</p> <p>Terminada a compulsão, eu me dava conta de tudo o que eu tinha comido, e batia um desespero, um pânico. Sentia deprimida, arrependida, culpada e fracassada por não controlar-me diante da comida. Depois de comer vomitava, para me livrar das calorias e sentir o estômago vazio. Queria vomitar tudo pra me sentir leve e pensar que bom que não iria engordar. O alimento era uma forma de manter a vida que não tinha sentido.</p>	

Quadro 4 - Instrumento de análise do discurso 1-3 (IAD 1-3)

QUESTÃO 3: Fale um pouco como era a compulsão no início do tratamento e como é hoje (se ainda houver).

EXPRESSÕES-CHAVE	IDÉIA CENTRAL
<p>S1:No início erão poucas vezes e só à noite , e com determinados alimentos que sabia que iria refletir no meu peso. Hoje ainda há e cada vez fica mais difícil contro-lar, pois estou passando por momentos muito difíceis, de depressões constantes e baixa auto estima e muita solidão, e sem condições financeiras de procurar um profissional.</p>	<p>No início era só a noite e com alimentos que iriam refletir no peso.</p> <p>Atualmente ainda tem compulsões por passar por momentos difíceis, depressão, baixa auto estima e solidão.</p> <p>Sem condições financeiras para procurar um profissional.</p>
<p>S2: Estou comendo melhor, como de tudo que eu gosto s/ restrições. Sei colocar meus sentimentos no lugar certo. Estou muito feliz.</p> <p>Evito comer lanche e como comida.</p>	<p>Hoje come melhor sem restrições.</p> <p>Sabe colocar os sentimentos no lugar certo.</p> <p>Está feliz.</p>
<p>S3: No começo do tratamento a minha compulsão era como eu descrevi antes e aconteciam todos os dias. Alguns dias eu chegava a ter compulsão e vomitava 4 vezes ou mais. Ao longo do tratamento, a compulsão foi diminuindo até que os episódios passaram à acontecer semanalmente. Depois de algum tempo, muitas coisas boas começaram a acontecer na minha vida. O meu atual namorado, mesmo sem saber direito do meu problema me ajudou muito. Depois comecei a trabalhar e os episódios passaram a acontecer uma vez à cada mês; a cada 60 dias... Há um ano me liberei dos remédios e me sinto muito bem. Sei que vou ter que sempre me policiar, pois ainda hoje, quando fico muito preocupada ou ansiosa por algum motivos o episódio de compulsão e vômito acontece, mas nada que</p>	<p>No início a compulsão acontecia todos os dias, vomitando 4 vezes ou mais.</p> <p>Ao longo do tratamento a compulsão diminuiu até os episódios acontecerem semanalmente.</p> <p>Coisas boas aconteceram na vida, o namorado ajudou muito; começou a trabalhar.</p> <p>Os episódios foram diminuindo aos poucos.</p> <p>Parou com o uso dos medicamentos.</p> <p>Sabe que sempre terá que se controlar, pois ainda hoje quando sente ansiedade os episódios acontecem.</p> <p>Está mais segura, gosta do corpo e de si mesma, está mais segura e confiante nas atitudes.</p> <p>Está feliz.</p>

<p>fuja do meu controle e que me deixe preocupada (em um ano aconteceu 2 ou 3 vezes). Nesse ano espero não ter mais nenhuma e tenho certeza que isso é bem possível, pois a cada dia que passa me sinto mais segura, gosto muito de mim e do meu corpo e estou muito confiante de todos os meus atos e atitudes. Estou muito feliz!!</p>	
<p>S4: Um ano antes de iniciar o trata//, após a compulsão eu costumava vomitar tudo o que ingeria até que certo dia um coágulo de sangue surgiu com o vômito devido ao esforço de vomitar e eu me conscientizei que não poderia mais fazer isso embora a idéia de não engordar e viver continuasse. A partir daí eu passei a me alimentar poucas vezes e apenas de líquidos como leite desnatado e a tomar vários tipos de chás durante vários meses. Os alimentos se tornaram escassos em casa para evitar as compulsões e eu passei a não sair mais de casa pois quando saía sentia um apetite exagerado principal// por doces chegando ao ponto de comer 05 barras de chocolate; 04 copos de leite etc tudo em grande quantidade e seguidamente. Foi nesse estado que iniciei o trata//. Atualmente não tenho compulsão, porém, às vezes, sinto que comi exagera// e tenho vontade de tomar algo(laxante, inibidor; chá) para não engordar e acabo desistindo pois aprendi que nenhum desses meios é uma solução.</p>	<p>No início vomitava tudo que comia, até o aparecimento de um coágulo, conscientizando-se que não poderia mais vomitar., embora a idéia de não engordar e viver continuasse. Evitou ter muitos alimentos em casa para evitar a compulsão. Evitava sair de casa para não sentir um apetite exagerado, pois ingeria 5 barras de chocolate, 4 copos de leite, etc. Foi aí que iniciou o tratamento. Atualmente, não tem mais compulsão, e às vezes sente que comeu exageradamente, sentindo vontade de tomar laxante, inibidor, chá para não engordar, porém não toma pois já aprendeu que nenhum destes meios é a solução.</p>

<p>S5: No início do tratamento qualquer comida que eu ingeria (até <u>uma</u> bolacha) eu vomitava, passava mal, achava que tinha engordado, sentindo dessa forma, culpa por achar que eu poderia resistir a essa "bolacha". Hoje em dia, o que eu sinto (raramente) é um incômodo quando como ao estar nervosa. Curada eu sei que "nunca"estarei porque desenvolvi essa compulsão. Já faz algum tempo que não tenho recaídas. Hoje estou com uma aparência mais saudável com 56,0Kg. Não penso que engordei 8 kilos desde que decidi a procurar ajuda. Posso dizer que estou bem com essa condição nem gorda e nem magra, porém saudável.</p>	<p>No início, vomitava qualquer comida (até uma bolacha), passando mal e sentindo culpa. Atualmente, sente incômodo quando está nervosa e come. Sabe que nunca estará curada, porém faz algum tempo que não tem recaídas. Está com aparência mais saudável, nem gorda nem magra.</p>
--	---

DSC

No início do tratamento vomitava qualquer comida que eu ingeria, era a noite e com determinados alimentos que sabia que iriam engordar (até 1 bolacha). Chegava a ter compulsões e vomitar mais de 4 vezes no dia. Vomitava tudo que ingeria. Sentia-me mal, achava que tinha engordado, sentindo culpa. Alimentava-me poucas vezes, deixava de sair para não ter vontade incontrolável de comer.

Ao longo do tratamento as compulsões foram diminuindo.

Atualmente, estou comendo melhor e sem restrições. Sei colocar meus sentimentos no lugar certo. O que às vezes sinto é um incômodo quando como ao estar nervosa. Já faz algum tempo que não tenho recaídas. Hoje estou com uma aparência mais saudável .Posso dizer que estou bem com essa condição nem gorda e nem magra, porém saudável. Sei que vou ter sempre que me policiar pois se fico ansiosa e preocupada a compulsão volta. Muitas coisas boas passaram a acontecer na minha vida; meu namorado me ajudou e comecei a trabalhar. As vezes sinto vontade de tomar chás, laxantes ou inibidor, mais controlo por já saber que este não é o caminho. Estou feliz.

O grupo de comparação foi composto por treze pacientes em início de tratamento (até 1 mês participando do atendimento ambulatorial do grupo de nutrição), que responderam à questão chave do estudo (questão 1).

Este grupo teve a finalidade de propiciar uma comparação das falas das pacientes iniciantes com pacientes que participaram do projeto temático e já estavam afastadas do tratamento. Com este grupo, foi possível verificar a interferência do tratamento nas falas das pacientes.

GRUPO DE COMPARAÇÃO (GC)

Quadro 5 - Instrumento de análise do discurso 1 (IAD)GC

Questão 1. Conta pra mim o que acontece com você na hora da compulsão

EXPRESSÕES CHAVE	IDÉIAS CENTRAIS
<p>S11: Sinto que estou entrando numa crise de compulsão alimentar quando começo a perceber que estou cansada, desanimada e desmotivada. Em seguida fico ansiosa e mal-humorada, com raiva de tudo e de todos... sinto que o mundo está contra mim e me dá uma vontade de sair correndo! É neste momento que vou atrás da comida, não de qualquer uma e sim das que me dão prazer. Entretanto, apesar de estar tendo a oportunidade de comer tudo o que eu quero, não consigo nem sentir o sabor porque tudo acontece muito rápido... em poucos segundos, minutos, devoro bolos, chocolates, bolachas, doces em geral. Engraçado é que quando não estou na compulsão uma simples refeição de arroz, feijão e frango já me deixa completamente satisfeita. Na compulsão, como muitos pacotes, barras, tabletes etc de doce e parece que não consigo encontrar saciedade! E depois vem a culpa e a raiva de mim mesma, por estar tendo um comportamento deste... Conceitualmente não sei dissertar sobre a "compulsão", mas acho que o que escrevi demonstra</p>	<p>Cansaço, desânimo e desmotivação; seguidos de ansiedade e mal-humor, raiva de tudo e de todos. Sentimento de tudo no mundo estar contra ela e vontade de sair correndo. Neste momento vai atrás das comidas que dão prazer. Impossibilidade de sentir o sabor da comida por tudo acontecer muito rápido. Devora bolos, chocolates, bolachas, pacotes, barras, tabletes, doces em geral. Quando não está na compulsão uma simples refeição de arroz, feijão e frango já sacia. Na compulsão, não encontra saciedade. Sentimento de culpa e raiva pela compulsão.</p>

<p>como encaro as situações em que considero estar numa crise compulsiva!</p>	
<p>S12: Compulsão na minha opinião é um desejo incontrolável por alguma determinada coisa que vem e começa a atormentar pouco a pouco e vai aumentando, aumentando e toma conta da pessoa por completo fazendo com que ela fique cega, surda e muda, e comece a pensar só naquilo, um pensamento ruminante (vai e volta) sem parar até que você já descontrolada emocional/e e com a adrenalina super elevada tende a comer, que seria o meu caso, ou a outros feitos em casos diferentes.</p>	<p>Desejo incontrolável por alguma coisa, que atormenta e toma conta por completo da pessoa, fazendo-a ficar cega, surda e muda, pensando só naquele desejo, até ceder para a compulsão.</p>
<p>S13: Compulsão pra mim é comer 2 pães francês ou 2 maçãs e vomitar, é comer de uma maneira rápida, não degustar o alimento, não estar c/ fome ou com vontade de comer, ou seja comer por comer, comer porque está com raiva, ansiosa entediada e comer sem fome ou sem vontade, porque brigou com alguém, porque alguém falou algo que você não gostou.</p>	<p>Comer de maneira rápida, não degustar o alimento, comer sem fome ou vontade. Comer por estar com raiva, ansiedade e tédio. Comer porque brigou com alguém, ou porque alguém falou algo que não tenha gostado.</p>
<p>S14: Eu diria que a compulsão alimentar é a "droga" do século. Existem muitas pessoas hoje dependentes desta droga, eu sou uma delas. Sofro muito, me deprimos demais por tudo o que aconteceu comigo. Se vou ao supermercado, vou no corredor das bolachas e doces e me acabo de comprar. Gasto demais com comida, tenho vergonha de ser assim, mas enfim, preciso de ajuda e estou aqui c/ esta finalidade. Como muito, como qdo estou triste, qdo estou alegre, e como consequência vomito diariamente todas as vezes que como. Quero e preciso mudar este quadro, pois a compulsão prejudica todas as áreas da minha vida.</p>	<p>É a "droga" do século. Sofrimento, depressão por tudo o que acontece. Gasto excessivo com comida (bolachas e doces). Vergonha do que faz. Comida e vômito relacionados a vários estados de espírito. Compulsão prejudicando todos os aspectos da vida.</p>
<p>S 15: É uma perda de controle total, onde não consigo definir o que penso e o que sinto. Não é freqüente os meus pensamentos na hora da compulsão estar relacionado à comida. É um momento em que todos os meus pensamentos se confundem e muita cobrança também. Não consigo entender porquê tudo na minha vida esbarra na comida. E porquê sinto a <u>necessidade</u> de vomitar depois.</p>	<p>Perda total de controle, sem definição do que pensa e sente. Pensamentos relacionados a vários aspectos na hora da compulsão, não só em comida. Confusão de pensamentos com cobranças. Tudo na vida relacionado com comida. Necessidade forte de vomitar.</p>

<p>S16: Compulsão pra mim é quando eu como três pacotes de bolacha recheada + ou – 1 L de leite, metade de 1 bolo recheado de moça fiesta e ainda muito mais, por exemplo. Já notei mais ou menos como funciona. Eu não posso começar a comer quando eu sinto que tem aquele “bichinho” querendo devorar tudo. Não é fome mas quero comer não consigo controlar. Às vezes até tremo quando quero doce, “açúcar”, minha boca enche de água e até babo. Geralmente quando estou numa fase ruim da minha vida, vários problemas que não consigo achar solução, as coisas não andam bem, não me sinto bem comigo mesma, estou sem dinheiro e com contas para pagar ou quando fiquei com muita raiva de alguém. Começo eu não consigo parar, já não tenho vontade própria. Eu me assusto comigo. Me sinto fraca, frustrada. Como que eu começo comer e não consigo parar, só quando estou passando mal que paro?</p>	<p>Comer três pacotes de bolachas, 1 litro de leite, bolo recheado, etc. Incapacidade de começar a comer quando tem “aquele bichinho” querendo devorar tudo. Não é fome, mas quer comer sem controle. Sensação de tremor quando quer doce, açúcar, chega a babar. Acontece quando está em fase ruim da vida, com vários problemas que não consegue resolver. Não se sente bem consigo mesma, fica sem vontade própria , fraca e frustrada. Assusta-se com as próprias atitudes. Falta de dinheiro e contas para pagar. Quando está com raiva de alguém. Descontrole, não consegue parar de comer , apenas quando está passando mal.</p>
<p>S17: Eu não consigo parar de comer, como tudo o que estiver na frente, fico procurando coisas para comer. Após este episódio sinto-me culpada e procuro de qualquer forma colocar tudo o que comi para fora pois me sinto cheia, acabo tomando vários comprimidos laxativos.</p>	<p>Não consegue parar de comer, procura coisas para comer. Sente-se culpada e procura colocar para fora tudo o que comeu. Toma laxantes.</p>
<p>S18: Uma fome muito grande, e uma grande ansiedade e ao mesmo tempo um desespero por ta passando por isso.</p>	<p>Fome muito grande, ansiedade e desespero.</p>
<p>S19: Eu começava a comer coisas calóricas que geralmente não como e só parava quando elas se acabavam. Comprava comida no supermercado, lanchonete, padaria etc e mesmo durante o caminho já ia ingerindo os produtos. Sabia que me sentiria mal depois – sentia-me mal até mesmo ao sentir que iria me descontrolar – mas não conseguia evitar. Os pensamentos eram de que, já que havia começado a comer muito, que então aproveitasse o momento para não mais repeti-lo depois.</p>	<p>Comer “coisas calóricas” que geralmente não come e só parava quando estes terminavam . Sabia que se sentiria mal depois, mas não conseguia se controlar. O pensamento era que, já que havia começado a comer, que aproveitasse ao máximo para isto não se repetir depois.</p>
<p>S20: Queria compensar na comida as coisas ruins que me aconteciam. Sentia o maior prazer em poder comer as coisas que para mim eram</p>	<p>Queria compensar na comida as coisas ruins que aconteciam. Sentia prazer em poder comer coisas”proibidas”.</p>

<p>"proibidas". Geralmente os doces, principalmente chocolate.</p>	<p>Geralmente doces, chocolate.</p>
<p>S21: Tenho bulimia há 4 anos, e muita compulsão e não consigo controlar, eu fico ansiosa e nem percebo as quantidades que eu comi e depois vomito.</p>	<p>Muita compulsão e descontrole, fica ansiosa, sem perceber as quantidades ingeridas e depois vomita.</p>
<p>S22: No sentido físico acredito que uma pseudofome incontrolável. E psicologicamente acredito que um imenso vazio a ser preenchido (talvez pelos alimentos).</p>	<p>No sentido físico, acredito em uma pseudofome incontrolável. Psicologicamente, acredita num imenso vazio a ser preenchido(talvez pelos alimentos).</p>
<p>S23: Tudo começa com uma grande vontade de comer algo que restrinjo na minha dieta, tento me controlar, mas, geralmente, não consigo, então saio de casa e passo por sorveterias, padarias e lanches todos diferentes, porque tenho vergonha da quantidade que como no pequeno tempo que gasto.</p>	<p>Grande vontade de comer algo que restrinja na dieta, tenta se controlar mas não consegue. Sai de casa e passa por sorveterias, padarias e lanchonetes por ter vergonha da quantidade que come no pequeno tempo que gasta.</p>

DSC-GC

Compulsão é a perda total de controle, sem definição do que se pensa e sente, e sem conseguir parar de comer , apenas quando estou passando mal. Sinto-me culpada, procurando colocar para fora tudo o que comi.

Os pensamentos são relacionados a vários aspectos na hora da compulsão, não só em comida. Há a confusão de pensamentos com cobranças. Tudo na vida fica relacionado com comida.

Há uma necessidade forte de vomitar, além do cansaço, desânimo e desmotivação; seguidos de ansiedade e mal-humor, raiva de tudo e de todos. É o sentimento de tudo no mundo estar contra mim e vontade de sair correndo. Neste momento, vou atrás das comidas que dão prazer, pois há o desejo incontrolável por alguma coisa, que atormenta e toma conta por completo de mim, fazendo-me ficar cega, surda e muda, pensando só naquele desejo, até ceder para a compulsão.

Há a impossibilidade de sentir o sabor da comida por tudo acontecer muito rápido, não degustar o alimento, comer sem fome ou vontade, por estar com raiva,

e tédio. Como porque briguei com alguém, ou porque alguém falou algo que eu não tivesse gostado. Não encontro saciedade e sinto culpa e raiva pela compulsão.

Não dá pra começar a comer quando tem "aquele bichinho" querendo devorar tudo;

bolos, chocolates, 3 pacotes de bolachas, barras, tabletes, 1 litro de leite, doces em geral. Comer "coisas calóricas" que geralmente eu não como, com vontade de comer algo que eu restrinja na dieta, sentia prazer em poder comer coisas "proibidas".

. Não é fome, mas quer comer sem controle. Dá até sensação de tremor quando quero açúcar, chego a babar. Não consigo parar de comer, procuro coisas para comer. Tenho vergonha da quantidade que como no pequeno tempo que gasto.

Não sinto bem consigo mesma, fico sem vontade própria , fraca e frustrada. Assusto-me com minhas próprias atitudes.

A compulsão acontece quando estou em fase ruim da vida, com vários problemas que não consigo resolver. Aí queria compensar na comida as coisas ruins que aconteciam.

No sentido físico, acredito em uma pseudofome incontrolável.

Psicologicamente, acredito num imenso vazio a ser preenchido(talvez pelos alimentos).

DISCUSSÃO

Este trabalho estabeleceu um comparativo entre a descrição formal dos critérios diagnósticos da BN e o aspecto subjetivo da doença do ponto de vista das pacientes.

As entrevistas semi-estruturadas utilizadas em pesquisa qualitativa foram selecionadas para o pré-teste, e das dez pacientes apenas uma pode comparecer à entrevista.

Esta participação das pacientes para o estudo pode ter sido limitada por vários motivos, entre eles:

- ✓ o preenchimento correto do diário alimentar;

Na leitura dos diários vários erros foram encontrados, entre eles: descrever os episódios como "grande quantidade de alimentos ", o que impossibilitou o cálculo do diário. Outro problema encontrado foi o preenchimento incompleto das refeições e dias, ou seja, a paciente descrevia o café da manhã e depois não anotava as demais ou anotavam apenas alguns dias, insuficientes para a inclusão no estudo.

- ✓ a resposta com devolução dos questionários e termos de consentimento enviados pelo correio;

Muitas pacientes não devolveram os questionários enviados pelo correio, e também não responderam aos telefonemas, inviabilizando sua participação nesta pesquisa.

- ✓ término do atendimento ambulatorial;

O contato com as pacientes foi dificultado, por estarem afastadas do atendimento ambulatorial, impossibilitando o pedido para que preenchessem o

questionário. O não atendimento foi por alta ou por desistência, por vários motivos como questões profissionais e de horários, falta de adaptação ao Instituto de Psiquiatria e receio de encarar novamente o ambiente onde a doença está tão presente.

✓ Local de moradia

Muitas pacientes que freqüentam o HC não são de São Paulo, o que dificulta o contato.

✓ Não revelar o problema da doença para família

Como muitas pacientes não podiam comparecer ao hospital, as entrevistas poderiam ter sido feitas no domicílio, mas o fato de muitas esconderem a doença da família não permitiu este tipo de contato.

✓ o contato por telefone ter sido suspenso devido a dificuldade em deixar recado;

Várias pacientes pediam sigilo sobre a doença em relação à família, por isso não era possível deixar recado para retornarem a ligação. Com isso, muitas não retornaram, dificultando o andamento da pesquisa.

Diante das dificuldades mencionadas, transcreveu-se a entrevista em forma de questões a fim de testar as respostas na forma dissertativa ao invés da entrevista semi-estruturada. Obteve-se bom resultado, com respostas abrangentes e semelhantes às obtidas nas entrevistas. Com a avaliação dos resultados do pré-teste, optou-se pela modificação do método de coleta dos dados, devido à praticidade. Percebe-se que, quando as pacientes já terminaram ou abandonaram o atendimento ambulatorial, fica difícil o contato e a participação destas na pesquisa.

ALVARENGA (2001), relata que a elevada taxa de abandono deve-se, entre outros fatores, às dificuldades das pacientes enfrentarem o tratamento da

doença, a impossibilidade de comparecer ao atendimento ambulatorial por questões profissionais e de horários, a falta de adaptação em relação ao ambiente do Instituto de Psiquiatria. Muitas pacientes não aceitam a doença como sendo psiquiátrica. Além disso, muitas esperam uma melhora rápida e não aceitam os episódios de recaída, duvidando da eficácia do tratamento.

Portanto, analisou-se qualitativamente o discurso do Sujeito Coletivo (DSC) (LEFÉVRE, 2000) de 24 pacientes bulímicas a fim de descrever todos os pontos envolvidos no momento da compulsão alimentar. Além de análise qualitativa, realizou-se também a análise quantitativa, através da análise do diário alimentar das pacientes.

Foram entrevistadas pacientes que já haviam assistido ao atendimento ambulatorial e pacientes ingressantes. O primeiro grupo foi chamado de PT (por ser constituído pelas pacientes participantes do Projeto Temático) e o segundo grupo (pacientes ingressantes) constituiu o grupo de comparação (GC). No total, participaram do estudo 24 pacientes do AMBULIM, compondo 2 grupos:

- grupo 1: composto por 11 pacientes do PT (este grupo teve o diário analisado);

- grupo 2: composto por 13 pacientes em início de atendimento (grupo de comparação-GC). Neste grupo não foi realizada a análise do diário alimentar pelo fato destas pacientes ainda não terem feito o diário.

O grupo 2 foi formado com o objetivo de comparar os discursos de pacientes já afastadas do atendimento com pacientes ingressantes que não tiveram a influência do atendimento nutricional.

O processo de seleção para o PT e o GC está descrito a seguir: cinco pacientes do PT responderam à entrevista semi-estruturada; porém, os dados dos diários alimentares destas pacientes não estavam corretamente preenchidos, impossibilitando a participação das mesmas no estudo. Em seus respectivos

diários foram encontradas falhas no preenchimento, desde a quantidade dos alimentos até o fato de terem anotado poucos dias, não preenchendo os dias necessários para a avaliação das informações dos diários. A expectativa era de calcular duas semanas (14 dias) de diários, podendo ser entre a segunda semana e a quarta semana de atendimento. No final, para não haver perda de pacientes, foram aceitos de dez a quatorze dias de diário corretamente preenchido.

No total das pacientes selecionadas que participaram do PT e que apresentaram o preenchimento do diário alimentar compatível a esse estudo, apenas cinco (5) responderam às questões da entrevista. Desta forma, julgou-se necessária a introdução de novas pacientes, para formação de um quadro mais abrangente. Foi então introduzido no estudo O GC, formado por pacientes novas que ingressaram no AMBULIM, a partir de novembro de 2001. No entanto, por ser um período de férias escolares, o número de pacientes ingressantes foi muito baixo, necessitando estender a coleta até março de 2002. Coletou-se, então, um número de 13 pacientes novas, respondendo à questão central da pesquisa (questão 1). Outro motivo para a formação deste grupo foi o fato das pacientes do GP estarem em início de tratamento, propiciando a formação de um discurso sem a interferência do tratamento – já que o outro grupo estudado estava no final do tratamento. Assim, o discurso do GC permitiu a comparação dos discursos do grupo de pacientes do projeto temático.

Além do questionário, o diário alimentar foi o instrumento utilizado para o registro da alimentação e cálculo do consumo de calorias e nutrientes. As limitações e possibilidades de erro deste método devem ser consideradas; porém ainda pode ser visto como a única forma de se obter dados da ingestão calórica e identificação das compulsões dentro do ambiente natural destas pacientes (GAYLE, 1998; ALVARENGA 1997, ALVARENGA 2001)). Duas limitações importantes dos diários são freqüentemente discutidas: uma é a tendência dos indivíduos a sub-relatarem a ingestão alimentar e a outra é a tendência dos indivíduos de mudarem seus padrões alimentares. Apesar disso, no atendimento

das pacientes bulímicas no AMBULIM, não se percebem estes sub-relatos e mudanças. As pacientes, conscientes do tratamento, parecem anotar exatamente tudo o que ingeriram. Quando as pacientes percebem que tiveram um descontrole na alimentação elas não anotam no diário, justificando o porque não foi feito. Portanto, não é comum encontrar diários com informações incorretas sobre a ingestão alimentar em pacientes com BN. Quando as pacientes não seguem as orientações, elas simplesmente não fazem o diário alimentar.

Vários autores indicam o uso do diário alimentar como método válido para medir a ingestão alimentar, inclusive para pacientes bulímicas. (BLOCK, 1982; CASTRO, 1988, DAVIS e col, 1988; KIRLEY e col, 1988; ELMORE & CASTRO, 1991).

As pacientes foram instruídas sobre como medir e estimar as porções de alimentos, além da orientação de preencher o diário imediatamente após as refeições. Estas orientações foram feitas no sentido de minimizarem os erros associados ao registro do diário alimentar. Para evitar eventuais erros no preenchimento, não foi usada a primeira semana de diário para cálculos.

Além disto, utiliza-se no AMBULIM a técnica de pedir para que as pacientes, após o episódio, relatarem os alimentos após cada episódio, para diminuir o sub-relato. TIMMERMAN (1998) coloca que os diários alimentares são usados para as coletas de dados por serem mais viáveis para o conhecimento da ingestão calórica e identificação dos episódios compulsivos. O cálculo das calorias é usado com o objetivo de distinguir o consumo descontrolado de grandes e pequenas quantidades de alimentos, ou melhor, da quantidade de calorias relatadas em episódios considerados como compulsivos.

Além da orientação nutricional ministrada no atendimento ambulatorial, o correto preenchimento do diário alimentar permite uma visão de como foi a semana da paciente, atuando junto à paciente e elaborando metas semanais de

evolução no tratamento. Com o diário é possível ter dados sobre a ingestão alimentar, além dos sentimentos relatados no momento do episódio compulsivo. O diário utilizado para o atendimento de pacientes com BN é bastante completo, com informações valiosas sobre as características da doença. Este modelo de diário foi especialmente desenvolvido pela equipe de nutricionistas do AMBULIM para melhor atendimento destas pacientes.

Em relação à análise quantitativa do diário alimentar, encontrou-se uma mediana do valor calórico total ingerido de 1273.0 kcal (+-791.4kcal), podendo ser considerada uma ingestão restritiva. A dieta hipocalórica é considerada como um “pré-requisito” para a compulsão, uma vez que pode ser vista como uma constante restrição, levando à compulsão, culpa e purgação, o que preenche o *Ciclo da Bulimia*.

O fato de fracionar o dia alimentar da paciente entre 4-6 refeições por dia pode “quebrar” este ciclo, considerando que a restrição e grandes intervalos entre as refeições são evitados e com isso previne-se o episódio compulsivo. Mostrar para a paciente que ela poderá se alimentar sem ganhar peso é imprescindível para o sucesso do tratamento.

A idéia de que “comer engorda” deve ser discutida para que a paciente possa fazer suas refeições diminuindo gradativamente a sensação de culpa e desejo de fazer dieta restritiva. Deve-se educar e ensinar para as pacientes conceitos básicos sobre nutrição, para que com esses conhecimentos a paciente aceite mudar os seus hábitos alimentares.

Sabe-se que o hábito de fazer dieta restritiva encontra-se associado a comportamentos bulímicos e podem aumentar as chances de pessoas vulneráveis desenvolverem transtornos alimentares (PEMBERTON e col, 1996; HETHERINGTON , 2000); e esta idéia *impregnada* nas pacientes de ter que restringir diariamente a dieta deve ser combatida, pois fazer dieta restritiva para

controle de peso é um hábito muito comum entre adolescentes do sexo feminino e mulheres adultas, alertando para uma situação de risco. O foco de vida destas pacientes freqüentemente gira em torno do peso, e este conceito precisa ser mudado com o tratamento e terapia cognitivo-comportamental. ROSO (1993) afirma que as pacientes com Transtornos alimentares elegem o controle do peso e do alimento como uma forma de viver. Há grande necessidade de mudar este foco, esclarecendo as dúvidas das pacientes e encorajando-as a encarar novas metas em suas vidas, que não seja só o controle da alimentação.

No estudo de ALVARENGA (1997), encontrou-se no Valor Calórico Total/dia uma variação de 222.5kcal a 15499.8kcal, indicando que as pacientes insistem em começar uma nova dieta freqüentemente, consumindo quantidades extremamente pequenas de alimentos (alimentos "proibidos"). Isso acabava por desencadear um episódio do comer compulsivo, quando estes mesmos alimentos "proibidos" na dieta eram ingeridos. A mediana e desvio padrão do VCT da dieta deste estudo demonstraram uma quantidade bastante inferior à encontrada há 5 anos. Isto pode ser explicado devido à pequena amostra estudada ou ao ciclo restritivo da doença ou até a grande variabilidade da ingestão alimentar na BN.

GENDALL e col (1997), utilizaram em seu estudo o diário alimentar, com 14 dias de 50 pacientes com BN. Houve uma variação na ingestão calórica de 5700-6680 kcal, sendo que, quando estas pacientes não apresentavam episódio, a dieta era extremamente restritiva, com consumo de alimentos que elas consideravam "saudáveis" (WALLIN e col, 1995). Estes resultados diferem dos dados encontrados neste trabalho, e uma provável explicação para esta diferença pode ser o padrão alimentar de pacientes com BN que é cíclico, alternando entre dias restritivos e compensatórios, podendo neste trabalho ter coincidido os dias restritivos da alimentação destas pacientes. Outro motivo pode ser pelo fato das pacientes estudadas estarem no início do tratamento, e com isso estarem motivadas, controlando melhor os episódios compulsivos.

Em relação à porcentagem de macronutrientes da dieta, encontrou-se adequação em relação a estes valores: a ingestão de proteínas foi de 15,8+-6,7%, a ingestão de carboidratos foi de 52,6+-13,0% e a ingestão de lipídios de 29,8+-11,2%. ALVARENGA (1997) encontrou que 50,8% das calorias eram provenientes de carboidratos, 13,8% das calorias eram provenientes de proteínas e 35,5% das calorias eram provenientes de lipídios, mostrando que em cinco anos não houve mudança nas características do padrão alimentar nos episódios de pacientes com BN. Em 2001, ALVARENGA observou que em relação às proteínas, o valor percentual variou de 10,1 a 17,5%; o de carboidratos variou de 21,2 a 69,2% e os lipídios variaram de 20,8 a 43,4% na dieta, mostrando pouca diferença em relação ao estudo anterior. Este resultado era esperado, já que a porcentagem de macronutrientes na dieta destas pacientes costuma ser semelhante aos dados encontrados na população normal.

No entanto, tratando especificamente dos tipos de carboidratos ingeridos – pães e cereais, açúcares e doces ou hortaliças-, a ingestão destes tipos de carboidratos é bastante alta na maioria dos casos, confirmando a grande variabilidade na ingestão de tipos de carboidratos das pacientes bulímicas.

Observou-se que em 8 pacientes a porcentagem dos carboidratos vinda de frutas, legumes e verduras foi superior a 65%; nas outras 2 pacientes, este número foi superior a 56%. Portanto, mais da metade dos carboidratos ingeridos por estas pacientes eram provenientes de carboidratos presentes em frutas, legumes e verduras, demonstrando a realidade destas pacientes em evitar pães e cereais. No trabalho de WALLIN (1994) comparou-se a ingestão de diferentes tipos de carboidratos na dieta habitual e durante o episódio compulsivo, encontrando na dieta habitual a ingestão em 23% de frutas, 28% de pães e 4% de doces. No episódio compulsivo, a ingestão de frutas foi de apenas 3%, sendo que a ingestão de pães chegou a 53% e a de doces, 26% (WALLIN, 1994).

Ao se analisar pelo diário alimentar o momento da compulsão alimentar, percebeu-se que, conforme esperado, 10 das 11 pacientes tiveram predominância na ingestão de carboidratos no momento da compulsão, reforçando a hipótese da ingestão de alimentos, no momento da compulsão ser referente aos alimentos proibidos ou evitados na dieta como os carboidratos.

Segundo GENDALL e col (1997), quanto mais freqüentes são os episódios compulsivos, maiores serão as ingestões calóricas ou maiores os episódios. Além disso, as refeições não compulsivas têm menos energia que as compulsivas, mas não diferem em macronutrientes. Muitas vezes é isto que se percebe no atendimento ambulatorial, ou seja, as pacientes evitam comer arroz, pão, batata, macarrão por achar que são alimentos “ calóricos” , e acrescentam na dieta grande quantidade de frutas, legumes e verduras que fazem com que a porcentagem de carboidratos chegue próxima a valores normais ao da dieta da população.

Na análise de ALVARENGA (2001) foram descritos os alimentos que geralmente estavam presentes nos episódios compulsivos, como bolos, chocolates, bolachas, barras e doces em geral. Os alimentos citados como preferidos por estas pacientes foram massas, pizzas e doces. Apesar disto, estes alimentos foram relacionados como sendo não saudáveis por “serem muito calóricos e engordarem”. Paralelamente, os alimentos considerados como sendo mais saudáveis foram frutas, legumes e verduras, por serem “naturais, leves e terem poucas calorias”.

Segundo ALVARENGA, 2001, pacientes bulímicas - assim como muitas outras pessoas – acreditam que alimentação saudável é comer exclusivamente alimentos ricos em nutrientes essenciais (vitaminas e minerais) e pobres em açúcares e gorduras. REIFF (1992) e WALLIN e col (1995), constataram em seus estudos que as pacientes faziam distinção entre alimentos “saudáveis”(= seguros) e “não saudáveis”(= perigosos), mostrando que as pacientes consideravam

seguros vegetais, frutas e carne magra; e perigosos *cookies*, frituras, bolos e pães. Por evitarem estes alimentos considerados perigosos na dieta habitual, quando ingeridos levam à frustração por terem saído da “dieta” (BEUMONT e col,1990).

ALVARENGA (2001), encontrou em seu estudo com pacientes bulímicas que os alimentos preferidos eram massas, pizza e doces. Estes também foram os alimentos citados como “não saudáveis” por serem “muito calóricos” e “engordarem”. Paralelamente, os alimentos considerados mais saudáveis foram frutas, legumes e verduras por serem mais “leves” e terem “poucas calorias”. Os alimentos considerados pelas pacientes como sendo saudáveis não foram citados como preferidos.

Em relação ao valor calórico total dos episódios compulsivos, verificou-se que muitas vezes a quantidade de calorias nos episódios não se refere a grandes quantidades de alimentos, pois o valor calórico variou de 196,4 kcal a 1030.4 kcal para cada episódio compulsivo. Todas pacientes deste estudo foram triadas e diagnosticadas com BN; ou seja, pacientes que preenchiam critérios diagnósticos e, no entanto, apresentaram uma mediana inferior a 500 kcal por episódio compulsivo.

Outros estudos confirmam os dados. ALVARENGA (1997), encontrou VCT médio para os episódios bulímicos seguidos por vômitos de 1331,4 kcal, com desvio padrão de 1328,3 kcal. Em 2001, ALVARENGA calculou os episódios seguidos por vômito, encontrando de 459,9 a 2689 kcal/dia. WOELL e col (1989) encontrou que a média de calorias consumidas por mulheres bulímicas foi de 3100 Kcal (incluindo os episódios).

Percebe-se que, muitas vezes, os episódios são descritos com quantidades menores do que a sugerida pela DSM-IV (APA, 1994), e que outros

fatores podem ter interferido na definição de compulsão alimentar para pacientes com TA . Os dados parecem demonstrar não ser as calorias que definem os episódios compulsivos para as pacientes, mas os tipos de alimentos ingeridos e/ou os sentimentos associados ao momento da compulsão alimentar, como perda de controle. O que é importante distinguir não é apenas a quantidade de alimentos ingerida, mas o *comportamento emocional* da paciente em relação àquela ingestão. A paciente pode ingerir um tablete de chocolate e ficar tão mal quanto outra paciente que comeu, por exemplo, três tortas inteiras. Isso ocorre pelo fato destas duas ingestões representarem para as pacientes alimentos que são proibidos de entrarem na dieta, então a paciente sente-se mal por ter burlado sua dieta.

WOELL e col (1989), afirmavam que a ingestão de um episódio compulsivo poderia depender da quantidade, bem como do conteúdo energético do alimento consumido, além do estado psicológico da paciente. Em seu estudo, 1/3 das pacientes declararam como “compulsivo” consumo com menos de 500 Kcal. Os 2/3 restantes do trabalho declararam episódios com 2000 Kcal em média. MITCHELL e col (1985), encontraram uma variação no episódio compulsivo de 1200 a 11500 Kcal. Em 1985, MITCHELL & LAINE encontraram uma ingestão variando entre 1436 a 8585 Kcal. ROSEN e col (1986) encontrou que 1/3 das compulsões continham menos de 600 Kcal, confirmando a hipótese de que a quantidade de alimentos é um dos muitos pontos envolvidos no momento do episódio compulsivo. Estes dados mostram resultados importantes quando são considerados os critérios utilizados pelos pesquisadores em seus estudos com pacientes bulímicos. Autores utilizam critérios “particulares” para incluírem as pacientes em seus respectivos estudos, tal como TIMMERMAN (1998), que excluiu pacientes com ingestão inferior a 1000 Kcal por episódio por não considerar compulsivas ingestões abaixo deste número.

Torna-se necessário elucidar estes padrões para melhor detecção dos episódios bulímicos, ou seja, o episódio não deverá ser considerado apenas pela

quantidade de alimentos ingerida, mas por fatores ambientais e psicológicos presentes naquele momento. Daí a importância da análise qualitativa elucidando fatores envolvidos no momento do episódio compulsivo.

- ANÁLISE QUALITATIVA

Objetivando compreender os pontos de vista embasados nas perspectivas de pacientes com BN no ato da compulsão alimentar, utilizou-se a metodologia qualitativa, com recursos que revelam e definem o “mundo próprio” destas pacientes. Para LEFÈVRE e col (2000), os DSC são confeccionados a partir de trechos selecionados, literalmente, dos depoimentos individuais. Como estratégia metodológica, nesta pesquisa foram utilizadas figuras metodológicas, como a Idéia Central dos sujeitos do estudo e o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), onde o discurso de todas as pacientes é representado por um discurso síntese. No geral, é como entrevistar vários pacientes e de todas as falas formar um discurso único, como se fosse a “ fala da bulimia”.

É importante em uma investigação social contemplar o aspecto qualitativo, e este trabalho procurou descrever o significado da compulsão alimentar do ponto de vista das pacientes com BN. Visou-se neste trabalho descrever aspectos nutricionais de risco no padrão e comportamento alimentares das pacientes com BN, pois as peculiaridades destes dados escapam da generalização dos dados nutricionais descritos no DSM-IV. A idéia foi esmiuçar vários significados que ocorrem no momento da compulsão alimentar.

Segundo GIL (1996), a principal finalidade das pesquisas exploratórias é desenvolver, esclarecer ou modificar conceitos e idéias, com vista na formulação de problemas mais precisos ou hipóteses futuras. Foram esclarecidos alguns pontos que envolvem o momento do episódio compulsivo, reafirmando a necessidade da equipe multiprofissional investigar e discutir estes aspectos com os pacientes. Além disso, o esclarecimento/modificação dos conceitos e idéias

errôneas destas pacientes é fundamental na mudança destes hábitos e crenças - imprescindível para o sucesso do tratamento.

Examinando as falas dos sujeitos, pôde-se então descrever a representação social sobre o que pacientes com BN pensam a respeito da compulsão alimentar. Vale ressaltar que a presença dos transtornos alimentares na vida destas pacientes não só traz alterações fisiológicas, mas também alterações no modo de vida e nas relações sociais – interferindo em vários aspectos de comportamento, englobando alterações individuais e sociais. Por conviverem com as limitações impostas pela doença, estes pacientes, muitas vezes, constroem rituais peculiares em relação à alimentação, tornando fundamental a avaliação individual de cada caso. Por outro lado, vários padrões e comportamentos alimentares inadequados tornam-se comuns a estes pacientes, sendo importante sua descrição a fim de melhor detectar fatores de risco para estas doenças e também novas abordagens para um tratamento mais efetivo.

A principal questão envolvida neste estudo foi: o que as pacientes bulímicas nomeavam como compulsão. O levantamento destes dados auxiliará na melhor caracterização do quadro por todos os profissionais envolvidos com o tratamento, já que dos discursos dos sujeitos desta pesquisa emergiram muitos significados envolvendo o momento do episódio compulsivo.

Os resultados indicam que, além da sensação de perda de controle e tempo de ingestão dos alimentos (já previstos pelo critério DSM-IV), o padrão e comportamentos alimentares são inadequados. Além disso, o consumo de grandes quantidades de alimentos e de alimentos considerados pelas pacientes como “proibidos”, associados com um comprometimento social e sentimentos específicos, tais como: ansiedade, tédio, culpa, fraqueza, irritação, cansaço, frustração, desânimo, mau humor e raiva.

O objetivo deste trabalho foi citar os sentimentos envolvidos no momento da compulsão alimentar, e não interpretá-los. Porém, a elucidação dos mesmos é de fundamental importância. Assim, estes dados serão citados e correlacionados com algumas teorias psicanalíticas, para melhor entendimento dos mesmos. Vale ressaltar que estes dados não serão analisados por necessitarem da interpretação de especialistas.

No DSC, para o tratamento dos dados, empregou-se a técnica de análise temática de discurso utilizando três figuras metodológicas: a idéia central, as expressões chave e o discurso do sujeito coletivo.

No primeiro questionamento para as pacientes, perguntando o que acontecia com elas na hora da compulsão, os relatos descritos foram: infinita confusão de sentimentos; culpa e fraqueza, falta de auto-controle; “acabo ingerindo alimentos que fazem mal e engordam” ; vontade de comer tudo o que há pela frente; ficava “cega” e só isso me passava pela cabeça.

No segundo questionamento, através da pergunta: Terminada a compulsão, o que costumava acontecer com você depois? Os resultados encontrados foram: dava conta de tudo o que eu tinha comido ; desespero, pânico, depressão , arrependimento, culpa; fracasso por não controlar-me diante da comida; depois de comer vomitava, para me livrar das calorias e sentir o estômago vazio ; não queria engordar e o alimento era uma forma de manter a vida que não tinha sentido.

No terceiro e último questionamento, pediu-se para a paciente: falar um pouco como era a compulsão no início do tratamento e como é hoje (se ainda houver). As respostas foram: início: “ vomitava qualquer comida que ingeria; achava que tinha engordado, sentindo culpa; alimentava-me poucas vezes, deixava de sair para não ter vontade incontrolável de comer; ao longo do tratamento as compulsões foram diminuindo” .; atualmente: “ como melhor e sem

restrições; sei colocar meus sentimentos no lugar certo; o que às vezes sinto é um incômodo quando como ao estar nervosa; posso dizer que estou bem com essa condição nem gorda e nem magra, porém saudável; sei que vou ter sempre que me policiar pois se fico ansiosa e preocupada a compulsão volta; as vezes sinto vontade de tomar chás, laxantes ou inibidor, mais controlo por já saber que este não é o caminho; estou feliz” .

Comparativamente com estes dados, o grupo composto por pacientes que estavam iniciando o tratamento, descreveram perda total de controle, confusão de pensamentos com cobranças, tudo na vida estar relacionado com comida, sentimentos como cansaço, desanimo e desmotivação; seguidos de ansiedade e mal-humor, raiva de tudo e de todos. Além disso, estas pacientes relataram procurar alimentos que pudessem dar prazer; apesar disso no momento da compulsão houve impossibilidade de sentir o sabor da comida por tudo acontecer muito rápido. Havia uma compensação na comida das coisas ruins que aconteciam. Houve o interessante relato da paciente dizer acreditar no em uma pseudofome incontrolável, e psicologicamente, acredita num imenso vazio a ser preenchido(talvez pelos alimentos).

Comparando as respostas do grupo de iniciantes com o grupo que já havia assistido ao atendimento, notou-se que no grupo inicial os relatos foram mais extensos (provavelmente por terem muitas dúvidas em relação à doença), descrevendo sentimentos incompreensíveis e o episódio compulsivo relacionado a fases ruins da vida e excesso de cobrança. Foi relatada raiva pela compulsão (perda de controle) e comportamentos alimentares inadequados, tais como comer rápido demais. Muitas pacientes relataram gasto excessivo com comida, inclusive comprometendo a situação financeira da família, e com isso relacionavam o "alimento" como fator prejudicial em vários aspectos da vida. As pacientes também relataram prazer em ingerir os alimentos considerados por elas como proibidos.

A sensação de perda de controle e o tempo de ingestão dos alimentos estiveram presentes no discurso De ambos os grupos de pacientes, como descrito no critério diagnóstico DSM-IV.

Neste estudo, metade das pacientes levavam menos de 30 minutos no episódio compulsivo, sugerindo que o curto espaço de tempo descrito pelo critério diagnóstico deve ser revisto.

Os resultados explicitaram falas que mostravam haver confusão de sentimentos como culpa, fraqueza e falta de auto-controle no momento da compulsão alimentar, onde a paciente ingeria alimentos que considerava fazerem mal à saúde e engordar. Houveram citações como “há vontade de comer tudo o que há pela frente”, “ficava cega e só isso me passava pela cabeça”.

Analisando os discursos separadamente, quando a compulsão terminava, a paciente se dava conta de tudo o que tinha comido, sentindo por isso perda total do controle, desespero, pânico, depressão, arrependimento, culpa, ansiedade e fracasso por não ter controle diante da comida. Havia confusão dos sentimentos com cobranças, ficando tudo na vida relacionado com a comida.. Depois de comer, a paciente vomitava, para livrar-se das calorias e sentir o estômago vazio. A paciente não queria engordar e citava o alimento como uma forma de manter a vida que não tinha sentido, por isso ia atrás das comidas que dessem prazer, comendo “coisas calóricas” que geralmente não comia, com vontade de comer algo que restringisse na dieta, sentindo prazer em poder comer coisas “proibidas”. A comida era capaz de compensar as coisas ruins que aconteciam na vida da paciente. Todas estas falas são próprias das pacientes.

As pacientes sentem tanto controle em relação ao próprio corpo que ignoram a sensação fisiológica da fome, sentindo que podem não sentir fome. Isto fica claro na frase “no sentido físico, acredito em uma pseudofome incontrolável e

psicologicamente, acredito num imenso vazio a ser preenchido (talvez pelos alimentos)”

No decorrer da análise foi possível perceber a realidade sofrida da doença, e o quanto a BN é difícil de ser suportada pelas pacientes e, ao mesmo tempo, o quanto o episódio compulsivo funciona como uma “válvula de escape” para problemas e angústias pessoais.

Com relação aos aspectos psicológicos, LOFRANO & LABANCA (1995) colocam psico-analiticamente, que a ingestão excessiva dos alimentos é interpretada como um ato inconsciente de acalmar desejos através da “impregnação oral”. Para CASPER (1986), os sintomas da BN são uma estrutura defensiva que tenta aliviar estados internos intoleráveis, onde a purgação exerce um efeito de alívio das tensões e o vômito reflete a negação da dependência do alimento. Estes trabalhos podem ser relacionados em vários momentos da fala das pacientes, que sugerem estas justificativas para seus atos de purgação.

A compulsão alimentar pode ser um mecanismo de expressão dos impulsos, na medida que a alimentação compulsiva não leva a consequências morais, tais como o abuso de drogas. LOFRANO & LABANCA (1995) descrevem que pessoas com TA sofreram em fases de seu desenvolvimento uma falta de respostas adequadas em suas necessidades psico-biológicas, sejam elas por excesso de cobranças ou por uma inadequação do cuidado da relação mãe/filha, ou ainda uma combinação destas duas. Como consequência, há uma alteração das estruturas funcionais e, com isso, sensação de incapacidade, labilidade emocional, necessidade de aprovação externa, tensão e incapacidade de lidar com seus sentimentos. Estas sensações ficam “escondidas” atrás de uma aparência auto-suficiente que atua como uma defesa. A alimentação servirá como a defesa, para enfrentar essa deficiência estrutural. A BN é uma forma de compensar este déficit.

O desenvolvimento da BN dependerá do estilo do funcionamento psíquico, mas sendo a característica predominante um controle rígido, as pacientes apresentarão como resposta a impulsividade, traduzida pela compulsão alimentar. (LOFRANO & LABANCA, 1995)

Em se tratando da etiologia da doença, os trabalhos com bulímicas como o de PALMER (1991), levam a resultados sobre problemas prévios ao desenvolvimento da doença, como problemas de autonomia, independência, aceitação da vida adulta, problemas interpessoais de relacionamento social, sensação de ineficácia, fracasso, rigidez e extremismo na avaliação dos problemas, agressividade, aumento da sensibilidade, distorção cognitiva e sintomas depressivos.

Estudos realizados a partir da década de 70 coincidem na postulação de que os pacientes com transtornos alimentares apresentam, antes do desenvolvimento da doença, dificuldades no funcionamento autônomo e independência. COOPER (1998) coloca que pacientes com BN apresentam problemas de relacionamento interpessoal, introversão, insegurança, sentimentos de ineficácia, tendências perfeccionistas com traços obsessivos, rigidez e extremismo na resolução de problemas, fracasso e falta de controle na vida escolar, no trabalho e nos relacionamentos. Além disso, na etiologia da BN vários fatores podem influenciar, tais como falta de respostas adequadas para a relação mãe x filha; uma dinâmica familiar com características especiais, pressões internas e sócio-culturais sobre o papel da mulher e, possivelmente, a participação de fatores genéticos, além da deficiente formação da identidade, baixa auto-estima e confusão sobre as perspectivas na vida (LOFRANO & LABANCA, 1995).

As pressões próprias da adolescência fazem manifestar deficiências funcionais e, compensatoriamente, o controle da ingestão alimentar e do corpo formam uma estrutura e sentido da identidade (LOFRANO & LABANCA, 1995).

Para JOHNSON & MADDI (1988), a BN é um transtorno psicossomático paradigmático multideterminado. Portanto, percebe-se que não há uma única causa para o desenvolvimento desta doença, e que vários fatores – desde genéticos até ambientais – podem levar à BN, necessitando que todos os casos sejam estudados individualmente e multiprofissionalmente.

No discurso das pacientes, observou-se que as representações surgidas estão relacionadas à sintomas típicos da BN, como o medo intenso em ganhar peso, mas a presença de outros fatores, tais como ambientais, influenciaram significado do momento da compulsão alimentar.

Dentre os fatores ambientais tem-se, por exemplo, as brigas com os familiares como desencadeadores um episódio compulsivo, independente deste episódio ser precedido ou não por um período de jejum. JOHNSON & FRACH (1985) relatam que a família de pacientes com BN manifesta maior agressividade, raiva, conflito, quando comparadas a famílias normais. Além disso, estas famílias enfatizam a autonomia e tem pouco apoio entre si. Sabe-se que a relação mãe/filha é muito importante no contexto dos transtornos alimentares, sendo uma necessidade da filha provocar algum tipo de resposta na mãe, provocando sensações de perplexidade, afetividade e desamparo relacionados com a deficiência de identidade corporal.

Na BN o vômito pode representar a repulsa em relação ao conflito familiar. SUGARMAN,(1982) relata que a BN reflete uma relação ambivalente entre mãe x filha, que provoca uma falha na separação física e cognitiva do “objeto materno”, levando a uma fixação narcisista sobre seu próprio corpo. O corpo é utilizado para representar e repudiar os familiares. O que se constata é realmente a presença de várias famílias conflitantes, que muitas vezes atrapalharam o tratamento com suas falas e atitudes inadequadas. Daí a necessidade da terapia familiar auxiliando no tratamento dos transtornos alimentares.

A família está diretamente relacionada com a alimentação da paciente, e no contexto geral, o alimento é parte essencial na formação do “eu” no início da vida, quando o bebê se relaciona com a mãe e com o mundo através da boca e da amamentação. A ligação mãe x bebê primordial é a base para que ele possa sentir-se seguro ou não e as fantasias decorrentes dessa fase vão influenciar todo o crescimento do indivíduo.

Baseado na obra de FREUD, o autor AJURIAGUERRA (1980) faz algumas considerações sobre esse tema. Segundo ele, desde que nascemos, a questão oral está presente em nossas vidas. No início, ela se dá de maneira primordial e a medida que a pessoa se desenvolve, passa a se manifestar de outras formas. No bebê, um dos primeiros tipos de relação com o mundo exterior se dá através da relação oral. Neste momento, a mãe não é o objeto amado, ela é uma dependência da criança; é a *mãe-alimento*. Depois de um certo tempo, a criança começa a fixar os olhos no rosto de sua mãe, durante toda a mamada. O objeto que a satisfaz e a pessoa que dá essa satisfação estão intimamente ligados.

AJURIAGUERRA(1980) continua o pensamento de FREUD e distingue duas satisfações diferentes: a satisfação da fome saciada e a satisfação erótica oral. O recém nascido, no estado narcisista, oscila entre o estado de tensão da fome e o estado de satisfação. Posteriormente, a busca de satisfações começa a voltar-se para a comida, ela mesma fonte de prazer. A seguir, segundo o autor, a criança passa para o *estado objetal*, no qual coloca seu afeto na mãe distribuidora do alimento. Desse modo, a partir do segundo ano de vida, a criança passa a diferenciar a mãe do alimento, mas esta relação persiste no inconsciente. Segundo essa visão, a boca é considerada uma zona erógena e a atividade de sucção como uma atividade auto-erótica. Posteriormente, acresce-se a este componente auto-erótico o desejo de incorporar os objetos. No entanto, podem ocorrer recusas alimentares na época do desmame, podendo se manifestar sob a forma de cólera diante do alimento, de insatisfação em relação aos novos sabores e às novas consistências, de uma falta de espírito de descoberta sob o plano

alimentar, de uma falta de prazer na zona oral. Por vezes, o desmame fornece um resultado oposto, isto é, bulimia e medo de ter fome.

Esses são exemplos de muitas teorias feitas sobre o tema. Na verdade, pouco se sabe a respeito da vivência do bebê lactante. Tudo depende de fatores externos e internos, isto é, de fatos e situações que ocorrem nessa fase e da maneira como o bebê entende isso. Conforme vai crescendo, a criança tem pensamentos concretos e imagina que crescer é tomar o lugar do adulto – a menina o lugar da mãe e o menino o lugar do pai.

Grande parte dos casos de transtornos alimentares inicia-se na adolescência, quando a menina começa a se dar conta de um corpo feminino adulto. Muitas bloqueiam ou dificultam a formação desse corpo através de comportamentos alimentares auto-punitivos, privando-se do “bom”, por considerarem talvez não serem dignas do mesmo.

Segundo análise de BRONSTEIN *, é como se sentissem *engolindo* o corpo da mãe, como se aquele corpo não pertencesse a elas. Isso pode se dar, por exemplo, quando ocorre uma ruptura na relação primordial mãe-bebê devido a alguma doença da mãe, necessidade da mãe trabalhar demais, ou qualquer outro fator. A criança pode sentir-se responsável por essa perda de algo essencial; pode sentir como se ela mesma tivesse destruído essa relação. A criança pode relacionar a própria boca e dentes como causadores da perda do que é considerado “bom”. Esse desespero só é sanado - ilusoriamente - com a ingestão compulsiva de alimentos “gostosos”. Isso pode ser explicado como uma sensação precoce da busca do bebê pelo “seio bom” (que representa o alimento), que quando é encontrado não pode pertencer à criança, pois essa sente-se destruidora do mesmo. Assim, ela tem que devolvê-lo de alguma forma (purgação).

* BRONSTEIN, M. Comunicação pessoal. São Paulo, 2002.

Este pode ser um conceito que explica como no momento da compulsão alimentar há a ingestão de alimentos evitados na dieta habitual, vistos pelas pacientes como sendo proibidos e não saudáveis – especialmente carboidratos tipo pães, bolos e massas. Comumente estes alimentos são relatados pelas pacientes como sendo bons, gostosos, calóricos e, portanto, proibidos. Estes alimentos considerados “proibidos” são os mesmos que elas relataram ser os preferidos no momento da compulsão. O que pode ser questionado disso é justamente porque há tanta dificuldade em aceitar algo que possa trazer prazer.

Percebe-se que a descrição do ponto de vista das pacientes do PT é mais sintetizada do que as respostas das pacientes do Grupo de Comparação. Isto provavelmente se deve ao tempo de tratamento diferente destes dois grupos. O GC estava no início do tratamento, e ainda tinha muitas questões para esclarecer. No grupo do Projeto Temático (PT), muitas questões já estavam esclarecidas, sendo então desprezadas pelas pacientes.

No momento da compulsão foi relatada a sensação de que todas as pessoas “estariam contra a paciente, e essa sentia vontade de sumir”. Por isso os alimentos ingeridos seriam àqueles que dão prazer, para que de alguma forma a paciente conseguisse encobrir essa angústia. A paciente relata ser tomada por um desejo incontrolável, que atormenta até que a compulsão aconteça. Há o relato da impossibilidade de sentir o sabor dos alimentos por devorá-los ou estar com muita raiva, tédio, ansiedade e sem controle. Essa perda de controle provavelmente foi descrita pelas pacientes com o termo “ficar cegas” diante do alimento no momento da compulsão.

Foi relatada na hora da compulsão uma confusão de sentimentos, tais como fraqueza e culpa, além da falta de auto controle. Nas pacientes do grupo de comparação, foram citados ansiedade, frustração, cansaço, tédio, desânimo, desmotivação, mau-humor e raiva. O sentimento citado pela maior parte das pacientes foi ansiedade.

É importante notar que a recorrência do sentimento de culpa após a compulsão e o grande alívio, como relatado, o “sentimento de leveza” após a purgação. A culpa é sentida por algo que é feito apesar de ser considerado errado. Depois do episódio compulsivo, a paciente dizia se dar conta de todo o alimento ingerido, sentindo por isso desespero e pânico. Foram relatados sentimentos como arrependimento, culpa, depressão e fracasso devido ao descontrole em relação à comida. A purgação após o episódio foi citada na forma de vômito, com a justificativa de se livrar das calorias e sentir o estômago vazio, além de sentir leveza e de não engordar.

Outras teorias classificam a purgação como uma forma de “colocar para fora” problemas e/ou pessoas que, literalmente, a paciente não consegue *digerir*. Alguns trabalhos já indicam que pacientes com BN frequentemente apresentam estado de depressão, baixa tolerância à frustração, ansiedade e pensamentos suicidas (HUDSON e col, 1983; JOHNSON & LARSON, 1982; PYLE E COL, 1990; RUSSEL, 1986).

É possível que os sintomas depressivos sejam efeito secundário de perda de peso, ou de efeitos secundários psicológicos à exposição de modelos pré-determinados de condutas que provoquem sentimentos de impotência, culpa e fraqueza. A instabilidade afetiva é citada como predispositor para os sintomas bulímicos. Os pacientes sentem uma combinação de culpa, vergonha, desgosto e medo de ser descoberto. Estes sentimentos manifestam concretamente o medo de ganhar peso, pois isto representa a perda de controle, desorganização, falta de disciplina e gula (JOHNSON & MADDI, 1988).

Em 2001, ALVARENGA encontrou citados, no início do tratamento, “ansiedade”, “nervoso”, “medo” e “irritação”, além da sensação de incômodo em comer na presença de outras pessoas. Além disso, mais da metade das pacientes relatou que procurava o alimento quando tinha algum tipo de problema.

Segundo JOHNSON & MADDI, 1988, a alimentação está relacionada como um modo de controle, de administração da auto confiança, de expressão dos impulsos, dos sentimentos, como um modo de libertação, um modo de ter prazer. A alimentação é, para as pacientes, um meio de adaptação externa e tentativa de controle interno.

O controle do corpo parece ser o controle da própria vida. A balança é uma forma concreta de checar esse controle.

Em seus resultados ALVARENGA (2001) indica que mais da metade das pacientes procurava por alimento quando tinha algum problema. Neste trabalho, não houve citação de problemas específicos por parte das pacientes do PT; porém, no grupo de comparação, a compulsão foi relacionada com brigas e com momentos em que a paciente se sentia contrariada (quando alguém falava algo de que a paciente não tivesse gostado). Além disso, foi dito que a compulsão acontecia em vários outros momentos da vida, quando estava em “fase ruim e com problemas que não conseguiria resolver”.

Há o relato de um “desejo incontrolável que atormenta”, “um vazio a ser preenchido”, a “cegueira diante da comida”. Uma paciente (S16) chega a nomear “aquele bichinho querendo devorar tudo”. O que geraria essa falta de controle, essa necessidade de fazer algo que não teria um sentido racional? Nota-se que muitas vezes este é um comportamento que não diz respeito à noção adulta de si, que é como se algo mais forte tomasse conta dessas mulheres de maneira alucinada, não condizente com o real. É uma falta de controle irracional, não há pensamento. É uma ação que tem de ser descarregada sem que as pacientes saibam o sentido daquilo. Portanto, o alimento está tendo uma conotação totalmente diferente do que deveria ter a um indivíduo adulto. O alimento foi citado como uma forma de manter a vida – que não tinha sentido.

Pelo DSC, a paciente acabava ingerindo alimentos que faziam mal e “engordavam”. Provavelmente estes relatos estão relacionados aos alimentos proibidos. Foi descrita uma vontade de comer tudo pela frente, principalmente chocolates e doces (evitados na dieta habitual).

No grupo do PT também foi citado que a ingestão de alimentos, no momento da compulsão, era caracterizada pela vontade de ingerir alimentos que *“faziam mal e engordavam, principalmente doces e chocolates”*.

No grupo de comparação, ou seja, pacientes que estavam até o primeiro mês de tratamento, a compulsão foi considerada como perda total de controle sem *definição do que se pensa e sente, não conseguindo parar de comer, apenas quando sentiu-se mal*. Houve a sensação de culpa, colocando para fora o que foi ingerido. Houve confusão de sentimentos, relacionando tudo na vida à comida. Foram relatados cansaço, desânimo e desmotivação, seguidos por ansiedade, mal humor e raiva. Foi dito que a compulsão acontece quando a paciente está em um *momento ruim da vida, para compensar no alimento todas as coisas ruins que acontecem*. Há o relato de um imenso vazio a ser preenchido. Esse preenchimento é feito através do alimento, como freqüentemente é relatado pelas pacientes durante o atendimento ambulatorial.

No GC foi descrita a impossibilidade de saborear o alimento pela rapidez com que tudo acontecia, ou por comer sem fome ou vontade. Em relação às pacientes que estavam num momento mais avançado do tratamento, o relato foi que, no início do tratamento a compulsão estava relacionada a alimentos que teriam influência no peso. Porém, com o tempo, as compulsões diminuíram e passaram a serem relacionadas a momentos considerados difíceis; ou seja, relacionados à sentimentos (depressão, baixa auto-estima). Foi descrito o aparecimento da vontade de utilizar algum medicamento para emagrecer, porém houve o controle e consciência que antes não existiam, e a paciente percebe não ser esse o caminho.

Pacientes com BN tem muitas expectativas sobre si mesmas, resultando numa sensação de fraqueza e culpa, assim como uma excessiva auto crítica devido a grande discrepância entre o seu “eu” verdadeiro e seu “eu” ideal.(GOODSITT, 1984).

O intenso medo de engordar vivido por essas pacientes não é justificado quando analisado o IMC destas pacientes, considerando que grande parte possui IMC normal. Por isso, esse “engordar” poderá ser de outra ordem, uma vez que muitas possuem um distúrbio de imagem corporal importante.

SCHILDER definiu, em 1950, que a imagem corporal é a “figura que formamos do tamanho do nosso corpo na nossa mente, e os nossos sentimentos com relação ao tamanho e à forma do nosso corpo e de suas partes constituintes”. JOHNSON (1998) e FREEMAN (1985) colocam que as pacientes com BN tendem a revelar uma distorção na percepção de seus corpos, ou seja, poucas têm noção de seu corpo real e sentem-se maiores do que são na realidade. Percebe-se que esta distorção de imagem alimenta verdadeiramente a doença. Além disso, a pressão pela magreza leva mulheres a demonstrar auto-controle. Ganhar peso representa discriminação social e redução da auto-estima; já perder peso representa sucesso e controle.

A análise do DSC possibilitou resultados que podem ser analisados sob várias óticas; porém para muitos deles sabe-se que ainda não existem respostas.

A avaliação deste trabalho foi em torno do ponto de vista nutricional. Os aspectos psicológicos citados deram-se como uma complementação, fazendo uma radiografia dos sentimentos, e a análise psicológica buscou complementar e ampliar a discussão de futuros trabalhos. É importante pontuar quais são os sentimentos que podem levar ao momento da compulsão alimentar, porém a interpretação mais aprofundada destes resultados deve ser feita por um

profissional da área. Isto reforça a existência da multi-disciplinaridade nos estudos em transtornos alimentares.

Poucos são os instrumentos disponíveis para os estudos sobre padrão e comportamento alimentares aplicando a metodologia qualitativa em pacientes com bulimia nervosa. Não foi possível encontrar dados comparativos usando esta mesma metodologia, porém a existência de outros trabalhos utilizando análise qualitativa propiciaram comparações e complementações dos resultados. Foi possível perceber que o grupo de comparação tinha mais dúvidas sobre o momento do episódio compulsivo em relação ao grupo do PT. Neste grupo, que estava em fase mais avançada do tratamento, detectou-se uma melhora no discernimento de alguns sentimentos relacionados à alimentação, assim como à purgação.

Esta análise desnudou alguns aspectos da essência da BN; porém a interpretação continua tão complexa quanto descrever ao certo a etiologia da doença, pois envolve aspectos multifatoriais e multidisciplinares.

CONCLUSÃO

Muitos foram os resultados encontrados em relação ao que as pacientes com BN nomeiam como compulsão. Temas importantes que não fazem parte da definição de episódio compulsivo pelo DSM-IV foram encontrados estando relacionados ao momento do episódio compulsivo. A SENSÇÃO DE PERDA DE CONTROLE e o TEMPO DE INGESTÃO DOS ALIMENTOS estiveram presentes nos discursos das pacientes, como descrito no critério diagnóstico DSM-IV. No entanto, outros tópicos foram citados, como:

-Grandes quantidades de alimentos: 5 barras de chocolate e 4 copos de leite; 3 pacotes de bolachas, 1 litro de leite e bolo recheado. Mas no geral a quantidade de alimentos ingerida no episódio compulsivo não foi excessiva.

-Consumo de alimentos proibidos: foram citados bolos e chocolates como evitados na dieta

-Comprometimento social: problemas afetivos podem desencadear compulsão.

-Comportamento alimentar inadequado: comer muito rápido foi bastante citado nos episódios.

-Pressão social/cobrança: a pressão por um corpo cada vez mais magro, tanto pela mídia quanto por alguém próximo (exemplo: namorado) são desencadeadores de um episódio compulsivo.

-Sentimentos associados: ansiedade, tédio, irritabilidade, culpa, fraqueza, falta de auto-controle, frustração, cansaço, desânimo, desmotivação, mau-humor e raiva. O sentimento citado na maior parte das vezes foi a ansiedade.

Todos estes pontos devem ser levados em consideração por médicos, nutricionistas, psicólogos e demais profissionais que trabalham com transtornos alimentares, pois o critério diagnóstico não abrange toda a realidade do episódio bulímico, e por isso é necessário investigar e discutir tais aspectos com os pacientes.

Em relação à percentagem de macronutrientes e VCT, a dieta das pacientes esteve semelhante à dieta da população geral, inclusive referente ao consumo de carboidratos. A distribuição percentual de macronutrientes do episódio compulsivo, revelou-se hipoprotéica, normoglicídica e hiperlipídica, com mediana da quantidade de calorias do episódio inferior a 500kcal.

Os carboidratos como pão, massas, macarrão e bolos foram evitados, porém a percentagem de hortaliças na dieta foi alta, ficando assim a percentagem total de carboidratos dentro do recomendado.

Portanto, a percepção das pacientes em relação ao episódio compulsivo é bastante complexa em relação à definição do DSM-IV, necessitando ampliar a visão dos critérios diagnósticos para que com isso haja uma otimização na detecção de um maior número de casos e otimização do tratamento, compreendendo e discutindo com o paciente os diferentes aspectos envolvidos na compulsão alimentar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AGRAS N. S. Imipramine in the treatment of Bulimia: A double blind controlled study. **Int. J. of Eating Disorders**. 1987; 6 : 29 –28.
2. AGRAS W. S., SCHNEIDER J. A., ARNOW B, RAEBURN S. D., TELCH C. F. Cognitive-behavioral treatment with and without exposure plus response prevention in the treatment of BN: a reply to Leitenberg and Rosen. **J. Consult. Clin. Psychol.** 1989; 5(6) : 778 – 89.
3. AJURIAGUERRA, J. **Manual de Psiquiatria Infantil**. 2^a ed. Manson do Brasil;1980.
4. ALVARENGA M. S. **Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa: Aspectos Nutricionais**. São Paulo; 1997. (Tese de mestrado – Nutrição Humana Aplicada – USP).
5. ALVARENGA M. S. **Bulimia Nervosa: Avaliação do padrão e comportamento alimentar**. São Paulo; 2001. (Tese de doutorado – Nutrição Aplicada – USP).
6. AMERICAN DIETETICAN ASSOCIATION (ADA). Position of the American Dietetic Association.: Nutritional intervention in detreatment of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa – technical support paper. **J. Am. Diet. Assoc.** 1988; 88: 69 -71.
7. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders– 4 th. (DSM-IV)*, Washington, D.C., 1994.

8. BECKER, A. E., GRINSPOO, S.K., KLIBANSKI, A., HERZOG, D. B. Eating disorders – current concepts. **New Engl. J. Med.** 1999; 8: 1092 – 98.
9. BEMPORAD, J. R. **Psychoanalysis and Eating Disorders**. New York; Guilford Press; 1989.
10. BEUMONT, P. J. V., O'CONNOR, M., LENNERTS, W., TOUYZ, W. Nutritional counseling in the treatment of bulimia. In: FICHTER, M. M. **Bulimia nervosa: basic research, diagnosis and therapy**. England: John Wiley & Sons, 1990. 355p. p.309-19.
11. BEUMONT, P.J.; KOPEC – ACHRADER E.; TOUYZ S.W. Defining subgroups of dieting disorder patients by means of the Eating Disorders Examination (EDE). **Br. J. Psychiatry**. 1995; 166(4): 472 – 84.
12. BEUMONT P. J. V. & TOUYZ S. W. The nutritional management of anorexia and bulimia nervosa. In: NUNES, M. A. A. e col. **Transtornos Alimentares e Obesidade**. Porto Alegre: Artmed; 1998.
13. BLOCK, G. A review of validations of diary assessment methods. **Am. J. Epidemiol.** 1982; 115: 492 – 95.
14. CASPER, R. On the emergence of bulimia nervosa as a syndrome. **Int. J. Eat. Disord.** 1982; 2 (3) : 3 – 16.
15. CASPER, R. C. The patophysiology of anorexia nervosa and bulimia nervosa. **Ann. Ver. Nutr.** 1986; 6: 299 – 316.
16. CASTRO, J. M. Psychological, environmental, and subjective determinants of food intake in humans: A meal pattern anlysis. **Physiol. Behav.** 1988; 44: 651 – 659.

17. COOPER, J. L. et. al. Mood changes and affective disorders in the bulimia binge-purge eyele. **Int. J. of Eating Disorders**. 1988; 4: 617 – 26.
18. CORDÁS T. A. Bulimia Nervosa. In: Assumpção Jr F. B. **Psiquiatria da infância e da adolescência**. São Paulo: Maltesse, 1994.
19. CORDÁS, T. A., NEGRÃO, A. B. Anorexia nervosa. In: ASSUMPÇÃO JR., F. B. **Psiquiatria da infância e da adolescência**. São Paulo: Maltesse, 1994. 569p. p.283-290.
20. CORDÁS T. A. & SEGAL A. Anorexia e Bulimia Nervosas. **Pediatrics Moderna**. 1993, Vol. XXIX, n 1.
21. CORDÁS T. A. & SEGAL A. Bulimia Nervosa 1 – Aspectos Clínicos. **J. Bras. Psiquiatria**. 1995; 44:20 – 4.
22. DAVIS, R., FREEMAN, R. J., GARNER, D. M. A naturalistic investigation pf eating behavior in bulimia nervosa. **J. Consult. Clin. Psychol**. 1988; 56: 273 – 79.
23. DEAN A. G., DEAN J. Á., COULOMBIER D, BRENDDEL K. A., SMITH D.C., BURTON A. H. e col. **a word processing database and statistics program for epidemiology on microcomputers**. Epi Info, version 6: Centers for Disease Control and Prevention: Atlanta, 1994.
24. DUYFF, R. L. **ADA's complete food & nutrition guide**. Minnesota: Chronimed publishing, 1996. 637p.

25. D'ELIA, F. G. L., CORDÁS T. A. Complicações clínicas. In: CORDÁS, T. A. (coord.) **Bulimia nervosa, diagnóstico e proposta de tratamento**. São Paulo: Lemos Editorial, 1998. 151p. p.33-40.
26. EIGER M. R., CHRISTIE B. N. e SUCHER K. P. Change in eating attitudes: An outcome measure of patients with eating disorders. **J. Am. Diet. Assoc.** 1996; 96 (1): 65 – 4.
27. ELMORE, D. K., CASTRO, J. M. Meal patterns of normal, untreated bulimia nervosa and recovered bulimic women. **Psychol. Behav.** 1991; 49: 99 – 105.
28. FAHY, T. A., RUSSELL, G. F. M. Outcome and prognostic variables in bulimia nervosa. **Int. J. Eatind Disorders** 1993; 14 (2): 135 – 45.
29. FREEMAN, R. J. & cols. Clinical and Personality of body size overestimation in anorexia nervosa and bulimia nervosa. **Int. J. of Eating Disorders.** 1985; 4: 439 – 56.
30. FREUD, S. O normal e o patológico na infância. In: **Obras completas**. Rio de Janeiro: Delta S.A.
31. GANNON, M. A., MITCHELL, J. E. Subjective evaluation of treatment methods by patients treated for bulimia. **J. Am. Diet. Assoc.** 1986; 86(4) :520 – 21.
32. GARFINKEL, P. E., GOLDBLOOM, D., DAVIS, R., OLMSTED, M. P., GARNER, D. K., HALMI, K. A. Body dissatisfaction in bulimia nervosa: relationship to weight and shape concerns and psychological functioning. **Int. J. Eat. Disord.** 1992; 11 (2) : 151 – 61.

33. GARNER, D. M. Psychotherapy outcome research with bulimia nervosa. **Psychoth. Psychos.** 1987; 48: 129 – 40.
34. GAYLE, M. T. Caloric intake patterns of nonpurge binge-eating women. **West. J. Nurs. Res.** 1998; 20 (1) : 103 – 18.
35. GLASSMAN A.H.; WALSH B.T. Link between bulimia and depression unclear. **J. Clin. Psychopharmacol.** 1983; 3(3): 203.
36. GENDALL K. A, SULLIVAN P. E, JOYCE P. R, CARTER F. A, BULIK C. M. The nutrient intake of women with Bulimia Nervosa. **Int. J. Eating Disorders.** 1977; 21 (2): 115 – 27.
37. HADIGAN, C. M., KISSILEFF, H. R., WALSH, B. T. Patterns of food selection during meals in women with bulimia. **Am. J. Clin. Nutr.** 1989; 50: 759 – 66.
38. HEATHERTON, T. F., POLIVY, J. Chronic dieting and eating disorders: A spiral model. In: CROWTHER, J., HOB FALL, S.E., STEPHENS, M.A.P., TENNENBAUM, D.L. (Eds.). **The etiology of bulimia: the individual and familial context.** Washington, DC: Hemisphere. 1992, p.133-155.
39. HERZOG, D. B., KELLER M. B., LAVORI P.W., SACKS N. R. The course and outcome of bulimia nervosa. **J. Clin. Psychiatry.** 1991; 52(4-8).
40. HERZOG, D. B., NUSSBAUM, K. M., MARMOR, A. K. Comorbidity and outcome in eating disorders. **Psych. Clin. North Am.** 1996; 9 (4): 843 – 59.
41. HETHERINGTON M. M. Eating Disorders: diagnosis, etiology and prevention. **Journal of Nutrition.** 2000; 16(7/8):547 – 51.

42. HETHERINGTON, M. M., SPALTER, A. R., BERNAT, A. S., NELSON, M. L., GOLD, P. W. Eating pathology in bulimia nervosa. **Int. J. Eat. Disord.** 1993; 13(1): 13 – 24.
43. HETHERINGTON, M.M., ROLLS, B.J. Eating behavior in eating disorders: response to preloads. **Physiol. Behav.** 1991; 50: 101 – 08.
44. HETHERINGTON, M. M., ALTEMUS, M., NELSON, M. L. BERNAT, A. S., GOLD, P.W. Eating behavior in bulimia nervosa: multiple meal analyses. **Am. J. Clin. Nutr.** 1994; 60: 864 – 73.
45. HUSE, D. M., LUCAS, A. R. Dietary patterns in anorexia nervosa. **Am. J. Clin. Nutr.** 1984; 40: 251 – 54.
46. JEOR S. T. Measurement of food intake. In: NUNES M. A. A. e col. **Transtornos Alimentares e Obesidade.** Porto Alegre: Artmed; 1998.
47. JOHNSON C., LARSON R. Bulimia: na analyses of moods and behavior. **Psychosom Med.** 1982; 44(4): 341 – 51.
48. JOHNSON, N. S. et. al. Conceptual complexity and obsessionalism in bulimic college women. **J. of Counseling Psychology.** 1988; 3: 252 – 357.
49. JOHNSON, C. MADDI, K. Etiologia de la bulimia: perspectivas biopsicosociales In: FEINSTEIN, S.C., SOROSKY, A.D. **Transtornos en la alimentación.** Buenos Aires: Ediciones Nueva Vision, 1988. 314p. p.53-80.
50. KALES E. F. Macronutrient analysis of binge eating in Bulimia. **Physiol. Behav.** 1990; 48(6): 837 – 40.

51. KILLEN D et al. Self-induced vomiting and laxative and diuretic use among teenagers. Precursors of the binge-purge syndrome? **JAMA**. 1986; 225(11): 1447 – 78.
52. KIRLEY, B. G., BURGE, J. C., AMMERMAN, A. Dietary restraint, binge eating, and dietary behavior patterns. **Int. J. Eat. Disord.** 1988; 7: 771 – 78.
53. KLEIN, M. Algumas conclusões teóricas sobre a vida emocional do bebê. In: **Os Progressos da Psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1952.
54. KRAUSE M. V. & MAHAN K. L. **Alimentos, nutrição e dietoterapia**. 7ª ed. São Paulo: Roca; 1991.
55. LEFÈVRE F., LEFÈVRE A. M. C. & TEIXEIRA J. J. V. **O discurso do sujeito coletivo- uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa**. São Paulo: Educ; 2000.
56. LEFÈVRE F, LEFÈVRE A. M. C. **Princípios básicos e conceitos fundamentais do discurso do sujeito coletivo**. São Paulo; 2001
57. MADDOCKS, S. E., KAPLAN, A. S. The prediction of treatment response in bulimia nervosa – A study of patient variables. **Brit. J. Psych.** 1991; 159: 846 – 49.
58. MARKOWITZ J.S., GILL H.S., LAVIA M. BREWERTON T. D., DEVANE C. L. Fluvoxamine clózapine dose – dependent interaction. **J. of Psychiatry**. 1996; 41(10): 670 – 71.
59. MAXWELL J. Qualitative research design: an interactive approach. In: CORRINE G. **Become Qualitative Researches** – an introduction. 2 ed. University of Vermont; 1998.

60. MITCHELL J. E., LAINE D. C. Monitored Binge-eating behavior in patients with Bulimia. **Int. J. Of Eating Disorders**. 1985; 4(2): 177-83.
61. MINAYO M. C. S. **O desafio do conhecimento: Metodologia qualitativa nas pesquisas em saúde coletiva: considerações técnicas e instrumentais**. São Paulo; 1996. (série monográfica do departamento de prática de saúde pública da FSP).
62. MITCHELL J. E., PYLE R. L. , ECKERT, E.D. Frequency and duration of binge-eating episodes in patients with bulimia. **Am. J. Psychiatry**. 1981; 138(6); 835 – 6.
63. MORGAN J. F., MARSDEN P., LACEY J.H. “Spritual starvation?” a case series concerning christianity and eating disorders. **Int. J. Eating Disorders**. 2000; 28(4): 476 – 80.
64. NEUMARK-SZTAINER D. Dieting and binge eating among adolescents: what do they really mean? **J. Am. Diet. Assoc.** 1998; 98(4): 446 – 50.
65. PALMER, J. C. Bulimia and object relations: MMPI and Rorschach Variables. **J. of Personality Assessment**. 1991; 56(2), 266 – 76.
66. PEMBERTON A. R. , VERNON S. W., LEE E. S. Prevalence and correlates of bulimia nervosa and behaviors in a racially diverse sample of undergraduate students in to universities in southeast Texas. **Am. J. Epidemiol.** 1996; 144(5): 450 – 55.
67. PHILIPPI S. T., SZARFARC S. C, LATTERZA A. R. **Virtual Nutri – versão 1.0**. São Paulo: Departamento de Nutrição, Faculdade de Saúde Pública, USP; 1996.

68. PHILIPPI S. T. Guia alimentar para o ano 2000. In: Angelis RC. **Fome Oculta: Impacto para a população do Brasil**. São Paulo: Atheneu; 1999. P. 163 .
69. PYLE, R. L., MITCHELL, J. E., ECKERT, E. D., HATSUKAMI, D., POMEROY, C., ZIMMERMAN, R. Maintenance treatment and 6 month outcome for bulimic patients who respond to initial treatment. **Am. J. Psych.** 1990; 147: 871 – 75.
70. REIFF, D. W., REIFF, K. K. L. The role of the nutrition therapist in the treatment of people with eating disorders. In: REIFF, D. W., REIFF, K. K. L. **Eating disorders – nutrition therapy in the recovery process**. Maryland: Azpen Publishers, 1992, 554p. 107-17p.
71. ROSEN J. C, LEITENBERG H, FISHER C & KHAZAM C. Binge eating episodes in Bulimia Nervosa: The amount and type of food consumed. *Int. J. Of Eating Disorder*. 1986; 5(2): 255 - 67.
72. ROSO, M. C. A psicologia da beleza. In: CORDÁS, T. A. (coord.). **Fome de cão: quando o medo de ficar gordo vira doença: anorexia, bulimia e obesidade**. São Paulo: Maltesse, 1993. 138p. 121-126p.
73. RUSSEL G. Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. **Psychol med.** 1979; 9(3): 429 – 48.
74. RUSSEL, G. F. M. Anorexia nervosa and bulimia nervosa. In: RUSSEL, G. F. M., HERSOV, A. **Handbook of psychiatric: the neuroses and personality disorders**. Cambridge University Press, 1986; 4: 285-98.

75. SANTOS P. C. M. e col. Anorexia Nervosa e Bulimia: aspectos psicopatológicos, demográficos, diagnósticos e clínicos. **Rev. ABP-APAL**. 1988; 10(2): 35 – 41.
76. SCHILDER, P. **A imagem do corpo**. Martins Fontes, 1981.
77. SCHULUNDT D. G, TAYLOR D, HILL J. O, SBROCCO T, POPE-CARDLE J, KASSER T, ARNOLD D. A behavioral taxonomy of obese female participants in a weight-loss program. **Am. J. Clin. Nutr.** 1991; 53(5): 1151 – 58.
78. SIMIONI A. M. C, LEVÉVRE F, BICUDO P. I. M. T. **Metodologia qualitativa nas pesquisas em saúde coletiva: considerações técnicas e instrumentais**. São Paulo; 1996 (série monográfica do departamento de prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública, 2).
79. SUNDAY, S. R., EINHORN, A., HALMI, K. A. Relationship of perceived macronutrient and caloric content to affective cognitions about food in eating-disordered, restrained, and unrestrained subjects. **Am. J. Clin. Nutr.** 1992; 55: 362 – 71.
80. SUNDAY S. R. & HALMI K. A. Micro-and macroanalyses of patterns within a meal in Anorexia and Bulimia Nervosa. **Appetite**. 1996; 26: 21 – 36.
81. TIMMERMAN G. M. Caloric intake patterns of nonpurge binge-g women. **West. J. Nursing Research**. 1998; 20: 103-18.
82. WALLIN G. S, NORRING C & H. O S. Binge eating versus nonpurged eating in bulimics: is there a carbohydrate craving after all? **Acta Psychiatr Scand**: 1994; 89:376 – 81.

83. WALLIN G. S, NORRING C, LENNERNÅS M. A. C, HOLMGREN S. Food selection in Anoretics and Bulimics: Food items, Nutrient Content and Nutrient Dendity. **J. of. Am. College of Nutrition.** 1995; 14(3): 271 – 77.
84. WALSH, B. T., KISSILEF, H. R., CASSIDY, S. M., DANTZIC, S. eating behavior of women with bulimia. **Arch. Gen. Psych.** 1989; 46: 54 – 8.
85. WINNICOTT, D. W. *Apetite e perturbação emocional.* In: **Textos selecionados: da pediatria à psicanálise.** Rio de Janeiro: F. Alves, 1978.
86. WOELL C, FICHTER M. D, PIRKE M. D & WOLFRAM M. D. Eating behavior of patients with Bulimia Nervosa. **Int. J. Of Eating Disorders.** 1989; 8(5): 557 – 68.

ANEXO 1

**Crêterios diagnósticos da Bulimia Nervosa:
Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-IV
American Psychiatric Association –APA**

BULIMIA NERVOSA

A. Episódios recorrentes do comer compulsivo. Caracterizados por :

- 1) Ingerir, em curto intervalo de tempo (menos de 2 horas), uma quantidade de alimento definitivamente superior do que a maioria das pessoas conseguiria comer durante um período de tempo igual e sob circunstâncias similares.
- 2) Sentimento de perda de controle sobre a alimenta o, (um sentimento de não poder parar de comer ou não controlar o quê e quanto se consome).

B. Episódios compensatórios, inadequados e recorrentes para evitar o ganho de peso, como : vômito auto induzido, abuso de laxantes e diuréticos, enemas ou outros medicamentos, jejum e exercícios físicos excessivos.

C. Tanto os episódios do comer compulsivo como os comportamentos purgativos, devem ocorrer, com a freq ncia mínima de duas vezes por semana, por no mínimo três meses.

D. Prejuízo em sua auto-avalia o em conseq ncia da forma e peso corporais.

E. O transtorno não acontece exclusivamente durante episódios de Anorexia Nervosa.

Subtipos :

-*Subtipo purgativo* : quando o paciente apresenta com regularidade comportamentos como vômito auto-induzido, abuso de laxantes ou de diuréticos e enemas.

-*Subtipo não-purgativo* : quando o paciente utiliza-se de outros hábitos compensatórios inadequados, tais como: jejum , períodos de restri o alimentar ou exercício excessivo, mas não apresenta comportamentos purgativos regulares como os descritos no subtipo purgativo.

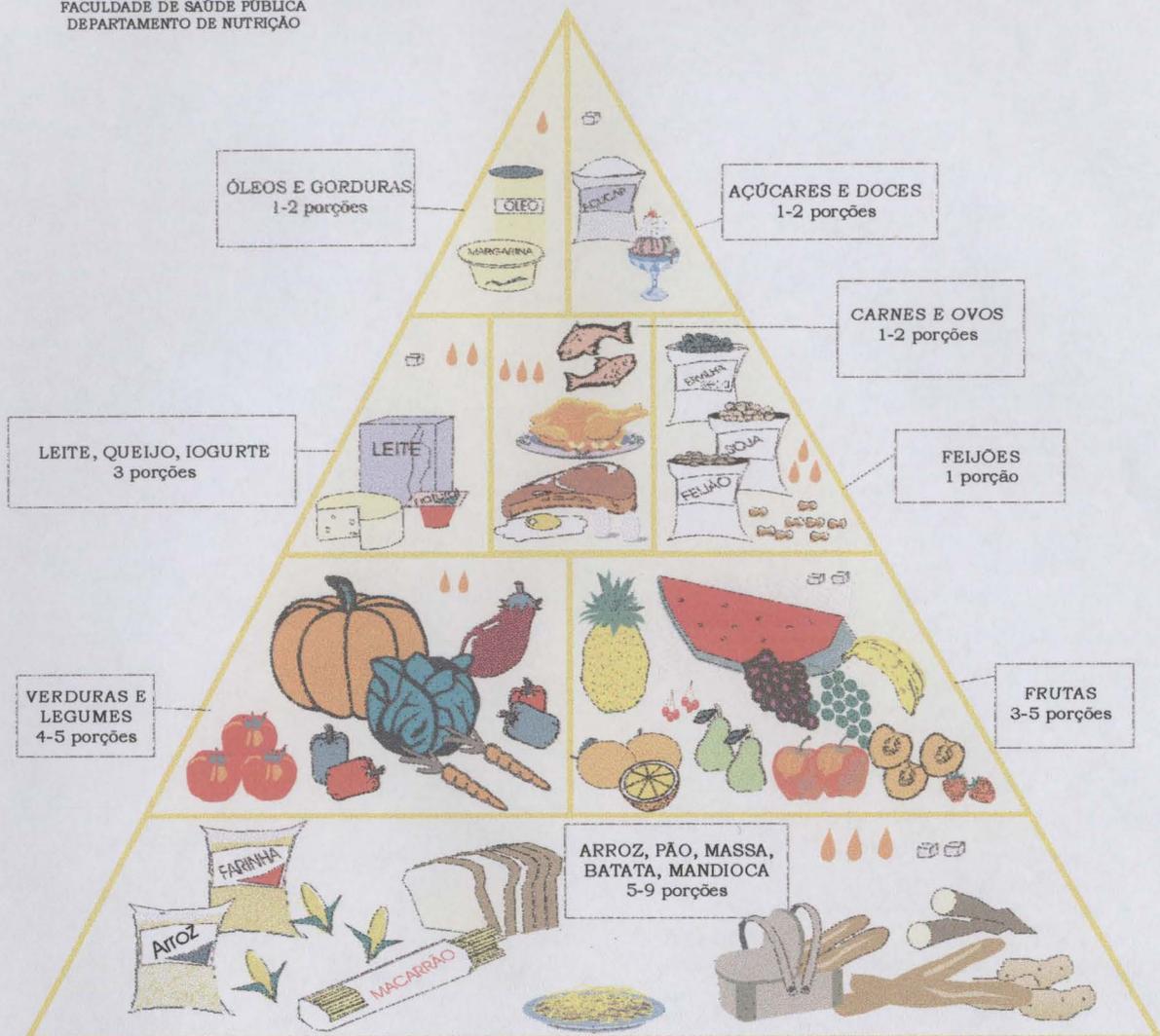
ANEXO 2



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO

PIRÂMIDE ALIMENTAR

Guia para escolher os alimentos



Fonte: PHILIPPI, S.T. e col, 1999

Legenda: (naturalmente presente ou adicionada)
Gordura
Açúcar

Bibliografia:

Philippi ST, Ribeiro LC, Latterza AR, Cruz ATR. Pirâmide alimentar adaptada: guia para escolha dos alimentos. Rev. Nutr. 1999; 12: 65-80.
Philippi ST. Guia alimentar para o ano 2000. In: Angelis RC. Fome oculta: impacto para a população do Brasil. São Paulo: Atheneu; 1999. P.160-76.

Proibida a Reprodução

ANEXO 3

FICHA DE ATENDIMENTO NUTRICIONAL (FAN)

Ano _____

NOME: _____ Sexo: F () M ()

REG HC: _____ Médico (a) _____

Endereço: _____ cep: _____

Telefone: _____ Profissão: _____

Altura: _____ cm Data de nascimento : _____

PARÂMETROS/ data	/	/	/	/	/	/	/
Peso							
IMC							
Compulsão / semana							
Vômitos/ semana							
Laxantes / semana							
Diuréticos / semana							
Moderador Apetite / semana							
Número de refeições /semana							
Café da manhã / semana							
Lanche da manhã / semana							
Almoço / semana							
Lanche da tarde / semana							
Jantar / semana							
Lanche da noite / semana							
Atividade Física							

PARÂMETROS/ data	/	/	/	/	/	/	/
Peso							
IMC							
Compulsão / semana							
Vômitos/ semana							
Laxantes / semana							
Diuréticos / semana							
Moderador Apetite / semana							
Número de refeições /semana							
Café da manhã / semana							
Lanche da manhã / semana							
Almoço / semana							
Lanche da tarde / semana							
Jantar / semana							
Lanche da noite / semana							
Atividade Física							

ANEXO 4

ANEXO 5



HOSPITAL DAS CLÍNICAS

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CAIXA POSTAL. 8091
SÃO PAULO - BRASIL

DIRETORIA CLÍNICA

Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa

APROVAÇÃO

A Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 24.06.99, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº 186/99, intitulado: "Avaliação dos fatores de efetividade e abandono no tratamento psicoterápico grupal ambulatorial de Bulimia Nervosa", apresentado pelo(a) pesquisador(a) Dr. *Daniel Boleira Sieiro Guimarães*, do Departamento de Psiquiatria, bem como o Termo de Consentimento Pós-Infomação.

CAPPesq, 25 de junho de 1999.

PROF. DR. JORGE KALIL FILHO
Presidente da Comissão Ética para Análise
de Projetos de Pesquisa

OBSERVAÇÃO: Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar à CAPPesq, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10.10.1996, inciso IX.2, letra "c")

ANEXO 6



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FSP/USP - COEP
Av. Dr. Arnaldo, 715 - CEP 01246-904 - São Paulo - Brasil
Telefones: (55-11) 3066 7742 - fax (55-11) 3064 7314

Of.COEP/210/99

26 de outubro de 1999

Pelo presente, informo que o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo-COEP, **analisou e aprovou**, de acordo com os requisitos da Resolução CNS/196/96, o protocolo de pesquisa n.º 171, intitulado: **“BULIMIA NERVOSA: AVALIAÇÃO DO PADRÃO E COMPORTAMENTO ALIMENTARES”**, apresentado pela pesquisadora Marle Alvarenga

Atenciosamente,


Prof.Dr. Paulo Antonio de Carvalho Fortes
Vice-Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da FSP/USP-COEP

ANEXO 7

CONTRATO DE ATENDIMENTO

Este contrato tem por objetivo esclarecer a você como paciente do AMBULIM a respeito dos seus direitos e deveres no decorrer do tratamento :

1. Você estará iniciando um tratamento com profissionais de várias especialidades vinculados ao AMBULIM;
2. O AMBULIM tem sua sede atual no 3º Andar do Instituto de Psiquiatria, nosso telefone é (011) 30696975;
3. Todas as etapas do seu tratamento são igualmente importantes por isto sempre que indicado procure frequentá-las regularmente, caso contrário nos comunique sua falta com antecedência;
4. Seu tratamento terá duração mínima de 01 (um) ano sendo composto de atendimento ambulatorial semanal com médico psiquiatra (primeiras 12 semanas a partir da data de recebimento desta carta); atendimento semanal nutricional em grupo neste mesmo período;
5. Você também poderá ser convocada a participar de psicoterapia em grupo, semanal com duração de até 01 (um) ano. Será atendida toda sexta-feira, em local fixo, que será determinado pela sua terapeuta;
6. Faltas a qualquer uma destas atividades serão comunicadas à coordenação do ambulatório, sendo neste caso a paciente convocada por telefone a comparecer na semana seguinte à que faltou;
7. 03 (três) faltas consecutivas após convocação a **qualquer** uma das atividades do AMBULIM em que esteja participando (psiquiatra, nutricionista, psicoterapia), será novamente convocada por carta, para comparecer a uma entrevista que avaliará a possibilidade de prosseguir o tratamento; persistindo sem contato com a instituição, será prescrita "Alta por Abandono".
8. Dúvidas e informações adicionais serão fornecidas pelos profissionais que a estiverem atendendo.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
DA
FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS -INFORMAÇÃO

(Instruções para preenchimento no verso)

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME DO PACIENTE :.....
DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO : .M F
DATA NASCIMENTO:/...../.....
ENDEREÇO Nº APTO:
BAIRRO: CIDADE
CEP:..... TELEFONE: DDD (.....)
2. RESPONSÁVEL LEGAL
NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)
DOCUMENTO DE IDENTIDADE : SEXO: M F
DATA NASCIMENTO.:/...../.....
ENDEREÇO: Nº APTO:
BAIRRO: CIDADE:
CEP: TELEFONE: DDD (.....).....

II - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA "Avaliação dos fatores de efetividade e abandono no tratamento psicoterápico grupal ambulatorial da bulimia nervosa"
PESQUISADOR: .
Dr. Daniel Boleira Sieiro Guimarães
- CARGO/FUNÇÃO: Médico Pesquisador... INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº ...77623
UNIDADE DO HCFMUSP:Instituto de Psiquiatria.....

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

SEM RISCO RISCO MÍNIMO RISCO MÉDIO
RISCO BAIXO RISCO MAIOR

(probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo)

4. DURAÇÃO DA PESQUISA : Dois anos.....
-

III - REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL SOBRE A PESQUISA, CONSIGNANDO:

1. justificativa e os objetivos da pesquisa ; 2. procedimentos que serão utilizados e propósitos, incluindo a identificação dos procedimentos que são experimentais; 3. desconfortos e riscos esperados; 4. benefícios que poderão ser obtidos; 5. procedimentos alternativos que possam ser vantajosos para o indivíduo

1. O tratamento ambulatorial para bulimia nervosa composto de atendimento médico, nutricional e psicoterápico pode reduzir seus sintomas. O objetivo da pesquisa é estudar se as melhoras se mantêm em um prazo de dois anos e os fatores que explicariam o abandono durante o tratamento pela paciente

2. As pacientes serão submetidas a tratamento médico, nutricional e psicoterápico (divididas entre diferentes grupos de atendimento)

3. Não existem riscos ou desconforto

4. O benefício do tratamento é a melhora dos sintomas bulímicos em prazo menor e a manutenção do mesmo no prazo mínimo de dois anos

5. Em caso de abandono de tratamento a paciente será convocada e será discutido para cada caso específico as opções oferecidas em caso de interesse da mesma em permanecer na instituição

IV - ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA:

CONTRATO DE ATENDIMENTO

Este contrato tem por objetivo esclarecer a você como paciente do AMBULIM a respeito dos seus direitos e deveres no decorrer do tratamento :

1. Você estará iniciando um tratamento com profissionais de várias especialidades vinculados ao AMBULIM;
2. O AMBULIM tem sua sede atual no 3º Andar do Instituto de Psiquiatria, nosso telefone é (011) 30696975;
3. Todas as etapas do seu tratamento são igualmente importantes por isto sempre que indicado procure frequentá-las regularmente, caso contrário nos comunique sua falta com antecedência;
4. Seu tratamento terá duração mínima de 01 (um) ano sendo composto de atendimento ambulatorial semanal com médico psiquiatra (primeiras 12 semanas a partir da data de recebimento desta carta); atendimento semanal nutricional em grupo neste mesmo período;
5. Você também poderá ser convocada a participar de psicoterapia em grupo, semanal com duração de até 01 (um) ano. Será atendida toda sexta-feira, em local fixo, que será determinado pela sua terapeuta;
6. Faltas a qualquer uma destas atividades serão comunicadas à coordenação do ambulatório, sendo neste caso a paciente convocada por telefone a comparecer na semana seguinte à que faltou;

7. 03 (três) faltas consecutivas após convocação a qualquer uma das atividades do AMBULIM em que esteja participando (psiquiatra, nutricionista, psicoterapia), será novamente convocada por carta, para comparecer a uma entrevista que avaliará a possibilidade de prosseguir o tratamento; persistindo sem contato com a instituição, será considerado que houve abandono da sua participação na pesquisa.
8. Caso não concorde ou não deseje participar deste protocolo de pesquisa durante a sua realização e após sua concordância, está assegurado o seu direito de fazê-lo sem que isto implique em perda do vínculo com a instituição.
9. Dúvidas e informações adicionais serão fornecidas pelos profissionais que a estiverem atendendo.

V. INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E REAÇÕES ADVERSAS.

AMBULIM – AMBULATÓRIO DE BULIMIA E TRANSTORNOS ALIMENTARES DO INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP – END : R. OVÍDIO PIRES DE CAMPOS S/N CERQUEIRA CÉSAR S. PAULO – SP, CEP 05403000, TEL (011) 30696975.

VI - CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa

São Paulo, de de 19 .

assinatura do sujeito da pesquisa ou responsável legal

assinatura do pesquisador

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO
(Resolução Conselho Nacional de Saúde 196, de 10 outubro 1996)

1. Este termo conterà o registro das informações que o pesquisador fornecerá ao sujeito da pesquisa, em linguagem clara e acessível, evitando-se vocábulos técnicos não compatíveis com o grau de conhecimento do interlocutor.
2. A avaliação do grau de risco deve ser minuciosa, levando em conta qualquer possibilidade de intervenção e de dano à integridade física do sujeito da pesquisa.
3. O formulário poderá ser preenchido em letra de forma legível, datilografia ou meios eletrônicos.
4. Este termo deverá ser elaborado em duas vias, ficando uma via em poder do paciente ou seu representante legal e outra deverá ser juntada ao prontuário do paciente.
5. A via do Termo de Consentimento Pós-Informação submetida à análise da Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa -CAPPesq deverá ser idêntica àquela que será fornecida ao sujeito da pesquisa.

ANEXO 8

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO

CARTA DE CONSENTIMENTO

São Paulo, de de 2001

Eu,, RG
..... declaro ter sido informado(a) sobre os objetivos do estudo intitulado "BN: o que as pacientes nomeiam compulsão", sob a responsabilidade da pesquisadora Erika Checon Blandino.

A pesquisa visa analisar os episódios compulsivos de pacientes acompanhadas no HCFMUSP. Serão realizadas entrevistas estruturadas com questões abertas, onde as respostas serão gravadas e transcritas.

Consinto em responder as entrevistas com as perguntas relativas à meu conceito sobre compulsão alimentar. Disponho-me a fornecer todas as informações que forem necessárias, e concordo que meus dados sejam utilizados para as finalidades do referido estudo.

Os dados obtidos serão sigilosos, garantindo a privacidade e a confidencialidade das respostas obtidas nas entrevistas.

assinatura do participante

assinatura da pesquisadora

Maiores informações: Erika Checon Blandino. Fone 93125672.

Prof. Dra. Sonia Tucunduva Philippi. Av. Dr. Amaldo, 715
Cerqueira César, São Paulo Depto. de Nutrição . Fone 30667701

ANEXO 9



**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-COEP**

Av. Dr. Arnaldo, 715 - Cerqueira César

São Paulo-SP - CEP: 01246-904

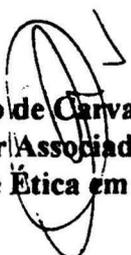
Telefone: (0xx11) 3066-7779 - e-mail: mdgracas@usp.br

Of. COEP/085/01

12 de junho de 2001

Pelo presente, informo que o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo-COEP, **analisou e aprovou “ad-referendum”**, de acordo com os requisitos da Resolução CNS/196/96, o protocolo de Pesquisa n.º 472, intitulado: “BULIMIA NERVOSA: O QUE OS PACIENTES NOMEIAM COMPULSÃO”, apresentado pela pesquisadora Erika Checon Blandino.

Atenciosamente,


Paulo Antonio de Carvalho Fortes
Professor Associado
Vice-Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da FSP-COEP