**TRANSTORNOS ALIMENTARES: ANOREXIA E BULEMIA: UM ESTUDO DE CASO**

Karina Kelly da Costa Bezerra¹; Bruna Kelly da Costa Frazão²; Janaína Lúcio Dantas³

¹Acadêmica do Curso de Nutrição do Centro Educacional de Ensino Superior de Patos- UNIFIP; ² Nutricionista do Núcleo de Apoio a Família – NASF – Caicó- RN; ³ Professora da Disciplina de Estágio Supervisionado em Saúde Coletiva do Curso de Nutrição do Centro Educacional de Ensino Superior de Patos- UNIFIP.

kellykarina96@outlook.com

**INTRODUÇÃO**

Os transtornos alimentares são doenças psiquiátricas caracterizadas por graves alterações do comportamento alimentar e que afetam, na sua maioria, adolescentes e adultos jovens do sexo feminino, podendo originar prejuízos biológicos, psicológicos e aumento da morbidade e mortalidade. Os dois principais transtornos alimentares são a anorexia e bulimia nervosas. A anorexia nervosa é caracterizada pela perda de peso à custa de dieta extremamente restrita, a busca desenfreada pela magreza, distorção da imagem corporal e alterações do ciclo menstrual. A bulimia nervosa caracteriza-se por episódios repetidos de grande ingestão alimentar (episódios bulímicos, do inglês “binge eating”) e uma preocupação excessiva com o controle do peso corporal. O paciente chega a adotar medidas extremas, a fim de evitar o ganho de peso, devido à ingestão exagerada de alimentos. (SAITO, SILVA, 2001)

O nutricionista é o único profissional que recebe na sua formação acadêmica um conhecimento específico que lhe permite a partir de diagnóstico e observação de valores socioculturais de cada paciente, propor as devidas orientações nutricionais adequando-as à realidade de cada família, sendo um profissional indispensável no modelo de atenção à saúde proposto pelo governo (SANTOS, 2005). O profissional de nutrição tem o importante papel de promover uma reeducação dos hábitos alimentares da população fazendo a prevenção de doenças e a promoção da qualidade de vida. Nos serviços de saúde, através das consultas com monitoramento do estado nutricional, há possibilidade de diagnósticos longitudinais, o que é de grande importância para a melhoria das condições alimentares e nutricionais da comunidade. Com a coleta de dados antropométricos integrado a outros marcadores de saúde como hipertensão e diabetes, há uma resposta mais efetiva com relação à necessidade de cada paciente (MACHADO, 2006).

Na sua forma típica, a AN se inicia geralmente na infância ou na adolescência predominantemente em mulheres jovens, com uma prevalência pontual de 0,28% e taxas de prevalência ao longo da vida oscilando entre 0,3% e 3,7%. (YAGER et al., 2000; MARCHI, COHEN, 1990; PATE et al., 1992). O início é marcado por uma restrição dietética progressiva com a eliminação de alimentos considerados “engordantes”, como os carboidratos. (APPOLINARIO, 2000). A BN é extremamente rara antes dos 12 anos. O transtorno é característico das mulheres jovens e adolescentes, com prevalência de 1,1% a 4,2% neste grupo. Fatores de ordem biopsicossocial se encontram relacionados com sua etiologia. (AZEVEDO, ABUCHAIM, 1998). O episódio de compulsão alimentar é o sintoma principal e costuma surgir no decorrer de uma dieta para emagrecer. Estes episódios ocorrem às escondidas na grande maioria das vezes e são acompanhados de sentimentos vergonha, culpa e desejos de autopunição. (AZEVEDO, ABUCHAIM, 1998). O vômito auto-induzido ocorre em cerca de 90% dos casos, sendo, portanto o principal método compensatório utilizado. O efeito imediato provocado pelo vômito é o alívio do desconforto físico secundário à hiperalimentação e principalmente a redução do medo de ganhar peso.

**OBJETIVOS** Relatar um caso clínico de transtornos alimentas (anorexia e bulimia)

**MATERIAS E MÉTODOS**

Trata-se de um estudo descritivo do tipo estudo de caso, na qual abordará a experiência vivenciada no Estagio Supervisionado de Nutrição em Saúde Coletiva no período de Fevereiro a Junho de 2019, realizado do Curso de Nutrição do Centro Educacional de Ensino Superior de Patos- UNIFIP.

**RESULTADOS E DISCUÇÕES**

Paciente do sexo feminino, 21 anos, encaminhada do CAPS III compareceu a Unidade Básica de Saúde Silvino Dantas para atendimento nutricional. A mesma é acompanhada por Psiquiatra, Nutricionista e Psicólogo onde a diagnosticaram com transtornos alimentares. Na sua 1**[°](https://www.hardware.com.br/comunidade/abreviar-celular/1441017/)** [consulta com a nutricionista houve a escuta e exame clínico (antropometria) onde a paciente estava com peso 74 kg, estatura 1,61m e IMC 28,5 (sobrepeso), foi prescrito uma dieta hipocalórica que vai auxiliar em uma rápida perda de peso e diminuição de calorias na alimentação da paciente e rica em fibras contribuindo para um bom funcionamento intestinal, também fornecendo uma sensação maior de saciedade, orientações dietoterápicas gerais, contudo foi marcado um retorno com 20 dias e solicitado os exames laboratoriais tais como: Hemograma, TGO,TGP, Glicose, Colesterol LDL e HDL, Triglicerídeos. Na sua 2° consulta a paciente retornou com o peso de 69,9kg e IMC 26,9 teve a avaliação dos exames onde os mesmos estava sem alteração, e a conduta foi mantida correspondente à perda de peso da paciente, novamente foi marcado um retorno pra 20 dias. Na 3° consulta a paciente teve pouca perda de peso chegou com peso de 68,8kg IMC 26,5 devido ter recaída e indução do vômito várias vezes, a conduta continuou mantida. Na 4° consulta sem existência de episódios de indução de vômitos, a conduta teve uma adaptação, a paciente estava com peso de 61,4kg e IMC 26,0 pedimos retorno com 30 dias para melhor avaliação. Na 5° consulta teve uma readaptação da conduta, com orientações nutricionais reforçadas, e a paciente estava com peso de 66,2kg e IMC 25,5 permanecemos o retorno com 30 dias. Logo na 6° consulta a conduta foi mantida a pedido da paciente, a mesma iniciou uso da medicação Rivotril, teve uma redução do peso estando com 64,5 kg e IMC 24 e retorno para 30 dias. Na 7° consulta a paciente voltou com peso de 66kg e IMC 25,4 pois teve recaída com indução de vomito várias vezes, por problemas de serviço houve troca do Psicólogo e do Psiquiatra, teve uma nova escuta, a conduta não foi modificada devido a recaída, as orientações nutricionais foram reforçadas, a paciente começou a usar Valeriana 50mg, Tiamina 100mg, Naltrexona 25mg e Hidroxitriptofano 100mg são medicações naturais e marcado retorno pra 20 dias. Na 8° consulta a paciente teve uma perda de peso chegando aos 64,6kg e IMC 24,9 considerada eutrófica, a conduta permaneceu mantida a pedido da mesma pois estava conseguindo alcançar resultados.](https://www.hardware.com.br/comunidade/abreviar-celular/1441017/)

**[CONCLUSÃO](https://www.hardware.com.br/comunidade/abreviar-celular/1441017/)**

[O presente estudo esclareceu que o tratamento nutricional é de suma importância para combater os transtornos alimentares, vale salientar que ao decorrer do acompanhamento com a paciente H.L.S a mesma conseguiu uma perda de 10kg de forma saudável, com uma dieta balanceada, e sem episódios de vômitos.](https://www.hardware.com.br/comunidade/abreviar-celular/1441017/)

**REFERÊNCIAS**

AZEVEDO, A. M. C.; ABUCHAIM, A. L. G. Bulimia nervosa: classificação diagnóstica e quadro clínico. **Transtornos alimentares e obesidade**, p. 31-9, 1998

APPOLINARIO, J. C. Transtornos alimentares. **Diagnóstico e tratamento em psiquiatria**, 2000.

MARCHI, M.; COHEN, P. Early childhood eating behaviors and adolescent eating disorders. **The Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry's**, v. 29, p. 112-7, 1990.

PATE, J. E; PUMARIEGA, A. J.; HESTER, C.; GARNER, D. M Cross-cultural patterns in eating disorders: a review, **The Journal of the American Academy of Child & Adolescent Pshychiatry’s**, v.31, n.5, p. 802-9,1992

SAITO, M.I.; SILVA, L. E. V. Adolescência: prevenção e risco. **Transtornos alimentares: anorexianervosa e bulimia**, p. 269-76, 2001.

YAGER, J.; ANDERSEN, A.; DEVLIN, M.; EGGER, H.; HERZOG. D.; MITCHELL, J. Pratice guideline for the treatment of patients with eating disorders. Second edition. In: American Psychiatric Association pratice guidelines for treatment of psychiatric disorders: compendi. **American Psychiatric Association**, v. 1, 2000.

SANTOS, A. C. **A inserção do nutricionista na estratégia da saúde da família: o olhar de diferentes trabalhadores da saúde**. Fam. Saúde Desenv., Curitiba, v.7, n.3, p.257- 265, set./dez. 2005.

MACHADO, N. M. V. et al. **Reflexões sobre saúde, nutrição e a estratégia de saúde da família**. 2006.