

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

LÍGIA RAQUEL GOMES SOUSA

**AÇÃO DOS FATORES GENÉTICOS E AMBIENTAIS NO DESENVOLVIMENTO
DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES ANOREXIA E BULIMIA**

SÃO LUÍS

2013

LÍGIA RAQUEL GOMES SOUSA

**AÇÃO DOS FATORES GENÉTICOS E AMBIENTAIS NO DESENVOLVIMENTO
DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES ANOREXIA E BULIMIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Saúde Mental da
Universidade Federal do Maranhão/UNASUS,
para obtenção do título de Especialista em Saúde
Mental.

Orientador: Vandilson Pinheiro Rodrigues

SÃO LUÍS

2013

Sousa, Lúgia Raquel Gomes

AÇÃO DOS FATORES GENÉTICOS E AMBIENTAIS NO DESENVOLVIMENTO DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES ANOREXIA E BULIMIA - São Luís, 2013.

16 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Saúde Mental) – Curso de Especialização em Saúde Mental, Universidade Federal do Maranhão/UNASUS, 2013.

1. Adolescentes – transtorno mental. 2. Nutrição. 3. Saúde mental.

CDU 616.89-008.441.42

LÍGIA RAQUEL GOMES SOUSA

**AÇÃO DOS FATORES GENÉTICOS E AMBIENTAIS NO DESENVOLVIMENTO
DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES ANOREXIA E BULIMIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Saúde Mental da
Universidade Federal do Maranhão/UNASUS,
para obtenção do título de Especialista em Saúde
Mental.

Aprovado em / /

BANCA EXAMINADORA

Vandilson Pinheiro Rodrigues (Orientador)
Mestre em Odontologia
Universidade Federal do Maranhão

1º Membro da banca

2º Membro da banca

RESUMO

O objetivo deste trabalho é revisar e discutir os achados de estudos epidemiológicos sobre a influência dos fatores genéticos e ambientais nos transtornos alimentares, responsáveis por prejuízos pessoais e sociais, com curso duradouro e variável. O trabalho caracterizou-se como uma revisão de literatura utilizando as bases de dados para acesso aos artigos científicos. Observou-se nos artigos coletados que os transtornos predominam em mulheres jovens, são crônicos e apresentam morbidade e mortalidade elevadas. Uma observação comum é a presença de outros transtornos psiquiátricos, piorando o prognóstico e dificultando as estratégias de tratamento. Sendo assim, é necessário à qualificação da equipe de saúde que presta assistência em saúde mental na identificação, implementação e acompanhamento da terapia indicada a esses indivíduos.

Palavras-chave: Transtorno alimentar. Fator genético. Fator ambiental.

ABSTRACT

The objective of this paper is to review and discuss the findings of epidemiological studies on the influence of genetic and environmental factors in eating disorders, responsible for personal and social losses, with lasting and variable course. The work was characterized as a review of the literature using databases for access to scientific articles. It was observed that the articles collected disorders prevalent in young women, are chronic and have high morbidity and mortality. A common observation is the presence of other psychiatric disorders, worsening the prognosis and treatment strategies difficult. Therefore, it is necessary for the qualification of the health team providing mental health care in the identification, implementation and monitoring of therapy given to these individuals.

Keywords: Eating Disorders, Epidemiology Comorbidities.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	06
2	OBJETIVOS.....	07
2.1	Geral.....	07
2.2	Específico.....	07
3	METODOLOGIA	07
4	REVISÃO DE LITERATURA	08
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	13
	REFERÊNCIAS.....	14

1 INTRODUÇÃO

As perturbações do comportamento alimentar ganharam espaço nos meios de comunicação, dentre essas perturbações as mais relevantes são a anorexia nervosa e a bulimia nervosa, apresentando as primeiras manifestações na adolescência e provocando sérios prejuízos familiares, sociais, na vida acadêmica, afetiva e profissional (MARTINS et al, 2010). A anorexia caracteriza-se pelo medo excessivo de ficar obesa, mesmo em mulheres magérrimas, conhecida como distorção da autoimagem. Enquanto na bulimia nervosa as pessoas apresentam um medo mórbido de engordar e após os episódios bulímicos começam as práticas purgativas. Esses transtornos iniciam-se nas fases de adolescência e adulto jovem, acometendo principalmente mulheres (CAMPAGNA e SOUZA, 2006).

A Área de Captação do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP realizou um estudo com 1474 pessoas com idade igual ou superior a 18 anos, no qual, as mulheres apresentaram maior incidência de transtornos alimentares (TA) quando comparadas ao sexo oposto. A incidência média anual de anorexia (AN) foi de 18,5 em 100.000 mulheres e de 2,5 em 100.000 homens, enquanto na bulimia (BN) atingiu 28,8 em mulheres e 0,8 nos homens, segundo revisão sistemática de 12 estudos de incidência cumulativa na população geral (PAWLUCK e GOREY, 1998). O índice de mortalidade nos TA é duas vezes maior quando comparado a outros transtornos psiquiátricos.

Evidências têm demonstrado aumento na prevalência de insatisfação com a imagem corporal em adolescentes (ALVES et al, 2008). Da mesma forma, o número de casos de anorexia e bulimia nessa fase também tem aumentado (CAMPAGNA e SOUZA, 2006). Esses distúrbios alimentares são caracterizados pelo medo mórbido de engordar, pela preocupação obsessiva com os alimentos, pelo desejo persistente de emagrecer e pela distorção da imagem corporal, causando prejuízos biológicos, psicológicos e aumento da morbimortalidade (BORGES et al., 2006).

Nos últimos anos há uma crescente incidência de casos. O presente trabalho revela o sofrimento e as complicações que podem ocorrer, mesmo em

indivíduos em tratamento, como também o mau prognóstico principalmente na presença das comorbidades, as predisposições e a gravidade desses distúrbios, que apresentam elevada mortalidade. O conhecimento pode levar os familiares a identificar esses problemas e buscar ajuda, elevando as chances de controle e/ou cura.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Revisar e analisar os achados de estudos sobre fatores relacionados a transtornos alimentares (TA), publicados em periódicos nacionais e internacionais nos últimos dez anos.

2.2 Específicos

- Coletar dados sobre fatores de risco e proteção para transtornos alimentares;
- Verificar alguns fatores ambientais e genéticos que estão associados a essas alterações;
- Enfatizar a importância de identificar tais fatores pela equipe multidisciplinar que participa da assistência do paciente com transtorno mental.

3 METODOLOGIA

As principais fontes de pesquisas utilizadas no desenvolvimento desse artigo foram artigos científicos encontrados na internet. A pesquisa bibliográfica teve como base de dados artigos dos sites AMBULIM e Google Acadêmico, sendo empregadas na busca as seguintes palavras-chave: anorexia e bulimia, distúrbios alimentares, etiologia dos transtornos alimentares, influência dos fatores genéticos e ambientes no desenvolvimento de anorexia e bulimia.

4 REVISÃO DA LITERATURA

4.1 Desordens alimentares

As desordens alimentares, de que são exemplo a anorexia nervosa, a bulimia nervosa e as desordens alimentares SOE (“Sem Outra Especificação”) representam condições psiquiátricas com sintomas no nível comportamental (por exemplo, dieta, ingestão compulsiva), físico (por exemplo, perda de peso) e psicológico (por exemplo, preocupação com a imagem corporal) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, APA, 2000). Estes problemas são caracterizados por distorções no nível perceptivo e cognitivo, necessitando de tratamento clínico (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, APA, 2002).

As pessoas que apresentam desordens alimentares tendem a assumir padrões alimentares patogênicos e comportamentos de controle alimentar que resultam de cognições disfuncionais acerca do seu corpo bem como pensamentos que interferem no seu funcionamento diário. Esta vertente psicológica das desordens alimentares tem sido reforçada pelos autores, sugerindo-se que os problemas de comportamento alimentar resultam de atitudes, comportamentos e estratégias disfuncionais associadas a uma preocupação permanente em relação ao peso e à estética corporal (SILVA e GOMES, 2012).

No que se refere à anorexia nervosa, esta é entendida como uma desordem alimentar que afeta principalmente jovens adolescentes do sexo feminino, que voluntariamente reduzem a ingestão alimentar (APA, 2000). Esta tendência tem por base um medo mórbido de engordar que leva a uma perda gradual e desejada de peso, podendo chegar em casos extremos à inanição e até a morte. Do ponto de vista somático, a anorexia caracteriza-se pela desnutrição proteico-calórica e pela amenorreia.

Quanto à bulimia nervosa, esta apresenta como principal característica episódios de ingestão alimentar incontrolláveis seguidos por algum tipo de comportamento compensatório (APA, 2002). Neste caso, verifica-se que a pessoa faz uma ingestão alimentar muito superior à que seria efetuada pela maioria dos indivíduos num mesmo período de tempo. Nestas ocasiões, a pessoa tende a

perceber uma sensação de falta de controle, não conseguindo evitar este comportamento disfuncional. O medo de engordar, os sentimentos de mal-estar e a sensação de perda de controle tende a estar na origem dos comportamentos compensatórios assumidos pelo indivíduo após os períodos de ingestão compulsiva. Como exemplo destes comportamentos podem ser referidos a indução ao vômito, o uso abusivo de laxantes e/ou diuréticos, a prática excessiva de exercício físico, além das dietas extremas ou jejuns para evitar as consequências do comportamento alimentar excessivo (APA, 2002). Ao contrário da anorexia, a pessoa com bulimia não evidencia magreza extrema, apresentando um peso normal ou ligeiramente excessivo, o que torna a patologia mais difícil de ser diagnosticada.

O vocábulo anorexia deriva do grego *an* (prefixo de negação, privação, ausência) e *orexis* apetite, (Tavares et al., 2009). O Ambulatório de Bulimia e Transtornos Alimentares do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas - AMBULIM conceitua as doenças alimentares: Anorexia nervosa AN como a busca incansável pela magreza, levando o paciente a uma severa e autoinduzida perda de peso, utilizando recursos extremos como longos períodos de jejum, recusa da ingestão de alimentos calóricos ou restrição a comer apenas um tipo de alimento, exercícios físicos excessivos, vômitos voluntários, uso de laxantes, diuréticos ou moderadores do apetite, a fim de forçar uma perda ponderal gradativa, o início desse transtorno surge entre os 12 e 16 anos.

O termo bulimia deriva do grego *bous* que significa boi ou *bou* que significa grande quantidade e *limos* que significa fome, fome muito intensa ou suficiente para devorar um boi. A Bulimia nervosa BN é caracterizada pela completa perda de controle alimentar em que o paciente ingere compulsiva e indiscriminadamente grandes quantidades de alimentos, com pouco ou nenhum prazer, em curto período de tempo, seguida por sentimento de culpa, vergonha medo de engordar, auto depreciação e tristeza, levando a indução do vômito, várias vezes ao dia, em 95% dos casos, associada ao uso de laxantes, diuréticos ou inibidores do apetite e a jejuns e exercícios físicos exagerados, os sintomas surgem entre os 18 e 23 anos, podendo aparecerem até os 40 anos (FLEMINGER et al., 2005).

4.3 Prevalência de desordens alimentares

Em termos da população geral, a prevalência de desordens alimentares não é muito elevada, embora se tenha de considerar os potenciais efeitos negativos sobre o funcionamento do indivíduo. Por exemplo, estima-se no uma prevalência da anorexia nervosa entre 0.5 e 1% para mulheres no final da adolescência e em jovens adultas. Já na bulimia nervosa, indicam-se valores entre 1% a 3% nas mulheres e 0.1% e 0.3% nos homens (APA, 2002).

A AN ocorre 8 a 10 vezes mais em mulheres do que em homens (CASTILLO et al., 2004). A prevalência de AN varia entre 0,5 e 3,7% e de BN de 1,1 a 4,2% (CASTILLO et al., 2004). Estudos apontam que entre mulheres a incidência de AN é de aproximadamente 8 em 100 mil indivíduos, enquanto de BN fica em torno de 13 casos em 100 mil indivíduos ao ano. De acordo com (KLEIN e WALSH, 2004), a prevalência média desses transtornos em homens e mulheres situa-se entre 1:10 e 1:20. Striegel Moore et al. (2003) relata o predomínio em mulheres de origem caucasiana quando comparadas as negras. Quanto às profissões as atletas, modelos e bailarinas apresentam risco aumentado para AN e BN (HOEK, 2002; KLEIN E WALSH, 2004).

4.3 Etiologia das desordens alimentares

Os TA possuem etiologia multifatorial composta por predisposições genéticas, socioculturais e vulnerabilidades biológicas e psicológicas (MORGAN et al, 2002). Há fatores que predis põem e perpetuam os TA, entre eles, a desarmonia familiar, separação do casal, falta de consistência na resposta dos pais frente às doenças e disfunção familiar (SOUZA e SANTOS, 2006). Situações de elevado estresse como gravidez, doença, luto, abuso físico e sexual, levam a uma desorganização da vida, podendo desencadear esses transtornos.

Esses fatores (hereditariedade, pessoal, familiar, sociocultural, dieta e eventos estressores) estão presentes antes de aparecer o transtorno alimentar em questão, tornando-o vulnerável ao seu aparecimento (CLAUDINO e ZANELLA,

2005). Segundo esses autores, em relação à hereditariedade, os transtornos alimentares são mais frequentes em parentes de primeiro grau dos pacientes com transtorno alimentar do que em parentes de primeiro grau de indivíduos saudáveis. O medo mórbido de engordar, a busca incessante pela magreza, distorção da imagem corporal e amenorreia como as características psicopatológicas desse distúrbio. As anoréxicas controlam rigidamente o peso, a alimentação e a forma física, permanecendo famintas por longos períodos e adotando rituais alimentares, a dedicação a estas tarefas é tanta, que as demais atividades cotidianas ficam prejudicadas.

Algumas pesquisas realizadas associam a puberdade precoce como, também, um fator de risco desencadeante do quadro de anorexia nervosa. No núcleo familiar, a inquietação da mãe em valorizar a aparência corporal da filha, a atividade física e a alimentação saudável, podendo relacionar-se a tendências a controlar o consumo alimentar dos filhos, influencia na formação de sintomas alimentares (CLAUDINO e ZANELLA, 2005).

Vale ressaltar, que na maioria das vezes, os fatores que mantêm o transtorno alimentar são diferentes dos responsáveis pelo seu desenvolvimento inicial (CLAUDINO e ZANELLA, 2005). Neste fator incluem as alterações fisiológicas e psicológicas desencadeadas pela desnutrição e pelos constantes episódios de compulsão alimentar e purgação, que tendem a perpetuar o transtorno (MORGAN, et al, 2002).

A ligação com os alimentos demonstra o sofrimento psíquico, secundário aos desequilíbrios vivenciados em outras áreas, o controle da dieta torna-se o único domínio existente. A dieta significa o sucesso pessoal diante das crises familiares e a incompetência em lidar com problemas usuais. Alterações cardiológicas (atrofia do músculo cardíaco), Cerebrais (atrofia), gastrointestinais (esvaziamento gástrico lento), hematológicas (anemia), metabólicos (hipoglicemia), hidroeletrólíticos (desidratação), hormonais (amenorreia), renais, queda de cabelo, aspecto amarelado e envelhecimento da pele, osteoporose, destruição do esmalte dos dentes, até a morte, são algumas das consequências (BORGES et., al 2006).

Eisler, I. (2005), descreve a associação entre episódios bulímicos (ingestão rápida e exagerada de alimentos) e métodos compensatórios inadequados para controle do peso (vômitos, medicamentos, dietas, exercícios físicos, uso de cafeína e cocaína). A presença de comorbidades é muito comum, principalmente em pacientes que estão em tratamento, as patologias afetivas, como depressão e distímias, os transtornos ansiosos, como fobias sociais e transtorno obsessivo compulsivo e o abuso e dependência de substâncias, apresentam prevalência significativa nesse público.

A mídia é vista como uma solicitação onde o poder se exercita. Ela educa e regula os corpos como qualquer outra forma educativa; estimula e insiste em atitudes que ela mesma considera “sintomas anoréxicos”. Ela mostra que o corpo magro é o corpo perfeito, definindo e classificando os corpos, apontando os “pontos imperfeitos”, apontando onde deve ou não melhorar, descrevendo então alternativas para corrigir esses desvios, como dietas e privações, sujeitando a pessoa à busca pela imagem ideal e perfeita (NIEMEYER e KRUSE, 2008).

As práticas religiosas e culturais de determinadas sociedades influenciam hábitos alimentares, padrões de comportamento, manipulação, mutilação do corpo e adoção de medidas não saudáveis na busca de um ideal de beleza imposto pela mídia e ou por líderes sociais. Estudo realizado nas ilhas Fiji (BECKER et al, 2002), entre 1995 e 1998, demonstrou a influência prejudicial da mídia no controle do peso das adolescentes estudadas. Os meios de comunicação estimulam o culto ao corpo e ditam os padrões de beleza, com exigência de atributos corporais que estimulam comportamentos alimentares e uso de substâncias nocivas. Segundo (NIELSEN, 2001; LOWE et al., 2001) as principais causas de mortalidade na AN são por complicações da própria doença 50 a 54%, suicídio 24 a 27% e desconhecidas 15 a 19%, enquanto na BN as taxas de mortalidade situam-se entre 0,3 a 3%.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se perceber que os transtornos alimentares são eventos complexos, que impõe grandes desafios na sua abordagem terapêutica. Em geral, os pacientes permanecem resistentes a qualquer tipo de intervenção externa, o que contribui para os altos índices de recusa e desistência antecipada do tratamento.

Observou-se nos artigos coletados que os transtornos predominam em mulheres jovens, são crônicos e apresentam morbidade e mortalidade elevadas. Uma observação comum é a presença de outros transtornos psiquiátricos, piorando o prognóstico e dificultando as estratégias de tratamento. Sendo assim, é necessário à qualificação da equipe de saúde que presta assistência em saúde mental na identificação, implementação e acompanhamento da terapia indicada a esses indivíduos.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders** (4th ed., text revision). Washington. 2002.

ALVES E, VASCONCELOS FA, CALVO MC, NEVES J. Prevalência de sintomas de anorexia nervosa e insatisfação com a imagem corporal em adolescentes do sexo feminino do município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. **Cad Saude Publica**. 24(3):503-12, 2008.

BECKER, A.E.; BURWEL, R.A.; GILMAN, S.E.; HERZOG, D.B.; HAMBURG, P.- Eating Behaviours and Attitudes Following Prolonged Exposure to Television among Ethnic Fijian Adolescent Girls. **The British Journal of Psychiatry** 180: 509-14, 2002.

CAMPAGNA VN, SOUZA AS. Corpo e imagem corporal no início da adolescência feminina. **Bol psicol**. 56(124):9-35, 2006.

BORGES NJ, SICCHIERI JM, RIBEIRO RP, MARCHINI JS, DOS SANTOS JE. **Transtornos alimentares** - quadro clínico. *Medicina (Ribeirão Preto)*.39(3):340-8, 2006.

CASTILLO, A. R. G. L. et al. **Anorexia, Bulimia e Obesidade**. Barueri – São Paulo: Manole, 2004. 1ª Ed.

CLAUDINO, A. M. e ZANELLA, M. T. **Guias de medicina ambulatorial e hospitalar**. Transtornos alimentares e obesidade. Barueri, SP: Manole, 2005.

EISLER, I. The empirical and theoretical base of family therapy and multiple family day therapy for adolescent anorexia nervosa. **Journal of Family Therapy**, 27, 104-131, 2005.

FLEMINGER, S. A model for the treatment of eating disorders of adolescents in a specialized centre in The Netherlands. **Journal of Family Therapy**, 27, 147-157, 2005.

HOEK, H.W. Distribution of Eating Disorders, In: FAIRBURN, C.G. & BROWNELL, K.D. Eating Disorders and Obesity. **The Guilford Press**, New York, 2002.

KLEIN, D.A. & WALSH, T. Eating Disorders: Clinical Features and Pathophysiology. **Physiology & Behaviour** 81(2): 359-74, 2004.

LÖWE, B.; ZIPFEL, S., BUCHHOLZ, C.; DUPONT, Y.; REAS, D.L. & HERZOG, W.- Long-term Outcome of Anorexia Nervosa in a Prospective 21-year Follow-up study. **Psychol Med** 31(5): 881-90, 2001.

MARTINS CR, PELEGRINI A, MATHEUS SC, PETROSKI EL. Insatisfação com a imagem corporal e relação com estado nutricional, adiposidade corporal e sintomas de anorexia e bulimia em adolescentes. **Rev Psiquiatr RS**. 32(1):19-23, 2010.

MORGAN, C. M.; VECCHIATTI, I. R.; NEGRAO, A. B. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e socio-culturais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, 2002.

NIELSEN, S. Epidemiology and Mortality of Eating Disorders. **Psychiatr Clin North Am** 24(2): 201-14, 2001.

NIEMEYER, F.; KRUSE, M. H. L. Constituindo sujeitos anoréxicos: discursos da revista Capricho. **Texto contexto - enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 3, Set. 2008.

PAWLUCK, D.E.; GOREY, K.M. Secular trends in the incidence of anorexia nervosa: integrative review of population based studies. **Int J. Eat Disord**. May; 23(4): 347-52, 1998.

SILVA, L; GOMES, R. Desordens alimentares no desporto: situação atual e perspectivas futuras no estudo dos fatores psicológicos. **Psicologia Clínica**, vol. 24, núm. 2, junio-diciembre, 2012.

SOUZA, L. V., & SANTOS, M. A. **A família e os transtornos alimentares**. Medicina (Ribeirão Preto), 39, 403-409, 2006.

STRIEGEL-MOORE, R.H.; DOHM, F.A.; KRAEMER, H.C.; TAYLOR, C.B.; DANIELS, S.; CRAWFORD, P.B. & SCHREIBER, G.B.- Eating Disorders in White and Black Women. **Am J Psychiatry**. 160(7): 1326-31, 2003.

TAVARES TE, MAGALHÃES PMF, TAVARES BM. A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL E SEUS EFEITOS NO TRATAMENTO DOS TRANSTORNOS DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR. **Revista de Psicologia da IMED**, vol.1, n.2, p. 160-168, 2009.