

Tratamento dos Transtornos Alimentares: o movimento cego.

Por Fernando Lyra Reis

A American Dietetic Association (1998), ADA, recomenda que o tratamento dos transtornos alimentares seja realizado por uma equipe multiprofissional, com caráter interdisciplinar. As equipes multidisciplinares são compostas por psiquiatras, clínicos gerais, psicólogos e nutricionistas, principalmente nos ambientes hospitalar e ambulatorial (GORGATI e colaboradores, 2002). No entanto, a prática interdisciplinar ainda é muito incipiente em nosso campo educacional, sofrendo ainda interferências dos interesses corporativos, bastante presentes na área da saúde.

Os principais métodos terapêuticos adotados utilizam fármacos, estratégias nutricionais e neuropsicológicas (APPOLINÁRIO E BACALTCHUK, 2002; ADA, 2001). O uso de medicamentos na síndrome anoréxica é defendido por alguns autores que consideram uma forma de psicose as distorções na percepção da imagem. Pretendem também corrigir com medicamentos as alterações do apetite e os sintomas depressivos associados (ZHU E WALSH, 2002; APPOLINARIO E SILVA, 1998).

A defesa da prescrição de medicamentos não se justifica, pois estes não são direcionados à etiologia da síndrome, já que ela é multifatorial e, portanto, desconhecida. Medicamentos antidepressivos e antipsicóticos que tiveram resultados satisfatórios em estudos abertos para a anorexia nervosa, foram criticados em ensaios clínicos randomizados, através de resultados não confirmados (LACEY et al., 1980; KAYE et al, 2001; VANDEREYCKEN E PIERLOOT, 1982; WEIZMAN et al, 1985).

Freitas (2004) observa que as drogas de escolha são a fluoxetina ou o citalopram, inibidores seletivos de recaptção da serotonina, embora alerte para a necessidade de observar os riscos desses medicamentos. E ainda ressalta que apesar da

amitriptilina proporcionar ganho ponderal, aumenta o risco de problemas cardíacos, pois são ministrados a pacientes com grande deficiência nutricional e com desequilíbrio eletrolítico. Os resultados dos estudos com os antidepressivos (clomipramina, amitriptilina e fluoxetina), e os antipsicóticos (pimozida, sulpirida) mostram que não há diferença estatisticamente significativa, na fase aguda, quando comparados ao placebo.

Além do ambiente ambulatorial onde está presente a prescrição medicamentosa, existe a terapêutica de internação hospitalar, permitida pela legislação brasileira, com o atestado de um laudo médico comprobatório e de um termo de responsabilidade da familiar responsável. No entanto, isso não é uma regra, pois em junho de 2007, uma adolescente de 15 anos na Bahia, teve sua internação determinada pela justiça, a pedido da equipe médica do Hospital São Matheus, apesar da não concordância dos pais. (reportagem Globo.com / G1 / 06/06/07 - 17h50). A matéria mostra o primeiro alimento sólido utilizado por uma paciente internada por determinação judicial (nem ela, nem a família queriam a internação). Apesar de estar sendo ministrada uma alimentação enteral (por sonda), essa paciente recebe um pedaço de chocolate. Estratégia que confirma a linha de ação no tratamento da anorexia, apresentada nos tópicos de artigos: aumentar a ingestão calórica, não importando a origem do alimento, se ele é processado, industrializado, orgânico ou não. Ramsay et al (1999) apresentam argumentos contundentes contra a internação na anorexia, ao observarem que ocorrem taxas maiores de mortalidade em pacientes internadas contra a sua própria vontade, fator ignorado pela equipe médica do Hospital São Mateus em 2007. Importante observar que a terapêutica alimentar ministrada no ambiente hospitalar também pode levar a maiores danos, já que somente se preocupa com o aumento do IMC, sem perceber a toxicidade presente na própria alimentação.

Na abordagem nutricional a meta visa fundamentalmente o aumento da ingestão de calorias, para que ocorra uma recuperação do peso, estratégia defendida por vários autores, como Rock e Curran-Celentano (1996); Dempsey e outros (1984); Vaisman e outros (1991). A ADA (2001) determina que o nutricionista deve monitorar a ingestão dietética para assegurar um ganho de peso apropriado, posição acompanhada pela APA (2000), ao estabelecer que as metas no tratamento nutricional na anorexia nervosa envolvem o restabelecimento do peso, e a normalização do padrão alimentar, através de um ganho de peso controlado, recomendando valores entre 900g e 1300g por semana para pacientes que estejam em enfermarias, e 250g e 450g, também por semana, para pacientes em ambulatório. Macarson (2002) estipula que 1.200 Kcal/dia é o valor mínimo energético total da dieta. Podemos observar que não há uma preocupação com o tipo de alimento a ser ministrado, mas com seu valor calórico, a fim de tentar repor o IMC da paciente.

Os tratamentos descritos anteriormente não foram estruturados na etiologia da anorexia, pois, como já dito, ela é multifatorial, ou seja, desconhecida. O prognóstico no tratamento da anorexia apresenta uma taxa baixa de recuperação em torno de 36%, em vários registros (HALMI, 2000), e uma previsão de período para tratamento, que pode ultrapassar 10, ou mesmo, 15 anos (KEEL et al, 2002). Além disso, o critério de melhora varia entre diversos autores. Keel et al. (1997) consideram a paciente recuperada apenas com a diminuição na frequência das compulsões, não havendo necessidade de cessar todos os sintomas. Vários autores destacam a ineficiência, a dificuldade, e a resistência das próprias pacientes.

O tratamento da anorexia nervosa e bulimia tende a ser árduo, prolongado e de resultados duvidosos e, muitas vezes, insatisfatórios. Isso se deve, em parte, às condições inerentes à doença que, na sua complexidade e rebeldia, representa um

desafio a qualquer esforço terapêutico. (RIBEIRO et al, 1998, P.51).

É preciso lembrar que sem compreender a etiologia, ou seja, a causa primária da patologia, não há como estruturar um tratamento eficiente, a não ser por sorte.

**Um transtorno alimentar pode ser revertido através de um caminho alimentar
Mas esse caminho precisa estar em frequência diferente da gerada pelo Capital
A ALIMENTAÇÃO-VIVA subverte o tempo controlado pelo Capital,
o conceito de lixo, mesmo aquele que é chamado de reciclável¹,
a lógica do armazenamento²,
o gasto energético,
e ignora a grande maioria de produtos dispostos no mercado alimentício.**

¹ A reciclagem do lixo é uma forma de mito, pois não soluciona o problema, já que somente se recicla o que interessa, além de se gastar elevada energia no respectivo processo.

² Armazenar e acumular são princípios básicos do capitalismo.