

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

LISANDRA SANTOS DE SOUZA

**PAPEL DA ATIVIDADE FÍSICA NO MANEJO CLÍNICO DURANTE A
INTERNAÇÃO DE PACIENTES COM TRANSTORNOS ALIMENTARES: UMA
REVISÃO**

PORTO ALEGRE

2014

LISANDRA SANTOS DE SOUZA

**PAPEL DA ATIVIDADE FÍSICA NO MANEJO CLÍNICO DURANTE A
INTERNAÇÃO DE PACIENTES COM TRANSTRONOS ALIMENTARES: UMA
REVISÃO**

Trabalho de conclusão de Curso de Especialização apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Profa. Dra. Aline Petter Schneider

Porto Alegre

2014

SUMÁRIO

1. Transtornos alimentares	5
1.1 Anorexia nervosa	6
1.2 Bulimia nervosa	9
1.3 Eating Disorder Not Otherwise Specified (EDNOS)	11
2. Atividade física x transtornos alimentares	12
3. Tratamento em transtornos alimentares.....	15
3.1 A atividade física no tratamento de transtornos alimentares	17
3.2 Internações em transtornos alimentares	19
4. Políticas públicas em transtornos alimentares	22
4.1 Política nacional de promoção da saúde (PNPS).....	23
4.2 Política nacional de alimentação e nutrição (PNAN)	24
4.3 Vigilância alimentar e nutricional (VAN) e sistema de vigilância alimentar e nutricional (SISVAN)	26
4.4 Programa de saúde na escola (PSE).....	28
REFERÊNCIAS	29
ARTIGO: PAPEL DA ATIVIDADE FÍSICA NO MANEJO CLÍNICO DURANTE A INTERNAÇÃO DE PACIENTES COM TRANSTORNOS ALIMENTARES: UMA REVISÃO¹	31
ANEXOS.....	45

REVISÃO DE LITERATURA

Este trabalho está organizado em revisão de literatura e artigo a ser submetido à Revista de Psiquiatria Clínica. A revisão de literatura tem como finalidade apresentar aspectos relacionados à atividade física no manejo de pacientes com transtornos alimentares durante o período de hospitalização. Esta revisão está dividida em quatro tópicos:

1. Transtornos alimentares;
2. Atividade física x transtornos alimentares;
3. Tratamento em transtornos alimentares;
4. Políticas públicas em transtornos alimentares;

1. Transtornos alimentares

As primeiras relações dos seres humanos com o mundo acontecem via oral, através do choro e do aleitamento materno. O bebê reconhece a figura materna, sente seu calor, toque e cheiro na qual o situam no mundo. Ao longo de suas vidas, os laços com o mundo externo fortificam-se através de sentimentos, gestos e palavras. No período Operatório-Concreto, esta relação com o mundo é permeada pelas manifestações simbólicas, na qual a criança precisa do objeto para expressar-se e poder fazer ligações de pensamentos com a realidade. Essas relações estendem-se ao longo de nossas vidas, hora mais significativas, hora menos. A comida pode ser um dos objetos simbólicos assumidos na vida das pessoas. Na anoréxica, representa sentimentos de recusa, depressão e tristeza. Na bulímica, a voracidade, euforia, descontrole e poder. Amor e ódio de um compulsivo. Isto demonstra que tal relação não é apenas transtorno alimentar, bulimia e anorexia, mas sim forma conturbada de relacionar-se, expressar-se e revelar-se para si e para o mundo. (LEAL, 2005)

Os transtornos alimentares atingem principalmente mulheres, que são mais suscetíveis às influências da sociedade, cultura e mídia. Este tipo de patologia não deve ser tratado como estanque, pois os aspectos que a norteiam e a desencadeiam, podem ser de múltiplas origens: genéticas, comportamentais, psicológicas ou sociais.

Padrões distorcidos de beleza impostos pela sociedade, incentivam dietas rigorosas, o excesso de exercícios físicos e uso indiscriminado de laxantes, diuréticos e drogas anorexígenas, considerados comportamentos precursores de transtornos do comportamento alimentar. (OLIVEIRA, 2003)

1.1 Anorexia nervosa

A Anorexia Nervosa tem como principal característica a inanição, embora a perda de apetite seja rara até o final da doença. É característico também, medo excessivo em manter o peso corporal real ou acima do mínimo esperado, exibindo dramática perturbação da imagem corporal, possibilitando sentimentos de impotência e dificuldades de autonomia e individualidade. Existem alguns fatores que chamamos de predisponentes, que podem ser individuais (personalidade, transtornos psiquiátricos, tendência à obesidade e eventos adversos), familiares e sócio-culturais, os quais interagem entre si, originando os transtornos alimentares ou transtornos psiquiátricos em geral. (MORGAN e cols, 2002; KAPLAN e cols, 2003).

O transtorno alimentar é permeado por cadeia de tópicos, na qual, os traços de personalidade e os fatores sócio-culturais destacam-se na sua base. A baixa autoestima, autoavaliação negativa e traços obsessivos e perfeccionistas interagem com a cultura presenciada hoje, na qual o ideal de beleza centrado na magreza é sugerido e reforçado por todos os meios de comunicação.

Os pacientes de anorexia tendem a apresentar os laços familiares enfraquecidos e ainda má relação familiar, pois evitam fazer refeições com membros da família e em locais públicos, fazendo assim com que as relações sociais percam importância, bem como o interesse sexual (informação verbal)¹. Claudino¹ coloca que dessa maneira, a incessante luta contra os alimentos e controle da fome para atingir o maior grau de magreza possível acontece de forma silenciosa, assim como dieta altamente restritiva, a prática excessiva de atividade

¹ Informação fornecida pela Dra. Angélica Claudino em curso de Aperfeiçoamento em Transtornos Alimentares em Abril de 2006.

física para obter maior gasto de energia possível, o aumento da insatisfação com o seu corpo e alguns rituais peculiares no momento das refeições.

Kaplan e cols (2003) relatam que alguns pacientes não conseguem controlar continuamente a restrição voluntária da ingestão de alimentos e, assim, têm episódios de voracidade. Esses episódios, geralmente ocorrem em segredo, freqüentemente à noite, como conseguinte a indução de vômitos, abuso de laxantes e/ou diuréticos a fim de perderem peso. O autor destaca também, a tabela do DSM-IV², a qual classifica a AN em dois tipos:

“Tipo Restritivo: durante o episódio atual de Anorexia Nervosa, o indivíduo não se envolveu regularmente em um comportamento de comer compulsivamente ou de purgação.

Tipo Compulsão Periódica/Purgativo: durante o episódio atual de Anorexia Nervosa, o indivíduo envolveu-se regularmente em um comportamento de comer compulsivamente ou de purgação (isto é, autoindução de vômito ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas).”(KAPLAN, 2003)

Indivíduos diagnosticados com Anorexia Nervosa preocupam-se demasiadamente com a forma corporal, com os alimentos a serem ingeridos, tabelas nutricionais, receitas menos calóricas, tipos de exercícios nos quais o consumo de energia é maior, propiciando gasto calórico elevado, em substituição as preocupações naturais da adolescência como: relações sociais, namoros e estudos.

Achados na literatura psiquiátrica relatam algumas complicações médicas relacionadas à demasiada perda de peso:

² DSM-IV, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4ª ed. Copyright American Association, Wasgington, 1994.

- Caquexia que é caracterizada pela perda de gordura, massa muscular, intolerância ao frio e dificuldades para manter a temperatura corporal básica;
- Cardíacas: perda do músculo cardíaco, coração pequeno, arritmias, bradicardia, taquicardia ventricular e morte súbita;
- Digestivos-gastrointestinais: inchaço, constipação, dor abdominal;
- Reprodutivas: amenorréia, baixos níveis de hormônio luteinizante e folículo-estimulante;
- Dermatológicas: Laguno (cabelos finos pelo corpo) e edemas;
- Hematológicas: leucopenia;
- Neuropsiquiátricas: sentido ou paladar anormal, depressão;
- Esqueléticas: Osteoporose.

Os indivíduos que induzem vômitos podem apresentar erosão do esmalte dentário e alguns apresentam também cicatrizes e calos no dorso das mãos, causados pelo contato com os dentes quando utilizam as mãos para induzir o vômito, além de convulsões, relacionadas a grandes alterações nos fluídos e perturbações eletrolíticas; inflamações e aumento do tamanho das glândulas salivares e pancreáticas e erosão esofágica e gástrica. (KAPLAN, 2003; BALLONE, 2002).

1.2 Bulimia nervosa

Bulimia nervosa caracteriza-se pela freqüente compulsão alimentar, com ingestão em um período curto de tempo (menor que 2h), de grande quantidade de alimento. Esses episódios são frequentemente acompanhados de sentimentos de perda de controle sobre a quantidade de alimentos ingeridos e seguidos muitas vezes de eventos compensatórios para prevenção do ganho de peso (vômitos autoinduzidos, prática extenuante de exercícios, jejuns, etc.). (OLIVA, 2001) Kaplan, e cols (2003), relata que,, de acordo com os critérios diagnósticos de Bulimia Nervosa na quarta edição do manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos (DSM-IV), a compulsão periódica e os comportamentos compensatórios devem ocorrer em média pelo menos duas vezes por semana, ou por três meses. (KAPLAN, 2003). O DSM-IV descreve que há dois tipos de bulimia nervosa: tipo purgativo, onde o indivíduo provoca vômitos regularmente ou utiliza indevidamente laxantes ou diuréticos; e o *tipo* sem purgação, onde o indivíduo usa outros comportamentos compensatórios inadequados para evitar o ganho de peso, como jejum e exercícios, mas não realiza purgação.

Acredita-se que tanto os pacientes de BN (colocar em parênteses onde aparecer primeira vez bulimina nervosa: ex bulimia nervosa (BN) como os de AN (igual bulimia), sofram as mesmas pressões sociais para a magreza. Tornam-se cada vez mais rigorosos consigo mesmos e utilizam métodos inadequados para conseguir o corpo que almejam. Este, sendo objeto de desejo, busca incessante pela perfeição, acaba fazendo com que pacientes sintam-se cada vez mais deprimidas, pois é por pura ilusão que acreditam que o corpo perfeito trará a felicidade, ainda por preocuparem-se demasiadamente com a imagem e o modo de como as pessoas ao seu redor as vêem.

A sociedade vive a busca por justificativas para o desencadeamento da BN, e Kaplan e cols (2003) nos traz informação muito importante:

“A bulimia ocorre em indivíduos com altas taxas de transtornos de humor e transtornos de controle dos impulsos, sendo também relatada em indivíduos em risco para transtornos relacionados a substâncias e uma variedade de transtornos de personalidade. Os pacientes com bulimia nervosa também têm taxas aumentadas de transtornos de ansiedade, transtorno bipolar I e transtornos dissociativos, e histórias de abuso sexual.” (Kaplan, 2007)

Desta forma, podemos concluir que os transtornos alimentares não são doenças que podemos tratar como estanques, devem ser ramificados para as áreas afins, pois estas patologias geralmente estão associadas a transtornos psíquicos; ou; pois a deturpação da autoimagem geralmente é um reflexo de alteração patológica da saúde mental das pacientes.

1.3 Eating Disorder Not Otherwise Specified (EDNOS)

EDNOS é a categoria mais comum de transtorno alimentar visto em regime ambulatorial. Não preenchem os critérios DSM-V para AN ou BN. (FABUIM, 2007) Indivíduos com EDNOS geralmente se encaixam em um dos três grupos: sintomas subliminares de AN ou BN, características comuns em ambas as doenças ou comportamentos alimentares extremamente atípicos, e não são caracterizados por qualquer um dos distúrbios estabelecidos. (TEIXEIRA, 2009)

2. Atividade física x transtornos alimentares

Primeiramente, vale trazer à pesquisa análise conceitual realizada por Caspersen e cols. apud Teixeira PC e cols. Segundo os autores:

“... atividade física é qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que resulta em um gasto energético maior do que os níveis de repouso. Já o exercício físico é uma atividade física estruturada, ou seja, uma sequência planejada de movimentos repetidos sistematicamente, que possui frequência, duração e intensidade delineadas, com o objetivo de melhorar ou manter um ou mais componentes da aptidão física relacionada à saúde. Esporte é uma atividade física que envolve habilidade e capacidades motoras específicas de uma modalidade, com regras predeterminadas, que visa à competição entre os participantes.” (CASPERSEN, 2009)

Teixeira, e cols, classificam a atividade física em três níveis: leve, equivalente a 4 METs³; moderada, equivalente a 6 METs; e vigorosa, equivalente a 8 METs. A título de exemplo, classificam uma caminhada rápida (na qual o indivíduo ainda consiga manter uma conversa) como uma atividade moderada. (TEIXEIRA, 2009).

Os benefícios trazidos pela prática regular de exercícios físicos já são de amplo conhecimento, considerando toda a literatura e estudos realizados nesta área. Desde benefícios fisiológicos, psicológicos, sociais, até a prevenção dos mais variados tipos de doenças (cardiovasculares, osteoarticulares, etc.)

Davis,C. e Kaptein,S. (2006), em seu artigo, colocam que, na busca por uma imagem corporal melhorada, o exercício pode ser visto como um complemento atraente e eficiente para fazer dieta com a finalidade de gastar

³O MET é expresso em consumo de oxigênio em repouso por unidade de massa corporal; assim, 1 MET equivale a 3,5 mL/kg/min. Exemplificando, uma atividade física realizada para 2 METs requer duas vezes o metabolismo de repouso de um indivíduo, 3 METs são três vezes o valor de repouso, e assim por diante

calorias e melhorar o tônus muscular. A combinação de restrição calórica e exercício assíduo é um conjunto de alto risco de comportamentos, no entanto, a prática excessiva de exercícios físicos pode prejudicar a saúde. (DAVIS, 2006) Teixeira e cols, , ensinam que é o que costuma ocorrer com indivíduos com transtornos alimentares, que a utilizam como forma inadequada de perder peso, muitas vezes, de forma compulsiva. (TEIXEIRA, 2009).

Bratland-Sanda e cols, relatam que a prática de atividade física excessiva tem sido um comportamento mais frequente nas fases agudas dos transtornos alimentares. Segundo os autores, também associado aos casos mais graves da psicopatologia, esta prática excessiva de atividades traz uma piora nos resultados ao tratamento e maior risco de recaída. (BRATLAND-SANDA, 2009)

Conforme Teixeira, e cols, acredita-se que 80% dos pacientes com BN e 55% daqueles diagnosticados com AN em algum momento praticam compulsivamente exercício físico, sendo bastante comum este hábito. No entanto, os critérios diagnósticos do DSM-IV e CID-10, citam esse comportamento (exercício físico vigoroso) para prevenção de aumento de peso exclusivamente para indivíduos diagnosticados com bulimia nervosa. Para os pacientes com diagnóstico de anorexia nervosa, o exercício físico excessivo é apenas citado nos critérios. (TEIXEIRA, 2009)

Vários estudos sobre a divergência nas classificações sobre o termo que caracteriza o exercício não saudável praticado por pacientes com TA. Adkins e cols,⁴ subdividiram o exercício físico em quantitativo (excessivo, relacionado à

⁴ Adkins EC, Keel PK, apud Teixeira, PC e cols. **A prática de exercícios físicos em pacientes com transtornos alimentares.** São Paulo, 2009 (36) 4, 145-52.

frequência, duração e intensidade) e qualitativo (“compulsivo”, relacionado à incapacidade de trocar o exercício físico por outras atividades de lazer ou familiares, sem um sentimento de culpa). Este último deflagra quadros de ansiedade, depressão e irritabilidade. Concluíram que o exercício físico excessivo qualitativo tem importante correlação clínica com o diagnóstico de indivíduos com transtornos alimentares, muito mais do que o exercício quantitativo. (ADKINS, 2009)

3. Tratamento em transtornos alimentares

Existem muitos estudos e artigos tratando dos tipos de tratamentos indicados para TA. No entanto, o presente artigo tem como finalidade demonstrar o papel da atividade física no manejo dos pacientes com estes transtornos, logo, não há porque tecer maiores considerações acerca de tratamentos específicos em áreas como nutrição ou psiquiatria, sob pena de desviarmos do foco proposto.

Considerando a complexidade dos transtornos alimentares, que afetam o indivíduo em vários aspectos, Silva LM e Santos MA (2006) descrevem a necessidade de uma equipe multiprofissional no tratamento destes transtornos, conforme transcrição abaixo:

O tratamento de pacientes com transtornos alimentares – anorexia e bulimia nervosas – constitui-se em um grande desafio para os profissionais da área da saúde em geral. As evidências acumuladas na literatura científica mostram que estes transtornos requerem a atenção de uma equipe multiprofissional. Dada à complexidade com que se apresentam e da multiplicidade de áreas do comportamento humano que são afetadas – física, psicológica, social, cultural, econômica – essas síndromes psicossomáticas de etiopatogenia multifatorial dificilmente podem ser tratadas por um profissional isoladamente.⁵

Segundo os autores, a literatura não cita a obrigatoriedade de uma equipe multidisciplinar para tratar casos de TA, porém os mesmos sugerem que esta seria a maneira mais adequada para lidar com estes casos devido à sua complexidade.

⁵ Silva LM, Santos MA. Construindo pontes: relato de experiência de uma equipe multidisciplinar em transtornos alimentares. Medicina (Ribeirão Preto) 2006; 39 (3): 415-24.

Estas equipes multiprofissionais são, geralmente formadas por nutricionistas, médicos nutrólogos, psiquiatras, psicólogos e, nos casos de internação hospitalar, enfermeiros e terapeutas ocupacionais.

Evidentemente que, em que pese não apareça na formação da equipe proposta por Silva LM e Santos MA (2006), resta claro que não há como não somar ao grupo apresentado o Educador Físico. No próximo tópico tratar-se-á exclusivamente do emprego da atividade física no tratamento dos transtornos alimentares.

3.1 A atividade física no tratamento de transtornos alimentares

Hausenblas e cols.(2008) apud Teixeira PC e cols. (2009), “*relatam que o exercício praticado regularmente pode contribuir com o tratamento de pacientes com TA, atuando principalmente nos aspectos psicológicos*”. De acordo com os autores, dentre os benefícios fisiológicos, psicológicos e sociais do exercício físico, pode-se verificar o seguinte:

- Fisiológicos: aumento da força muscular e da densidade óssea e diminuição níveis de colesterol, de cor crônica e de risco de insônia, entre outros;
- Psicológicos e sociais: melhora da imagem corporal, aumento da autoestima, autonomia e convívio social e diminuição da depressão, ansiedade, estresse e do isolamento social.

No entanto, os autores defendem que o exercício físico não deve ser praticado no caso de pacientes com TA que fazem restrição alimentar e não estão hospitalizados e em fase de recuperação de peso.

Um estudo de Beumont e cols.⁶, recomenda a utilização do exercício físico, como ferramenta coadjuvante, no tratamento de pacientes hospitalizados com TA. No entanto, os autores esclarecem que os pacientes não podem apresentar qualquer outra patologia que impeça a prática de exercícios físicos, especialmente doenças cardiovasculares.

⁶ Beumont e cols.(1994) apud Teixeira e cols.. **A prática de exercícios físicos em pacientes com transtornos alimentares.** São Paulo, 2009 (36) 4, 145-52.

No referido estudo, os autores apresentam uma série de cuidados que devem ser respeitados no manejo de um programa com estes pacientes, além dos objetivos buscados. Ensinam, ainda, que o programa deve atuar na flexibilidade, postura, força, atividades em grupo e atividades aeróbicas de intensidade moderada. Definem também quais exercícios são proibidos, tais como atividades aeróbicas vigorosas e atividades de alto impacto.

Szabo e Green (2002) apud Teixeira, PC (2009) também realizaram um estudo com a finalidade de avaliar os benefícios de um programa de exercícios físicos, especificamente de resistência muscular, em pacientes com AN, hospitalizadas. Após oito semanas, as pacientes apresentaram melhora significativa na composição corporal e também no bem-estar psicológico. No entanto, os autores não verificaram uma diferença estatística relevante entre estas pacientes e aquelas que não foram submetidas ao programa. Diante disso, estes autores concluíram que não houve vantagens nem desvantagens na implantação do referido programa no tratamento de pacientes com AN.

3.2 Internações em transtornos alimentares

Considerando que grande parte da bibliografia utilizada no presente artigo teve em suas amostras pacientes hospitalizados, é importante tecermos algumas considerações sobre o assunto, mesmo que de forma superficial.

Antes, porém, são importantes algumas considerações acerca dos critérios do índice de massa corporal (IMC), que é uma medida internacional, reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e utilizada para verificar se um indivíduo está ou não no seu peso ideal.

O cálculo do IMC é realizado dividindo-se o peso (em quilogramas) pela altura (em metros) ao quadrado⁷, ou seja:

$$\text{IMC} = \frac{\text{massa}}{(\text{altura} \cdot \text{altura})}$$

O resultado desse cálculo é o IMC do indivíduo, que deve ser analisado frente à tabela⁸ abaixo:

IMC	Classificação
< 16	Magreza grave
16 a < 17	Magreza moderada
17 a < 18,5	Magreza leve
18,5 a < 25	Saudável
25 a < 30	Sobrepeso
30 a < 35	Obesidade Grau I

⁷ <http://www.calculoimc.com.br/>, acesso em 23/06/2014.

⁸ http://pt.wikipedia.org/wiki/%C3%8Dndice_de_massa_corporal, acesso em 23/06/2014.

35 a < 40	Obesidade Grau II (severa)
≥ 40	Obesidade Grau III (mórbida)

De acordo com Cervi, A et al. (2005):

A OMS em 1995, baseando-se nos riscos de mortalidade associada com o baixo IMC, definiu a presença de IMC baixo como magreza ou baixo peso e estabeleceu os seguintes pontos de cortes, de acordo com os graus de baixo peso: grau I - magreza leve (IMC 17,0 - 18,49kg/m²); grau II - magreza moderada (IMC 16,0 - 16,99kg/m²); grau III - magreza intensa (IMC<16,0).

Ainda baseando-se no risco de mortalidade associado ao IMC a World Health Organization (WHO)³⁴, em 1998, propôs a utilização dos seguintes pontos de corte para classificação do estado nutricional de adultos e idosos: baixo peso (IMC<18,5kg/m²), eutrofia (IMC 18,5-24,9kg/m²), sobrepeso (IMC≥25kg/m²) e obesidade (IMC≥30kg/m²). Essa classificação também propôs a separação de obesidade em graus, de acordo com risco de mortalidade: pré-obeso (IMC 25-29,9kg/m²), obesidade classe I (IMC 30,0-34,9kg/m²), obesidade classe II (35,0-39,9kg/m²) e obesidade classe III (IMC≥40,0kg/m²).

Feitas estas considerações, passemos ao tema “internações”. Palma RFM e cols⁹ (2013), em seu estudo sobre a hospitalização integral para tratamento de transtornos alimentares apresentam considerações interessantes, dentre as quais: os motivos pela opção da modalidade terapêutica de hospitalização integral e em quais casos esta modalidade é indicada.

Os autores destacam que esta modalidade é utilizada quando outras formas de tratamento não surtiram os efeitos esperados nos pacientes de TA, ou seja, falharam ou não atingiram resultados satisfatórios.

Segundo o estudo, a hospitalização integral é indicada, geralmente, nos casos em que o paciente apresenta um estado nutricional insatisfatório, o que

⁹ Palma RFM et al. **Hospitalização integral para tratamento dos transtornos alimentares: a experiência de um serviço especializado.** Jornal brasileiro de psiquiatria, vol.62, nº.1, Rio de Janeiro, 2013.

seria, na maioria das vezes, peso abaixo de 75% do IMC adequado ou perda de 15% do peso em três meses, entre outros fatores.

4. Políticas públicas em transtornos alimentares

As políticas públicas no âmbito da prevenção da obesidade e dos transtornos alimentares são temas de muita discussão. Atualmente, acredita-se que essas políticas tenham um caráter intersetorial, ou seja, são permeadas por questões políticas na área da saúde, educação, cultura, comércio e mídia.

A alimentação e a nutrição constituem requisitos básicos para a promoção e a proteção da saúde, possibilitando a afirmação plena do potencial de crescimento e desenvolvimento humano, com qualidade de vida e cidadania. No plano individual e em escala coletiva, esses atributos estão consignados na Declaração Universal dos Direitos Humanos, promulgada há 50 anos, os quais foram posteriormente reafirmados no Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1966) e incorporados à legislação nacional em 1992. (BRASIL,1999)

4.1 Política nacional de promoção da saúde (PNPS)

Em 30 de março de 2006, é aprovada a Portaria de nº 687¹⁰ que considera a necessidade de implantação e implementação de diretrizes e ações para Promoção da Saúde em consonância com os princípios do SUS; e leva em consideração o Pacto pela Saúde, o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão do SUS, firmado entre as três esferas de governo para a consolidação do SUS.

O objetivo da PNPS é promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais.

¹⁰ Ministro da Saúde. **Portaria 687** de 30 de Março 2006

4.2 Política nacional de alimentação e nutrição (PNAN)

A PNAN, foi uma das primeiras políticas setoriais do Sistema Único de Saúde (SUS). O Ministério da Saúde (2012) destaca a PNAN, aprovada no ano de 1999, que integra os esforços do Estado Brasileiro que por meio de um conjunto de políticas públicas propõe respeitar, proteger, promover e prover os direitos humanos à saúde e à alimentação e controlar os distúrbios nutricionais. Em nova edição, publicada em 2011, a PNAN apresenta como propósito a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional, a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição. De acordo com o Departamento de Atenção Básica - DAB (2014), a PNAN também reconhece as necessidades alimentares especiais como demanda para a atenção nutricional no SUS, referidas na política como sendo as necessidades alimentares, sejam restritivas ou suplementares, de indivíduos portadores de alteração metabólica ou fisiológica que cause mudanças, temporárias ou permanentes, relacionadas à utilização biológica de nutrientes ou a via de consumo alimentar (enteral ou parenteral).

Para tanto está organizada nas seguintes diretrizes:

- Organização da atenção nutricional;
- Promoção da alimentação adequada e saudável;
- Vigilância alimentar e nutricional;
- Gestão das ações de alimentação e nutrição;
- Participação de controle social;

- Qualificação da força de trabalho;
- Pesquisa, inovação e conhecimento em alimentação e nutrição;
- Controle e regulação dos alimentos;
- Cooperação e articulação para segurança alimentar e nutricional

Para impulsionar o combate à desnutrição, a Portaria de nº 2.387 de 18 de Outubro de 2012, institui a Agenda para Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil em municípios com maior prevalência deste agravo em crianças menores de cinco anos de idade. Esta é uma estratégia para concretizar o propósito da PNAN, que é melhorar as condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira. Assim, a Agenda visa à estruturação e qualificação de ações para o enfrentamento da desnutrição na Rede de Atenção à Saúde, especialmente no âmbito da Atenção Básica, em consonância com o Brasil Carinhoso e a Rede Cegonha. (BRASIL, 2014)

4.3 Vigilância alimentar e nutricional (VAN) e sistema de vigilância alimentar e nutricional (SISVAN)

Em Outubro de 2004, o Ministério da Saúde institui e divulga orientações básicas para a implementação das Ações da VAN, no âmbito das ações básicas de saúde do SUS, em todo o território nacional. Considerando a importância da valorização e da utilização da avaliação nutricional como recurso para a promoção da saúde e prevenção de doenças na população brasileira, também ressaltando que as ações do SISVAN são um importante instrumento para o diagnóstico e a avaliação da situação de Segurança Alimentar e Nutricional do País, o SISVAN apresenta os seguintes objetivos:

- Fornecer informação contínua e atualizada sobre a situação alimentar e nutricional dos municípios e dos estados;
- Identificar áreas geográficas, segmentos sociais e grupos populacionais sob risco dos agravos nutricionais;
- Promover o diagnóstico precoce dos agravos nutricionais, seja de baixo peso ou sobrepeso e/ou obesidade, possibilitando ações preventivas às conseqüências desses agravos;
- Possibilitar o acompanhamento e a avaliação do estado nutricional de famílias beneficiárias de programas sociais; e
- Oferecer subsídios à formulação e à avaliação de políticas públicas direcionadas à melhoria da situação alimentar e nutricional da população brasileira.

A Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) nos serviços de saúde inclui a avaliação antropométrica (medição de peso e estatura) e do consumo alimentar cujos dados são consolidados no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

(SISVAN), apoiando gestores e profissionais de saúde no processo de organização e avaliação da atenção nutricional, permitindo que sejam observadas prioridades a partir do levantamento de indicadores de alimentação e nutrição da população assistida. Destaca-se ainda que o SISVAN permite o registro dos dados da população atendida na atenção básica, com destaque para os beneficiários do Programa Bolsa Família.

4.4 Programa de saúde na escola (PSE)

De acordo com Departamento da Atenção Básica (DAB) a nota técnica conjunta nº 56/2014 em 29 de Abril de 2014, o PSE foi instituído em 2007 pelo Decreto Presidencial nº 6.286 . Foi criado a fim de constituir políticas intersetoriais para a melhoria da qualidade de vida da população brasileira. O programa é uma estratégia intersetorial entre o Ministério da Educação, com o objetivo de promover a atenção integral à saúde dos estudantes da rede pública de educação básica por meio das ações de promoção, prevenção e atenção à saúde. Nesse contexto, as políticas de saúde e educação voltadas às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira estão unindo-se para promover o desenvolvimento pleno desse público.

REFERÊNCIAS

BALLONE, G.J. Anorexia Nervosa, in. **Psiquweb**, Internet, disponível em <http://www.psiqweb.med.br/> Revisto em 2007. Acesso em: 05 jan. 2014.

BRASIL. Diário Oficial da União. **Portaria nº 710**. Brasília, DF, Jun. 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Diário Oficial da União. **Portaria nº 687/ GM.** Brasília, DF, Jun. 1999.

BRASIL. Prevenção e Controle de Agravos Nutricionais, in **DAB**. Disponível na internet em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pcan.php. Acesso em 12 jun. 2014

BRASIL. Programa de Saúde na Escola, in **DAB**. Disponível na internet em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pse.php>. Acesso em: 03 jun. 2014.

BRATLAND-SANDA et al. Physical Activity and exercise dependence during inpatient treatment of longstanding eating disorders: an exploratory study of excessive and non-excessive exercises. **Int. J. Eat. Disord.**, 2010. Apr 43: 266–273. doi: 10.1002/eat.20769

DAVIS C. e KAPTEIN S. Anorexia Nervosa with excessive exercise: a phenotype with close links to obsessive-compulsive disorder. **Psychiatry Res.** 2006 Jun 15;142(2-3):209-17. Epub 2006 May 12

FAIRBUM, C.G. et al. A gravidade e estado de transtorno alimentar NOS: implicações para o DSM-V. **Behav Res Ther.** 2007 Agosto 45 (8):1705-1715

LEAL, G. Você tem fome de quê? **Revista Viver Mente e Cérebro**, São Paulo, ano XIII, n. 152, p.48-61, Set. 2005.

KAPLAN, H. I. **Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2003. 1169p.

MORGAN, et al. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, vol.24. 2002. Suplemento III. p.18-23.

OLIVA, C.A. G, FAGUNDES, U. Aspectos clínicos e nutricionais dos transtornos alimentares. **Psiquiatria na prática médica**. São Paulo, v. 34, n. 2, Abr./Jun. 2001.

OLIVEIRA, e cols. Comportamento alimentar e imagem corporal em atletas. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, São Paulo, v. 9, n. 6, Nov./Dez. 2003.

TEIXEIRA, PC e cols. A prática de exercícios físicos em pacientes com transtornos alimentares. **Revista de Psiquiatria Clínica**. São Paulo, 2009 (36) 4, 145-52.

SILVA, LM e SANTOS, MA. **Construindo pontes: relato de experiência de uma equipe multidisciplinar em transtornos alimentares**. Medicina (Ribeirão Preto) 2006; 39 (3): 415-24.

**PAPEL DA ATIVIDADE FÍSICA NO MANEJO CLÍNICO DURANTE A
INTERNAÇÃO DE PACIENTES COM TRANSTORNOS ALIMENTARES: UMA
REVISÃO¹**

**Role of physical activity in clinical management during detention of
patients with eating disorders: a review**

Autores:

Lisandra Santos de Souza

Pós-graduanda em Saúde Pública – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Endereço: Mauro Guedes de Oliveira, 251/304 B

91050090 – Porto Alegre, RS - Brasil

E-mail: li_lisandra@hotmail.com

Aline Petter Schneider

Doutora em Ciências da Saúde

Professora Adjunta do Departamento de Medicina Social da Faculdade de
Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2440 – UFRGS

90035003 - Porto Alegre, RS - Brasil

E-mail: aline@ipgs.com.br

Autor para correspondência: li_lisandra@hotmail.com

¹ Este artigo será submetido à Revista de Psiquiatria Clínica.

RESUMO

Introdução: A prática de exercícios regulares é recomendada para garantir uma vida saudável, proporcionando aos seus praticantes benefícios físicos e psicológicos. **Objetivo:** Avaliar, através da bibliografia disponível, qual o papel da atividade física no manejo com pacientes com transtornos alimentares. **Métodos:** Pesquisa bibliográfica realizada nas bases: PubMed, Scielo e BVS, com os termos “transtornos alimentares”, “atividade física”, “exercício” e “hospitalização”. **Resultados:** Foram encontrados 177 artigos, dos quais 9 integraram esta pesquisa, incluindo a atividade física como proposta terapêutica. **Conclusão:** Não existem muitas pesquisas acerca da temática em questão, bem como um consenso sobre a atividade física a ser proposta como instrumento terapêutico e instrumentos de avaliação. Por outro lado, houve uma maior motivação dos pacientes ao tratamento devido à possibilidade de praticar atividade física durante o período de internação e, além disso, a inclusão de atividade física como proposta terapêutica foi observada como viável e passível de condução a uma unidade de tratamento hospitalar.

PALAVRAS-CHAVE: Transtornos Alimentares, Atividade Física, Hospitalização.

ABSTRACT

Introduction: The practice of regular exercise is recommended to ensure a healthy life, providing its practitioners physical and psychological benefits. Object: Assess through the available literature, the role of physical activity in the management of patients with eating disorders. Methods: Literature search conducted in databases: PubMed, SciELO and BVS, the terms "eating disorders", "physical activity," "exercise" and "hospitalization". Results: 177 articles were found, 9 of them have integrated this research, including physical activity as a therapeutic proposal. Conclusion: There is little research on the topic in question, as well as a consensus on the physical being proposed as a therapeutic tool and means of evaluation activity. On the other hand, there was a greater motivation of patients to treatment because of the possibility of physical activity during hospitalization and, in addition, the inclusion of physical activity as a treatment plan was seen as a viable and capable of conducting a treatment unit hospital.

KEYWORDS: Eating Disorders, Physical Activity, Hospitalization.

INTRODUÇÃO

A atividade física é uma forma de lazer e de restaurar a saúde dos efeitos nocivos trazidos pela rotina estressante do trabalho do estudo. (SILVA e cols, 2007). A prática de exercícios regulares é recomendada para garantir uma vida saudável, proporcionando aos seus praticantes benefícios físicos e psicológicos. Em busca por bem estar e pelo corpo perfeito, jovens se submetem a dietas da moda, remédios de emagrecimento, exercícios físicos em excesso, jejuns prolongados, utilização de laxantes e vômitos induzidos. Estes fatores acompanhados da distorção da imagem corporal podem causar o que chamamos de Transtornos Alimentares (TA). Como TA entendemos doenças relacionadas à alimentação, tais como, a Anorexia Nervosa (AN), a Bulimia Nervosa (BN) e os transtornos alimentares não especificados (EDNOS).

Aproximadamente 80% dos pacientes com diagnóstico de AN e 55% dos pacientes com BN praticam exercício físico de forma compulsiva em algum momento de sua história clínica. Segundo Ballone (2007), esses comportamentos atingem 1% da população feminina entre 18 e 40 anos e pode levar à morte, mas que só agora começa a receber atenção devida no Brasil. (PEÑAS e cols, 2002 ; DAVIS,1997 apud TEIXEIRA e cols, 2008)

Este artigo tem por finalidade apresentar uma revisão da literatura a respeito da prática de atividade física durante o período de tratamento hospitalar de indivíduos com transtornos alimentares, incluindo anorexia, bulimia nervosa e outro transtorno alimentar não especificado. Serão discutidos os critérios para inserir tais atividades físicas como uma proposta terapêutica para os pacientes com TA e as divisões de categorias de pacientes praticantes de atividade física excessiva e não excessiva.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Nesta pesquisa realizou-se uma revisão de literatura na qual foi feita a análise, avaliação crítica e a integração da literatura publicada sobre atividade física e internações por transtornos alimentares. Como bases de dados, foram consultadas: Pubmed, Scielo e Biblioteca Virtual em Saúde. No Pubmed a busca foi realizada com os seguintes unitermos: "Exercise"[Mesh] or "Exercise" or "Exercises" or "Exercise, Physical" or "Exercises, Physical" or "Physical Exercise" or "Physical Exercises" or "Exercise, Isometric" or "Exercises, Isometric" or "Isometric Exercises" or "Isometric Exercise" or "Warm-Up Exercise" or "Exercise, Warm-Up" or "Exercises, Warm-Up" or "Warm Up Exercise" or "Warm-Up Exercises" or "Exercise, Aerobic" or "Aerobic Exercises" or "Exercises, Aerobic" or "Aerobic Exercise", na qual foram encontrados 136.398 artigos, após, utilizou-se para busca o unitermo: "Hospitalization" [Mesh], onde foram encontrados 154.579 artigos e o unitermo "Eating Disorders" [Mesh] foi encontrado 21.575 artigos. Depois de realizada as três buscas foi realizada uma busca relacionando os três conjuntos de palavras buscados anteriormente, na qual se encontraram 173.122 artigos. Na Biblioteca Virtual em Saúde a busca foi realizada com os termos: "transtornos alimentares", "Anorexia Nervosa", "Atividade Física" e "Treinamento", na qual foram encontrados 52 artigos. No Scielo os unitermos utilizados foram: "transtornos alimentares" e "exercício", foram encontrados 2 artigos.

Para a seleção final desta pesquisa, estabeleceram-se os seguintes critérios de inclusão: publicações dos últimos 10 anos, disponíveis gratuitamente na íntegra, idiomas: português, inglês e espanhol, ter como objetivo de estudo a prática de atividade física no período de internação dos pacientes com TA. Ao final, foram selecionados 9 artigos para esta revisão.

Autores	N	Gênero	Diagnóstico	Idade (anos)	IMC (kg/m²)	Atividade física	Instrumentos	Resultados
Bratland-Sanda et al.	38	F	AN/BN/ADNOS	≤18	↑ 14,5	Caminhada Caminhada nórdica Vôlei/ futebol Passeio a cavalo	EDS-R Acelerômetro MTI ActiGraph REI EDI Entrevista e autorrelato	↓ Psicopatologia em TA e dependência de exercício
Inoko, K. et al.	2	F	AN	15 / 11	12,28 / 11,92	Caminhada	GAF	Melhora das funções psicossociais e depressão
Abraham S.F. et al.	306	F	AN/BN/ADNOS	≤ 40	Média 18,55	xxxxxxx	EEE-C QOL ED	Todas as pontuações mudaram positiva e significativamente
Davis C, Kaptein S.	50	F	AN	25,4	Média 14,3	xxxxxxx	MOCI Questionário e entrevista estruturada	↓ Sintomas de TOC e personalidade obsessiva - compulsiva
Bewell-Weiss C.V, Carter J.C	153	M/F	AN	Média 26,0	Média 15,0	xxxxxxx	EDE BSI BDI Escala de Rosenberg Inventário de Pádua EDI	Pacientes que se exercitavam excessivamente: escores mais altos de sintomatologia depressiva, < restrição alimentar.
El Ghoch M. et al.	43	F	AN	Média 24,5	14,5	caminhada	BSI EDE Braçadeira SWA	↓ Psicopatologia em TA e dependência de exercício
Klein D.A. et al	16	F	AN	18-45	68,9% ↓ do peso ideal	Atividades de vida diária Caminhada	Monitor cardíaco CES BDI EDI	↑motivação durante internação
Grave R.D. et al.	165	F	AN/BN	Média 25,8	Média 17,6	xxxxxxx	EDE BDI TCI STAI	Todas as pontuações mudaram positiva e significativamente

Schebenda ch J.E. et al.	16	F	AN	18-45	Média 15,7	Atividades de vida diária Caminhada	CES Tarefa PR BDI BAI EDI	↑motivação durante internação
-----------------------------------------	----	---	----	-------	---------------	-------------------------------------------	---------------------------------------	----------------------------------

Tabela com resultados obtidos na revisão bibliográfica.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A fim de discutirmos os resultados obtidos na pesquisa bibliográfica, os artigos serão divididos em dois grupos: perfil do paciente e atividade física como proposta terapêutica.

Perfil do paciente

Muitos estudos propõem-se a identificar o perfil do paciente em relação à prática de atividade física, a fim de elaborar um plano de tratamento de acordo com a especificidade de cada indivíduo. Na literatura encontrada, não houve um consenso em atividade física excessiva ou compulsiva e não excessiva, metodologia utilizada para perda ou manutenção de peso, instrumentos para avaliar tal identificação, bem como tempo, intensidade, tipo e duração da atividade física.

Bewell-Weiss C.V, Carter J.C.(2010) realizaram um estudo com 153 pacientes em um programa de tratamento hospitalar para AN, com o objetivo de verificar o perfil de prática de atividade física - se excessivo ou não. Para tanto, foi utilizado Eating Disorder Examination (EDE) a fim de verificar a restrição dietética, preocupação com forma corporal, peso e com o ato de comer. No Brief Symptom Inventory (BSI) foi utilizada a subescala de ansiedade e ansiedade fóbica para medir o nível de angústia devido à ansiedade. Beck Depression Inventory II (BDI) é um instrumento com 21 itens, utilizado para verificar sintomas de depressão de acordo com os critérios descritos no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Alimentares. A Escala de Rosenberg e Inventário de Pádua foram utilizadas para avaliar a autoestima e sintomas obsessivo-compulsivos, respectivamente. Outro instrumento utilizado foi o Eating Disorder Inventory (EDI).

No entanto, deste, foi utilizada apenas a subescala de perfeccionismo. Os autores concluíram que 34% dos participantes praticavam exercícios excessivamente e relataram maiores níveis de restrição alimentar, depressão e autoestima. Além disso, também apresentaram níveis mais baixos de sintomatologia obsessivo-compulsivo. O restante, 66%, foram classificados como não excessivos.

Davis, C.,Kaptein,S. (2006) relatam que, durante décadas, muitos médicos notaram semelhanças marcantes entre AN e transtorno obsessivo-compulsivo (TOC). Outros autores (Rothenberg, 1986 e Holden, 1990 apud Davis, C.,Kaptein,S., 2006) sugerem que a AN seja uma “variante moderna” do TOC. Desta forma, os autores levantaram a hipótese de que pacientes com AN com um perfil comportamental hiperativo possam representar um fenótipo mais ligado ao TOC do que outros pacientes com AN. Desta forma, os autores classificaram os 50 pacientes de AN do tipo restritivo como praticantes de atividade física excessiva e não excessiva, com base no status de exercício no momento da admissão. O objetivo do estudo foi investigar a relação entre fatores de personalidade, exercício e dieta. Foi utilizado um questionário na admissão e alta hospitalar, entrevista estruturada e Maudsley Obsessivo - Compulsivo Inventory (MOCI) para avaliar a sintomatologia obsessiva - compulsiva. A diminuição dos sintomas obsessivo-compulsivos e de transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) foram características mais proeminentes em pacientes que praticavam exercícios em excesso após a sua restauração de peso. Os autores citam, ainda, um estudo realizado por Holtkamp e cols,2004 apud Davis, C.,Kaptein,S. (2006), o qual define que a atividade física pode ser um meio de lidar com a ansiedade persistente em indivíduos com NA.

Abraham SF et al. (2006) avaliaram a qualidade de vida em 306 pacientes com TA, divididos em dois grupos, na qual foram aplicados os questionários na primeira semana de tratamento hospitalar e antes da alta hospitalar, internação e 12 meses mais tarde. Os pacientes completaram o Eating and Exercise

Examination (EEE-C) que foi desenvolvido como um autorrelato para alimentação e comportamento de exercício, atitudes e sentimentos, e o Quality of Life of Eating Disorders (QOL-ED) utilizado para avaliar a qualidade de vida em transtornos alimentares. Os autores relatam que todas as pontuações mudaram positiva e significativamente durante o tratamento hospitalar de internação e entre a admissão e 12 meses após a alta. Neste estudo, os autores destacam que o foco principal foi avaliar o contexto pessoal e social da pessoa com a doença, através da perspectiva do paciente em relação ao seu sofrimento em determinado momento e não como avaliado pelo médico; desta forma os autores sugerem que o QOL-ED seja um instrumento utilizado clinicamente e em pesquisas para avaliar o progresso, tanto a curto como a longo prazo, capaz de destacar aspectos do transtorno de uma pessoa que requer mais atenção e, assim, obter maior probabilidade de êxito na recuperação do paciente durante o período de internação.

Os autores Grave R. D. e cols (2008) realizaram um estudo com 165 pacientes com transtornos alimentares (AN/BN) com o objetivo de avaliar a prevalência de praticantes de exercício compulsivo como forma de controle de peso. O tratamento proposto foi derivado da teoria cognitivo-comportamental e adequado para o ambiente hospitalar. Foi dividido em 3 fases. Na primeira fase (semanas 1 – 4) o exercício físico foi proibido e manteve-se como objetivo engajar e educar o paciente na mudança de comportamento. Na segunda fase (semanas 5 – 17) foram abordados: supervalorização do comer, forma, peso, perfeccionismo, baixa autoestima, intolerância de humor e dificuldades interpessoais. Na última fase (semanas 18-20) o foco foi manter o progresso após o término do tratamento e na organização do acompanhamento ambulatorial. Como instrumentos de avaliação, foram utilizados: Eating Disorder Examination (EDE), para diagnosticar a psicopatologia; Temperament and Character Inventory (TCI), para avaliar as características de personalidade; Beck Depression Inventory (BDI) e State-Trait Anxiety Inventory (STAI), para avaliar a presença e a gravidade de níveis de

depressão e traços de ansiedade, respectivamente. Concluiu-se que todas as pontuações mudaram positiva e significativamente durante o tratamento hospitalar e que há uma maior prevalência de praticantes de exercício de forma excessiva ou compulsiva em pessoas com AN, e que esta atividade excessiva associada a uma restrição alimentar rígida pode levar a uma grave desnutrição.

Segundo Grave R. D. e cols (2008), um estudo recente mostrou que praticantes de exercícios excessivos apresentam menos recaídas e que os efeitos do tratamento são mantidos por mais tempo após a alta hospitalar.

Diante do exposto, podemos concluir que é importante conhecer e definir o perfil do paciente para que se possa delinear o seu tratamento, preconizando a estabilização de um peso saudável, a diminuição do nível de ansiedade, bem como diminuir os riscos de recaídas e abandono ao tratamento.

Atividade física como proposta terapêutica

Como já demonstrado anteriormente, a prática excessiva de atividade física em pacientes com TA é um problema sério e deve ser gerenciada durante todo o tratamento. No entanto, existem vários estudos que demonstram resultados positivos e promissores para a inclusão sistemática de atividade física durante o percurso de história clínica, realizada através de supervisão e orientação de profissionais qualificados.

Bratland - Sanda e cols (2010) realizaram um estudo com 38 pacientes que receberam tratamento hospitalar para BN por um período de 12 semanas e, para AN ou EDNOS, durante 20 semanas. Os pacientes foram submetidos a uma palestra psicoeducativa sobre atividade física e sessões obrigatórias de 60

minutos de atividade física moderada, tais como: jogos de bola (como vôlei e futebol), caminhadas e caminhada nórdica para exercícios de força, e passeios a cavalo. Para avaliação os autores utilizaram: Exercise Dependence Scale - Revised (EDS-R): para examinar o grau de dependência do exercício. Acelerômetro MTI ActiGraph: avalia a aceleração, quantidade e magnitude da aceleração. Foi usado no quadril direito por sete dias consecutivos, três vezes durante o período de tratamento. Reasons for Exercise Inventory (REI): foi utilizado para avaliar a importância percebida de diferentes razões para o exercício.

Os autores categorizaram as respostas em quatro subescalas: peso/aparência, fitness/saúde, regulação de humor e socialização. A psicopatologia e história clínica foram avaliadas através do Eating Disorders Inventory (EDI) e entrevista. Os autores concluíram que a média do IMC aumentou da admissão até a alta e que a redução da psicopatologia em TA foi fortemente relacionada com reduções de marcadores de dependência de exercício.

Beumont e cols (1994) apud Bratland - Sanda e cols(2010) ensina que a atividade física supervisionada pode ser utilizada como estratégia para gestão da atividade física excessiva e dependência de exercício.

Inoko, K. e cols (2005) apresentam dois casos de anorexia, na qual ambas as pacientes estavam mais de 40% abaixo do seu peso médio em relação a suas alturas. O tratamento consistiu em nutrição parental total e caminhadas diárias para diminuir a ansiedade. Para avaliação psicossocial, foi utilizada a escala Global Assessment of Functioning (GAF) antes da nutrição parental e após a alta hospitalar. Os autores destacaram a melhora da função social, depressão e obsessão através do tratamento proposto e, ainda, sugerem que a AN seja encarada como um distúrbio psiquiátrico, na qual o tratamento físico é eficaz contra depressão e/ou obsessão em crianças extremamente abaixo do peso.

São inúmeros os benefícios fisiológicos, psicológicos e sociais que os exercícios e as atividades físicas proporcionam para um indivíduo. Teixeira PC e cols (2009) consideram que os pacientes com TA têm grande dificuldade de convívio social, pode-se dizer que os principais benefícios oferecidos pelo exercício físico a estes indivíduos sejam os da esfera psicológica e social, quais sejam: melhora da imagem corporal, aumento da autoestima, autonomia e convívio social e diminuição da depressão, ansiedade, estresse e do isolamento social.

El Ghoch M. e cols (2013) propõem um estudo comparativo entre pacientes em tratamento hospitalar, com 53 mulheres saudáveis da mesma faixa etária. O objetivo foi avaliar o papel da atividade física sobre o resultado do tratamento e comparar os níveis de atividade física de pacientes com AN e pessoas saudáveis. Os autores utilizaram braçadeiras SWA, na qual o dispositivo utiliza um acelerômetro para verificar a duração, número de passos e intensidade da atividade física. Eating Disorder Examination (EDE) foi utilizado para as definições operacionais de AN (tipo purgativo ou restritivo). As características psiquiátricas globais foram medidas através do Brief Symptom Inventory (BSI).

Resultados apresentados: 43 pacientes concluíram o planejamento de 20 semanas de tratamento, na qual não foram encontradas diferenças significativas no nível de atividade física medido entre os subtipos de AN e, ainda, os pacientes apresentaram significativamente maior número de passos diários, melhora substancial no peso corporal e psicopatologia em geral.

No estudo de Klein DA e cols (2010), 16 pacientes internados com diagnóstico de AN foram autorizadas a inicialmente praticar atividades de vida

diária¹¹ dentro dos limites da unidade de internação. A falta de ganho de peso resultava em redução de atividades físicas, limitando-as ao repouso. Uma vez o peso estável, os pacientes eram autorizados a deixar a unidade de internação por até 24h. A proposta da pesquisa era oportunizar aos pacientes caminhadas de 30 minutos, duas vezes por semana. Os instrumentos de avaliação utilizados foram: Commitment to Exercise Scale (CES), Beck Depression Inventory II (BDI), Eating Disorders Inventory e um monitor cardíaco para verificar a frequência cardíaca durante a atividade física.

Os autores concluíram que houve uma maior motivação ao tratamento devido à possibilidade de praticar atividade física durante este período e, além disso, que esta tarefa foi observada como viável e passível de condução a uma unidade de tratamento hospitalar.

Schebendach e cols (2007) propuseram um estudo com delineamento semelhante ao de Klein DA e cols (2010), na qual 16 pacientes internados em tratamento de AN, inicialmente ficaram limitados a atividades de vida diária dentro dos limites da unidade de internação. A falta de ganho de peso resultava em redução de atividades físicas. Com ganho de peso, os pacientes eram autorizados a usufruir um tempo livre supervisionado limitado às áreas de instalação do hospital. Exercícios com utilização de equipamentos não foram permitidos durante a fase de restauração de peso. A proposta da pesquisa foi avaliar os mecanismos e fatores associados a diferentes graus de exercícios, a fim de ilustrar os mecanismos que sustentam um comportamento problemático, como por exemplo, ansiedade ou perturbação de humor.

¹¹ As atividades de vida diária compreendem aquelas atividades que se referem ao cuidado com o corpo das pessoas (vestir-se, fazer higiene, alimentar-se...).

Foi oportunizado aos pacientes 15 minutos para práticas corporais diárias. Para mensuração dos resultados, foram utilizados: Commitment to Exercise Scale (CES), Beck Depression Inventory II (BDI), Tarefa PR, Eating Disorders Inventory (EDI) e Beck Anxiety Inventory (BAI). Os autores concluem que houve uma maior motivação ao tratamento, devido à possibilidade de praticar atividade física durante este período e que o método Tarefa PR tem potencial como uma medida de vulnerabilidade a recaída, ou seja, um paciente que apresenta um decréscimo no comportamento de exercício durante o tratamento pode apresentar maior risco de recaída. Esta tarefa é viável e passível de condução a uma unidade de tratamento hospitalar.

Diante do exposto, considerando que a prática de atividade física orientada traz diversas vantagens a um indivíduo, e que praticado regularmente pode contribuir com o tratamento de pacientes com TA, atuando nos aspectos psicológicos, fisiológicos e sociais. Entendemos que é importante a equipe identificar o perfil do paciente, para que se possa delinear um tratamento de acordo com a especificidade de cada paciente, bem como pontuar os aspectos a serem tratados com maior atenção e diminuir o risco de recaídas e abandono ao tratamento.

Por fim, concluímos que a atividade física pode contribuir para a melhora da composição corporal e bem estar psicossocial; também pode ser utilizada como ferramenta coadjuvante no tratamento hospitalar de pacientes com TA.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prática de atividade física de forma excessiva é um comportamento frequente e característico dos pacientes com TA, principalmente nas fases agudas da doença. O presente artigo objetivou entender o perfil do paciente em relação a esta prática, bem como se propôs a elucidar os benefícios das práticas corporais e a forma com que estas podem integrar o universo terapêutico na busca de reestruturação de peso e melhora no quadro clínico dos pacientes acometidos por TA.

Alguns achados propuseram-se a identificar o perfil do paciente em relação à prática de atividade física, a fim de elaborar um plano de tratamento de acordo com a especificidade de cada indivíduo. Na literatura encontrada, não houve um consenso em atividade física excessiva ou compulsiva e não excessiva, metodologia utilizada para perda ou manutenção de peso, instrumentos para avaliar tal identificação, bem como tempo, intensidade, tipo e duração da atividade física. No entanto, existem vários estudos que demonstram resultados positivos e promissores para a inclusão sistemática de atividade física durante o percurso de história clínica, realizada através de supervisão e orientação de profissionais qualificados.

A escassez de literatura foi um fator limitante e, desta forma, acreditamos que esta pesquisa possa contribuir para o universo da temática em questão, da mesma forma com que os profissionais da educação física possam colaborar significativamente com o crescimento das práticas corporais, promoção e prevenção em saúde e melhora de qualidade de vida dos usuários do sistema único de saúde nos níveis primário, secundário e terciário.

REFERÊNCIAS

ABRAHAM S.F. et al. Quality of life: eating disorders: **Aust N Z J Psychiatry**. February 2006 40:150-155.

BALLONE, G.J. Transtornos Alimentares, in. **PsiquWeb**, Internet, disponível em <http://www.psiqweb.med.br/>. Revisto em 2007. Acesso em: 05 jan. 2014.

BEWELL-WEISS C.V, CARTER J.C. Predictors of exercise in anorexia nervosa: **Comprehensive Psychiatry**, 2010; 51. p. 566-571.

BRATLAND-SANDA et al. Physical activity and exercise dependence during inpatient treatment of longstanding eating disorders: an exploratory study of excessive and non-excessive exercisers. **Int J Eat Disord**. 2010 Apr; 43(3):266-73. doi: 10.1002/eat.20769.

DAVIS, C., KAPTEIN, S. Anorexia nervosa with excessive exercise: A phenotype with close links to obsessive-compulsive disorder. **Psychiatry Research**. 2006, vol. 142. Jun, 15. Issues 2-3, p 209-217.

EL GHOSH M, et al. Measured physical activity in anorexia nervosa: Features and treatment outcome. **Int. J. Eat. Disord**, 2013.46: 709–712. doi: 10.1002/eat.22140.

GRAVE, R.D et.al. Compulsive exercise to control shape or weight in eating disorders: prevalence, associated features, and treatment outcome: **Comprehensive Psychiatry**, 2008. Vol. 49, Jul-Ago, 346-342.

INOKO, K. et al. Effect of medical treatments on psychiatric symptoms in children with anorexia nervosa: **Pediatrics International**, Jun 2005. vol. 47. Issue 3, 326-328.

KLEIN, D.A., et al. Behavioral assessment of the reinforcing effect of exercise in women with anorexia nervosa: further paradigm development and data: **Int J Eat Disord**, 2010. Nov 1;43(7):611-8. doi: 10.1002/eat.20758.

MOREIRA, L.C. Anorexia nervosa e exercícios: questões éticas envolvendo profissionais de educação física. **Revista de Bioética**. Universidade Federal da Bahia, 2014. Vol. 22 (1) 145-51.

SCHEBENDACH, J.E, et al. Relative reinforcing value of exercise in inpatients with anorexia nervosa: model development and pilot data: **Int J Eat Disord**. 2007 Jul;40(5):446-53.

SILVA RS, et al. **Atividade física e qualidade de vida.** Trabalho de pós-graduação em Saúde e comportamento. UCP, Escola de Psicologia, 2007.

TEIXEIRA, PC et al. A prática de exercícios físicos em pacientes com transtornos alimentares. **Revista de Psiquiatria Clínica.** São Paulo, 2009 (36) 4, 145-52.

ANEXOS

ABRAHAM, S.F. et al. Usefulness of amenorrhoea in the diagnoses of eating disorder patients: **J Psychosom Obstet Gynaecol**. 2005 Sep; 26(3):211-5.

ALMEIDA, P. E. M. **Terapia comportamental aplicada em contexto ambulatorial**: um estudo exploratório das possíveis variáveis envolvidas na origem e manutenção de respostas que caracterizam anorexia e bulimia nervosa. São Paulo; s.n; 2001. 102 p.

COSTA, A. C. O trabalho corporal no tratamento da anorexia nervosa. **Psicol. corpor**; 3: 89-92, jan 2003.

DANIELSEN, M. et al. Changes in body image during inpatient treatment for eating disorders predict outcome: Eating Disorders: **The Journal of Treatment & Prevention**. Vol. 20, Issue 4, 2012.

DONINI, L. M, et al. Obesity and Eating Disorders. Indications of the different levels of care. An Italian expert consensus document: **Eat Weight Disord**. Mar-Jun; 15 (1-2 Suppl):1-31, 2010.

GROSS, M. BARBOSA M. N., Difficulties and conter-attitudes in the face of female adolescent anorexic patients: **Soins Psychiatr**. 2012, May-Jun; (280):39-42.

KANBUR, N. O. et al. Second-degree atrioentricular block (Mobitz Type I) in an adolescent with anorexia nervosa: intrinsic or acquired conduction abnormality: **Int J Eat Disord**. 2009 Sep;42(6):575-8. doi: 10.1002/eat.20647.

SOUSA, M. A. J. **O grupo multifamiliar como recurso no tratamento dos transtornos alimentares**. Porto Alegre, s.n, 2003, 146p.

TEIXEIRA, P. C. et al. Adaptação transcultural: tradução e validação de conteúdo da versão brasileira do Commitment Exercise Scale. **Rev. psiquiatr. clín.**, 2011, vol.38, no.1, p.24-28.

TEIXEIRA, P. C. et al. A prática de exercícios físicos em pacientes com transtornos alimentares. **Rev. psiquiatr. clín.**, 2009, vol.36, no.4, p.145-152.