



CENTRO UNIVERSITÁRIO LUTERANO DE PALMAS

Recredenciado pela Portaria Ministerial nº 1.162, de 13/10/16, D.O.U nº 198, de 14/10/2016
ASSOCIAÇÃO EDUCACIONAL LUTERANA DO BRASIL

Edilene Maria da Silva Marinho

A BULIMIA NERVOSA: uma revisão do estado da arte em periódicos de Psicologia

Palmas - TO

2017

Edilene Maria da Silva Marinho

A BULIMIA NERVOSA: uma revisão do estado da arte em periódicos de Psicologia

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) II elaborado e apresentado como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Psicologia pelo Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Orientador: Prof.º Dr. Adriano Machado Oliveira.

Palmas-TO

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Biblioteca do Centro Universitário Luterano de Palmas - TO

S586b Marinho, Edilene Maria da Silva

Bulimia nervosa: uma revisão do estado da arte do conhecimento em periódicos de psicologia / Edilene Maria da Silva Marinho – Palmas, 2017.

47 fls.

Monografia (TCC) Trabalho de Conclusão de Curso – Bacharel em Psicologia - Centro Universitário Luterano de Palmas, Curso de Psicologia, 2017/2

Orientador (a): Prof.º Dr. Adriano Machado Oliveira

1 Bulimia. 2. Tratamento. 3. Psicanálise. 4. Psiquiatria. 5. Transtorno Alimentar I. Oliveira, Adriano Machado. II. Título. III. Psicologia.

CDD:159.9

Ficha catalográfica elaborada pela Bibliotecária – Maria Madalena Camargo – CRB 2/1527
Todos os Direitos Reservados – A reprodução parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do código penal.

Edilene Maria da Silva Marinho

A BULIMIA NERVOSA: uma revisão do estado da arte em periódicos de Psicologia

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) II elaborado e apresentado como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Psicologia do Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Orientador: Prof. Dr. Adriano Machado Oliveira

Aprovada em: _____ / _____ / _____

BANCA EXAMINADORA

Prof^o.Dr. Adriano Machado Oliveira

Orientador

Centro Universitário Luterano de Palmas- CEULP/ULBRA

Prof^a.: Dr^a Iranides Teixeira

Centro Universitário Luterano de Palmas- CEULP/ULBRA

Prof^a.: Me.Izabela Almeida Querido

Centro Universitário Luterano de Palmas- CEULP

Palmas-TO

2017

Ao meu grandioso Deus, pela sua presença em
minha vida. Ao meu esposo pelo amor e
dedicação, aos meus pais pelo dom da vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, ao meu poderoso Deus pelo seu agir em minha vida, em especial nesta caminhada acadêmica. Um percurso que jamais conseguiria sem a sua presença, seu amor e sua luz.

Ao meu amado esposo, maior incentivador que vivenciei junto comigo a busca da realização e conclusão dessa etapa. Contando sempre com o sua atenção, cuidado e afeto. Sempre soube que você acreditou no meu potencial e me amparou nos meus anseios e desafios acadêmicos.

A minha mãezinha querida que plantou a semente do amor pelo conhecimento em meu coração. Você é a fonte que me motiva a cada dia e neste percurso acadêmico não foi diferente. Amo estudar porque você é responsável por isso!

Agradeço aos meus professores, aos quais admiro como profissionais e como pessoas e com os quais aprendi significativamente: Ana Beatriz, Hudson Mota, Carol Cótica, Iran, Lauriane, Fabiana, Domingos, Rosangela, Wanda Zamora, Wayne Francis, Maira, Sonielson Luciano, Heloisa e Fabiano. Para a professora Izabela desejo-lhe boas vindas!

A todos os amigos em especial Dira e Pepê, pelo grande apoio nesta caminhada e na concretização deste trabalho.

Agradeço a Marcella Hanna, Aninha, Matheus, Judith, Cleiton, Josefa Ramos e Flávio Ramos. A todos os familiares que de forma direta ou indireta contribuíram para esta conquista.

Ao meu mestre prof^o. Dr. Adriano Machado Oliveira, que admiro pela sua dedicação e compromisso que dispensou ao meu aprendizado.

Agradeço a coordenação do curso de Psicologia na pessoa da Prof.^a Dra. Iranides Teixeira e Prof^a Me. Cristina pela tamanha entrega e dedicação. Sinto que recebi o melhor advinda de profissionais que amam o que fazem. Deus abençoe suas vidas.

... A todos meu muito obrigada!!!

RESUMO

Marinho, Edilene Maria da Silva. **A bulimia nervosa: uma revisão do estado da arte em periódicos de Psicologia**. 2017. 47 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Curso de Psicologia, Centro Universitário Luterano de Palmas, Palmas – TO, 2017.

Esta pesquisa consiste na revisão do estado da arte na literatura brasileira sobre bulimia nervosa em periódicos científicos referenciados entre 2006 e 2016 na base eletrônica Scielo. Identificada a partir dos descritores: bulimia nervosa, ato(s) bulímico(s), conduta(s) bulímica(s), transtorno(s) alimentar (es) ou compulsão (ões) alimentar (es). Em especial, esta pesquisa objetivou realizar uma investigação qualitativa sobre como a bulimia nervosa é elucidada pela clínica psicanalítica. Como eixo teórico das discussões realizadas, enfatizaram-se os pensamentos psicanalítico e psiquiátrico. Sendo os autores da Psicanálise Philippe Jeammet (2008) e Busse (2004). Para a Psiquiatria os autores Salsano (2011) e Flores et.al (2012). Para tanto a pesquisa buscou analisar, no seu plano teórico, as perspectivas atuais sobre a etiologia, as características clínicas, manejo técnico na clínica psicanalítica e a perspectiva atual da bulimia nervosa, quadro clínico, diagnóstico e tratamento na clínica psiquiátrica e, em destaque, a teorização psicanalítica e psiquiátrica do tratamento da bulimia nervosa. Como método de pesquisa, utilizou-se a análise de conteúdo do tipo não apriorístico. Assim, após dedicada análise no material coletado na plataforma Scielo. Baseado como critérios de inclusão os argumentos principais dos autores dos referidos artigos a respeito das características clínicas da bulimia nervosa. Assim como a condução e principais dificuldades apresentadas no tratamento do transtorno alimentar. O presente trabalho trouxe duas categorias de análise a identificar: Características clínicas e Família e abordagem terapêutica dos transtornos alimentares. A análise qualitativa das categorias que surgiram do material coletado evidenciou para uma demanda multifatorial na perspectiva psiquiátrica. No que tange a clínica psicanalítica veio certificar os princípios freudianos que afirmam uma relação simbólica com o alimento e as figuras objetais internalizadas na tenra infância. A discussão dos resultados elucidou de um modo geral que os autores demonstraram interesse em trabalhar o transtorno alimentar em seus aspectos que demandam os fatores individuais, familiares e culturais. Enfatizando a imagem que o indivíduo tem de si e do seu corpo. Trazendo sempre os fatores estéticos, midiáticos e socioeconômicos por exemplo. No que tange a condução e dificuldades no tratamento observou-se a importância da terapia individual e familiar. A importância do papel da família nesse processo de promoção de saúde desse sujeito diagnosticado com transtorno alimentar. Assim como a atuação da equipe multiprofissional que conjugam diversas técnicas para restituir o bem-estar do paciente.

Enfim, a pesquisa apontou para a importância de investigações qualitativas na categoria revisão do estado da arte, sobre bulimia nervosa. Evidenciando fatores relevantes no processo de prevenção e tratamento para esta demanda.

Palavras-chave: Bulimia. Psicanálise. Psiquiatria. Tratamento. Transtorno Alimentar

SUMMARY

Marinho, Edilene Maria da Silva. **Bulimia nervosa: a review of the state of the art in Psychology journals**. 2017. 47 p. Presentation Work (Undergraduate) - Psychology Course, Lutheran University Center of Palmas, Palmas - TO, 2017.

This research consists of the review of the state of the art in the Brazilian literature on bulimia nervosa in scientific journals referenced between 2006 and 2016 in the electronic database Scielo. Identified from the descriptors: bulimia nervosa, bulimic act (s), bulimic conduct (s), eating disorder (s) or food compulsion (s). In particular, this research aimed to conduct a qualitative investigation about how bulimia nervosa is elucidated by the psychoanalytic clinic. As a theoretical axis of the discussions, the psychoanalytic and psychiatric thoughts were emphasized. Being the authors of Psychoanalysis Philippe Jeammet (2008) and Busse (2004). For Psychiatry the authors Salsano (2011) and Flores et.al (2012). For this, the research sought to analyze, in its theoretical plan, the current perspectives on the etiology, the clinical characteristics technical management in the psychoanalytic clinic and the current perspective of bulimia nervosa, clinical picture, diagnosis and treatment in the psychiatric clinic and, in particular, the psychoanalytic and psychiatric theorising of the treatment of bulimia nervosa. As a research method, non-applioristic type analysis was used. Thus, after dedicated analysis in the material collected in the platform. Based on inclusion criteria are the main arguments of the authors of the mentioned articles regarding the clinical characteristics of bulimia nervosa. As well as driving and major difficulties presented in the treatment of eating disorder. The present work brought two categories of analysis. to identify: Clinical Characteristics and Family and therapeutic approach of eating disorders. The qualitative analysis of the categories that emerged from the collected material, evidenced for a multifactorial demand from the psychiatric perspective. Regarding the psychoanalytic clinic, it came to certify the Freudian principles that affirm a symbolic relation with the food and the object figures internalized in the early childhood. The discussion of the results elucidated in a general way that the authors demonstrated interest in working the eating disorder in its aspects that demand the individual, familiar and cultural factors. Emphasizing, the image that the individual has of himself and his body. Always bringing the aesthetic, mediatic, mediatic and socioeconomic factors, for example. Regarding conduction and difficulties in treatment, the importance of individual and family therapy was observed. The importance of the role of the family in this process of health promotion of this subject diagnosed with eating disorder. As well as the performance of the multiprofessional team that combine several techniques to restore the patient's well-

being. Finally, the research pointed to the importance of qualitative investigations in the revision category of the state of the art, on bulimia nervosa. Evidencing relevant factors in the process of prevention and treatment for this demand.

Keywords: Bulimia. Psychoanalysis. Psychiatry. Treatment. Eating Disorder

Na maior parte dos casos, as alegações de disfunção alimentar são encontradas na fase da adolescência com suas mudanças físicas e psicodinâmicas. Porém, às vezes a disfunção não se consiste em sua forma plena senão um pouco mais tarde, no começo da fase da maturidade, acompanhando a assunção da autonomia e a entrada da vida social.

(VINDREAU, 2003)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 A BULIMIA NERVOSA NA CLÍNICA PSICANALÍTICA.....	16
2.1 Perspectivas Atuais Sobre A Etiologia.....	18
2.2 Características Clínicas	21
2.3 Manejo Técnico	24
3 A BULIMIA NERVOSA NA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA	27
3.1 Perspectivas Atuais Sobre A Etiologia.....	28
3.2 QUADRO CLÍNICO E DIAGNÓSTICO	29
3.3 Tratamento.....	31
4 METODOLOGIA.....	33
4.1 Análise dos Dados Coletados	35
5 RESULTADO	37
5.1 Características Clínicas	37
5.2 Família e abordagem terapêutica dos transtornos alimentares	38
6 DISCUSSÃO SOBRE OS RESULTADOS	42
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	44
REFERÊNCIAS	46

1 INTRODUÇÃO

A bulimia nervosa se caracteriza pela ingestão episódica, descontrolada, compulsiva e rápida de grandes quantidades de alimentos durante um curto período de tempo. Seguida pela autoindução de vômito, uso de laxantes e/ou diuréticos e exercícios físicos vigorosos a fim de compensar o ganho de peso. Do ponto de vista freudiano o primeiro dualismo pulsional, o da autoconservação e da sexualidade. A bulimia nervosa é a perversão das pulsões de autoconservação, sua subversão pela sexualidade, narcisismo e da objetividade e a pulsão de vida e pulsão de morte são semelhantemente evidentes (BRUSSET, 2003).

Todavia, os sujeitos com bulimia nervosa apresentam uma compulsão alimentar durante a qual ingerem uma grande quantidade de alimento durante um curto espaço de tempo como, por exemplo, duas horas, e durante o ato bulímico sentem uma falta de controle que as fazem sentir que não podem parar de ingerir ou equilibrar o quanto ingerem. Com o propósito de evitar adquirir calorias, fazem vômito, por meio da qual eliminam as calorias adicionadas por meios inadequados, como a purgação autoinduzida, excesso de laxantes, diuréticos ou outros medicamentos e jejum ou atividades físicas em excessos. Além de se envolver nesses procedimentos, elas apresentam como base na sua autoavaliação enquanto pesam e em sua forma física. Para receber um diagnóstico de bulimia, esses atos bulímicos não devem acontecer apenas durante as ocorrências de anorexia nervosa (WHITBOURNE; HALGIN, 2015).

Os médicos que conferiam um diagnóstico de bulimia nervosa distinguiam entre subtipos chamados de purgativos ou não purgativo. No DSM-IV-TR, pessoas diagnosticadas com tipo purgativo eram aqueles que provocavam vômito, administravam uma lavagem ou usavam laxantes ou diuréticos. As pessoas que recebiam o diagnóstico não purgativo eram aquelas que buscavam neutralizar o que comiam através de jejum ou de exercícios físicos excessivos. Conforme, os autores do DSM-5 encontraram comprovações de que esta não era uma especificação válida e retiraram os subtipos purgativo e o não purgativo (HOEKEN et. al. 2009 apud WHITBOURNE; HALGIN, 2015).

A prevalência de bulimia nervosa ao longo da vida é de 1,5% entre pacientes femininos e de 0,5% entre pacientes masculinos. Cientistas contabilizam a prevalência de bulimia nervosa em qualquer tempo em 1,3% entre universitárias, mas compulsão alimentar (8,5%), jejum (8,1%) e exercício excessivo (14,9%) é muito mais comuns. A maioria (59,7%) das mulheres universitárias têm interesses com seu peso e sua forma física. Essas

contabilidades continuam relativamente constantes de um tempo de 15 anos, de 1990 a 2004 (CROWTHER et. al, 2008 apud WHITBOURNE; HALGIN, 2015).

Contudo, na década passada ocorreu um acréscimo relevante dessa patologia no público masculino, o qual é relacionado na literatura às mudanças culturais da contemporaneidade. Para os homens existem também padrões de beleza imposto: os de um corpo forte e definido. A rotina alimentar e outros comportamentos inadequados são apresentados por eles como uma maneira de se adaptar a esse padrão de beleza, onde o tecido adiposo não é permitido (HUTZ; OLIVEIRA, 2010, p. 580).

A bulimia nervosa tem prioridade no público feminino, ou seja, mais prevalente nas mulheres, o público masculino também experienciam o transtorno. Um acompanhamento pela rede social de mais de 6.500 membros de uma organização de manutenção da saúde mostrou porcentagens relevantes do sexo masculino tinham períodos de comer descontrolado (20%), de compulsão alimentar pelo menos uma vez por semana (8%), de jejum (4%), de uso de laxantes (3%), de exercício excessivos (6%) e de checagem do corpo (9%). A demanda feminina era mais propensa que as demandas masculinas a apresentar quase todos esses episódios, porém não existiam distinções de sexo significativas na utilização de laxantes e de exercícios para evitar o ganho de calorias após um tempo de compulsão alimentar (STRIEGEL–MOORE et.al., 2009 apud WHITBOURNE; HALGIN, 2015).

No entanto, a psicanálise traz subsídios para a compreensão da etiologia da bulimia nervosa. Na qual a sua completude deve ser entendida a partir das vivências que o paciente experienciou, portanto, a relação que vivera com os genitores na tenra infância, em especial com a mãe. Assim como através das relações sociais constituídos e conquistados nos processos vividos pelo paciente. Dessa forma se faz necessário considerar e entender à dinâmica do contexto que cada demanda bulímica traz (JEAMMET, 2003).

A pesquisa tem como objeto de estudo o tratamento da bulimia nervosa. Nesta perspectiva, o presente trabalho buscou responder o seguinte problema: de que maneira a bulimia nervosa tem sido abordada teoricamente na Psicanálise quanto ao processo psicoterapêutico do seu tratamento?

Feitas essas considerações introdutórias, e de posse do problema de pesquisa acima mencionado, o objetivo geral deste estudo foi investigar como a bulimia nervosa é elucidada pela clínica psicanalítica. Para tanto, a pesquisa buscou fazer uma revisão do Estado da Arte do conhecimento sobre a bulimia nervosa dos últimos dez anos, a partir do período de 2006 a 2016 pela plataforma Scielo. No entanto, a pesquisa se embasou sobre a ciência dos discursos formados pela bulimia nervosa sob os referenciais teóricos da Psicanálise e Psiquiatria. Assim

como, por adquirir maior suporte técnico e teórico para intervenções voltadas a essa demanda, a título de exemplo, na prática clínica.

Nesta pesquisa, portanto, estruturou-se da seguinte maneira: capítulo 2 aborda questões relacionadas à clínica psicanalítica com seus aspectos gerais e históricos, as perspectivas atuais, a etiologia da bulimia e suas características clínicas; o capítulo 3, por sua vez, enfatiza a clínica psiquiátrica trazendo o seu panorama atual da bulimia nervosa, diagnóstico, tratamento e medicamento utilizados para esse campo de estudo; capítulo 4 apresenta os procedimentos metodológicos elencados pela presente pesquisa; capítulo 5 aborda os resultados e análise dos resultados; capítulo 6 discussão dos resultados. Têm-se, no capítulo 7 as considerações finais da pesquisa. Enfim, percebem-se as referências dos autores mencionados no percorrer dessa pesquisa.

2 A BULIMIA NERVOSA NA CLÍNICA PSICANALÍTICA

Os transtornos alimentares estabelecem uma posição entre a infância e a idade adulta, efetivando a demanda na fase da adolescência; entre o psíquico e o somático; entre o individual e o social, tendo entre os dois o grupo familiar cuja importância é indispensável. Essa fase da vida mostra a ligação provável entre estes transtornos e os processos de transformação: sensibilidade às transformações pubertárias e ao acesso à autonomia; sensibilidade às transformações socioculturais, porém existe a dificuldade de uma expressão de cunho psíquico e representacional destes problemas, e carência de um processo a uma manifestação do comportamento e uma expressão corporal (JEAMMET, 2003).

A saber, o DSM-V (2014) define, sinteticamente, a bulimia nervosa pelas seguintes características diagnósticas:

Indivíduos com bulimia nervosa exibem episódios recorrentes de compulsão alimentar, adotam comportamento indevido para evitar o ganho de peso (p. ex., vômitos autoinduzidos) e preocupam-se excessivamente com a forma e o peso corporais. Entretanto, diferentemente de indivíduos com a anorexia nervosa, de o tipo compulsão alimentar purgativa, aqueles com bulimia nervosa mantêm um peso corporal igual ou acima da faixa mínima normal. (DSM-V, 2014, p. 344).

Assim, o receio de engordar, a vontade de emagrecer cada vez mais, o controle com as calorias ingeridas, a seleção de alimentos, a ingestão de laxantes ou diuréticos, a intensa significação dada ao corpo, manifestam dentre outros contra-investimentos de um desejo bulímico tirânico apresentando-se através de sua paixão pelo alimento. Tais, como: coleção de receitas, fascínio pelas exposições de alimentos, roubo de comida, ingestão escondida, vontade de alimentar os outros. Manifestando o seu sofrimento com o desmoronamento da autoestima, afetos depressivos, ideias e tentativas de suicídios são mais presentes (JEAMMET, 2003).

Para o transtorno alimentar é, em um determinado período de desenvolvimento desses pacientes, a manifestação das necessidades psíquicas que deparam. Quando o Ego apresenta o sofrimento, o seu transbordamento e sua desorganização. Existem iniciativas de rearranjo que representam, por isso, uma forma de autoterapia. Desse modo, é importante para entender o universo das necessidades que o causam. Existe uma afinidade entre a relação que estes pacientes lidam com o alimento, seus corpos e suas relações objetais, assim como suas formas de investimento total (JEAMMET, 2003) [IBID].

Trata-se, além de um problema moral, a consequência desta necessidade em proporcionar seu próprio espaço. Em ressonância com os fantasmas inconscientes de um

querer bulímico que as guiaria a consumir tudo e engordarem com todas as suas vontades, elas se fazem, pelo contrário, os menores possíveis e somente mostra a medida de seu ideal pela intensidade, a força de seu desejo de controle e privação, enquanto seu emagrecimento as levam a se encolher em si mesmas, a se realizarem, de alguma maneira, sombra de suas mães (JEAMMET, 2003).

Desse modo, o transtorno alimentar representa um substituto objetal, cuja perda poderia mergulhar estas pacientes em uma situação de desfazimento. É esta relação com suas emoções assim reprimidas que as enviariam à relação objetal perigosa, e que o exercício psicoterápico terá por atividade recriar. Ele deve levá-las gradativamente a aceitar entrar em conexão com suas dificuldades emocionais sem se sentirem desordenadas (JEAMMET, 2003) [IBID].

Observa-se que, é este temor do poder do objeto que torna tão árduo o afastamento do transtorno alimentar, assim como é árduo o afastamento de qualquer atitude de tipo aditiva. Abater-lhes esta conduta é privá-las deste obstáculo, deste limite, desta neo-identidade que constitui a atitude de recusa, entregando-as sem defesa ao poder do objeto (JEAMMET, 2003).

Nesse sentido, salienta Jeammet (2003):

É isto que explica a frequência das respostas depressivas quando seu estado melhora, distanciando-se em relação à sua conduta sintomática. É esta ameaça que o transtorno do comportamento alimentar se esforça para controlar, desenvolvendo esta relação de domínio e de substituição de uma relação humana por uma com objetos materiais, que aparecem – a priori - como mais fáceis de serem controladas, mas das quais serão, com efeito, mais dependentes (JEAMMET, 2003, p.39)

No ano de 1927, Freud discorre sobre a lógica aditiva como um dos subterfúgios para abster o sofrimento. Permite-se analisar que os comportamentos compensatórios na bulimia, como a demasia das atividades físicas, por exemplo, podem ser entendidas como estratégias de proteção. Tais demasias, consumindo a energia do indivíduo, atuam como fonte de prazer no seu efeito autotranquilizante. O modelo das neuroses atuais pode auxiliar para analisarmos o conjunto de problemas apresentados pela bulimia através da impulsiva passagem ao ato no decorrer da ingestão imensa de alimentos e das atitudes compensatórias (FERNANDES, 2007). “A impulsão ao ato bulímico seria, desta forma, uma tentativa de evacuar as tensões geradas pelas pulsões sexuais” (FERNANDES, 2007, p.114).

2.1 Perspectivas Atuais Sobre A Etiologia

A expressão bulimia vem do grego *boulimia*, que significa fome devorante. Formada do adjetivo *boulimos*, constituída pelo prefixo *bou*, que significa boi, e de *limos*, que significa fome, significa literalmente fome de boi, aproximando do dito popular fome de lobo ou fome canina. Apresentando-se ao contrário da anorexia, a bulimia se caracteriza pela incidência de hiperfagia, porém é comum serem seguidos de purgação e, na Antiga Grega, era identificada pelo termo *cinorexia* (FERNANDES, 2007).

Os primeiros escritos à bulimia nas referências médicas ocorrem na literatura anglo-saxônica e datam do início do século XVIII. Em 1708, Blankaart a classifica como um apetite extraordinário seguido constantemente de fraqueza de espírito. Em 1743, R. James dedica-lhe uma descrição detalhada acompanhando-a com um transtorno digestivo em função de um humor ácido gástrico (COUVREUR, 1991).

Evidenciando a forma de bulimia com purgação, marca a frequência de uma inquietação marcante com a alimentação e sugere uma dieta especial e a aplicação de opiáceos para atenuar o apetite. Classifica-se em três tipos de bulimia: as puras, as que finalizam com purgação e as que são acompanhadas de sensações de desmaio e de falta de consciência (G.MOTHERBY, 1785 apud FERNANDES, 2007).

No decorrer dos séculos XVIII e XIX, os escritos sobre a bulimia são mais minuciosos que as relativas à anorexia; ademais casos masculinos são, com uma devida frequência, apresentados. Todavia, salienta C.Couvreur (1991), a partir dos meados do século XIX não se dará mais interesse à bulimia nas atividades americanas até que, ao término do século XX, esse interesse é resgatado, especialmente nas identificações do DSM. O mesmo não acontece no continente Europeu. Na França, em 1869, P.F.Blachez elabora uma descrição minuciosa da bulimia, evidenciando que se trata de uma disfunção, uma forma gástrica de desordem nervosa, apresentando dois tipos distintos: a *cinorexia*, que se mostra com vômitos, e a *licorexia*, em que se apresenta uma dinâmica intestinal acelerada. É importante notar que, já nesse período, esse autor evidencia a relação da bulimia com a anorexia e aconselha que, quando os sintomas bulímicos apresentam-se no quadro de uma anorexia, em intercalação com a rejeição de alimentos, poderiam ser denominados pela expressão *fringale* – fome devorante (FERNANDES, 2007).

Os escritores que pesquisaram as origens do desenvolvimento das pacientes que apresentavam bulimia mostraram uma imensa complexidade de separação tanto nos genitores quanto nas bulímicas. Foi observada com imensa constância a falta de um objeto transicional, como por exemplo: uma chupeta ou um cobertor, para auxiliar a criança a separar-se

psicologicamente de sua genitora. Esse empenho empregado no desenvolvimento com o objetivo de separar pode ser moderado pela aplicação do próprio organismo como um objeto transicional (SUGARMAN; KURACH, 1982 apud BUSSE, 2004).

O consumo de alimentos simbolizando o desejo de fusão simbólica com a genitora, e a eliminação do alimento representa um empenho para se separar dela. Os genitores das crianças que se transformam em bulímicas desse modo, se relacionando com frequência com seus filhos como extensões deles mesmo (BUSSE, 2004).

Busse (2004) salienta,

Essas crianças são utilizadas como objetos do self para validar o self dos pais. Cada membro da família depende de todos os outros membros para manter um senso de coesão. O sistema familiar bulímico envolve na apetência uma forte necessidade de cada um ver a si mesmo como “totalmente bom”. As qualidades inaceitáveis dos pais são projetadas na criança bulímica, que passa a ser depósito de todas as coisas ruins. Identificando-se ao nível inconsciente com essas projeções, ela passa ser a portadora de toda avidez e impulsividade da família. O equilíbrio homeostático resultante mantém o foco sobre a criança “doente”, em vez de focalizar conflitos em, ou entre, os pais (BUSSE, 2004, p.92)”.

Na perspectiva psicanalítica, a iniciativa compreensão da bulimia aconteceu em 1932 pelo psicanalista russo Moshe Wulff. Desde 1911 ele agrupava, sob sua direção, a primeira equipe de psicanalistas russos, trabalhando inicialmente em Odessa e posteriormente em Moscou. Inspirado pelas ideias de K. Abraham, também registrou a respeito dos objetos-fetiche da criança, sendo considerado o pioneiro da concepção de objetos transicionais de Winnicott (JEAMMET, 2003).

A bulimia é associada com os diversos tipos de neurose (obsessiva e histérica), com a melancolia e com as toxicomanias. Wulff destaca que a bulimia se especifica por um confronto em oposição à sexualidade pré-genital, especificamente voraz e insaciável. Enfatizando a presença feminina desses casos, ele afirma ainda uma relação entre o surgimento das crises bulímicas e o período pré-menstrual. Coexistente de E.Glover e S.Radó, que também descreveram sobre as toxicomanias, suas ideias foram analisadas mais tarde por O. Fenichel, em 1945, que explica a bulimia como uma toxicomania sem droga (WULFF, 1932 apud, JEAMMET, 2003) [IBID].

Segundo as palavras de Jeammet (2003):

Durante muito tempo a bulimia foi considerada o polo oposto da anorexia, o outro extremo de um mesmo problema. A passagem da anorexia á bulimia é mais frequente do que o contrário (JEAMMET, 2003, p. 74).

Entendem-se as formas de arranjo das relações com os objetos internos tais como os externos, e compreendendo que existe uma equivalência entre a forma da conduta bulímica, a natureza das relações de objeto dessas pacientes e os traços de seu funcionamento mental.

Porém, a crise bulímica admite um valor paradigmático na compreensão dessa relação, que fica por um bom período, discreta e vastamente desconhecida do meio. O montante de bulimia coloca-se com preferência ao conjunto de seu modo relacional, que é com os sujeitos conforme a ligação que mantém com a comida e que intercala com a mesma o ímpeto, gula e recusa. A ausência de autoestima mostrada através dos comportamentos de inferioridade que optam em relação ao seu interior, identificadas frequentemente por um intenso sentido anal, ou pela experiência do vazio e insignificância (JEAMMET, 2003).

Jeammet salienta (2003):

O produto é uma dependência comum em relação a fontes de valorização externas, no entanto, a sua extrema vulnerabilidade, refletindo sua sensibilidade e sua dificuldade em achar a distância relacional correta, oscilando da dependência notória (JEAMMET, 2003, p.113).

A relação inicial mãe-bebê, mostra em primeira mão as alterações da função alimentar na atividade da atribuição materna. Essa relação do bebê com o ambiente vai depender, conforme ele, da existência de uma genitora eficientemente boa que, na atividade de suas atribuições, proporciona gradativamente ao bebê a construção das modalidades de tempo e espaço em um procedimento que é intitulado de integração. Winnicott descreve que, no apreçamento da função oral, o reconhecimento da pulsão oral é verificado inicialmente, para depois, aparecer a fantasia oral que, seguidamente, irá unir-se ao mundo interno do bebê. “O indivíduo tende a colocar os acontecimentos da fantasia no seu interior e a identificá-los com as coisas que ocorrem dentro do corpo” (WINNICOTT, 1978 apud. FERNADES, 2007).

Para Winnicott (1975), aprender é como comer, mas só pode se dar a partir da existência de um vazio. Se a genitora, lá no começo da vida do bebê, falhou em assegurar a oportunidade da vivência do vazio, este será, ao mesmo tempo, indispensavelmente procurado e terrivelmente temido pelo indivíduo:

Na prática a dificuldade reside no fato que o paciente teme o caráter assustador do vazio e ele organizará para se defender, um vazio controlado, por exemplo, não comendo ou não aprendendo; ou ainda ele se preencherá sem dó por uma glotonice compulsiva e sentida como louca. Quando o paciente pode ir até o próprio vazio e suportar esse estado, graças à dependência do ego auxiliar do analista, absorver pode então aparecer, de repente, como uma função que dá prazer; é nesse momento que comer pode começar a ser outra coisa além de uma função dissociada (ou proveniente da clivagem) enquanto parte da personalidade; da mesma maneira, alguns pacientes, até lá impossibilitados de aprender, podem começar a aprender com prazer (FERNANDES, 2007.p.121).

A estabilidade deficiente vista até então entre as intenções em relação aos objetos e a prevenção da estabilidade narcísica não mais pode ser permanecida, e o surgimento da bulimia testifica bem esse fracasso. Assim, nesta fase da vida, vem realizar as oportunidades de uma provável objeção entre o que se poderia reorganizar sob a denominação de apetência

pelo objeto e a prevenção da autonomia e do narcisismo do indivíduo, assim como da completude de suas fronteiras. Naturalmente, existe uma complementação entre os dois métodos e o narcisismo nutre-se interiormente das relações de objetos cuja prática seria as identificações bem ocorridas, possibilitando uma relação narcísica com os objetos de investimentos (JEAMMET, 2003).

Na maior parte dos casos, as alegações da disfunção são encontradas na fase da adolescência com suas mudanças físicas e psicodinâmicas. Porém, às vezes a disfunção não se consiste em sua forma plena senão um pouco mais tarde, no começo da fase da maturidade, acompanhando a assunção da autonomia e a entrada da vida social (VINDREAU, 2003).

2.2 Características Clínicas

Segundo observando a diversidade dos quadros bulímicos, precisamos ter em mente a necessidade de certa individualidade observando cada caso. Um quadro clínico de bulimia pode ser analisado em pacientes com estruturas de caráter plenamente distintos, desde psicóticos até neuróticos, passando pelos borderlines (WILSON, 1983 apud BUSSE, 2004).

Percebe que a pessoa com bulímica pode mostrar incapacidade generalizada de retardar a descarga do impulso, baseado num ego enfraquecido e num superego frouxo. A deglutição e a evacuação excessivas em geral não são questões impulsivas isoladas; ao contrário, especificamente coexistem com as relações sexuais impulsivas, autodestrutivas e o abuso de drogas. As pacientes com bulimia utilizam especificamente as relações interpessoais como forma de conseguir punição de fontes externas, por outro lado as anoréxicas buscam a se afastar das relações interpessoais (BUSSE, 2004).

Caracteriza a bulimia pela apetência objetal, busca o objeto a ser ingerido ou sobre o qual se favorecer. Tendo por resultado um interesse interno presente que o encontro com o objeto intensifica mais do que tranquiliza, obrigando-a evadir a partir do momento em que o depara pela recusa, evasão e retraimento autístico ou até mesmo pela apatia. Pode falar que, a vulnerabilidade narcísica das pessoas com bulimia nota-se tanto nas categorias de suas modalidades relacionais objetais quanto na forma como essas pacientes percebem a própria imagem. A significância do olhar marca a falha da interioridade e o primado do que ocorre na superfície, do perceptivo sobre o vivenciado. Essa preponderância do exterior aparece como um dos eixos principais da compreensão da conduta bulímica. (JEAMMET, 2003).

Além do movimento específico das relações e dos investimentos que mostram os transtornos da compulsão alimentar também apresentam um caráter repetitivo e estereotipado dos sintomas. Dessa forma a psicanálise contribui em ter identificado que o sintoma esconde,

tanto quanto mostra, e ocupa uma atividade no movimento psíquico e no equilíbrio da personalidade. Se a elaboração pede um trabalho prolongado e um acesso aos processos inconscientes que pode se dar apenas gradativamente, a observação do comportamento destes pacientes mostram em atitudes duplas de contrários e jogos de equilíbrio entre opostos, entre o manifesto e o latente (JEAMMET, 2003) [IBID].

É na puberdade e na adolescência que vão desenvolver a função de um indicador desta questão de dependência, criando as oportunidades para uma divergência entre salvaguarda narcísica. Para o autor trata-se da salvaguarda da identidade, da autoestima, e a linhagem objetual pulsional, ou seja, a apetência objetual e a necessidade de criar relações e investimentos. Esta conjuntura resulta em um tipo de paradoxo cujo paradigma são os atos alimentares: Aquilo de que preciso, porque tenho carência disto e à medida mesmo desta carência, é o que me ameaça (JEAMMET, 2003).

Ainda segundo o autor,

Estamos no polo oposto do processo normal de identificação pelo qual a identificação com o objeto do desejo contribui para reforçar a estima de si, permitindo tomar para si as qualidades admiradas nos outros, para transformá-las em suas próprias, sob o modelo do que acontece com a alimentação. É, com efeito, ao se alimentar com aquilo que não é você mesmo que se desenvolve a própria individualidade. Mas é preciso que este processo de troca que contribui, graças à relação de objeto, para o reforço de si, inscreva em uma relação suficientemente asseguradora que somente é possível se, desde a primeira infância forem constituídas bases narcísicas suficientes. (JEAMMET, 2003.p.44).

Isso nos manda diretamente às primeiras vivências de satisfação no começo da vida do bebê. Essas vivências engajam necessariamente o corpo e o outro inserindo diretamente em relação à autoconservação e a sexualidade. Um primeiro modelo surge daí: o modelo da oralidade, que, no discurso freudiano, aborda a relação primordial do bebê com a genitora e, posteriormente, a dimensão mais arcaica do funcionamento libidinal (FERNANDES, 2007).

Fernandes (2007) complementa:

No início da vida do bebê, são as sensações corporais que ocupam o primeiro plano. As que produzem desprazer vão constituir uma demanda e, assim, quando o bebê chora, ele está, à sua maneira, expressando uma queixa. É a mãe quem responde a esse apelo, apaziguando as sensações corporais desagradáveis. Para que ela possa escutar o corpo do bebê e interpretar os sinais de um corpo que não lhe pertence mais, ela precisa dar provas de uma capacidade de investir libidinalmente, e de forma suficiente, nesse corpo: nem a mais, nem a menos. O trabalho de escuta e interpretação só é possível quando existe um investimento da mãe no corpo da criança (FERNANDES, 2007, p.168).

Se em Sigmund Freud a relação entre corpo e identidade foi colocada em destaque a partir do instante em que ele introduziu o narcisismo, quando Freud fala que o ego é corporal, o identifica como sendo também narcísico. Apenas o registro do narcisismo pode suportar a unidade ideal do indivíduo, caracterizando o corpo com o si mesmo. De maneira que ao

introduzir o narcisismo, ele determina o investimento libidinal do ego na mesma classe que os investimentos de objeto e acrescenta a natureza libidinal da pulsão de autoconservação (FERNANDES, 2007).

Hall salienta (2000):

A leitura que pensadores psicanalíticos, fazem de Freud é que a imagem do eu como inteiro e unificado é algo que a criança aprende apenas gradualmente, parcialmente, e com grande dificuldade. Ela não se desenvolve naturalmente a partir do interior do núcleo do ser da criança, mas é formada em relação com os outros; especialmente nas complexas negociações psíquicas inconscientes, na primeira infância, entre a criança e as poderosas fantasias que ela tem de suas figuras paternas e maternas (HALL, 2007, p.37).

Esse investimento infere que a genitora é capaz de transformar esse corpo de sensações em um corpo falado. Isso vem naturalmente assinalar à genitora a relevância de sua atividade na formação dos processos de simbolização da criança. É através dessa interpretação das sensações corporais realizada pela genitora que a criança vai formando a imagem de seu corpo e, assim, sua identidade. É essa formação que parece encontrar-se alterada na anorexia e na bulimia. Se a genitora não tem a condição psíquica precisa para perceber as carências da criança, esta fica presa na impotência e na dependência desse objeto primário (FERNANDES, 2007).

Em se tratando a respeito da problemática alimentar na psicanálise, Sigmund Freud mostrou seu interesse pelas adições, do mesmo modo com a definição de neurose atual e as construções teóricas a respeito dos processos de descarga da excitação pulsional, permitem oferecer sinais relevantes para o entendimento da bulimia. Desse modo, o comportamento da adição vem representar a relação objetual e a procura das sensações se substitui às emoções intoleráveis. A pessoa tem o incremento do comportamento da adição como a única maneira para escapar de sua crescente dependência e certificar sua identidade (JEAMMET, 2003).

Brusset (2003), explica que,

As bulimias aditivas da adolescência comportam um sobreinvestimento do ato bulímico alimentar correlativo do desinvestimento que está na origem dos sentimentos da falta, de vazio e de fragilidade. Esse tipo de transferência sobre a função alimentar tende a substituir os mecanismos de defesa e a elaboração psíquica para reorganizar a vida afetiva do sujeito, empobrecendo-a em graus muito diferentes nas alternâncias sem saída entre o vazio e o cheio demais. O sobreinvestimento do ato alimentar e das sensações e percepções corporais que ele produz tem efeitos antimetabólicos e dessimbolizantes, mas também uma função de suplência de um ego incapaz de colocar em cenas as pulsões sem comprometer o envelope de si (BRUSSET, 2003, p.170).

Permite-se então, lembrar que, na falta de um investimento da mãe apropriado, a vivência do organismo ficaria relacionada à carência, privada da descoberta desse organismo de prazer em um primeiro objeto do investimento libidinal da genitora e, posteriormente,

objeto do investimento libidinal do mesmo indivíduo. Na ausência desse investimento libidinal indispensável, a constituição da organização libidinal autoerótica não pode se afirmar. A hipótese aqui analisada sustenta, então, a concepção de que, nos sujeitos em que se destacaria um traço da dificuldade de percepção do organismo, a ponto de denotar uma real distorção da imagem do corpo, a vivência do corpo parece ter permanecido parado no registro da necessidade, ou seja, em um período que antecede o autoerotismo (FERNANDES, 2007).

Identificamos aí um aspecto geral destas pacientes: não podem se organizar sob uma maneira estável, isto é, sob a tendência histérica, paranoica, melancólica ou perversa. A fragilidade narcísica, a luta contra os processos introjetivos dirigem-nas aos mecanismos de defesa que prevalece ainda mais sobre a realidade externa perceptivo-motora do que sobre o maneira interna das representações e dos afetos (JEAMMET, 2003).

Brusset (2003) ressalta, a esse respeito:

Tudo acontece como se o gozo bulímico, que tende a fazer existir o corpo libidinal em uma experiência de prazer e dor, implicasse a perda correlativa de si no fracasso das mediações de engendramento entre o objeto interno e objeto externo, de transicionalidade entre objeto subjetivo e objeto objetivamente percebido, entre fantasia inconsciente e realidade externa (BRUSSET, 2003, p.170).

O trabalho psicanalítico mostra que, em vários casos, a desorganização que causa da bulimia está associada à fantasística que nela se atualiza que é preciso considerar as ações sobre o sentimento de continuidade de si, sobre a imagem de si em relação ao ideal, e as reações sobre si da dinâmica de proximidade com o objeto ao comportar a subtração do objeto parcial, na razão dos processos primários do inconsciente, e também a redução deste ao objeto concreto que é a comida (BRUSSET, 2003).

2.3 Manejo Técnico

A psicanálise não predomina na psicopatologia das bulimias, nem sequer em seu tratamento. Ela se baseia nos dados dos casos onde a análise ou a psicodinâmica foi possível e eficiente, oportunizando transformações fundamentais, não somente nos atos bulímicos produzidos pelos sintomas, mas também da atividade psíquica e da personalidade (BRUSSET, 2003).

Quanto às questões em relação à discussão entre as vicissitudes culturais e a psicopatologia têm despertado a atenção dos psicanalistas que, gradativamente, se evitam a lidar com os resíduos clínicos da nossa cultura como se fossem casos banais separados e específicos. Essa negação corresponde à carência de considerarmos os registros social, ético e político incluídos na teorização clínica (FERNANDES, 2007).

Na clínica da bulimia nervosa, é dever do analista conservar o campo analítico aquecido e nutrido, é importante salientar a reflexão sobre as vicissitudes do enquadre analítico diante dessas disfunções deve principalmente passar pela abordagem de dois aspectos da questão: o aspecto do que é experienciado pelo analista e do que é experienciado pelo analisando. Além disso, não se pode deixar se enfatizar que a observação sutil que o funcionamento analítico proporciona não se restringe ao trabalho psíquico do analisando, no entanto de ambos, analista e analisando, que atingindo-se simultaneamente, constitui teorias sobre o trabalho psíquico mais ou menos generalizáveis, mas complexamente observáveis (FERNANDES, 2007).

Ainda segundo o autor,

Na transferência, desenha-se claramente o desejo regressivo de se ver integralmente cuidada por um pai e uma mãe ideais, totalmente disponíveis e ainda detentores de um poder mágico, capaz de protegê-las da dor e do sofrimento, mesmo que esse desejo seja incompatível com os ideais de autossuficiência e autonomia (FERNANDES, 2007, p. 257).

Ao manifestar-se no contexto analítico, através da repetição que configura a transferência, intensifica o sentimento de insuficiência e, dessa forma representar ameaça para o seguimento do contexto analítico. A demanda de prudência pode ser de tal maneira excessiva que o analista necessita prestar o cuidado para não reagir contratransferencialmente, como por exemplo, verbalizando mais que o devido (FERNANDES, 2007).

Para Fernandes (2007) o domínio prevalente sobre o organismo reproduz a relação vivenciada com a genitora e é essa relação que se reproduz na transferência. Uma relação assinalada por falta e intrusão, desamparo e desesperança, o que requer do analista gentileza e compreensão, sem rapidez (IBID).

Conforme as palavras de Fernandes (2007):

A situação analítica funciona, portanto, permitindo resgatar fragmentos, juntar pedaços, criar sentidos, inventar formas, liberando a atividade fantasmática das suas modalidades defensivas, que davam um lugar privilegiado às experiências e sensações corporais. O atendimento dessas jovens nos revela um caminhar incontornável pelas sensações corporais, no início descritas e investidas como um material de análise que nós, analistas, precisamos nos habituar a ouvir sem preconceitos (FERNANDES, 2007, p.259).

Sendo assim, a partir da transferência, a escuta analítica aponta às bulímicas a estrutura de um discurso que, ao se enunciar, salienta o compromisso ético da psicanálise que se apoia na consequência das palavras. Dessa forma, o contexto analítico só pode se nutrir das consequências que provoca no analista e no analisando, que tocados pelas falas ouvidas, expressas e, semelhantemente, daquelas tratadas ao devido silêncio permitem os riscos desse encontro analítico (FERNANDES, 2007).

Brusset (2003) ressalta, a esse respeito:

Em cada caso, a partir dos fenômenos de transferência, as reconstruções do que puderam ser as inter-relações precoces da criança e dos pais podem apoiar a análise do que aparece como falha da constituição e principalmente da elaboração das relações de objeto e do ego em sua função organizadora da atividade psíquica. Essa problemática fundamental não integrada é fator de fragilidade até que encontra atualização a adição oro-alimentar que é simultaneamente sua expulsão destrutiva, mas ela coexiste sempre, em proporções e segundo modalidades diversas, com outros níveis da organização psíquica (BRUSSET, 2003. p. 171).

No entanto, sua atualização transferencial, condição de oportunidade do psicanalítico, é por um longo período não interpretável, porém pode vir a sê-lo. Nesse sentido, as desinvestidas em graus variados, as bulimias podem ser largadas: elas perdem as demandas objetais e narcísicas que tornavam sua vivência difícil. Deixa de ser a ocasião de crise, podendo se transformar em princípios de bem-estar compatíveis com o narcisismo do indivíduo e manter por um período a falta de razões capazes deparadas de outras maneiras, especialmente nas relações objetais e na sexualidade genital (BRUSSET, 2003).

3 A BULIMIA NERVOSA NA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA

A bulimia nervosa identifica-se pela ingestão desmesurada de alimentos, ou seja, deglutição em pouco tempo de uma significativa porção de alimentos acompanhada de perda de controle e inapropriadas ações para o domínio do peso, assim, são frequentes vômitos autoinduzidos, uso de laxantes, diuréticos, inibidores de apetite e atividades físicas excessivas (SALZANO et.al, 2011).

Essa disfunção de diversos fatores, com etiologias intrincadas, pode ser discutida por suas diversas características na marca de várias especificidades. Na maioria dos casos, os princípios da disfunção localizados na fase da adolescência com suas modificações físicas e psicodinâmicas. Porém às vezes a disfunção não se constitui de maneira plena senão posteriormente, no começo da maturidade, seguindo a assunção da autonomia e a entrada na vida social (BRUSSET, 2003).

Floresi, et.al, (2012) ressaltam,

O paciente com bulimia nervosa geralmente descreve grande preocupação com o seu peso e sua forma corporal previamente ao transtorno propriamente dito, embora seu peso esteja normal ou discretamente elevado. De forma geral, refere intenso medo de engordar, mas sem o desejo de emagrecer ou buscar ideias de beleza cada vez mais magros, como observado na anorexia nervosa. Assim sendo, inicia-se uma dieta restritiva, eliminando alimentos que julga facilitar o ganho de peso, mas sem haver a restrição desenfreada observada em pacientes anoréxicos (FLORESI, et.al, 2012, p.396).

O domínio sobre o hábito alimentar permanece até que, em determinado momento, o paciente é tomado por um desejo imenso de comer e, ao perceber algum alimento proscrito de sua rotina alimentar, apresenta uma falta de controle, deglutindo-o em quantidade elevada do que a normal em um curto período de tempo. Sente culpa por não cumprir o que estabelecera e também não se sente bem organicamente por conta da elevada quantidade deglutida, provocando a purgação para evitar aumentar o peso e aliviar-se orgânica e psiquicamente. À medida que, vem à sensação de estar se comportando de forma equivocada, a ansiedade eleva, dificultando a autoestima e punindo-se por não ter o controle adequado de sua rotina alimentar e, por conseguinte, de sua vida. Percebe-se a inclinação à catastrofização em pacientes com bulimia nervosa. Dessa maneira, um ciclo vicioso é permanecido, levando ao recomeço da rotina alimentar, predispondo a novos atos bulímicos que levam as purgações, assim aumentando a ansiedade e o sentimento de culpa, voltando-se novamente à rotina alimentar como tentativa de restituir o domínio sobre sua vida (FLORESI, et.al, 2012).

As abordagens psiquiátricas evidenciam especialmente disfunções e entidades nosográficas, e a bulimia não livrou da forma criteriosa. Sua primeira abordagem da bulimia

foi proposta por Russel em 1979 que faz dela uma variante da anorexia mental, mas com peso normal, identificada por um sintoma-chave: o *binge eating* (farra alimentar), dando a resposta aos três aspectos que são os seguintes:

- Os sujeitos bulímicos sofrem de uma carência imensa e incontrolável ingestão exagerada de alimentos;
- Os sujeitos buscam evitar o excesso de peso relacionado a esses sobrealimentação, promovendo a purgação e/ou exagerando nos laxantes;
- Os sujeitos vivenciam um receio mórbido de se tornarem adiposos (VINDREAU, 2003).

As atuais transformações das funções das mulheres e homens, transformações imediatas, apresentando dificuldades para identificar. Todavia, no mundo da abundância, o convite ao consumo é constante: a imagem, a sensação, a aparência são promovidas grandemente. A magreza elabora o objeto de um autêntico culto. As pesquisas a respeito da evolução das atitudes apontam que esse objetivo de magreza do mundo ocidental cresceu nos últimos anos, e prevalece em todas as camadas sociais. Os modelos atuais de magreza, saúde e estética corporal não permitem influenciar as dietas alimentares. A dinâmica alimenta transformam e o dia a dia para inúmeros não mais é norteadas pelas refeições tradicionais. A refeição é sistematicamente solitária, menos relacional, imediata e tem espaço a qualquer instante do dia (VINDREAU, 2003).

3.1 Perspectivas Atuais Sobre A Etiologia

Não existe uma gênese ou causa única para a bulimia nervosa, como acontece na maioria das doenças psiquiátricas. A etiopatogenia abrange aspectos biológicos, psicológicos, socioculturais, familiares e genéticos. Quanto à função dos aspectos biológicos na bulimia tem despertado interesse relevante nas últimas décadas, pois foram encontrados transformações nos neurotransmissores cerebrais, serotonina e noradrenalina. A serotonina age na saciedade, na seleção do alimento e nas dietas alimentares. Em relação aos fatores psicológicos, os sujeitos com bulimia nervosa mostram constantemente pensamentos divididos, perfeccionismo, relevantes instabilidade emocional, autodestruição, aversão a conflitos e medo de abandono. Outras identificações comuns entre sujeitos com bulimia nervosa são baixa autoestima, grande dificuldade em falar de seus sentimentos e autoavaliação negativa. Vivências traumáticas na infância, inclusive abuso sexual, estão

relacionadas as atitudes multimpulsivas em pessoas e com bulimia nervosa (FLORESI, et.al, 2012).

Nesse sentido, Souza, et.al, ressaltam (2008):

As causas dos Transtornos alimentares são multifatoriais, envolvendo fatores biológicos, psicológicos e socioculturais, como a busca por um corpo magro e esguio, a pressão por ser magro e também a procura por cirurgias plásticas (Souza, et.al, 2013, p. 445).

Sobre os aspectos socioculturais, observa-se que na sociedade ocidental, é bastante trabalhada a ideia de que físico atrativo possibilita o êxito social e profissional. Há uma busca constante pelo que é belo e pela forma física ideal, o que é estimulado pelo mundo moderno. Dessa maneira, o estereótipo idealizado do público feminino e de êxito é o da pessoa esbelta e no que se refere aos aspectos familiares, entre os pacientes com bulimia nervosa, existem verbalizações conflitante intrafamiliares, modificações nas relações interpessoais e sistêmicas, embaraços de verbalização e ausência de coesão no núcleo familiar. Outros aspectos que possibilita os transtornos alimentares são expressões negativas que os genitores fazem sobre a massa corporal dos filhos, comportamento alimentar restritivo dos genitores e incentivo encorajamento para que seus filhos pratiquem uma dieta. Portanto, os aspectos genéticos abordam-se grande prevalência de episódios depressivos e de disfunção alimentar em familiares de primeiro grau atingidos pelo transtorno, propondo um padrão o aspecto genético na etiopatogenia da bulimia nervosa (FLORESI, et.al, (2012)).

Conforme as palavras de Souza, et.al. (2004):

A imagem corporal é um conceito que envolve três componentes: o perceptivo, relacionado com a percepção do corpo, e a uma estimativa do tamanho corporal e do peso; o subjetivo, referente à satisfação com a aparência, juntamente com a ansiedade e a preocupação relacionados a ela; e o comportamental, que consiste em situações evitadas em virtude do desconforto causado pela aparência corporal (Souza, et.al, 2013, p. 446).

Desse modo, não existe até o momento, características de modificação em um único gene provocador da bulimia nervosa, porém as pesquisas mostram relação entre o quadro e modificações no cromossomo 10p. Há elevada taxa de associação em indivíduos monozigóticos atingidos pela disfunção em relação à dizigóticos, mantendo esse padrão de transmissão genética (FLORESI, et.al, 2012).

3. 2 Quadro Clínico e Diagnóstico

O paciente com bulimia nervosa constantemente aborda imensa inquietação com seu peso e sua forma física previamente a disfunção propriamente dita. Mesmo que a sua massa corporal esteja normal ou ligeiramente alterada. De maneira geral, indica imenso incômodo de elevar a massa corporal, porém sem a intenção de emagrecer ou buscar objetivos de beleza a

cada momento apresentando déficit de massa corporal, como percebido na anorexia nervosa. Mesmo sendo, principia-se uma rotina alimentar regrada, anulando alimentos que avaliam proporcionar o acúmulo de massa corporal, mas sem existir a restrição desenfreada percebida em sujeitos anoréxicos. (FLORESI, et.al, 2012).

Conforme diversas questões ocorrem a respeito da validade dos critérios diagnósticos para a bulimia nervosa. Alguns pesquisadores consideram contraditória a frequência exigida para os atos bulímicos e para as atitudes compensatórias, elencando que é sem valia excluir os que apresentam compulsão alimentar objetiva, porém que vomitam com regularidade. Estudos a respeito das questões nosológicas estão sendo realizadas e certamente encontrarão no DSM-V. Os critérios diagnósticos 307.51 (F 50.2) (FLORESI, et.al, 2012).

Hutz & Oliveira (2010), complementam:

A importância da realização de estudos interdisciplinares, que criem e utilizem métodos adequados para a avaliação do impacto da cultura na imagem corporal e nas práticas alimentares, especialmente em crianças e adolescente (HUTZ; OLIVEIRA, 2010, p.581).

O fator das pacientes, no instante da consulta, não norteia sobre o diagnóstico. O aspecto pode ser a de uma pessoa de sobrepeso, outras vezes apresenta massa corporal na normalidade e, mais raramente, estão subnutridas. Estas comportam como anoréxicas com atos bulímicos. Como fica enfatizado, se a paciente bulímica não adapta na procura por auxílio, pode passar longo período sem diagnóstico. O odontólogo e o ginecologista podem ser os primeiros a suspeitar do transtorno e, por meio da anamnese, podem fornecer a informação necessária. (HERSCOVICI; BAY, 1995).

Alguns dos seguintes sinais segundo Herscovici; Bay (1995):

- Modificações nos dentes: dano de esmalte e dentina da área lingual dos dentes, pela reação química do ácido gástrico, que ocasiona descalcificação e dissolução do esmalte, prejudicado pela ação mecânica da língua contra os dentes;
- Crescente modificação nas dimensões das glândulas parótidas. Trata-se de uma descoberta muito presente; foi percebida também em obesidade, diabetes, anorexia nervosa, em alcoolistas crônicos e em dietantes crônicos. Sua origem não é conhecida. Ficou relacionado aos sinais de subnutrição; também ao excesso de amido ingerido, o que constituiria em excesso de motivação da função glandular, elevando sua vascularização. Foi relacionado, como também, efetivamente à presença de purgações;
- Sinal de Russell: ferimentos e formação de calos nas mãos, por utilizá-las cronicamente para estimular purgações. Estes ferimentos são por utilizá-las

cromicamente para estimular purgações. Estes ferimentos são constituídos no espaço em que a mão esfrega contra os dentes.

Os laxantes são utilizados como medida compensatória em 60% das pacientes com bulimia nervosa. Seu excesso compreende o aumento da gravidade da disfunção, elevada falta de satisfação com a imagem física, elevada hostilidade autodirigida e aumento na frequência de sintomas depressivos. Pode ocorrer comunicado de irregularidades menstruais, mas a amenorreia é espessa. (FLORESI, et.al, 2012).

A frequência dos atos bulímicos é um ponto importante desse transtorno. O ato bulímico pode levar à deglutição até 14 mil kcal, formando-se de alimentos doces ou salgados, frios ou à temperatura ambiente e que inúmeras vezes não são sequer mastigados. O excesso de atividades físicas com o objetivo de compensar os atos bulímicos pode causar prejuízo a ligamentos e músculos, fraturas ósseas por sobrepeso e até mesmo prejuízo cardiológico. Outros fatores compensatórios para os atos compulsivos da bulimia são a utilização de laxantes ou diuréticos, hormônios tireoidianos, inibidores de apetite, orlistat, maconha e cocaína (FLORESI, et.al, 2012).

3.3 Tratamento

O tratamento da bulimia nervosa precisa ser realizado por uma equipe multiprofissional, com, no mínimo, acompanhamento psiquiátrico, nutricional e psicológico. Os intuitos incluem principalmente normalização da dieta alimentar, suspensão de vômito e restrição, orientação nutricional. Alguns fatores comportamentais são fundamentais para a normalização da dieta alimentar, como a organização de horários e do cardápio das refeições, evitar efetua-las abandonando e o diário alimentar que abordará minuciosamente o que foi deglutido. Precisa-se informar o paciente a possuir três importantes refeições diárias organizadas e dois ou três merendas entre elas, com deglutição em torno de 1.500 kcal/dia. A orientação nutricional abordará a necessidade de ingerir diariamente os diferentes grupos alimentares, mostrará o tamanho adequado das porções em uma refeição e discutirá crenças errôneas a respeito da alimentação (SALZANO et.al, 2011).

Ainda segundo o autor,

O diário alimentar serve como importante auxílio na automonitorização da paciente, que nele deve relatar os alimentos ingeridos nas refeições e nos possíveis episódios bulímicos, frequência de vômitos autoinduzidos, número de laxantes e diuréticos utilizados, quantidade de tempo gasta em atividade física, local da refeição, quem a acompanhava, pensamentos e sentimentos experimentados em tais

situações. O psiquiatra e o nutricionista devem avaliar o diário a cada consulta, a fim de detectar estressores envolvidos na história do paciente (SALZANO et.al, 2011).

A informação quanto os efeitos médicos do ato bulímico e das purgações é parte importante do tratamento. O paciente deve ser informado a respeito do risco de complicações dentárias, sangramentos gastrintestinais, arritmias cardíaca e também sobre parada cardíaca. É indispensável também avisá-lo sobre a inconsequência da utilização de laxantes e diuréticos, com o intuito de redução de massa corporal, e quanto ao risco de se utilizar inibidores de apetite. É fundamental enfatizar que os jejuns prolongados possibilitam a ocorrência dos atos bulímicos e purgações autoinduzidos. Precisam-se informar todas as famílias, com o intuito de orientar sobre os fatores clínicos da bulimia nervosa, debater estratégias para o modelo alimentar da família em geral e minimizar as ideias de culpa que os familiares porventura possam apresentar. A terapia familiar é fundamental, apesar das pesquisas nessa amostra serem mais minimizados do que nos pacientes com anorexia nervosa 77 ver na bibliografia (SALZANO et.al, 2011), (IBID).

Salzano et.al, (2011) elucidam:

A farmacoterapia tem sido amplamente pesquisada O uso de antidepressivos, sobretudo tricíclicos, ISRS e inibidores seletivos da recaptção de serotonina e noradrenalina (IRSN) são eficazes para o tratamento da bulimia nervosa, diminuindo episódios bulímicos, vômitos autoinduzidos e possíveis sintomas depressivos. O uso do topiramato é mais recente, mas vem mostrando resultados eficazes. Antagonistas narcóticos têm sido estudados como tratamento auxiliar em casos de difícil controle (SALZANO et.al, 2011, p. 943).

Os inibidores seletivos da recaptção de serotonina mais usado ainda é a fluoxetina, embora o uso da sertralina da fluvoxamina mostrar eficácia no tratamento da bulimia nervosa. A dosagem de 60 mg/dia de fluoxetina traz melhores resultados em vez de 20mg/dia. Tricíclicos como a imipramina e a desipramina mostram resultados eficientes no tratamento da bulimia nervosa, porém a possibilidade do efeito colateral de apetite por doces impossibilita que seja ministrado nesse caso. Os inibidores da monoamino-oxidase (IMAO) também apresentam eficácia, porém o risco da ingestão de alimentos que possam provocar uma crise hipertensiva durante o ato bulímico faz com que sua ministração não seja indicada (SALZANO et.al, 2011).

Uma metanálise com 16 pesquisas controladas, com um total de 1.300 pacientes com bulimia nervosa, apresentou elevada remissão dos atos bulímicos em pacientes medicados com antidepressivos do que com placebo (19,2 para 8%). O melhor resultado no tratamento

da bulimia nervosa provém da associação de terapia como uso dos remédios já mencionados. Conforme a gravidade do quadro apresentado, o tratamento pode ser realizado ambulatorialmente, em hospital-dia ou em internação plena (SALZANO et.al, 2011).

A hospitalização do sujeito com bulimia é indicada com muito menos atuações que a anoréxica. Recorre-se aquela somente mediante ao difícil quadro clínico, ideações suicidas ou diante de fracasso no tratamento ambulatorial.

- O tratamento deve ser realizado junto a uma equipe multidisciplinar formada por: psiquiatra, psicólogo, nutricionista, assistente social;
- O paciente deve ser encaminhado para o tratamento da psicoterapia individual e familiar;
- O uso de psicofármacos é de grande relevância no controle do episódio bulímico (BUSSE, 2004).

4 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa e exploratória da revisão do Estado da Arte do Conhecimento em periódicos de Psicologia, compreendendo o espaço cronológico 2006-2016

pela plataforma Scielo. Os descritores elencados foram os seguintes: bulimia(s) nervosa(s), ato(s) bulímico(s), compulsão (ões) alimentar (es), conduta(s) alimentar (es), transtorno(s) alimentar (es). Com a intenção de atingir o objetivo acima citado, o estudo utilizou-se da abordagem qualitativa em Psicologia, visto que preza pela valorização dos sentidos que os indivíduos atribuem às suas vivências (FURLAN, 2008).

Conforme descreve Gondim (2003), esta abordagem pauta-se na reflexão do homem sobre si mesmo. Portanto, leva em consideração as variáveis sócio-históricas e culturais. Como procedimento de análise dos dados, optou-se na presente pesquisa pela análise de conteúdo. “O método de análise de conteúdo constitui-se em um conjunto de técnicas utilizadas na análise de dados qualitativos” (CAMPOS, 2004, p. 611).

Trata-se de uma revisão do estado da arte do tipo não apriorística, essa surge geralmente do contexto das respostas dos indivíduos da pesquisa, o que primeiramente busca do pesquisador um imenso ir e vir ao recurso analisado e teorias embasadoras, sem perder o foco dos objetivos do estudo (CAMPOS, 2004).

Desse modo, foram selecionados os artigos a seguir-nos quais são denominados:

- A construção social de um grupo multifamiliar no tratamento dos transtornos alimentares (2009);
- Transtornos alimentares: o papel dos aspectos culturais no mundo contemporâneo (2010);
- Grupo psicoeducativo multifamiliar no tratamento dos transtornos alimentares na adolescência (2010);
- A Participação da família no tratamento dos transtornos alimentares (2010);
- Psicoterapia como estratégia de tratamento dos transtornos alimentares: análise crítica do conhecimento produzido (2012);
- Transtornos alimentares: patologia ou estilo de vida? (2013);
- Padrões alimentares e imagem corporal em mulheres frequentadoras de academia de atividade física (2013);
- Decisões em saúde no relacionamento entre o profissional e o paciente com transtorno alimentar (2014);
- Histórias de sucesso de profissionais da saúde no tratamento dos transtornos alimentares (2015) e
- Relacionamento afetivo-familiares em mulheres com anorexia e bulimia (2015);

A etapa de levantamento de artigos ocorreu entre 2009 e 2015. Sendo utilizados os descritores acima mencionados. Definiu-se que os descritores; deveriam aparecer no título e/ou no resumo dos artigos. Conforme, busca na plataforma Scielo em periódicos de Psicologia.

Inicialmente, foi realizada uma leitura minuciosa dos resumos encontrados a partir desses unitermos, excluindo-se os artigos repetidos e os que não se enquadravam nos critérios de inclusão elencados. Nessa seleção preliminar, realizada a partir de minucioso exame dos resumos, os artigos selecionados foram recuperados e lidos na íntegra. Para Campos (2004), a categorização não apriorística é um importante recurso para nortear à análise de dados qualitativos, mas pode ser indispensável instrumento para estudo científico.

4.1 Análise dos Dados Coletados

Para a análise dos dados coletados na pesquisa, utilizou-se a técnica de Análise de Conteúdo. Para Campos (2004) trata-se de um método bastante usado para a análise de dados qualitativos, entendida como sendo um grupo de técnicas de pesquisa pelo qual objetiva a busca do sentido de um documento.

No qual o método das categorias foi utilizado em que a análise de conteúdo implica na classificação do conteúdo segundo as características clínicas da bulimia,

A condução e dificuldades apresentadas no tratamento. De acordo com Campos (2004) a análise de conteúdo organiza-se em três etapas distintas: pré- exploração, seleção das unidades de análise e o processo de categorização, classificação e interpretação.

E para buscar atingir os objetivos mencionados nesta pesquisa os dados coletados que geraram as categorias foram articulados com o referencial teórico trabalhado neste tema Como método de pesquisa, utilizou-se a análise de conteúdo do tipo não apriorístico. Assim, após dedicada análise no material coletado na plataforma Scielo. Foram encontradas 15 publicações conforme a temática e os descritores elencados.

Baseado como critérios de inclusão, foram considerados os argumentos principais dos autores dos referidos artigos. Com destaque sobre as características clínicas da bulimia nervosa, condução e principais dificuldades apresentadas no tratamento do transtorno alimentar. Dessa forma, aplicou-se os critérios de inclusão/exclusão adotados. Sendo assim, 10 foram selecionados e 5 foram descartados por não serem pertinentes aos critérios de inclusão acima mencionado.

Sendo assim, após minucioso trabalho de depuração, a amostra final foi composta por 10 artigos, que foram lidos na íntegra e analisados em detalhe, segundo os critérios propostos.

Após análise criteriosa, os conteúdos dos artigos, foram categorizados em eixos de análise. Que serão apresentados a seguir, de modo a identificar as categorias de análise das construções de sentido dos artigos pesquisados:

1. Características Clínicas
2. Família e terapia dos transtornos alimentares

5 RESULTADO

Prosseguimos com as considerações sobre cada categoria:

5.1 Características Clínicas

Essa categoria tem como objetivo analisar as características clínicas dos transtornos alimentares verificadas nos artigos que foram priorizados. Os sintomas, a etiologia e os multifatores caracterizam os transtornos alimentares. Que representa uma demanda grave e que está relacionada com a imagem corporal e a busca pela magreza.

São patologias caracterizadas primordialmente pelo medo mórbido de engordar. Vários são os fatores envolvidos tanto na etiologia quanto na manutenção e na gravidade dessas doenças, principalmente fatores individuais, familiares e culturais. Em relação a estes últimos, salienta-se o papel dos aspectos históricos, estéticos, midiáticos, transculturais, socioeconômicos, raciais e de gênero (OLIVEIRA; HUTZ, 2010, p.575).

Observa-se a busca pelo padrão de beleza e o culto ao ideal de magreza. Neste contexto observa-se os aspectos biopsicossociais que colaboram para o enquadre clínico dessa demanda. Pode-se destacar a família que conforme a relação com o paciente diagnosticado com transtorno alimentar. Contribui diretamente com o tratamento ou manutenção dessas patologias. Para Flores et.al.(2012) outros aspectos que possibilitam os transtornos alimentares são expressões negativas que os genitores fazem sobre a massa corporal dos filhos, comportamento alimentar restritivo dos genitores e encorajamento para que seus filhos pratiquem uma dieta.

Percebe-se que as características clínicas dos transtornos alimentares apresentam uma dinâmica biopsicossocial, somados aos fatores individuais, familiares e culturais que refletem diretamente no processo do tratamento ou manutenção da patologia.

Trata-se, pois, da necessidade pela busca incessante do corpo magro que é imposto pela sociedade. Como afirma Bitteencourt e Almeida (2013):

A imagem que o indivíduo tem de si e de seu corpo se relaciona com as imagens que têm do mundo e da sociedade da qual faz parte. A construção de uma imagem corporal está intimamente relacionada com os valores culturais da sociedade (BITTEENCOURT; ALMEIDA,2013,p. 225).

Os corpos dessas mulheres passam a ser corpos através dos quais o controle social é exercido, corpos sujeitados à transformação e disciplinas rigorosas, induzidas pela exigência social de adequação aos padrões estabelecidos (BITTEENCOURT; ALMEIDA, 2013, p.223).

Nota-se que a sociedade dita o padrão de beleza através dos valores culturais estabelecidos na sociedade. A forma como essas mulheres se relaciona com o seu corpo está diretamente ligada às exigências sociais. Em busca do padrão de beleza que é estabelecido, induz essas mulheres às práticas rigorosas para o corpo perfeito. Flores, et.al, (2012),

observa-se que na sociedade ocidental, é bastante trabalhada a ideia de que físico atrativo possibilita o êxito social e profissional. Há uma busca constante pelo que é belo e pela forma física ideal, o que é estimulado pelo mundo moderno.

Dessa forma, a busca por um padrão estético advém do papel em que os aspectos culturais exercem sobre a sociedade. Os ideais de magreza submentem essas mulheres a adotarem comportamentos que comprometem a saúde de maneira, que as levam ao transtorno alimentar. O público feminino é mais vulnerável e tenta concretizar no próprio corpo o padrão de beleza.

Sobre a dinâmica das relações objetais em pacientes diagnosticadas com transtornos alimentares, Leônidas e Santos (2015) postulam que:

As mulheres com TAs apresentam dificuldades no estabelecimento e manutenção de relacionamentos interpessoais e afetivos, uma vez que sua dinâmica psíquica engloba emoções e pensamentos disfuncionais que as impedem de compartilhar sua vida com o outro de maneira genuína e satisfatória (LEONIDAS; SANTOS, 2015, p.183).

Percebe-se que as relações com vínculos frágeis, problemáticos ou conflituosos. Estabelecidos entre os familiares, conjugues e demais pessoas são elementos mantenedores do quadro do transtorno alimentar. Observa-se a carência na dinâmica social das pessoas acometidas desse transtorno assim, como a relação negativa com a sua alimentação. Para Jemmet (2003), existe uma afinidade entre a relação que estes pacientes lidam com o alimento seus corpos e suas relações objetais.

5.2 Família e abordagem terapêutica dos transtornos alimentares

Essa categoria envolve os artigos que priorizaram a importância da família condução do tratamento do transtorno alimentar uma vez que o grupo de terapia familiar vem auxiliar neste contexto. Todavia, espera-se que os integrantes do grupo tenha a oportunidade de compartilhar suas vivências no que tange o transtorno alimentar, numa dinâmica de unidade e apoio entre os participantes.

A ênfase foi colocada sobre os sentidos produzidos por esses participantes sobre sua participação no grupo. Acredita-se que a compreensão do modo como os significados são gerados nesse contexto pode trazer valiosas contribuições para o planejamento das estratégias de atendimento no contexto de tratamento dos transtornos alimentares, considerando a realidade dessas famílias (SOUZA; SANTOS, 2009, p.484).

A família requer uma atenção especial no tocante à sua participação no processo de tratamento do paciente com transtornos alimentares, de modo que grupos de suporte familiar e grupos psicoeducativos para as famílias são sempre aconselhados (NICOLETTI, et.al.2010, p.217).

Trata-se da relevância do papel da família no tratamento e a na participação no grupo que promove a intervenção junto aos pacientes diagnosticados com transtorno alimentar. Terapia familiar é fundamental, precisam-se informar todas as famílias, com o intuito de orientar sobre os fatores clínicos da bulimia nervosa, debater estratégias para o modelo alimentar da família em geral e minimizar as ideias de culpa que os familiares porventura possam apresentar (SALSANO et.al,2011).

Em se tratando do tratamento que enfatiza as habilidades e competências da equipe multiprofissional para a promoção de saúde dos pacientes que são diagnosticados com transtorno alimentar.

Longe de cristalizar um único tipo de tratamento como sendo o mais adequado, o que favoreceria a consideração duvidosa de que haveria uma verdade única e universal em termos de abordagem psicoterapêutica dos TA, alguns relatos de pesquisa conjugam diversas técnicas para restituir o bem-estar do paciente, com a combinação de psicoterapia e medicamentos, por exemplo, (SCORSOLINI-COMIN; SANTOS, 2012, p. 860).

O tratamento da bulimia nervosa precisa ser realizado por uma equipe multiprofissional, com, no mínimo, acompanhamento psiquiátrico, nutricional e psicológico. Os intuítos incluem principalmente normalização da dieta alimentar, suspensão de vômito e restrição, orientação nutricional (SALSANO et. al, 2011). A hospitalização do sujeito com bulimia é indicada com muito menos atuações que a anoréxica. Recorre-se aquela somente mediante ao difícil quadro clínico, ideias suicidas ou diante de fracasso no tratamento ambulatorial. O paciente deve ser encaminhado para o tratamento da psicoterapia individual e familiar. O uso de psicofármacos é de grande relevância no controle do episódio bulímico. (BUSSE, 2004).

Verifica-se a contribuição da equipe multiprofissional no tratamento dos transtornos alimentares e em específico a bulimia nervosa. Onde a busca pelo tratamento e o processo de cura desse paciente se faz necessário profissionais da psiquiatria, psicologia entre outras áreas específicas que contribuem para a promoção de saúde e bem-estar.

Nota-se que a relação entre profissional e paciente compõem o processo do tratamento. Indispensável na prática da ação conjunta entre esses sujeitos.

O uso da tecnologia do encontro apresenta um modelo de atuação que busca encontrar no próprio relacionamento profissional-paciente os recursos para a manutenção de um bom relacionamento. Com isso, não estamos advogando contra a especialização profissional, mas apostando no potencial das co-construções profissional-paciente como mais um elemento para o alcance daquilo que vai ser considerado por essa dupla como saúde e sucesso no tratamento (SOUZA; SANTOS, 2015, p. 539).

A expressão tecnologia do encontro trata-se de um instrumento para a promoção de saúde. A forma como o profissional se relaciona com o paciente. A ênfase é mencionada ao relacionamento como fator que leva para a melhor adesão aos atendimentos, a construção de um vínculo de confiança que juntos favorecem empatia, escuta atenciosa, aceitação por exemplo. Elementos indispensáveis para a adesão e manutenção no processo do tratamento.

A promoção de saúde vai além dos hospitais e centros de saúde. Os profissionais de saúde, educação e demais áreas compõem as alternativas para prevenção e promoção de uma vida mais saudável. Que coloca em prática estratégias de atendimento junto à família e toda sociedade.

Destaca-se a atuação de profissionais envolvidos no tratamento dos TA para além de hospitais e centros de saúde, compreendendo que as academias de exercício físico podem ser ambientes fortuitos não apenas para uma rotina de vida considerada mais saudável, mas também para a promoção da saúde (BARROSO, et.al. 2013, p. 451).

Acredita-se que a família, os profissionais da saúde e educadores devem estar atentos aos seus filhos, pacientes e alunos, estabelecendo continuamente em clima de diálogo, cuidado e informação no que se refere aos comportamentos de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares. Além disso, devem estimular e valorizar, nas crianças e adolescentes, outros valores nobres que vão de encontro a esse ideal doentio de beleza (OLIVEIRA; HUTZ, 2010, P. 581).

Visto que as ênfases estabelecidas no movimento de ações preventivas em diversos contextos da sociedade denotam políticas e práticas inovadoras de prevenção ao risco do desenvolvimento dos transtornos alimentares. Uma vez que, Florese et.al, (2012) a etiopatogenia abrange aspectos biológicos, psicológicos, socioculturais, familiares e genéticos. Dessa forma, os trabalhos desempenhados por multiprofissionais contribuem com a prevenção contra os transtornos alimentares junto ao público alvo acima mencionado.

Objetiva-se, aqui, práticas inovadoras na atenção à saúde dos transtornos alimentares que busca efetivar escutas atenciosa e respeitosa numa perspectiva de aceitar as opiniões do paciente.

Esses relatos alertam para importantes desafios a serem enfrentados na construção de práticas colaborativas entre profissionais e pacientes engajados no tratamento do TA, tais como: superar o medo do profissional de perder seu lugar de especialista, atenuar a desconfiança em relação às especialidades do paciente, dado o estigma que ronda o diagnóstico de NA e BN, e buscar formas de escutar e validar as opiniões do paciente. Ao mesmo tempo, esses relatos apontam para a necessidade de mudanças estruturais nos serviços de atendimento em TA, que posicionam hierarquicamente a equipe e os pacientes e impedem o estabelecimento de trocas mais efetivas entre eles (SOUSA; SANTOS, 2014, p.83).

Uma das possíveis razões para a dificuldade dos profissionais pensarem a construção conjunta do tratamento pode ser a impossibilidade de romper com as tradições em saúde, que constroem uma rígida hierarquia profissional-paciente. Um exemplo de uma possível mudança nessa hierarquia seria a participação dos

pacientes nas reuniões de equipe, concedendo-lhes voz ativa na tomada de decisões relativas ao tratamento (SOUZA; SANTOS, 2014, p.77).

Para tanto, se faz necessário a oportunidade e espaço na construção e autonomia relativas no processo de tratamento junto aos profissionais. Estabelecendo trocas de experiência que proporcionam essa participação nas reuniões com esses profissionais.

6 DISCUSSÃO SOBRE OS RESULTADOS

Os resultados encontrados na presente pesquisa mostram que o transtorno alimentar é considerado como uma patologia multifatorial. Que envolvem fatores individuais, familiares e culturais. Caracterizada pelo medo de engordar e insatisfação com a imagem corporal. Pessoas acometidas dessa demanda fazem uso de forma exagerada de diuréticos e/ou laxantes. Após, exagerada ingestão de alimentos provocam vômitos. Os fatores midiáticos, socioeconômicos, estéticos, históricos também colaboram para esse processo de desenvolvimento patológico.

Percebe-se que esses pacientes diagnosticados com transtorno alimentar vivenciam emoções, sentimentos de medo e preocupação intensa com a forma física por exemplo. Que implica no desenvolvimento de atitudes exageradas e inadequadas que ameaçam cada vez mais à saúde e o bem-estar. Segundo a literatura o transtorno alimentar sendo uma patologia multifatorial é desenvolvida em pessoas que buscam pelo padrão de beleza, o ideal de magreza de maneira rigorosa e inadequada. A forma física, o controle do peso corporal a fim de manter o corpo magro apresentado neste contexto. Como consequência promove os índices de desenvolvimento dos transtornos alimentares.

O domínio sobre o hábito alimentar permanece até que, em determinado momento, o paciente é tomado por um desejo imenso de comer e, ao perceber algum alimento proscrito de sua rotina alimentar, apresenta uma falta de controle, deglutindo-o em quantidade elevada do que a normal em um curto período de tempo. Sente culpa por não cumprir o que estabelecera e também não se sente bem organicamente por conta da elevada quantidade deglutida, provocando a purgação para evitar aumentar o peso e aliviar-se orgânica e psiquicamente (FLORESI, et.al, 2012).

Verifica-se ainda, um movimento em prol de ações preventivas contra a ocorrência de transtornos alimentares. Junto às instituições de ensino, saúde e sociedade. Em parceria com os profissionais habilitados, nesse sentido à participação da família é importante e indispensável. Todos juntos apresentando um trabalho multiprofissional e contanto com o envolvimento do papel da família. Esse movimento de prevenção contra os riscos do desenvolvimento de transtornos alimentares corresponde a importância da educação, atenção e cuidado junto às crianças e adolescentes. Proporcionando novos valores, condutas e conceitos sobre a percepção da imagem corporal e da relação desse público com o alimento.

Observa-se a participação da família em grupos terapêuticos multifamiliar, trata-se da oportunidade dessas famílias exercitarem a função continente. Numa perspectiva de suportar a

demanda de sofrimento manifestado pelos integrantes do grupo. Trata-se de um momento de integração, intervenção multiprofissional, num propósito de unidade no processo do tratamento do transtorno alimentar. Nota-se também, a influência dos vínculos afetivos no processo do tratamento que é indispensável. Porém quando esses vínculos não apresentam harmonia poderá proporcionar situações de conflitos estabelecidos entre os pais, conjugues, namorados. No entanto, são elementos geradores e mantenedores do transtorno alimentar.

Os transtornos alimentares na perspectiva psicanalítica estabelecem uma posição entre a infância e a idade adulta, efetivando a demanda na fase da adolescência. Essa fase da vida mostra a ligação provável entre estes transtornos e os processos de transformação: sensibilidade às transformações pubertárias e ao acesso à autonomia; sensibilidade às transformações socioculturais, porém existe a dificuldade de uma expressão de cunho psíquico e representacional destes problemas, e carência de um processo a uma manifestação do comportamento e uma expressão corporal (JEAMMET, 2003).

Diante desse quadro clínico observa-se que existe todo um contexto clínico característico e manejo técnico de seu tratamento. Que envolve o trabalho multiprofissional como psiquiatra, psicólogo, nutricionista, assistente social por exemplo. Onde o paciente é um ser biopsicossocial com suas características biológicas, psicológicas e sociais. Que por sua vez a sociedade, a economia, a política, a família, os aspectos culturais e midiáticos entre outros aspectos fazem parte de sua história de vida. Mediante esse contexto existe também o mundo dinâmico das relações objetivas internas.

O tratamento da bulimia nervosa precisa ser realizado por uma equipe multiprofissional. Os intuitos incluem principalmente normalização da dieta alimentar, suspensão de vômito e restrição, orientação nutricional. Alguns fatores comportamentais são fundamentais para a normalização da dieta alimentar, como a organização de horários e do cardápio das refeições, evitar efetuarlas abandonando e o diário alimentar que abordará minuciosamente o que foi deglutido (SALZANO et.al, 2011).

Verifica-se então, a necessidade de potencializar as intervenções preventivas através da escola, saúde e da família equipe multiprofissional nas instituições de ensino, saúde e toda sociedade. Traz esse alerta da importância do trabalho de diversos profissionais de diversas áreas de atuação em variados contextos sociais. No propósito de ações conjuntas e compartilhadas em prol do bem-estar e promoção de saúde. Dessa forma, os professores, os profissionais de saúde e em especial a família estarão exercendo suas habilidades e competências neste contexto preventivo em combate ao desenvolvimento do transtorno neste público alvo.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento do presente estudo proporcionou uma investigação de como a bulimia nervosa é elucidada pela clínica psicanalítica. Seguida de uma reflexão acerca das perspectivas da clínica psiquiátrica acerca dessa demanda. Além disso, discutir os possíveis fatores que levaram, atualmente, os pesquisadores brasileiros em Psicologia, a privilegiarem determinadas concepções sobre a bulimia nervosa. Assim como, também permitiu conhecer os principais encaminhamentos terapêuticos de manejo técnico da bulimia nervosa encontrados em periódicos de Psicologia da plataforma Scielo, nos últimos dez anos.

De um modo geral os autores demonstraram interesse em trabalhar o transtorno alimentar em seus aspectos que demandam os fatores individuais, familiares e culturais. Enfatizando a imagem que o indivíduo tem de si e do seu corpo. Trazendo sempre os fatores estéticos, midiáticos e socioeconômicos por exemplo. No que tange a condução e dificuldades no tratamento observou-se a importância da terapia individual e familiar. A importância do papel da família nesse processo de promoção de saúde desse sujeito diagnosticado com transtorno alimentar. Assim como a atuação da equipe multiprofissional que conjugam diversas técnicas restituir o bem-estar do paciente.

Os autores perspectiva psicanalítica como o Jemmet trouxeram os aspectos atuais da etiologia, manejo técnico e tratamento desse contexto psicodinâmico.

Os artigos fornecidos pela plataforma Scielo, através dos descritores bulimia(s) nervosa(s), ato(s) bulimico(s), compulsão (ões) alimentar(es), conduta(s) bulimica(s) e transtorno(s) alimentar(es), permitiu realizar uma revisão do estado da Arte do Conhecimento em periódicos de Psicologia, que compreendeu o espaço cronológico de dez anos a partir do ano de 2006 a 2016.

Percebe-se no material coletado a predominância do papel indispensável da família no processo do tratamento dos pacientes diagnosticados com transtornos alimentares. Assim como os aspectos multifatoriais de sua etiologia e manutenção, desde os fatores individuais, familiares e genéticos entre outros. Da mesma forma, percebe-se o autêntico culto à magreza, ou seja, a busca incessante do corpo magro em prol do ideal de beleza.

Quanto aos autores da perspectiva psicanalítica como Jammet (2003); Fernandes (2007); Brusset (2003) e Hall (2000). Apontaram para além das características clínicas do transtorno alimentar e demais tópicos acima citados. Trouxeram em seus escritos às relações objetivas internas e externas na tenra infância. Enfatiza a relação mãe-bebê, a vulnerabilidade

narcísica, ou seja, trata-se da relação do paciente diante da problemática alimentar nessa perspectiva.

Portanto, essa pesquisa proporcionou reflexões acerca do diagnóstico e prognóstico da bulimia nervosa. Mediante a esse contexto se faz necessário novas discussões sobre essa problemática. E para tanto sugere-se, enfim, em um outro momento, a influência da mídia no desenvolvimento dos transtornos alimentares e responder com detalhes a estas questões.

REFERÊNCIAS

- BRUSSET, B. Introdução geral. In: BRUSSET,B; COUVREUR,C ; FINE, A. (Orgs.) . **A BULIMIA**. São Paulo: Escuta, 2003. p. 07- 13.
- BUSSE, S. R; SILVA, B. L. Transtornos alimentares. In: BUSSE, S. R. (Org.). **ANOREXIA, BULIMIA E OBESIDADE**. São Paulo: Manole, 2004. p. 43 -99.
- COUVREUR, C. Fontes históricas e perspectivas contemporâneas. In: BRUSSET,B; COUVREUR,C ; FINE, A. (Orgs.) . **A BULIMIA**. São Paulo: Escuta, 2003. p.13-14.
- FERNANDES, Maria Helena. **Transtornos Alimentares: Clínica Psicanalítica (Coleção Clínica Psicanalítica)**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.p.114-121.
- FURLAN, R. **A questão do método na psicologia**. Psicol. Estud., Maringá, v.13, n.1, p.25-33, Mar. 2008. Disponível em : < [http://www.scielo.br/pdf/pe/ v.13n1/v13n1_a03.pdf](http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n1/v13n1_a03.pdf)>. Acesso em: 26 mar. 2017.
- FLORESI, A.C.F. et.al. **Compêndio de Clínica Psiquiátrica**. São Paulo: Manole, 2012, p. 399.
- HUTZ, S; OLIVEIRA, L.L. **Transtornos alimentares: o papel dos aspectos culturais no mundo contemporâneo**. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 15, n. 3, p. 575-582, jul./set. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.pdf/pe/v15n3/v15n3a15>> . Acesso em 24 mar.2017.
- HERSCOVICI, C. R.; BAY L. **Anorexia Nervosa e Bulimia: ameaças à autonomia**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p. 146- 169.
- HALL, Stuart; **A Identidade Cultural na Pós- modernidade**. Rio de Janeiro: DP&A, 2000. p. 37.
- JEAMMET, P. Abordagem psicanalítica dos transtornos das condutas alimentares. In: URRIBARRI, R. (Org.). **Anorexia e Bulimia**. São Paulo: Escuta, 2003,p.29- 49

JEAMMET, P. Desregulações narcísicas e objetais na bulimia. In: BRUSSET,B; COUVREUR,C ; FINE, A. (Orgs.). **A BULIMIA**. São Paulo: Escuta, 2003. p.30-112.

MIGUEL, E. C. et.al. **Compêndio de Clínica Psiquiátrica**.São Paulo: Manole, 2012, p.395.

Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-V/ [American Psychiatric Association; tradução: Maria Ines Corrêa Nascimento... et al.]. **Bulimia Nervosa**. Revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli... [et al]. – 5ª ed. – Porto Alegre: Aritmed, 2014. p. 344.

VINDREAU, C. A bulimia na clínica psiquiátrica . In: BRUSSET,B; COUVREUR,C ; FINE, A. (Orgs.) . **A BULIMIA**. São Paulo: Escuta, 2003. p.82-100.

WHITBOURNE, S. K.; HALGIN R. P. **PSICOPATOLOGIA: Perspectivas clínicas dos transtornos Alimentares**. MIGUEL, E. C. et al. **Clínica Psiquiátrica**. São Paulo: Manole, 2011, p.939-946.

SOUZA, J. C; et al. **Estudo sobre a anorexia e bulimia nervosa em universitária**. Psicologia: Teoria e Pesquisa, Brasília,v. 27 n. 2, p. 195-198, abr-jun 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722011000200012> Acesso em: 24 mar. 2017.

SOUZA, L.V;SANTOS,M. **Psicoterapia como estratégia de tratamento dos transtornos alimentares: análise crítica do conhecimento produzido**. Psicologia: Teoria e Pesquisa, v. 28 n.3, p.851-863, jul-set., 2012. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2012000500021. Acesso em:24 mar.2017.

SOUZA, M.C.D.F.P. et al. **Padrões alimentares e imagem corporal em mulheres frequentadoras de academia de atividade física**. Psico. USF, Bragança Paulista, v.18, n. 3, p.445-454, set./dez.2013. Disponível em: :<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712013000300011> . Acesso em: 24 mar. 2017.

SOUZA, L.V; SANTOS, M. A. **Decisões em saúde no relacionamento entre o profissional e o paciente com transtorno alimentar.** Estudos de Psicologia, Campinas, v.31,n.1,p.75-84, jan./mar.2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-6X2014000100008> Acesso em 05 abr. 2017.

SOUZA, L.V; SANTOS, M.A. **Histórias de sucesso de profissionais da saúde no tratamento dos transtornos alimentares.** Psicologia: Ciência e Profissão, v.35.n.2.p.528-542 abr./jun.2015<<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932015000200528&script=sci-abstract&ting=pt>. Acesso em: 24 mar. 2017.

SOUZA, L.V; SANTOS, M.A. **A construção social de um grupo multifamiliar no tratamento dos transtornos alimentares.** Psicologia: Reflexão e Crítica, v.22, n.3, p. 483-492, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722009000300020

SALZANO, A. P. et al. Transtornos alimentares e obesidade. In: MIGUEL, E. C. (Org.). **Compêndio de Clínica Psiquiátrica.** São Paulo: Manole, 2012. p. 394 – 396.