

Bulimia e transtorno da compulsão alimentar periódica: revisão sistemática e metassíntese

Cybele Ribeiro Espíndola*
Sérgio Luís Blay**

INTRODUÇÃO

Os transtornos do comportamento alimentar, bem como suas formas subclínicas ou parciais, são quadros psiquiátricos que afetam principalmente mulheres adultas jovens e adolescentes, com elevada morbidade e mortalidade¹.

Este estudo tratará especificamente da bulimia nervosa (BN) e do transtorno de compulsão alimentar periódica (TCAP), pois, embora estejam classificados de forma independente, os dois transtornos estão intimamente relacionados. O TCAP difere da BN por não apresentar uso de comportamentos compensatórios.

A BN é caracterizada por grande ingestão de alimentos de uma maneira muito rápida e com a sensação de perda de controle – os chamados episódios bulímicos. Estes são acompanhados

de métodos compensatórios inadequados para o controle de peso, como: vômitos auto-induzidos (em mais de 90% dos casos), uso de medicamentos (diuréticos, laxantes e inibidores de apetite), dietas e exercícios físicos, abuso de cafeína ou uso de cocaína².

Já os critérios propostos para o TCAP estão referidos no apêndice B do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV)³, inseridos apenas recentemente, em 1995, e ainda em fase de pesquisa para aprovação como uma nova categoria diagnóstica. Esse transtorno caracteriza-se por compulsão alimentar seguida de angústia, sensação de falta de controle e ausência de comportamentos regulares voltados para a eliminação do excesso alimentar. Estudos epidemiológicos apontam que a BN ocorre em cerca de 1% das mulheres jovens ocidentais⁴ e que as síndromes de transtornos alimentares parciais ou de transtorno alimentar, sem outra especificação, aplicando os critérios do DSM-IV, ocorrem em 2 a 5% das mulheres jovens⁵. A maioria dos pacientes com o transtorno é obesa. A sua prevalência na população, em geral, é em torno de 2%⁶.

* Mestranda, Departamento de Psiquiatria, Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina (UNIFESP-EPM), São Paulo, SP.

** Professor adjunto, Departamento de Psiquiatria, UNIFESP-EPM, São Paulo, SP.

Coutinho & Póvoa⁷, a partir de um estudo multicêntrico com 1.984 indivíduos, encontraram uma prevalência de 30% do TCAP entre pacientes em tratamento para emagrecer. No Brasil, Borges⁸ encontrou uma frequência de 16% de TCAP em mulheres obesas de um programa de vigilantes do peso.

O crescente interesse em relação aos transtornos alimentares, no entanto, não está restrito aos estudos de natureza epidemiológica. Constituindo-se em um tema importante para o campo da saúde pública, estudos de enfoque qualitativo, que associam os transtornos alimentares às experiências e percepções individuais e aos aspectos familiares e socioculturais, existem já em um número considerável e crescente.

As pesquisas qualitativas permitem a obtenção de uma compreensão abrangente sobre a dinâmica psicossocial e cultural subjacentes a esses transtornos, podendo lançar pistas para a elucidação de novos aspectos desse assunto e desvelar outros que permanecem obscuros em estudos de cunho quantitativo.

Todavia, de acordo com o nosso conhecimento, não tivemos acesso a nenhum registro de revisão sistemática acompanhada de metassíntese a respeito de como se dá a experiência vivencial nesses tipos de transtornos e como esses quadros são percebidos sob o ponto de vista dos pacientes.

Levando-se em consideração que os transtornos alimentares constituem um campo de estudo relevante, não só do ponto de vista clínico, mas da qualidade de vida dos sujeitos, pretende-se realizar uma revisão sistemática, seguida de metassíntese, com a finalidade de mapear e sintetizar os achados de pesquisas qualitativas disponibilizadas na literatura científica.

MÉTODOS

A pesquisa compreendeu três fases distintas: (1) revisão sistemática da literatura; (2) avaliação crítica dos artigos; (3) metassíntese.

Revisão sistemática

Fontes de busca

Realizou-se uma exaustiva pesquisa bibliográfica eletrônica, utilizando como fontes de busca as seguintes bases de dados: PubMed, LILACS, SciELO, ISI, PsycINFO e EMBASE.

Estratégia de busca para as bases de dados eletrônicas

Esta pesquisa utilizou-se dos seguintes termos descritores: “*eating disorder*”, “*bulimia nervosa*”, “*binge eating disorder*”, “*binge*”, “*overeating and qualitative research*”, “*qualitative study*”, “*phenomenology*”, “*perspective*”, “*perception*”, “*experiences*”, “*comprehension*” e “*memory*”, respeitando as peculiaridades de cada base de dado.

Após a pesquisa eletrônica, as referências bibliográficas dos estudos considerados relevantes foram revisadas, no sentido de encontrar artigos não localizados na referida pesquisa.

Seleção dos estudos qualitativos

Os critérios de inclusão foram os seguintes:

- Estudos qualitativos publicados em português, inglês, espanhol ou francês.

- Estudos publicados de 1990 a 2005.

- Estudos qualitativos que descrevem a experiência nos transtornos alimentares (BN e TCAP), segundo os critérios do DSM-IV, a partir da perspectiva das pacientes.

- Foram incluídos estudos qualitativos com a seguinte estrutura metodológica: estudo original com participantes de ambos os gêneros; desenho e enfoque teórico esclarecido; amostras intencionais, com número de participantes definido pelo processo de saturação da informação; participantes adolescentes e adultos; análise com estratégias explicitadas de exame do material e técnicas adequadas para obtenção dos depoimentos, ou seja, que permitem captar o fenômeno em sua complexidade, tais como entrevistas em profundidade, grupo focal, entre outros.

Foram excluídos:

- Capítulos ou livros, assim como teses ou dissertações de mestrado.

- Estudos cujo foco central são outros transtornos psiquiátricos que não os transtornos alimentares.

- Estudos que utilizam população infantil ou da terceira idade.

- Estudos com desenho de pesquisa pouco definido e explicitado.

- Estudos que reutilizam dados obtidos em trabalhos anteriores.

Avaliação crítica dos artigos

Os critérios de qualidade adotados foram preconizados pelo formulário padronizado *Critical Appraisal Skills Programme* (CASP)⁹, que traça diretrizes para a avaliação da

qualidade de pesquisas qualitativas. O CASP é composto por 10 itens, que permitem classificar os artigos em categorias, de acordo com a estrutura metodológica. Os estudos foram classificados em categorias A e B.

Categoria A: Significa que têm baixo risco de viés. Atendem até, pelo menos, nove dos 10 itens propostos. Os critérios adotados são os seguintes: 1) objetivo claro e justificado; 2) desenho metodológico é apropriado aos objetivos; 3) os procedimentos metodológicos são apresentados e discutidos; 4) seleção da amostra intencional; 5) coleta de dados descrita, instrumentos explicitados, processo de saturação; 6) a relação entre pesquisador e pesquisado é considerada; 7) cuidados éticos; 8) análise densa e fundamentada; 9) resultados são apresentados e discutidos, apontam para o aspecto da credibilidade, fazem uso da triangulação; 10) discorrem sobre as contribuições e implicações do conhecimento gerado pela pesquisa, bem como suas limitações.

Categoria B: Atendem pelo menos cinco dos 10 itens propostos. Significa que atendem parcialmente os critérios adotados, apresentando risco de viés moderado. Pertencem a essa categoria os estudos de caso e amostra de conveniência.

Obtenção e análise dos dados

Os trabalhos selecionados foram lidos e avaliados. A obtenção das categorias foi realizada por dois revisores independentes. As categorias utilizadas na avaliação e metassíntese foram obtidas por consenso entre os avaliadores.

Metassíntese

Noblit & Hare¹⁰ referem-se ao termo metassíntese como o método de pesquisa que tem como objetivo a análise minuciosa da teoria, métodos e resultados obtidos por estudos que utilizaram a abordagem metodológica qualitativa. O objetivo da metassíntese difere significativamente da meta-análise, já que constitui mais uma interpretação do que agregação dos índices numéricos.

Esta terceira fase deu-se com a aplicação da abordagem meta-etnográfica para análise e síntese dos dados. A obtenção de categorias foi realizada por dois revisores independentes. As categorias utilizadas na avaliação e na metassíntese foram obtidas por consenso entre os avaliadores. A metassíntese foi conduzida a

partir dos seguintes passos, propostos por Noblit & Hare¹⁰:

- Inicialmente, deve-se definir a área de interesse e localizar os estudos, ou seja, formular a pergunta de partida e elaborar as estratégias de busca.

- Selecionar os estudos relevantes que farão parte da amostra. Nesse momento, aplicam-se os critérios de inclusão e exclusão para definir quais integrarão a pesquisa.

- Rer ler os estudos, fazendo anotações. Nessa etapa, o pesquisador deve ler os trabalhos e registrar informações, procurando identificar as palavras-chaves, os temas e as categorias centrais. Deve-se repetir as leituras.

- Nesse momento, deve-se determinar de que forma os estudos estão relacionados. Os autores ressaltam que os estudos podem se relacionar por semelhança, uma vez que possuam aspectos em comum, e por oposição, quando existem discordâncias.

- Comparar os estudos entre si.

- Sintetizar os achados, buscando integrá-los.

- Nesse último momento, deve-se documentar e divulgar os resultados da metassíntese.

RESULTADOS

Foram identificadas, inicialmente, 3.415 citações bibliográficas. Os trabalhos cujo título e resumo indicavam uma aproximação com o tema foram selecionados para a leitura completa do texto. Destes, 15 completaram os critérios de inclusão, e 3.400 não preencheram os critérios pelos seguintes motivos: estudo com outros objetivos, não focaram o tema, populações fora da faixa etária (idosos ou crianças), estudos não-originais, estudos teóricos, insuficiente descrição da metodologia utilizada, metodologia inapropriada, descrições clínicas, estudos epidemiológicos em amostras clínicas e estudos epidemiológicos na comunidade.

De acordo com os critérios de qualidade aplicados, seis estudos foram classificados como A, e nove, como B.

Foi possível observar certa uniformidade nos achados dos estudos; no entanto, não podemos excluir a singularidade de cada pesquisa realizada. Dessa forma, observamos aspectos recorrentes entre os diferentes trabalhos, referentes às percepções, vivências e comportamentos, ao mesmo tempo que identificamos aspectos variantes. Os estudos identificados estão listados nas tabelas 1 a 3, agrupadas por tipo de transtorno alimentar.

Tabela 1 - Estudos com bulimia nervosa (n = 7)

Autor/ano	Tipo de transtorno alimentar	País	Participantes	Método/coleta de dados	Qualidade
Rorty et al. ¹¹	Bulimia nervosa	EUA	40 pacientes do sexo feminino (18-35 anos)	Estudo quanti-qualitativo, entrevistas codificadas	B
Brooks et al. ¹²	Bulimia nervosa	Austrália	10 pacientes do sexo feminino 1 paciente do sexo masculino (19-53 anos)	Entrevistas	B
Orbanic ¹³	Bulimia nervosa	EUA	6 pacientes do sexo feminino (22-54 anos)	Entrevista (estudo fenomenológico)	B
Serpell & Treasure ¹⁴	Bulimia nervosa	Inglaterra	30 pacientes do sexo feminino (idade média: 29,5 anos)	Cartas	B
Jeppson et al. ¹⁵	Bulimia nervosa	EUA	8 pacientes do sexo feminino (20-39 anos)	Entrevistas semi-estruturadas	A
Wasson ¹⁶	Bulimia nervosa	EUA	26 mulheres (20-59 anos)	Grupo focal – entrevistas	A
Broussard ¹⁷	Bulimia nervosa	EUA	13 pacientes do sexo feminino (18-36 anos)	Entrevista, diário pessoal, questionários demográficos	B

Tabela 2 - Estudos com transtorno do comer compulsivo (n = 2)

Autor/ano	Tipo de transtorno alimentar	País	Participantes	Método de coleta de dados	Qualidade
Lyons ¹⁸	Transtorno do comer compulsivo	EUA	6 pacientes do sexo feminino (25-55 anos)	Entrevista aberta	A
Ronel & Libman ¹⁹	Transtorno do comer compulsivo	Israel	80 pacientes do sexo feminino 8 pacientes do sexo masculino (15-63 anos)	Entrevista aberta	A

Do processo de análise descrito, identificamos os seguintes temas centrais: representação da doença; sentimentos negativos; sentimentos positivos; função do sintoma; contexto sociocultural; história pessoal; recuperação. Por sua vez, os temas centrais possuem categorias específicas, que serão descritas a seguir:

Representação da doença

Nesta categoria, estudou-se o processo interpretativo e o significado que os portadores dão à sua condição. Relaciona-se à percepção que os mesmos têm a respeito do seu quadro e à forma como o experimentam.

Através dos relatos dos diversos estudos, pudemos verificar a atribuição dos seguintes significados: a) como descontrole ou impossibilidade de se controlar frente ao ataque de compulsão; b) enquanto uma força externa que domina; c) como doença propriamente dita; d) enquanto traço de personalidade.

Alguns utilizaram o conceito médico de que a bulimia é uma doença, assim como é descrita na Classificação Internacional de Doenças (CID-10)²⁶, estando também presentes nos relatos as noções de descontrole, traço de personalidade e força externa.

Através dos estudos, identificou-se que nem sempre os depoentes têm uma percepção bastante clara do seu transtorno alimentar.

Tabela 3 - Estudos mistos (bulimia, transtorno do comer compulsivo e anorexia) (n = 6)

Autor/ano	Tipo de transtorno alimentar	País	Participantes	Método/coleta de dados	Qualidade
Nevonen & Broberg ²⁰	Transtornos alimentares mistos	Suécia	103 pessoas do sexo feminino BN = 65 TCAP = 38 (18-25 anos)	Grounded theory quantitativa e qualitativa	A
Drummond ²¹	Transtornos alimentares mistos	Austrália	8 pessoas do sexo masculino Idade (---)	Entrevistas em profundidade	B
Etzeberria et al. ²²	Transtornos alimentares mistos (anorexia e bulimia)	Espanha	12 pacientes Idade (---)	4 grupos focais	A
Redenbach & Lawler ²³	Transtornos alimentares mistos	Austrália	5 pessoas do sexo feminino (> 18 anos)	Entrevistas	B
D'Abundo & Chally ²⁴	Transtornos alimentares mistos	EUA	20 pessoas do sexo feminino (17-46 anos)	Entrevistas, grupo focal, observação participante	B
Keski-Rahkonen & Tozzi ²⁵	Transtornos alimentares mistos	EUA	123 pessoas do sexo feminino 3 pessoas do sexo masculino (13-53 anos)	Mensagens Internet	B

BN = bulimia nervosa; TCAP = transtorno de compulsão alimentar periódica.

Esse dado é importante, visto que o modo como esses sujeitos se auto-avaliam determina o curso do próprio tratamento e de sua recuperação. A seguir, apresentamos os modos de identificação do problema:

a) Descontrole^{13,17-19,23}. No estudo de Broussard¹⁷, temos a seguinte descrição:

“Eu sei que isso é dramático, mas ser bulímica é como estar possuída, porque é algo que você fica obcecado e pensa nisso o tempo todo. Mas na hora que você se dá conta do que está fazendo, você não consegue controlar a si mesmo.”

“Eu não deveria estar fazendo isso, então por que eu faço?”¹⁸

b) Força externa^{12,19}. Aqui, o indivíduo aparece enquanto vítima, como se a doença fosse uma força externa que o guiasse e dominasse. Dessa forma, a responsabilidade pelos seus atos é imputada a algo externo.

“Bulimia é uma coisa cruel, porque quando você vê, ela afunda a sua vida...”¹²

c) Doença^{17,19,21}. São poucos os estudos que trazem a percepção do problema enquanto doença por parte dos participantes. Mesmo aqueles que acreditam que se trata de um comportamento anormal tendem a acreditar que seu comportamento não é tão grave e que são

vítimas de uma percepção negativa das pessoas em geral.

De acordo com o estudo de Ronel¹⁹, a doença pode ser expressa em três níveis: o físico, o mental e o espiritual, podendo ser considerada em apenas um nível ou em todos eles.

O estudo de Drummond²¹, com foco na população masculina, relata que os homens se ressentem de que os transtornos alimentares continuam a ser vistos como uma doença de gênero apenas, reivindicando o mesmo nível de atenção e cuidado que as mulheres recebem.

d) Traço de personalidade^{12,13}. “(...) É parte de mim e eu preciso.”¹³

Sentimentos negativos

A experiência de uma pessoa com transtorno alimentar é permeada de múltiplos sentimentos e idéias, ora de características negativas, ora positivas. Os pacientes, ao longo dos estudos sintetizados, identificam um leque de sentimentos negativos em relação aos episódios de compulsão alimentar. Os mais citados são: solidão, medo, culpa, raiva e tristeza.

a) Solidão^{13,16,17,19,22}. Os pacientes passam a viver exclusivamente em função da dieta, da comida, do peso e da forma corporal, restringindo seu campo de interesses e levando a gradativo isolamento social. Etxeberria et al.²² salientam que a maioria desses pacientes perde o contato com as amizades devido ao seu próprio isolamento, por não se sentirem compreendidas ou por evitarem encontros sociais relacionados com a comida.

b) Medo^{16,17,23,25}. Destacam-se o medo mórbido de engordar e o medo de morrer.

c) Culpa^{14,16-19,21}. O sentimento de culpa aparece com grande frequência nos relatos. Culpa pelo ato de comer, culpa pela indução de vômitos e culpa por não conter os impulsos são algumas manifestações.

d) Raiva^{12,14,16}. A passagem abaixo ilustra bem os sentimentos de raiva e culpa:

“Eu me sinto muito mal por isso, é como se eu fosse uma porca. Eu fico desapontada.”¹²

e) Tristeza^{19,22}. A doença surge afetando o estado de ânimo.

“Sou menos alegre, me custa falar e sorrir.”²²

f) Baixa auto-estima^{14,19,23}. O sentimento de baixa auto-estima e inadequação também é apontado. A auto-estima dessas pessoas depende necessariamente de sua forma e peso corporais.

Sentimentos positivos

a) Autocontrole^{13-15,23,24}. Nos transtornos alimentares, o controle do corpo parece ser o controle da própria vida. A balança é uma forma concreta de checar esse controle. De acordo com Redenbach²³, o objetivo primário do estilo alimentar disfuncional é atingir um senso de controle; a imagem corporal vem em segundo lugar.

b) Poder^{12,15,21,24}. A disfunção alimentar relaciona-se à questão do poder sobre o corpo e do controle sobre si e sobre o outro. Dessa forma, a noção de poder encontrada nos estudos está associada à falsa idéia de controle.

c) Permanecer magra^{14,15}. A seguinte narrativa consegue ilustrar bem esses sentimentos, expostos acima, de autocontrole, poder e manter-se magra:

“É a única forma que eu tenho de sentir poder, permitindo com que eu saia e coma qualquer coisa que eu deseje (...) sem ganhar peso algum – este é o único senso de poder que eu tenho, de realmente ter controle.”¹⁵

História pessoal

Nesta categoria, verificamos que a relação do indivíduo com seu corpo é marcada pelas experiências vivenciadas no passado. Abordaremos aspectos relacionados ao corpo e situações traumáticas importantes na vida dessas pessoas.

a) Sobrepeso^{18,20}. Podemos observar que alguns trabalhos apontam a forte relação entre a história pessoal de sobrepeso/obesidade e os transtornos alimentares.

A história de obesidade é apontada como um fator de risco para os transtornos alimentares^{27,28}.

b) Vivências traumáticas^{18,20}. Vivências traumáticas são apontadas em alguns estudos, tais como perda ou separação prematura dos pais. Tais vivências podem ter precipitado o aparecimento dos padrões de alimentação disfuncionais.

Para Andrade²⁹, a biografia dessas pessoas com uma estrutura de personalidade fragilizada e baixa auto-estima predispõe-nas ao desenvolvimento de transtornos alimentares.

Função do sintoma

O sintoma parece assumir variadas funções. Pode surgir como calmante, anestésico e como conforto para momentos de solidão. Outro aspecto evidenciado ao longo dos estudos foi o uso da comida como satisfação de outras necessidades que não a fome fisiológica, figurando, assim, como uma forma de compensação.

a) Manejo de emoções negativas¹²⁻¹⁸. “... É como um instinto de sobrevivência... É como um mecanismo que se aprende... Eu usei comida como uma muleta e uma forma de suportar as coisas por muito tempo, assim eu apenas vou para a cozinha e como.”¹⁵

“É mais fácil comer e vomitar do que ficar triste. É como eu trato as minhas emoções... Quando eu consigo desligar da minha mente fazendo isto, eu não preciso pensar em sentimentos ruins. Eu não tenho que sentir nada.”¹³

“Comida é a única coisa que me faz me sentir bem. Sempre me traz conforto (...).”

b) Manejo de emoções positivas^{16,18}. Estados emocionais positivos também são gatilhos para a compulsão alimentar. A comida, nesses casos, é utilizada para intensificar os sentimentos positivos, causar excitação e celebrar os bons momentos.

“Quando eu estou feliz, a sensação é prolongada quando eu como (...).”¹⁶

Relacionamentos interpessoais

a) Evitação de intimidade e proximidade^{16,19,22}. Os estudos apontaram que as relações interpessoais são notadamente distantes e superficiais, marcadas por culpa e vergonha, além do sentimento de rejeição atribuído à má forma física. Observa-se certo desconforto em manter proximidade com as pessoas. Há, também, uma visível dificuldade de estabelecer fronteiras e limites entre o *self* e os outros.

“Com relação aos garotos, não quero nem vê-los; tenho rejeição em relação à sexualidade, odeio que me olhem.”²²

b) Relações familiares^{19,22,23}. As relações familiares mostram-se seriamente comprometidas nesses tipos de transtornos. Aumentam as discussões, diminui a comunicação. A mentira aparece como forma de mascarar o comportamento disfuncional. A questão da rivalidade entre os irmãos também emerge de forma mais acentuada.

Redenbach²³ assinala, em seu estudo, a preocupação exacerbada e a dificuldade que essas pessoas têm em atender às expectativas dos pais, o que se constitui em mais um fator estressor.

“Você se torna mais reservada, te perguntam, como você não pode explicar, não te entendem.”²²

Contexto sociocultural

A influência do culto ao corpo e da pressão para a magreza que as mulheres sofrem nas sociedades ocidentais, sobretudo as adolescentes, parece estar associada com o desencadeamento desse tipo de comportamento^{12,15,19,21,23}.

“A influência da mídia nas pessoas jovens, porque nesta época não se está consciente disso, não há nada que você possa fazer, é tão insidioso, nós estamos constantemente cercados por isso.”¹²

“Bulimia é uma metáfora da opressão feminina.”¹²

Redenbach²³ não observou, em sua pesquisa, que os aspectos socioculturais funcionassem como gatilho para esses transtornos, mas como fatores mantenedores.

A influência do entorno social também foi assinalada pelo estudo realizado com

população exclusivamente masculina por Drummond²¹.

Recuperação

O tema da recuperação nos transtornos alimentares tem sido alvo de debates teóricos, tanto nas discussões de eficácia de tratamento quanto no que se refere à saúde pública, por ser considerada como um fator crucial.

Em alguns estudos, voltados especificamente para a perspectiva que os próprios pacientes têm da recuperação, fatores de ajuda extraprofissional foram considerados iguais ou superiores em importância em relação aos tratamentos convencionais, em termos de impacto positivo na recuperação. Compreensão empática e suporte emergiram como os fatores mais comuns²⁵.

a) Fatores que contribuíram para a produção de mudança:

- **Autodeterminação**^{23,25}. “Eu me olhei no espelho e pensei que se eu tive força para provocar tanto mal a mim mesma, eu teria força de vontade o bastante para me recuperar. Eu decidi que eu queria me tornar uma pessoa nova sem transtorno alimentar.”²³

- **Auto-aceitação**^{11,23,24}. A auto-aceitação e a auto-aprovação parecem ser chaves para as mudanças positivas. Parte da auto-aceitação é se libertar da necessidade de aprovação e da opinião dos outros, aspecto tão central nessas patologias alimentares.

- **Espiritualidade**^{19,24}. A espiritualidade é percebida como condição importante para o enfrentamento da doença em alguns estudos. O exercício da espiritualidade, independente da religião, traz um sentimento maior de esperança e valor à vida e auxilia o paciente a compreender melhor a sua situação.

- **Relação com os outros**^{11,18,24}. Relação de confiança com um outro significativo parece assumir um papel relevante no processo de recuperação. Essas relações são essenciais, pois, quando estabelecem vínculo de confiança, dão suporte, força e afeto.

D’Abundo²³ salienta que, na maioria das vezes, esse outro significativo é a mãe ou o pai, constituindo-se num dado interessante, uma vez que, geralmente, os familiares são identificados como mantenedores da doença.

- **Ajuda profissional**^{11,25}. A ajuda profissional relaciona-se aos tratamentos convencionais preconizados, tais como acompanhamento com médico, psicólogo e nutricionista, grupos de mútua ajuda, entre outros.

De acordo com Keskin & Tozzi²⁵, o valor da ajuda profissional está condicionado à disposição que os pacientes têm para a mudança. Se os pacientes não estiverem mobilizados para isso, o tratamento não resultará em êxito.

- **Grupos de ajuda mútua**^{11,18,19,23}. Os grupos funcionam como um laboratório das relações sociais, onde as pessoas podem compartilhar suas experiências e estabelecer relações profundas numa atmosfera de compreensão e respeito.

“No grupo de comedores compulsivos anônimos, eu sinto que as pessoas realmente querem se doar às outras, de forma plena e autêntica, sem esperar nada em troca. Apenas dividindo, participando e ajudando os outros.”¹⁹

b) Fatores que limitaram a produção de mudança:

- **Raiva, briga e isolamento das outras pessoas**. Aparecem como precipitantes do sintoma.

“Eu deveria estar próxima de alguém. Perguntaram se eu gostaria de fazer algo junto, como caminhar, conversar ao telefone, ser amiga. Eu tive medo e pensei que não gostaria de ter um amigo. Eu quero ficar sozinha. Sozinha com a comida. (...)”¹⁶

- **Teste de autocontrole**¹⁶. Quando o paciente se sente bem e acredita que pode voltar a incorrer em comportamentos disfuncionais para se certificar de seu autocontrole, isso muitas vezes resulta em recaída.

- **Familiares e amigos tentam impor controle**¹¹. “Eu faço isso e você não pode fazer nada com relação a isso.”¹⁵

DISCUSSÃO

Ao longo desta revisão, visualizamos algumas características da produção científica sobre os estudos qualitativos em bulimia e transtorno do comer compulsivo. O que se verificou foi uma produção científica concentrada, em sua origem, nos EUA, abrigando oito dos trabalhos encontrados, perfazendo mais da metade do total de trabalhos. A Austrália vem em segundo lugar, com três estudos. Suécia, Inglaterra, Espanha e Israel aparecem com um estudo cada um. Nessa categoria, nota-se que a maioria dos artigos foi publicada a partir de 2000, sendo apenas três anteriores a essa data.

No que se relaciona aos procedimentos utilizados, grande parte é composta por estudos

que utilizam entrevistas semi-estruturadas, três fizeram uso de grupo focal, e um utilizou-se de cartas.

Os trabalhos em conjunto integram, aproximadamente, 484 participantes do sexo feminino e 12 do sexo masculino.

A faixa etária, ao longo dos estudos, variou de 13 a 63 anos, sendo predominantes os estudos que utilizaram participantes a partir dos 18 anos de idade.

Embora a bulimia tenha seu início usualmente na adolescência, são poucos os estudos com essa faixa etária, embora alguns abranjam a adolescência e o início da fase adulta. O predomínio de estudos com participantes adultos possivelmente se deve ao fato de a BN iniciar-se no final da adolescência ou início da fase adulta, sendo o tratamento, em geral, procurado já na idade adulta; e a maioria das pesquisas realizadas envolve pacientes em tratamento.

A compreensão da doença do ponto de vista do paciente, isto é, da sua vivência do transtorno, é abordada em sete estudos, envolvendo compreensão dos aspectos psicodinâmicos, como a baixa auto-estima, a ansiedade, a culpa, a dificuldade no controle dos impulsos, bem como a ambigüidade de sentimentos. As questões ligadas ao tratamento e ao processo de recuperação/recaída também são contempladas com ênfase, aparecendo em seis dos estudos. Já no que se relaciona à qualidade de vida, apenas um estudo foi encontrado. Os estudos envolvendo as influências sociais são escassos, apesar de a preocupação com esses aspectos ser apontada na literatura da área.

Os estudos exclusivos com a população masculina ainda se mostram muito incipientes, tendo sido identificado apenas um estudo²¹. Outros dois estudos utilizaram-se de população masculina e feminina^{12,25}.

Os transtornos alimentares são bem menos freqüentes nos homens do que nas mulheres. Por essa razão, o universo masculino tem sido relativamente negligenciado e ignorado pelos especialistas.

Os transtornos alimentares ocorrem em 90 a 95% dos casos no sexo feminino. De acordo com alguns autores, um aumento do número de casos tem sido observado em homens e mulheres de todas as idades, com índices de prevalência entre 1 e 4%^{30,31}.

No processo de síntese dos estudos, chamou atenção a convergência dos mesmos com relação à vivência do ser bulímico e do comedor compulsivo.

Os principais achados encontram-se destacados a seguir:

A representação que os pacientes têm do seu padrão de alimentação disfuncional é bastante complexa em relação à definição proposta pelo CID-10 e pelo DSM-IV. Os diversos relatos assinalados nos estudos abrigam as noções de descontrole, traço de personalidade, força externa e doença, sendo que traço de personalidade e força externa não fazem parte do cortejo sintomatológico das classificações diagnósticas.

Identificou-se que a vivência de ser bulímico envolve certa ambigüidade, já que abriga, em seu bojo, sentimentos negativos e positivos simultaneamente. A natureza egossintônica de alguns de seus sintomas compromete a motivação para a mudança. Dentre os sentimentos negativos, a culpa é a mais assinalada. Já entre os sentimentos positivos, falsa sensação de controle e poder merecem destaque.

O sintoma pode desempenhar diversas funções na vida do paciente, sendo, muitas vezes, utilizado como forma de defendê-lo de suas dificuldades emocionais, podendo agir como calmante ou como meio de satisfação de outras necessidades.

Vale ressaltar que os estados emocionais positivos também são gatilhos para a compulsão alimentar. A comida, nesses casos, é utilizada para intensificar os sentimentos positivos, causar excitação e celebrar os bons momentos.

Para Castillo³², quando o alimento é usado de forma inadequada, como para suprir diferentes estados emocionais, dificulta-se a diferenciação dos estados emocionais de sinais fisiológicos, como a fome. Desse modo, o alimento torna-se um aspecto central de extrema importância na vida do indivíduo e, independente da fonte e da natureza da inquietação, é usado indiscriminadamente.

Na categoria “história pessoal”, a idéia de vivências traumáticas encontrada em nossa revisão limitou-se à separação ou à perda precoce dos pais. A exposição a abuso emocional, físico e sexual na infância em portadores de transtorno alimentar, referida amplamente na literatura especializada^{29,33-35}, não é contemplada nos nossos estudos.

Em relação à categoria “relacionamentos interpessoais”, constatamos que se trata de uma dimensão bastante delicada na vida dessas pessoas. O contato próximo e íntimo é evitado, as relações tendem a ser mais

superficiais, e, dessa forma, o sintoma consegue perpetuar-se em silêncio e, por vezes, em segredo.

O aspecto sociocultural surge como um dos componentes centrais da imagem corporal. Sendo assim, o imaginário dessas pessoas é invadido pelo padrão vigente da boa forma física, simbolizada pela magreza. Tal corpo é incompatível para a maioria das pessoas, que acabam por se envolver em práticas alimentares e comportamentos disfuncionais em busca de atingir esse corpo dito ideal.

De acordo com Drummond²¹, o entorno social também exerce influência sobre o físico masculino. Para os homens, observa-se uma dupla exigência: a de que sejam musculosos, fortes e, ao mesmo tempo, esguios.

Já a recuperação é referida como um processo bastante complexo, que condiciona o valor da ajuda profissional à disposição que os pacientes têm para a mudança. Dessa forma, a recuperação vai muito além dos tratamentos convencionais. Auto-aceitação, disciplina, espiritualidade e rede social são elementos igualmente importantes.

A partir dessa metassíntese, buscou-se a construção de uma moldura que não se feche completamente, pois, sem dúvida, muitos aspectos ficaram de fora, e outros não puderam ser aprofundados, dado ao pequeno número de estudos. Por outro lado, devemos reconhecer que o estudo da percepção dos sujeitos acometidos deve cobrir múltiplos sentidos. No entanto, alguns fatores fundamentais da dinâmica emocional desses pacientes foram desvelados, tais como autopercepção, história pessoal e relações interpessoais, propiciando uma melhor compreensão do processo de adoecer e recuperação dessas patologias.

Algumas limitações podem ser identificadas em nosso estudo. Em primeiro lugar, o número limitado de investigações qualitativas envolvendo bulímicos e comedores compulsivos. Em segundo lugar, identificou-se que grande parte dos estudos identificados foi conduzida com algumas limitações metodológicas, tais como estratégias de amostragem e técnicas de análise. Finalmente, chamou atenção a pouca quantidade de trabalhos publicados na área e a produção científica concentrada em poucos países desenvolvidos, o que pode gerar uma percepção descrita culturalmente orientada.

Dada a pouca produção científica na área, estudos adicionais são necessários, para que se possa aprofundar as temáticas em questão.

REFERÊNCIAS

1. Stice E, Ragan J. A preliminary controlled evaluation of an eating disturbance psychoeducational intervention for college students. *Int J Eat Disord*. 2002;31(2):159-71.
2. Fairburn CG. *Overcoming binge eating*. New York: Guilford Press; 1995.
3. Associação Americana de Psiquiatria. *DSM-IV: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2002.
4. Bushnell JA, Wells JE, Hornblow AR, Oakley-Browne MA, Joyce P. Prevalence of three bulimia syndromes in the general population. *Psychol Med*. 1990;20(3):671-80.
5. Hay P. The epidemiology of eating disorder behaviours: an Australian community-based survey. *Int J Eat Disord*. 1998;23(4):371-82.
6. Appolinário JC. Transtorno do comer compulsivo. In: Nunes MA, Appolinário JC, Abuchaim AL, Coutinho W. *Transtornos alimentares e obesidade*. Porto Alegre: Artmed; 1998. p. 40-6.
7. Coutinho W, Póvoa LC. Comer compulsivo e obesidade. In: Nunes MAA, Appolinário JC, Abuchaim ALG, Coutinho W. *Transtornos alimentares e obesidade*. Porto Alegre: Artmed; 1998. p. 203-6.
8. Borges MBF. *Estudo do transtorno da compulsão alimentar periódica em população de obesos e sua associação com depressão e alexitimia [dissertação]*. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 1998.
9. Milton Keynes Primary Care Trust. *Critical Appraisal Skills Programme (CASP). Making sense of evidence*. London: Oxford; 2002.
10. Noblit GW, Hare RD. *Meta-ethnography: synthesizing qualitative studies*. Newbury Park, CA: Sage; 1988.
11. Rorty M, Yager J, Rossotto E. Why and how do women recover from bulimia nervosa? The subjective appraisals of forty women recovered for a year or more. *Int J Eat Disord*. 1993;14(3):249-60.
12. Brooks A, LeCouteur A, Hepworth J. Accounts of experiences of bulimia: a discourse analytic study. *Int J Eat Disord*. 1998;24(2):193-205.
13. Orbanic S. Understanding bulimia. Signs, symptoms and the human experience. *Am J Nurs*. 2001;101(3):35-41; quiz 41-2.
14. Serpell L, Treasure J. Bulimia nervosa: friend or foe? The pros and cons of bulimia nervosa. *Int J Eat Disord*. 2002;32(2):164-70.
15. Jeppson JE, Richards PS, Hardman RK, Granley HM. Binge and purge processes in bulimia nervosa: a qualitative investigation. *Eat Disord*. 2003;11(2):115-28.
16. Wasson DH. A qualitative investigation of the relapse experiences of women with bulimia nervosa. *Eat Disord*. 2003;11(2):73-88.
17. Broussard BB. Women's experiences of bulimia nervosa. *J Adv Nurs*. 2005;49(1):43-50.
18. Lyons MA. The phenomenon of compulsive overeating in a selected group of professional women. *J Adv Nurs*. 1998;27(6):1158-64.
19. Ronel N, Libman G. Eating disorders and recovery: lessons from overeaters anonymous. *Clin Social Work J*. 2003;31(2):155-71.
20. Nevoen L, Broberg AG. The emergence of eating disorders: an exploratory study. *Eur Eat Disord Rev*. 2000;8:279-92.
21. Drummond MJN. Men, body, image and eating disorders. *Int J Men's Health*. 2002;1(1):79-93.
22. Etxeberria Y, González N, Padierna JA, Quintana JM, Velasco IR. Calidad de vida en pacientes con transtornos de alimentación. *Psicothema - OVIEDO*. 2002;14(2):399-404.
23. Redenbach J, Lawler J. Recovery from disordered eating: what life histories reveal. *Contemp Nurse*. 2003;15(1-2):148-56.
24. D'Abundo M, Chally P. Struggling with recovery: participant perspectives on battling an eating disorder. *Qual Health Res*. 2004;14(8):1094-106.
25. Keski-Rahkonen A, Tozzi F. The process of recovery in eating disorder sufferers' own words: an internet-based study. *Int J Eat Disord*. 2005;37 Suppl:S80-6.
26. Organização Mundial da Saúde, Coord. *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artmed; 1993.
27. Fairburn CG. Eating disorders. In: Clark DM, Fairburn CG, eds. *Science and practice of cognitive behaviour therapy*. Oxford: Oxford University Press; 1997. p. 209-43.
28. Buddeberg-Fischer B, Bernet R, Sieber M, Schmid J, Buddeberg C. Epidemiology of eating behaviour and weight distribution in 14 to 19 year-old Swiss students. *Acta Psychiatr Scand*. 1996;93(4):296-304.
29. Silva ACAT. *Para além dos sintomas: a trilogia do desamparo no vivído de mulheres com transtornos do comportamento alimentar [dissertação]*. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina; 2000.
30. Practice guideline for eating disorders. American Psychiatric Association. *Am J Psychiatry*. 1993;150(2):212-24.
31. Szmukler GI. The epidemiology of anorexia nervosa and bulimia. *J Psychiatr Res*. 1985;19(2-3):143-53.
32. Castillo DC. *Apetito y nutrición*. *Rev Chil Pediatr*. 1990;61(6):346-53.
33. Buckroyd J. *Anorexia e bulimia*. São Paulo: Agora; 2000.
34. Herscovici CR. *A escravidão das dietas*. Porto Alegre: Artmed; 1997.
35. Somenzi L, Zavaschi MLS, Martins FP, Timm HB. Transtornos alimentares e sua relação com abuso sexual na infância: relato de um caso. *Rev Psiquiatr*. 1996;18(3):367-73.

RESUMO

Objetivo: *Esta revisão sistemática teve como objetivo organizar o conjunto das informações disponibilizadas pelos estudos qualitativos sobre a vivência dos pacientes portadores de bulimia e transtorno da compulsão alimentar periódica.*

Metodologia: *Pesquisas foram conduzidas nas seguintes bases de dados: PubMed, ISI, PsycINFO, EMBASE, LILACS e SciELO, no período de 1990 a 2005. Critérios de inclusão: 1) artigos com foco principal na bulimia ou transtorno da compulsão alimentar periódica; 2) pesquisas originais em inglês, espanhol, francês ou português; 3) uso de qualquer método qualitativo, como entrevista, grupo focal ou observação de campo. Critérios de exclusão: artigos exclusivamente teóricos ou que utilizam população infantil ou da terceira idade. Utilizou-se a abordagem meta-etnográfica para sintetizar os dados. Cada estudo foi lido, e as categorias centrais de cada um foram comparadas e interpretadas com as categorias de todos os outros estudos.*

Resultados: *Foram incluídos 15 estudos de um total de 3.415 artigos. Sete temas centrais que se sobrepõem foram identificados: representação da*

doença; sentimentos negativos (medo, culpa, raiva, solidão, perda de controle); sentimentos positivos (auto-controle; poder; função do sintoma; relacionamentos interpessoais; história pessoal; contexto sociocultural; recuperação).

Conclusões: Embora muitos aspectos sejam negativos, a experiência, como um todo, não é referida apenas como má. Alguns aspectos dos transtornos alimentares são sentidos como benéficos, segundo os pacientes.

Descritores: Literatura de revisão, pesquisa qualitativa, bulimia.

ABSTRACT

Objective: The aim of this systematic review is to identify the scope of qualitative investigations on the life experience of patients with bulimia and binge eating disorder.

Methodology: Searches were conducted using the following databases: PubMed, ISI, PsycInfo, Embase, LILACS and Scielo, for articles published between 1990 and 2005. Inclusion criteria were: 1) articles with main focus on bulimia or binge eating disorders; 2) original research reported in English, Spanish, French or Portuguese; 3) use of any qualitative method, such as interview, focal group or field observation. Exclusion criteria were exclusively theoretical articles and those assessing children or elderly subjects. A meta-ethnographic

approach was used to synthesize the data. Each study was carefully read, and their thematic categories were interpreted and compared to the categories of all other studies.

Results: Fifteen studies were included of a total of 3,415 articles. Seven overlapping main themes were identified: illness representation; negative feelings (fear, guilt, anger, loneliness, loss of control); positive feelings (self-control, power); symptom function; interpersonal relationships; sociocultural context; recovery.

Conclusions: Although many issues were negative, the overall experience was not reported as being only bad. Some aspects of eating disorders were considered beneficial by the patients.

Keywords: Review literature, qualitative research, bulimia.

Title: Bulimia and binge eating disorder: systematic review and metasynthesis

Correspondência:

*Cybele Ribeiro Espíndola
Alameda Itú, 920 – Cerqueira César
01421-001 - São Paulo, SP
Fone: (11) 8414.4780
Fax: (85) 3256.4345
E-mail: cybelepsi@bol.com.br;
cybelepsi25@uol.com.br*

*Copyright © Revista de Psiquiatria
do Rio Grande do Sul – SPRS*