

ATENÇÃO FARMACÊUTICA NO TRATAMENTO DE TRANSTORNOS ALIMENTARES

Grazielle de Fátima Pinto Rodrigues¹

¹ Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras do Alto São Francisco. E-mail: graziellerodrigue@hotmail.com

RESUMO

De acordo com a *World Health Organization* (WHO), é alarmante o crescimento de casos de transtornos alimentares (TA) em jovens, o que leva a relacionar ao ideal de beleza e consumo veiculado pela mídia, estabelecendo um padrão, muitas vezes inatingível e que vem causando grande impacto na sociedade. Este artigo tem por objetivo retratar a prática da Atenção Farmacêutica no tratamento de Transtornos Alimentares. Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica baseada em literatura especializada através da consulta de artigos científicos e livros, realizados no período de agosto a dezembro de 2016. As bases de dados utilizadas foram o Scielo, Lilacs, dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde e Organização Mundial de Saúde e Diretrizes oficiais. O profissional farmacêutico tem contato direto com o paciente durante a dispensação de medicamentos, sendo importante neste processo, pois muitas vezes, é possível identificar prováveis casos de transtornos alimentares podendo, então, orientá-los e até mesmo encaminhá-los ao médico e acompanhar o paciente para obter o melhor resultado terapêutico. Vale ressaltar que, além da orientação na farmacoterapia, o farmacêutico também trabalha com as medidas não farmacológicas, para que o paciente melhore seu condicionamento e, consequentemente, consiga um prognóstico favorável a sua saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Transtornos alimentares, Atenção Farmacêutica.

ABSTRACT

According to the World Health Organization (WHO), it is alarming the growth of cases of eating disorders (TA) in young people, which leads to relate to the ideal of beauty and consumption conveyed by the media, establishing a pattern, often unattainable And that has been causing great impact in society. This article aims to portray the practice of Pharmaceutical Care in the treatment of Eating Disorders. This is a bibliographic review study based on specialized literature through the consultation of scientific articles and books, carried out from August to December 2016. The databases used were Scielo, Lilacs, data provided by the Ministry of Health and World Health Organization and Official Guidelines. The pharmacist has direct contact with the patient during the dispensing of medicines, being important in this process, since it is often possible to identify probable cases of eating disorders and can then guide them and even refer them to the doctor and accompany the patient to obtain the best therapeutic result. It is worth noting that in addition to the pharmacotherapy orientation, the pharmacist also works with non-pharmacological measures, so

that the patient improves his conditioning and, consequently, obtains a prognosis favorable to his health.

KEY WORDS: Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Eating Disorders, Pharmaceutical Care.

INTRODUÇÃO

De acordo com a *World Health Organization* (WHO), é alarmante o crescimento de casos de transtornos alimentares (TA) em jovens, o que leva a relacionar ao ideal de beleza e consumo veiculado pela mídia, estabelecendo um padrão, muitas vezes inatingível e que vem causando grande impacto na sociedade (WHO, 2015; MORGAN & AZEVEDO, 2006).

Devido a esta busca para se encaixar nos padrões de beleza, a população começa a procurar por meios através dos quais consigam a perda de peso sem maiores esforços e muita das vezes, se deparam com as anfetaminas, que são medicamentos que a longo prazo desenvolvem tolerância e dependência, além dos efeitos colaterais produzidos pelo seu consumo (SILVA, OLIVEIRA & FERREIRA, 2012).

Em consequência disto e devido à complexidade do entendimento e do tratamento desse quadro, a participação do farmacêutico em equipes multidisciplinares acrescenta valor aos serviços e contribui para a promoção do uso racional dos medicamentos assim como a orientação sobre medidas não farmacológicas e, conseqüentemente, a promoção da saúde, sendo uma ferramenta importante de atuação junto à sociedade (BRASIL, 2004).

Eventos adversos relacionados a medicamentos aumentam o risco de mortalidade e, segundo estudos, 27% destes eventos relatados são ligados à inadvertência. Uma ação exequível para a resolução deste problema é desenvolver uma maior cooperação entre médico e farmacêutico. A prestação de Serviços Farmacêuticos de atenção primária colaboram para o decréscimo de internação ou tempo de estadia no hospital, ao assessoramento aos portadores de doenças crônicas,

à aplicação de educação em saúde e uma ação terapêutica mais efetiva e com redução de custos (VIEIRA, 2007).

Desta forma, considerando a importância do tema e a escassez de informações sobre a atenção farmacêutica no tratamento de Transtornos Alimentares, este artigo faz considerações sobre as possibilidades de contribuição do farmacêutico para a melhoria da utilização de medicamentos e acompanhamento em relação a este transtorno.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica baseada em literatura especializada através da consulta de artigos científicos e livros, realizados no período de agosto a dezembro de 2016. As bases de dados utilizadas foram o Scielo, Lilacs, dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde e Organização Mundial de Saúde e Diretrizes oficiais (brasileiras e internacionais).

DESENVOLVIMENTO

Atenção Farmacêutica

A implantação da Assistência Farmacêutica no Brasil se deu em meados dos anos 80, juntamente com a Política Nacional de Medicamentos. De acordo com a Resolução 338, de 06 de Maio de 2004, do Conselho Nacional de Saúde, a Assistência Farmacêutica são as atitudes do farmacêutico que direciona suas orientações no intuito de valer-se do uso racional de medicamentos, procurando sempre a melhor farmacoterapia e visando a melhora da qualidade de saúde e vida do paciente (PEREIRA & FREITAS, 2008; BRASIL 2004).

A Assistência Farmacêutica abrange muitos vieses e a realização da Atenção Farmacêutica está incorporada neste sistema. O termo “*Pharmaceutical Care*” foi utilizado pela primeira vez por Hepler e Strandem, em 1990, nos Estados Unidos e significa que o farmacêutico deve buscar resultados satisfatórios em relação a qualidade de vida do paciente através do seu cuidado e de suas orientações. Posteriormente, este termo foi discutido e ampliado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1994, que também definiu o papel fundamental do farmacêutico como profissional que deve contribuir para com a população praticando a Atenção Farmacêutica, afim de trabalhar na prevenção de doenças e promoção da saúde juntamente com outros membros da equipe sanitária (PEREIRA & FREITAS, 2008).

Em 1999, na Espanha, o Grupo de Investigação em Atenção Farmacêutica da Universidade de Granada trouxe o termo “*Atención Farmacéutica*” e o Método Dáder, que consistia em um modelo de desenvolvimento da farmacoterapia e, posteriormente em 2004, este mesmo grupo identificou e classificou os Problemas Relacionados aos Medicamentos – PRMs (SILVA 2016; PEREIRA & FREITAS, 2008).

Em 2002, no Brasil, este termo foi oficializado e adotado como Atenção Farmacêutica e estabelecido através do Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica, que foi liderada pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), WHO, Ministério da Saúde (MS), entre outros (IVAMA *et al.*, 2002).

Dentro deste novo contexto da prática farmacêutica, na qual o bem-estar passa a ser a preocupação principal, o farmacêutico assume papel fundamental, somando seus esforços aos dos outros profissionais de saúde e aos da comunidade em busca da promoção da saúde. Este é um compromisso de extrema relevância, já que os eventos adversos a medicamentos são considerados, muitas vezes, como os responsáveis por grandes perdas, sejam estas de ordem financeira ou de vida (GONÇALVES, 2011).

O profissional farmacêutico, em cooperação com o paciente, atua de modo a melhorar os resultados da farmacoterapia, trabalhando com a prevenção e identificação de PRMs, na tentativa de evitar que estes possam dar lugar à morbidade e/ou mortalidade relacionada com o tratamento medicamentoso. Além do mais, o farmacêutico, por via de regra, é o último profissional de saúde que tem contato direto com o paciente depois da decisão médica pela terapia farmacológica e é responsabilidade dele orientar sobre o uso correto de medicamentos (GONÇALVES, 2011; DALGALARRONDO, 2008).

Transtornos Alimentares

O comportamento alimentar é uma manifestação complexa e de importância central, estimulado por reações essenciais do organismo, como fome, sede e saciedade. Essas reações são designadas por impulsos eletroquímicos do hipotálamo, região reguladora dos Sistemas Nervoso Central e Endócrino (DALGALARRONDO, 2008).

O desenvolvimento do transtorno do comportamento alimentar é caracterizado pela perturbação do hábito alimentar com sintomas físicos e psíquicos, cuja etiologia é multifatorial, envolvendo predisposição genética e também podendo ser gerado por uma insatisfação em relação ao peso e à forma corporal. Não se trata apenas do hábito alimentar em si ou um meio utilizado para se perder peso, e sim, sobre uma instabilidade emocional e biológica que leva a um comportamento nocivo à saúde. Tudo isso se torna mais relevante visto que a sociedade e a mídia cultuam a magreza, estando esta, dentro desses meios, associada à imagem de poder, beleza e mobilidade social (SOUZA & PESSA, 2016; DSM-V, 2014; SILVA & MELLA, 2008; DOMÍNGUEZ & RODRÍGUEZ, 2005).

Dos transtornos do comportamento alimentar, o primeiro a ser descrito foi a Anorexia Nervosa, no século XIX. A Bulimia Nervosa veio com estudos de comportamentos que não se

encaixavam nos parâmetros da Anorexia Nervosa, apresentada por Gerald Russell em 1979. Mesmo sendo síndromes clínicas distintas, possuem características comuns - ambas acometem, sobretudo, mulheres previamente sadias que se tornaram extremamente preocupadas com a forma e o peso corporais. Têm uma etiologia multifatorial composta por fatores como genética, vulnerabilidade biológica e psicológica, além de propostas socioculturais que, associados, aumentam a chance do desenvolvimento de algum tipo de transtorno do comportamento alimentar. Geralmente, esses transtornos têm início na adolescência, quando se começa a criar uma autoimagem corporal e, também, ao mesmo tempo crítica em relação à imagem ideal. Assim, as necessidades sociais acabam prevalecendo às necessidades individuais (LONGO *ET AL.*, 2013; RUSSO, 2005; VILELA, 2004; MORGAN, VECCHIATTI & NEGRÃO, 2002).

De acordo com Dias e Casarin (2016) a palavra anorexia vem do grego *anorexis*, onde *an* quer dizer ausência ou deficiência de, e *orexis*, apetite, e com a junção, significando inapetência ou ausência de fome. Contudo, o termo Anorexia Nervosa caracteriza-se por uma rejeição à manutenção do peso normal devido à distorção da própria imagem corporal, apresentando um profundo receio em relação ao ganho de peso e também, a negação do diagnóstico (LONGO *ET AL.*, 2013).

Os sintomas da Anorexia Nervosa resultam em prejuízos fisiológicos, mas sobretudo, psíquicos; sérias implicações juntamente com a desnutrição, como complicações cardiovasculares, desidratação, disfunções eletrolíticas e na motilidade gastrointestinal, infertilidade e outros problemas hipometabólicos (DOMÍNGUEZ & RODRÍGUEZ, 2005).

A Bulimia Nervosa é caracterizada por indivíduos que geralmente se mantêm em seu peso normal, ou até um leve sobrepeso, mas com crises que variam em episódios de hiperfagia com vômitos auto induzidos. Esta prática do vômito auto induzido é muito comum, ocorrendo em cerca de 95% dos casos, sendo justificada pela diminuição da ansiedade no indivíduo e o receio de ganhar peso. Há também, a prática de medidas extremas para controlar o aumento de peso tais como abuso

de laxantes e diuréticos, consumo de medicamentos supressores de apetite, períodos de jejum e, como nos casos de Anorexia Nervosa, uma preocupação excessiva pelo peso (LONGO *ET AL.*, 2013; DOMÍNGUEZ & RODRÍGUEZ, 2005; CORDÁS, 2004).

Quando o quadro patológico não se enquadra nestas principais síndromes, é empregado o Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica (TCAP), que é uma síndrome relatada recentemente, onde sua característica principal são os episódios de hiperfagia, similares aos apresentados na BN, porém não há prática compensatória indevida (Longo *et al.*, 2013).

Anamnese e Diagnóstico

A distinção fundamental entre a AN e a BN depende do peso corporal; os pacientes com AN mostram-se, por definição, significativamente abaixo do peso, enquanto aqueles com BN têm pesos corporais na faixa normal ou acima, possuem manifestação de sintomas por volta de 18 anos de idade, oscilações de peso, distúrbios mentais e psicológicos, preocupação excessiva com o peso, alimentação e atividades físicas. Ao contrário da BN e AN, o diagnóstico de TCAP não é usual e não chega a ser um nível de distúrbio patológico, a não ser no contexto de obesidade e sobrepeso, principalmente quando há o objetivo de perda de peso. Portanto, estes indivíduos geralmente apresentam características semelhantes, o que facilita um diagnóstico sem o uso de métodos laboratoriais. Não podendo, porém, haver dúvidas em relação às causas orgânicas de desnutrição como tumores do sistema nervoso central, síndromes de má absorção, diabetes mellitus e infecções, antes de se iniciar a terapia psiquiátrica e nutricional (LONGO *ET AL.*, 2013; HERPERTEZ, 2011; VILELA, 2004; CORDÁS, 2004).

Mas para se chegar a um diagnóstico, deve haver uma investigação mais íntima a respeito dos hábitos alimentares do paciente, considerando quantidade e qualidade, se há prática de

exercícios físicos e também em relação ao bem estar psicossocial e psicopatológico do paciente (CORDÁS & CLAUDINO, 2005).

Os critérios diagnósticos amplamente aceitos são fornecidos pelo DSM-V (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) e o CID-10 (Classificação Internacional de Doenças), nos quadros 1, 2 e 3, apresentam-se segundo o DSM-V. O diagnóstico da AN geralmente pode ser estabelecido de maneira correta pela anamnese, quando a perda ponderal é alcançada com dieta restritiva e atividade física excessiva, e a preocupação e resistência em ganhar peso. Já o de BN, tem as características específicas que são os episódios de hiperfagia seguidos de vômitos auto induzidos, que tem por objetivo diminuir ou evitar o ganho de peso. As manifestações clínicas e achados laboratoriais da AN e BN utilizados para diagnósticos estão descritas nos quadros 4 e 5 (LONGO ET AL., 2013; SMINK & HOCKEN, 2012).

Observando o Transtorno Alimentar, reconhece-se que o diagnóstico precoce melhora as chances de recuperação do paciente e, nesse sentido, considera-se que o profissional farmacêutico possui uma importância excepcional tanto na prevenção quanto na identificação de indivíduos com risco de desenvolvimento de TA. O profissional farmacêutico tem contato direto com o paciente durante a dispensação do medicamento e, portanto, pode identificar indivíduos que apresentam sintomas, por exemplo, relacionados ao uso abusivo de anfetaminas, diuréticos, laxantes e enemas ou comportamentos de risco e, conseqüentemente, pode orientá-los sobre o risco de desenvolver um TA ou, caso necessário, encaminhá-los ao acompanhamento médico (CORDÁS & CLAUDINO, 2005; OLIVA & FAGUNDES, 2001).

O farmacêutico deve orientar o paciente também sobre os riscos relacionados a medicamentos como efeitos colaterais e o desenvolvimento de tolerância e dependência e também saber trabalhar com o médico e equipe multidisciplinar, a fim de evitar falhas no tratamento e obter um prognóstico positivo (SILVA, OLIVEIRA & FERREIRA, 2012).

Quadro 1: Critérios diagnósticos para Anorexia Nervosa segundo o DSM-V (2014)**Quadro 1 - Critérios diagnósticos para Anorexia Nervosa segundo o DSM-V**

A. Restrição da ingestão calórica em relação às necessidades, levando a um peso corporal significativamente baixo no contexto de idade, gênero, trajetória do desenvolvimento e saúde física. *Peso significativamente baixo* é definido como um peso inferior ao peso mínimo normal ou, no caso de crianças e adolescentes, menor do que o minimamente esperado.

B. Medo intenso de ganhar peso ou de engordar, ou comportamento persistente que interfere no ganho de peso, mesmo estando com peso significativamente baixo.

C. Perturbação no modo como o próprio peso ou a forma corporal são vivenciados, influência indevida do peso ou da forma corporal na autoavaliação ou ausência persistente de reconhecimento da gravidade do baixo peso corporal atual.

- Tipo restritivo: Durante os últimos três meses, o indivíduo não se envolveu em episódios recorrentes de compulsão alimentar ou comportamento purgativo (i.e., vômitos autoinduzidos ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas). Esse subtipo descreve apresentações nas quais a perda de peso seja conseguida essencialmente por meio de dieta, jejum e/ou exercício excessivo.

- Tipo compulsão alimentar purgativa: Nos últimos três meses, o indivíduo se envolveu em episódios recorrentes de compulsão alimentar purgativa (i.e., vômitos autoinduzidos ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas).

Fonte: DSM-V (2014)

Quadro 2: Critérios diagnósticos para Bulimia Nervosa segundo o DSM-V (2014)**Quadro 2 – Critérios diagnósticos para Bulimia Nervosa segundo o DSM-V**

A. Episódios recorrentes de compulsão alimentar. Um episódio de compulsão alimentar é caracterizado pelos seguintes aspectos:

1. Ingestão, em um período de tempo determinado (p. ex., dentro de cada período de duas horas), de uma quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria dos indivíduos consumiria no mesmo período sob circunstâncias semelhantes.

2. Sensação de falta de controle sobre a ingestão durante o episódio (p. ex., sentimento de não conseguir parar de comer ou controlar o que e o quanto se está ingerindo).

B. Comportamentos compensatórios inapropriados recorrentes a fim de impedir o ganho de peso, como vômitos autoinduzidos; uso indevido de laxantes, diuréticos ou outros medicamentos; jejum; ou exercício em excesso.

C. A compulsão alimentar e os comportamentos compensatórios inapropriados ocorrem, em média, no mínimo uma vez por semana durante três meses.

D. A autoavaliação é indevidamente influenciada pela forma e pelo peso corporais. E. A perturbação não ocorre exclusivamente durante episódios de anorexia nervosa.

Fonte: DSM-V (2014)

Quadro 3: Critérios diagnósticos para Transtorno Compulsivo Alimentar segundo o DSM-V (2014)**Quadro 3 – Critérios diagnósticos para Transtorno Compulsivo Alimentar segundo o DSM-V**

- A. Episódios recorrentes de compulsão alimentar. Um episódio de compulsão alimentar é caracterizado pelos seguintes aspectos:
1. Ingestão, em um período determinado (p. ex., dentro de cada período de duas horas), de uma quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria no mesmo período sob circunstâncias semelhantes.
 2. Sensação de falta de controle sobre a ingestão durante o episódio (p. ex., sentimento de não conseguir parar de comer ou controlar o que e o quanto se está ingerindo).
- B. Os episódios de compulsão alimentar estão associados a três (ou mais) dos seguintes aspectos:
1. Comer mais rapidamente do que o normal.
 2. Comer até se sentir desconfortavelmente cheio.
 3. Comer grandes quantidades de alimento na ausência da sensação física de fome.
 4. Comer sozinho por vergonha do quanto se está comendo.
 5. Sentir-se desgostoso de si mesmo, deprimido ou muito culpado em seguida.
- C. Sofrimento marcante em virtude da compulsão alimentar.
- D. Os episódios de compulsão alimentar ocorrem, em média, ao menos uma vez por semana durante três meses.

Fonte: DSM-V (2014)

Quadro 4: Manifestações clínicas e achados laboratoriais utilizados para diagnóstico de AN, segundo o Medicina Interna de Harrison (LONGO *et al.*, 2013).

Quadro 4: Manifestações clínicas e achados laboratoriais utilizados para diagnóstico de AN, segundo o Medicina Interna de Harrison

Características Clínicas:

- Início -Meio da Adolescência
- Homens:Mulheres – 10:1
- Prevalência por toda a vida – 1% mulheres
- Peso – Acentuadamente diminuído
- Menstruação – Ausente
- Compulsão alimentar – 25-50%
- Mortalidade - ~5% por década

Achados físicos e laboratoriais:

- Pele/membros - lanugem
 - Acrocianose
 - Edema
- Cardiovasculares – Bradicardia
 - Hipotensão
- Gastrointestinais – Aumento das glândulas salivares
 - Esvaziamento gástrico lento
 - Constipação
 - Elevação das enzimas hepáticas
- Hematopoiéticos – Anemianormocíticanormocrômica
 - Leucopenia
- Líquidos/eletrolitos – Aumento do BUN e da creatinina
 - Hipopotassemia
 - Hipofosfatemia
 - Hipomagnesemia
- Endócrinos – Hipoglicemia
 - Nível baixo de estrogênio ou testosterona
 - Nível baixo de LH e FSH
 - Tiroxina baixa a normal
 - TSH normal
 - Aumento do cortisol
 - Osteopenia

Fonte: LONGO *et al.*, 2013

Quadro 5: Manifestações clínicas e achados laboratoriais utilizados para diagnóstico de BN, segundo o Medicina Interna de Harrison (LONGO *et al.*, 2013).

Quadro 5: Manifestações clínicas e achados laboratoriais utilizados para diagnóstico de BN, segundo o Medicina Interna de Harrison

Características Clínicas

- Início – Final da adolescência/ início da idade adulta
- Homens:mulheres – 10:1
- Prevalência por toda a vida – 1-3% mulheres
- Peso – Geralmente normal
- Menstruação – Geralmente normal
- Compulsão alimentar – Necessária para o diagnóstico
- Mortalidade – Baixa

Achados físicos e laboratoriais

- Gastrointestinais – Aumento das glândulas salivares
 - Erosão dentária
- Líquidos/eletrolitos – Hipopotassemia
 - Hipocloremia
 - Alcalose

Fonte: Longo *et al.*, 2013

Tratamento

Pacientes com TA são propensos a contestar o transtorno e procuram se defender e buscar razões para seus sintomas. Tendem a minimizar os riscos da doença e se opõem ao tratamento. Quando isso acontece, é necessário cautela e buscar se aproximar mais do paciente, para estabelecer um vínculo de confiança e assim, chegar a um bom prognóstico (SOUZA & PESSA, 2016).

As mediações psicossociais para tratamentos satisfatórios de TA a longo prazo são importantes, já que o desenvolvimento destes transtornos são vinculados a fatores sociais e psicológicos. O objetivo principal do tratamento da Anorexia Nervosa é o aumento do peso, aumentando o índice de massa corporal (IMC) para acima de 19, e, se necessário, uma abordagem psicofarmacológica ou tratamentos com placebo (OLIVA & FAGUNDES, 2001).

Estudos mostram que 40% dos pacientes com AN chegam ao sucesso do tratamento, 25% apresentam sucesso moderado e 30% dos casos o tratamento não obtiveram resultados satisfatórios (HERPERTEZ, 2011).

Vale ressaltar que o tratamento deverá ser iniciado o mais rápido possível, visto que o mesmo é longo e que a não adesão acarreta riscos físicos e psicológicos, sendo que principalmente na AN, a taxa de mortalidade é bem elevada (CORDÁS, 2004).

Para o tratamento da Bulimia Nervosa as psicoterapias cognitivas e comportamentais são consideradas eficazes, por possibilitarem a conscientização da gravidade do transtorno (CORDÁS & CLAUDINO, 2005).

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), é um dos principais métodos de intervenção psicossocial utilizados e, associada à terapia farmacológica, tem-se resultados satisfatórios para BN e TCAP. Este modelo de tratamento fundamenta-se na crença disfuncional – insatisfação com a imagem corporal – pode levar à correção do comportamento alimentar irregular. E complementa-se que esta terapia deve ser multidisciplinar, com a presença de profissionais nutricionistas, psicólogos, médicos, farmacêuticos ou outros necessários para desenvolver o automonitoramento e trabalhar ações cognitivas e comportamentais (COSTA & MELNIK, 2016).

Para grande parte dos indivíduos que sofrem de BN, um tratamento não farmacológico é apontado como o primeiro passo, onde entra a Atenção Farmacêutica, com orientações e medidas não farmacológicas. Se porventura não houver melhoras no quadro, medicamentos antidepressivos tricíclicos (TCAs), inibidores seletivos da receptação de serotonina (ISRS) ou inibidores da monoaminoxidase (IMAO) são recomendados. E, os antidepressivos são úteis mesmo para os pacientes com BN que não se mostram deprimidos (SILVA *et al.*, 2006; SALZANO & CORDÁS, 2004).

De acordo com estudos nos Estados Unidos, cerca de 50% dos pacientes com BN, não apresentam sintomas por um período maior que 5 anos, mas 20% ainda continuam com sintomas que caracterizam a doença (HERPERTEZ, 2011).

Dentre os procedimentos de avaliação de prognóstico no tratamento dos TA, está a Escala de Categorias de Desfecho Geral de Morgan-Russel, que de acordo com Souza e Pessa (2016) relaciona a evolução do TA em favorável, intermediária e desfavorável, caracterizado peso e ciclo menstrual para AN e peso e sintomas de compulsão para BN. É uma avaliação da condição geral do paciente. Durante o tratamento dos TA são constantemente identificadas recaídas e sua continuidade, na maioria das vezes, é prolongada e bastante difícil. O tratamento tem como propósito a inteira recuperação do paciente em suas circunstâncias clínicas, nutricionais e psicológicas e o trabalho multidisciplinar é assegurado como a maneira mais apropriada de assistência (Souza & PESSA, 2016; CORDÁS, 2004).

O papel do farmacêutico neste contexto é de acompanhar o paciente, visando obter os melhores resultados no tratamento. Trabalhando com orientações sobre o uso correto da farmacoterapia e, ao mesmo tempo, observando se está atingindo os objetivos da mesma, dentro do uso racional de medicamentos e identificando possíveis PRMs (GONÇALVES, 2011).

É evidenciado que, além da orientação na farmacoterapia, o farmacêutico busca trabalhar também as medidas não farmacológicas para que o paciente melhore seu condicionamento e, conseqüentemente consiga um prognóstico favorável. Nos casos em que o farmacêutico identificar algum problema relacionado ao uso de medicamentos, este profissional deverá trabalhar com o paciente e com os outros membros da equipe de saúde a fim de solucioná-los.

Da mesma forma que a equipe multidisciplinar, a família tem um papel importante para o tratamento, portanto, ela deve estar comprometida em estimular e encorajar o paciente a retomar sua condição de saúde (DIAS & CASARIN, 2016).

CONCLUSÃO

O Transtorno Alimentar ainda não possui um tratamento farmacológico considerado eficaz para melhora da psicopatologia. A ação de antidepressivos na prevenção de recaídas e de antipsicóticos no ganho de peso podem sinalizar como deverão ser pesquisas futuras. Vale ressaltar que o uso de antidepressivos, principalmente tricíclicos e Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina (ISRS), mostram-se parcialmente eficazes

Assim, o profissional farmacêutico é importante neste processo, pois é na dispensação que, muitas vezes, se consegue maior proximidade com o paciente, sendo possível identificar possíveis casos de transtornos alimentares. Quando diagnosticado o transtorno, o farmacêutico consegue acompanhar o tratamento com maior proximidade, trazendo orientações sobre o uso correto da farmacoterapia, observar a efetividade, segurança, reações adversas e ainda trabalhar com medidas não farmacológicas, trazendo então, junto à equipe multidisciplinar, a colaboração para que o tratamento seja mais eficaz e que o prognóstico seja positivo.

Tendo em vista o aumento da incidência dos Transtornos Alimentares na população em geral, principalmente em adolescentes, assim como o alto grau de morbidade e mortalidade pertinentes, revela-se necessário que haja uma maior atenção, conhecimento e estudos por parte dos profissionais de saúde quanto aos sintomas, curso e tratamento dos mesmos. Assim, pode-se trabalhar a orientação para a prevenção de transtornos alimentares e também o diagnóstico precoce desta patologia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução N° 338, DE 06 DE MAIO DE 2004. Dispõe sobre a Política Nacional de Assistência Farmacêutica [Internet]. Brasília, DF; 2004. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/sngpc/legis.htm>. Acesso em: 19 dez.2013.

- Cordás TA. Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico. *Rev. Psiqu. Clín.* 31(4): 154-157, 2004.
- Cordás TA& Claudino AM. Transtornos alimentares: fundamentos históricos. *Rev. Bras. Psiqu.* 24(Supl III): 3-6, 2005.
- Costa MB& Melnik T. Effectiveness of psychosocial interventions in eating disorders: an overview of Cochrane systematic reviews. *Einstein*.14(2): 235-277, 2016.
- Dalgallarrondo P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. 2.ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2008. 440 p.
- Dias OS& Casarin RG. Psicologia Clínica e a Ressignificação do prazer alimentar no tratamento de pacientes anoréxicos. *Rev. Cient. Fac. Educ. Meio Amb.* 7(1):103-119, 2016.
- Domínguez SM& Rodríguez SV. Características clínicas e tratamento dos transtornos do comportamento alimentar. In: Caballo VE & Simón MA. Manual da psicologia clínica infantil e do adolescente: transtornos gerais. São Paulo: Editora Santos, 2005. cap. 9, p. 261-264.
- Feitosa FPJ. *O Papel do Farmacêutico no Controle do Uso Racional de Antibióticos*. 2006. Crato. 45 p. Monografia (Especialização em Assistência Farmacêutica), Escola de Saúde Pública do Ceará. Ceará.
- Gonçalves MPV. *Atenção Farmacêutica a usuária portadora de transtorno psicossocial*. 2011. Teresina. 89 p. Monografia (Graduação em Farmácia). Universidade Federal do Piauí. Piauí.
- Herpertz S, Hagenah U, Vocks S, Wietersheim JV, Cuntz U & Zeeck A. The diagnosis and treatment of eating disorders. *Deutsches Ärzteblatt International. Otsch Arztebi Int.* 108(40): 678-685, 2011.
- Ivama, AM *et al.* *Consenso brasileiro de atenção farmacêutica: proposta*. Organização Pan-Americana da Saúde, DF, 2002. 23 p.
- Longo DL, Kasper DL, Jameson JL, Fauci AS, Hauser SL & Loscalzo J. Medicina Interna de Harrison. 18 ed. Porto Alegre, RS: Artes Médicas, 2013.
- Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-V. 5. ed. Porto Alegre: ABP; Artes Médicas, 2014. 948 p.

Morgan CM & Azevedo AMC. Aspectos sócio-culturais dos transtornos alimentares. *J. Psych. [online]* 11(2), 2006.

Morgan CM, Vecchiatti IR & Negrão AB. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. *Rev. Bras. Psiqu.* 24(Supl III): 18-23, 2002.

Oliva CAG & Fagundes U. Aspectos clínicos e nutricionais dos transtornos alimentares. *Psiquiatria na Prática Médica.* 34(2): 47-53, 2001.

Pereira LRL & Freitas O. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. *Bras. J. Pharm. Sci.* 44(4): 601-612, 2008.

Russo R. Imagem corporal: construção através da cultura do belo. *Mov. Percep.* 5(6): 80-89, 2005.

Salzano FT & Cordás TA. Tratamento farmacológico de transtornos alimentares. *Rev. Psiqu. Clín.* 31(4): 188-194, 2004.

Silva KP, Bezerra LMB, Borges LM, Bitencourt NKS, Honorato F, Amaral VCS. Transtornos alimentares: considerações clínicas e desafios do tratamento. *Infarma.* 18(11/12): 10-13, 2006.

Silva FM. *Modelos de seguimento farmacoterapêutico: uma abordagem descritiva.* 2014. Campina Grande. 30 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Farmácia). Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande.

Silva JR, Oliveira ENF, Ferreira AG. Avaliação do consumo de anorexígenos derivados de anfetaminas em cidades de Goiás. *Ens. Ci.* 16(3): 9-19, 2012.

Silva MC & Mella EAC. Avaliação do uso de medicamentos para perda de peso por acadêmicas de uma instituição de ensino superior em Maringá, PR. *Arq. Ci. Saúde.* 12(1): 43-50, 2008.

Smink FRE & Hocken D. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Curr Psychiatry Rep.* 14(4): 406-414, 2012.

Souza AL & Pessa RP. Tratamento dos transtornos alimentares: fatores associados ao abandono. *J. Bras. Psiqu.*65(1): 60-67, 2016.

Vieira FS. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. *Ci. Saúde Col.*12(1): 213-220. 2007.

Vilela JEM, Lamounier JA, Dellaretti Filho MA, Barros Neto JR & Horta GM. Transtornos alimentares em escolares. *J. Pediatr.*80(1): 49-54, 2004.

World Health Organization. FAMUN – Facamp Model United Nations, 2015.5 p. Disponível em: http://famun.com.br/2015/em/wp-content/uploads/2015/04/FAMUN-2015_OMS.pdf. Acesso em: dez. 2016.