



**FACULDADE FASIFE
CURSO DE NUTRIÇÃO**

POLIANA DANDARA DE SOUZA

**IMPORTÂNCIA DO TRATAMENTO NUTRICIONAL NOS
TRANSTORNOS ALIMENTARES EM ADOLESCENTES.**

**Sinop/MT
2018**

POLIANA DANDARA DE SOUZA

**IMPORTÂNCIA DO TRATAMENTO NUTRICIONAL NOS
TRANSTORNOS ALIMENTARES EM ADOLESCENTES.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
à Banca Avaliadora do Departamento de
avaliação da Faculdade de Sinop – FASIPE,
como requisito para obtenção do título de
bacharel em Nutrição
Orientadora: Alessandra Felisaki

**Sinop/MT
2018**

POLIANA DANDARA DE SOUZA

**IMPORTÂNCIA DO TRATAMENTO NUTRICIONAL NOS
TRANSTORNOS ALIMENTARES EM ADOLESCENTES.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Avaliadora do Curso de Nutrição – FASIPE, Faculdade de Sinop como requisito para obtenção do título de bacharel em Nutrição.

Aprovado em:

Alessandra Felisaki
Professora Orientadora
Departamento – FASIPE

Professor(a) Avaliador(a)
Departamento de Nutrição – FASIPE

Professor(a) Avaliador(a)
Departamento de Nutrição – FASIPE

Aline Barbosa Carlos
Coordenadora de Nutrição
FASIPE – Faculdade de Sinop

DEDICATÓRIA

A todas as pessoas que em minha jornada demonstraram carinho e dedicação. Em especial à minha mãe Marli, à minha amiga e companheira Rozane por me apoiar em momentos difíceis, e a minha orientadora Alessandra que me encorajou para nunca desistir de meus sonhos.

AGRADECIMENTO

Primeiramente a Deus, pois sem ele nada seria possível. A minha família por me apoiar e incentivar em minhas escolhas, e aos meus professores de graduação, do curso de Nutrição que com paciência e dedicação, transmitiram conhecimentos de modo a contribuir para minha formação profissional.

SOUZA, Poliana Dandara de. **Importância do tratamento nutricional nos transtornos alimentares em adolescentes**. 2018. 66páginas. Monografia de conclusão de curso-FASIPE-Faculdade de Sinop.

RESUMO

A adolescência se compreende entre 10 a 19 anos, quando o jovem passa por momentos de transformações em seu estado físico e mental, com alterações do meio social, morfológico e psicológico. Nos últimos anos, os Transtornos Alimentares vêm ganhando espaço no Brasil principalmente entre crianças e adolescentes, pois os mesmos são mais propícios a exposições socioculturais. A Anorexia Nervosa como uma patologia do hábito alimentar possui como característica uma voluntária e severa restrição na ingestão de alimentos, acarretando em uma acentuada perda de peso. A Bulimia Nervosa que tem como característica, constantes episódios de compulsão alimentar seguido de métodos compensatórios purgativos com o intuito de controlar o aumento da massa corpórea. Os Transtornos de Compulsão Alimentar Periódica, apresentam um aumento do número de tentativas de perda de peso através de dietas, além de desenvolverem a obesidade mais cedo. Os Transtornos Alimentares não Específicos (TANE) são aqueles que não se encaixam nos critérios de diagnósticos de AN ou BN. Ainda relatamos Ortorexia e Vigorexia que mesmo com menor intensidade também afeta muitos adolescentes. O presente trabalho tem como objetivo geral discorrer sobre os transtornos alimentares que ocorrem na adolescência e apontar a importância do acompanhamento nutricional. A pesquisa foi realizada através de uma revisão bibliográfica, revisando livros, artigos, teses e documentos que abrangem o tema em questão, com característica qualitativa mediante a uma abordagem descritiva. A nutrição é muito importante no tratamento de pessoas com transtornos alimentares, onde a mesma direciona e ajusta mudanças no comportamento alimentar, sendo o nutricionista, um profissional capacitado e qualificado para direcionar e propor mudanças levando em consideração o estado nutricional e as condições psicológicas do indivíduo. O nutricionista, em conjunto com a equipe multidisciplinar, exerce papel fundamental e muito importante, pois ele pode auxiliar a evitar possíveis complicações nutricionais ocasionadas por uma destruição severa.

Palavras chaves: Adolescência. Nutricionista. Transtorno alimentares.

SOUZA, Poliana Dandara de. **Importância do tratamento nutricional nos transtornos alimentares em adolescentes**. 2018. 64 páginas. Monografia de conclusão de curso-FASIPE-Faculdade de Sinop.

ABSTRACT

Adolescence is comprised between 10 and 19 years, when the young person goes through moments of changes in his physical and mental state, with changes of the social environment, morphological and psychological. In recent years, Eating Disorders have been gaining ground in Brazil, especially among children and adolescents, because they are more conducive to sociocultural expositions. Anorexia Nervosa as a pathology of eating habits has as a characteristic a voluntary and severe restriction in food intake, leading to a marked loss of weight. Bulimia Nervosa is characterized by constant episodes of binge eating followed by compensatory purgative methods to control the increase in body mass. Periodic Compulsive Eating Disorders show an increase in the number of attempts to lose weight through diets, in addition to developing obesity earlier. Non-Specific Eating Disorders (TANE) are those that do not fit the diagnostic criteria for AN or BN. We still report Ortorexia and vigorexia that even with lower intensity also affects many adolescents. The present work has as general objective to discuss the eating disorders that occur in adolescence and to point out the importance of nutritional monitoring. The research was carried out through a bibliographical review, reviewing books, articles, theses and documents that cover the subject in question, with a qualitative characteristic through a descriptive approach. Nutrition is very important in the treatment of people with eating disorders, it directs and adjusts changes in eating behavior, being a nutritionist, a trained and qualified professional to direct and propose changes taking into consideration the nutritional status and psychological conditions of the individual. The nutritionist, together with the multidisciplinary team, plays a fundamental and very important role, because it can help prevent possible nutritional complications caused by severe destruction.

Keywords: Adolescence. Nutritionist. Eating Disorder.

LISTA DE ABREVIATURAS

AN	Anorexia Nervosa
BITE	Investigação Bulímica de Edimburgo
BN	Bulimia Nervosa
BSQ	Questionário de Imagem Corporal
CDC	Centro de Controle e Prevenção de Doenças
DM	Dismorfia Muscular
DSM-V	O Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5
EAT- 26	<i>Eating Attitudes Test-26</i>
IMC	Índices de Massa Corporal
ISRS	Recepção da Serotonina
OMS	Organização Mundial da Saúde
ON	Ortorexia Nervosa
SBPC	Sociedade Brasileira de Psiquiatria Clínica
TA	Transtorno Alimentar
TANE	Transtorno Alimentar Não Específico
TCA	Transtorno de Compulsão Alimentar
TCAP	Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
VN	Vigorexia Nervosa

LISTA DE FIGURAS

Figura 01: Modelo de critério de diagnóstico para anorexia nervosa estabelecido pela DSM V – American Psychiatric Assossiation.....	29
Figura 02: Perimólise processo de desgaste dental por erosão dos dentes anteriores e superiores causado pela regurgitação de líquidos estomacais, ocorrendo perda do esmalte dental.....	32

LISTA DE TABELAS

Tabela 01: Diferença entre sinais e sintomas físicos e clínicos da bulimia nervosa e anorexia nervosa.....	34
Tabela 02: Programa de psicoterapia para pacientes com TA.	45

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	12
1.1 Justificativa	13
1.2. Problematização	14
1.3 Objetivos	14
1.3.1 Objetivo Geral	14
1.3.2 Objetivos Específicos	15
1.4 Procedimentos Metodológicos.....	15
1.4.1 Tipo de pesquisa.....	15
1.4.2 Coleta de dados.....	16
2.REVISÃO DE LITERATURA	17
2.1 Fases do desenvolvimento	17
2.1.1 Adolescência.....	19
2.2 Transtornos Alimentares na Adolescência	20
2.2.1 Principais fatores que acomete a Transtornos Alimentares.....	22
2.2.2 Influência da Família nos Transtornos Alimentares.....	23
2.2.3 Influência da Mídia nos Transtornos Alimentares.....	24
2.2.4 Substancias que Causam Dependência nos Transtornos Alimentares.....	25
2.3 Anorexia Nervosa (NA)	26
2. 4. Bulimia Nervosa (BN)	29
2.4.1. Diferença entre Anorexia e Bulimia.....	33
2.5 Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica (TCAP)	35
2.6 Transtorno Alimentar não Específico (TANE)	37
2.6.1 Vigorexia Nervosa.....	37
2.6.2 Ortorexia Nervosa.....	40
27 Tipos de tratamento	43
2.7 Importância da Atividade Física durante o tratamento Transtornos Alimentares ...	26
2.8 Tratamento Nutricional e o Papel do Nutricionista nos Transtornos Alimentares ...	48
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
REFERRÊNCIAS	56

1. INTRODUÇÃO

A adolescência compreende entre 10 a 19 anos, onde o jovem passa por momentos de transformação em seu estado físico e mental, com alterações do meio social, morfológico e psicológico. Porém, essas alterações variam entre indivíduos, sendo que meninas tendem a atingir o pico de desenvolvimento em torno de 12 anos, enquanto que os meninos atingem o mesmo nível de crescimento em média dos 14 anos (FORTES; MORGADO; FERREIRA, 2013).

A comida e ato de alimentar-se simbolizam elementos de interação humana, social e familiar, pois entende-se que a alimentação é uma necessidade humana vital. O comportamento alimentar não se condiz apenas ao ato de comer, mas também a relação entre ingesta alimentar e estímulos internos e externos, além de fatores orgânicos e psicossociais. Assim, o ato de comer ultrapassa as características sensoriais do alimento e seu teor nutricional, possuindo inspirações ocultas relacionadas às experiências conflituosas, emotivas e carências psicológicas que não dependem da fome (ALBINO; MACÊDO, 2014).

Entende-se como Transtornos Alimentares (TA) doenças psiquiátricas enfraquecedoras, que possuem como características distúrbios rigorosos nos comportamentos de controle de massa corpórea ou nos hábitos alimentares, resultando consequências negativas na saúde física, psicológica e social. Em adolescentes, os TA mais comuns encontrados são: Bulimia Nervosa (BN), Anorexia Nervosa (AN), Transtorno Alimentar Não Específico (TANE), e Transtorno de Compulsão Alimentar Periódico (TCAP), Ortorexia Nervosa (ON) e Vigorexia Nervosa, conhecida (VN) também como Dismorfia Muscular (DM), onde estes dois últimos transtornos ocorrem em proporções menores (ALBINO; MACÊDO, 2014).

O tratamento de TA é realizado por uma equipe multiprofissional, envolvendo psicólogos, médicos e nutricionistas, onde o nutricionista possui papel fundamental para o tratamento de indivíduos com transtornos alimentares, pois estes indivíduos apresentam um

quadro nutricional debilitado, em decorrência do consumo e comportamento alimentar inadequado, além de conceitos distorcidos sobre alimentação. Além disso, a família tem como dever, a participação no tratamento multiprofissional, pois a mesma é capaz de contribuir para o desenvolvimento e durabilidade da doença (BECHARA; KOHATSU, 2014).

O presente estudo teve por objetivo geral discorrer sobre os transtornos alimentares que ocorrem na adolescência e apontar a importância do acompanhamento nutricional.

1.1. Justificativa

Nos últimos anos, os Transtornos Alimentares vêm ganhando espaço no Brasil principalmente entre crianças e adolescentes, pois os mesmos são mais propícios a exposições socioculturais. Estes transtornos ocorrem, por exemplo, por fatores como a imposição de padrões de beleza, pela sociedade contemporânea, como as atrizes de comerciais de roupas, bebidas e peças íntimas. Segundo Appolinário e Claudino (2000), inúmeras complicações patológicas podem ocorrer como resultado da subnutrição e dos comportamentos laxativos, como alterações endócrinas, anemia, osteoporose e hipocalcemia, que pode acarretar a arritmia cardíaca e morte súbita.

Em Fortaleza (Ceará, Brasil), onde foram avaliadas 652 estudantes do sexo feminino entre 14 e 20 anos, das quais, 25,2% encontravam em risco para o desenvolvimento de Transtornos Alimentares, e 1,2% apresentaram alta probabilidade de desenvolvê-los. O desejo de emagrecer estava presente em 44,5% dos casos e 50,5% desejavam um peso abaixo do classificado como ideal, segundo o Índice de Massa Corporal (IMC) (VALE; KERR; BOSI, 2011).

Diante o discorrido acima, torna-se indispensável o entendimento sobre os transtornos alimentares, tanto a população, quanto aos profissionais de saúde. O domínio deste conhecimento contribui para uma melhor compreensão, facilitando assim, o tratamento, além de uma assistência de qualidade dos profissionais de nutrição aos portadores de Transtornos Alimentares.

1.2 Problematização

No Brasil, atualmente existem cerca de 60,5 milhões de crianças e adolescente na faixa etária de 0 a 19 anos de idade, sendo que a maior concentração na região Sudeste. Na

região Centro-Oeste esta população compreende cerca de 4.646.559, o que corresponde cerca de 30% da população total. Esta população atualmente vive em sua maioria em zonas rurais na região Nordeste, ao contrário da região Sudeste onde sua maior concentração é na zona urbana. E na região Centro-Oeste é distribuído em sua maioria na região urbana, cerca de 4.154.813 crianças e adolescente (BRASIL, 2017).

Para Carvalho, Amaral e Ferreira (2009), o desenvolvimento de transtornos alimentares é mais comum em adolescentes, pois estes se tornam, muitas vezes, suscetível a pressões sociais e culturais, com uma significativa preocupação com seu corpo, desenvolvimento de sua fisionomia, e ingestão alimentar. Em uma pesquisa realizada por Silva *et al* (2012), através do método EAT-26 (*Eating Attitudes Test*), com 300 alunos de ambos os sexos, com idades entre 10 a 17 anos de uma escola da rede pública da cidade de Recife, foi constatado que 32,3% dos adolescentes apresentam sintomas de transtornos alimentares.

Segundo um levantamento efetuado pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo com 150 jovens do sexo feminino com idades entre 10 a 24 anos, atendidos no hospital estadual Pérola Bynto e no ambulatório de Ginecologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP - apontou que 85% das jovens acreditam em um padrão de beleza imposto pela sociedade moderna, e 46% afirmam que as mulheres com estilo corporal magro são mais alegres (BRASIL, 2014).

De acordo com dados de uma pesquisa efetuada por Ludewig *et al.*, (2017), com 323 adolescentes entre 11 a 15 anos das escolas municipais de Nova Petrópolis, RS, Brasil revelam que 21,7% apresentavam sintomas de distúrbios alimentares, e 79,3% relatavam insatisfação com o corpo. Considerando que a dificuldade de precisar o impacto a vida dos adolescentes com transtornos alimentares. Diante disso: Qual a importância do tratamento nutricional em adolescentes com transtornos alimentares?

1.3 Objetivos

1.3.1 Geral

Discorrer sobre os transtornos alimentares que ocorrem na adolescência e apontar a importância do acompanhamento nutricional.

1.3.2 Específicos

- Inferir sobre os fatores relacionados ao desenvolvimento dos transtornos alimentares em adolescentes;
- Explicar informações dietoterápicas no tratamento e acompanhamento dos transtornos alimentares;
- Descrever sobre o impacto no estado nutricional dos adolescentes diagnosticados com transtornos alimentares;

1.4 Procedimentos Metodológicos

1.4.1 Tipo de pesquisa

A pesquisa foi realizada através de uma revisão bibliográfica, revisando livros, artigos, teses e documentos que abrangem o tema em questão, com característica qualitativa mediante a uma abordagem descritiva.

Uma pesquisa de referencial bibliográfico é realizada através de leituras referentes ao assunto, sendo por meio delas fazer levantamento que ocorrem nessa realidade podendo ser em forma de artigos científicos, livros, enciclopédias, resenhas e ensaios críticos, além de dicionários e periódicos, tais como revistas e jornais (VIEIRA, 2010). Pesquisas feitas exclusivamente com referencial bibliográfico, sendo boa parte dos estudos exploratórios e pode ser definida como pesquisas bibliográficas. Pesquisas sobre ideologias, tais como as que se propõem à análise das inúmeras posições a respeito de um problema, onde as mesmas costumam ser elaboradas quase exclusivamente por meio de fontes bibliográficas (GIL, 2008).

Entende-se por pesquisa descritiva como estudo, análise, registro e a interpretação dos fatos sem a interferência do pesquisador, esta pesquisa é uma das mais utilizadas pelos pesquisadores, sua finalidade é observar, analisar e registrar os sistemas. Entende-se por descritivo a identificação, análise e registro das características, variáveis ou fatores que estão relacionados ao processo ou fenômeno. Pesquisas com estes aspectos pode ser definida como um estudo de caso que, seguida a coleta de dados, realiza-se uma pesquisa resultando nos fatores de sua produção ou produto (PEROVANO, 2014).

Uma pesquisa de caráter qualitativo enfatiza a realidade, e esta que não pode ser quantificada, pois há um esforço focado na compreensão de dinâmicas de relações sociais, assim uma pesquisa qualitativa enfoca com a pluralidade de crenças, motivos, significados, valores, aspirações, entre outros, possibilitando uma compreensão mais aprofundada das relações, fenômenos e procedimentos (SILVEIRA; CÓRDOVA, 2009).

1.4.2 Coleta de dados

Pesquisa secundária é definido como a utilização de fontes cujos trabalhos escritos se baseiam na fonte primária, e tem como marca o fato de não produzir informações originais, e sim uma análise, ampliação e comparação das informações que tem na fonte original. A pesquisa secundária tem informações em relação aos documentos primários. É a informação filtrada e organizada de fontes primárias que abrangem as enciclopédias; dicionários; manuais; tabelas; revisão de literatura; monografias; anuários; base de dados (FONTENELLES, et al.,2009; AZEVEDO,2012).

Trata-se de uma pesquisa de revisão bibliográfica, descritiva e de abordagem qualitativa, onde as informações foram adquiridas nas bases de dados digitais, como *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), Portal de Periódicos (CAPES/MEC), Google Acadêmico, entre teses, revistas e artigos relacionados ao assunto abordado, além disso, foi realizado busca manual de livros do acervo da biblioteca da Fasipe- Faculdade de Sinop. Para seleção de artigos, foram utilizadas as seguintes palavras chaves: transtornos alimentares em adolescentes, tratamento nutricional e importância do nutricionista.

O período de pesquisa não foi estabelecido, mas foi dada a preferência por trabalhos publicados referente ao tema de pesquisa. Todo material obtido foi submetido à leitura e análise, sendo selecionados os materiais que apresentavam melhor qualidade e coerência sobre o tema sugerido.

2.REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Fases do desenvolvimento

O ser humano é marcado por mudanças em seu desenvolvimento, em níveis comportamentais, físicos e cognitivos no decorrer de sua existência. Onde há o surgimento de características bem específicas de desenvolvimento, principalmente em crianças, pois estas possuem divergências em seu desenvolvimento, em umas ocorre de forma precoce e outras tardias (VASCONCELLOS, 2012).

A infância possui diferentes características conforme a idade, que estão subdivididos em: primeira infância, até os 3 anos, segunda infância, de 3 a 6 anos e terceira infância, dos 6 aos 11 anos. Na primeira infância a criança basicamente aprende a andar e falar, habilidades básicas para a sobrevivência. Já na segunda infância há um desenvolvimento um pouco menos acelerado que na primeira, ela começa a aperfeiçoar suas capacidades cognitivas e também a interpretar as atitudes das demais pessoas a sua volta, há também um aprimoramento de sua imaginação, dado ao fato de as brincadeiras se tornarem mais fantasiosas, e a terceira infância é marcada por um desenvolvimento ainda mais lento, porém mais aperfeiçoado e também conta com um aumento de massa muscular e altura (GONÇALVEZ, 2016).

O período de desenvolvimento da criança é a parte fundamental do ser humano, onde nos primeiros períodos de vida é constituída a estrutura do cérebro, que se dá pelas influências genéticas e também influências sociais em que a criança vive. Para que ocorra um desenvolvimento saudável na infância, é indispensável considerar algumas particularidades, como providenciar um ambiente adequado para seu desenvolvimento. Neste entendimento há um consenso entre os cuidadores a respeito das necessidades fundamentais para o desenvolvimento na infância, que decorrem de procedimentos que favorecem o desenvolvimento de maneira geral (SOUZA; VERÍSSIMO, 2015).

A presença dos pais é de aspecto fundamental para estabelecer um bom padrão de relacionamento, pois a criança se desenvolverá em um ambiente familiar protetivo e receberá

os devidos cuidados como os procedimentos de higiene adequados, aleitamento materno dentre outros que cooperem para o seu bom desenvolvimento como um todo (TORRES; TORRES, 2014).

A criança, a partir de determinada idade começa a desenvolver alterações em seu corpo, como aumento de estatura e peso, assim como alterações em sua fisionomia. Alterações essas denominadas de puberdade, onde as mesmas fazem parte de um extenso processo de desenvolvimento, iniciando-se antes do nascimento, e seus desenvolvimentos psicológicos se estendem até a fase adulta (DOMINGUES; DOMINGUES, 2007).

O período de puberdade tem como características as alterações biológicas que ocorrem na adolescência, iniciando assim, a capacidade de reprodução. Este período compreende como uma parte da adolescência, com duração de cerca de dois a quatro anos, momento este quando se desenvolvem as alterações corpóreas, uma transição do período de infância para a fase adulta. Na fase da adolescência estas mudanças ocorrem em todos os indivíduos (LOURENÇO; QUEIROZ, 2010).

Considera-se a adolescência como um período de transformação humana, momento de transição da infância para a fase adulta, com mudanças relacionadas à maturidade psicológica, social e biológica. Mudanças essas consideradas como primordiais na vida humana, entende-se como um período crítico, com situações de escolha de identidade profissional, sexual e valores. Compreende-se que na adolescência, as dificuldades e desafios enfrentados, fazem parte do seu crescimento e desenvolvimento, assim como o momento de adaptação às alterações anatômicas e fisiológicas relacionado à incorporação de uma maturação sexual em um modelo comportamental (DAVIM et al., 2009).

Neste período, a maturação emocional e cognitiva é dividida em três etapas: adolescência inicial, média e tardia. O período inicial ocorre na faixa etária de 13 a 15 anos, caracterizado pelo receio com a forma, tamanho e imagem corpórea, resultante do desenvolvimento e crescimento acelerado. Como também a preservação do respeito e confiança aos adultos, porém, este aspecto diminui ao do período de maturação psicossocial. Durante este período, existe grande influência dos amigos, principalmente em relação à aparência e imagem corpórea, além do desejo de independência e o maior poder de compra, resultante do aumento do gasto financeiro (STANGE; LARSON, 2011).

A adolescência média ocorre entre 14 a 16 anos para meninas e 15 a 17 anos para meninos, o jovem descobre seu “eu”, onde começam a aflorar os sentimentos. A Introversão e a timidez são marcas desta fase, neste período surge também uma grande desconfiança e consequentemente conflitos interiores, onde afloram sentimentos, muitas vezes negativos,

como agressividade e dificuldades para aceitar suas realidades, causada por conflitos internos muitas vezes associados a falta de autossuficiência em lidar com sua realidade (CABRAL, 2011).

O período final da adolescência ocorre entre 18 e 21 anos de idade, onde o pensamento abstrato já está completamente formado, porém os jovens podem regressar a modelos de pensamento menos dificultoso quando em estado de estresse. Neste período ocorre também o processo de desenvolvimento da autonomia emocional, social, física e financeira dos familiares, momento este que os jovens deixam seus pais em busca de um emprego ou para frequentar uma universidade, além do desenvolvimento de administração futura, processo este que é fundamental para compreender a relação entre o atual comportamento e os riscos à saúde. E no período final da adolescência, o desenvolvimento de um núcleo de crenças e valores são capazes de orientar suas decisões éticas, morais e em relação à saúde (STANGE; LARSON, 2011).

2.1.1 Adolescência

A adolescência se caracteriza pela transformação da identidade, onde há mudanças em seu modo de pensar, agir e sentir. Relacionado à identidade, esta fase ocorre por momentos de crises, o que acarreta grandes dificuldades em aceitar sua realidade, gerando conflitos com autoridade dos pais, por exemplo (FERNANDES, 2013).

A Lei nº 8.069, de junho de 1990 dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências, no Art. 2º “Considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente naquela entre doze e dezoito anos de idade” (BRASIL, 1990).

Segundo a Secretaria do Estado da Criança e da Juventude, esta fase é denominada como um período de infantilidade a procura da maturidade, onde nada é permanente e decisivo. Assim, reconstituem-se os princípios adquiridos na infância e atribuem-se a princípios adquiridos no decorrer de sua existência, e em diferentes grupos, tais como a igreja, amigos e escolas. Mediante esta missão de consolidação de identidade, os jovens estão diante a inúmeras escolhas que surgem no decorrer de sua trajetória, como: profissão, religião, política e grupo social, assim como a mídia, que possui grande influência diante dos jovens, propagando os modismos, comportamentos e padrões de beleza (BRASIL, 2010).

O desenvolvimento físico na puberdade contribui na formação corporal dos adolescentes, porém os desenvolvimentos sociais e emocionais são mais lentos, o que causa conflitos entre os adultos, pois estas divergências entre formas e ações geram a impressão de

que o jovem não demonstra um pensamento de acordo com a idade. O que ocasionalmente acaba sendo interpretado como rebeldia, pois a mesma está interligada pela busca por liberdade e autonomia (STANGE; LARSON, 2011).

Segundo Miranda (2011), devido as alterações mentais e físicas ocorridas neste período, os jovens tornam-se mais propensos a desenvolver problemas em relação à imagem corporal, em virtude de alguns jovens não estarem aptos em lidar com mudanças de modo repentino, muitas vezes necessitam de apoio, a fim de conseguir superar essas mudanças. Este período se diferencia dentre os jovens, de modo que alguns direcionam-se a uma idade mais proveitosa e outros apresentarão dificuldades para se adaptarem diante dessas alterações, psicológicas e físicas.

O ideal de imagem corpórea está relacionado a valores culturais, presentes nas crianças e adolescentes, porém muitos jovens não aceitam sua aparência física, sendo que as meninas se descrevem acima do peso, apesar de magras, em contrapartida os meninos não se importam muito com a autoimagem, pois uns querem ser magros e outros mais musculosos. A distorção de imagem corpórea faz com que esses jovens se sintam obesos, apesar do seu frequente estado esquelético, enquanto outros apresentam uma preocupação excessiva com a gordura de uma área específica do corpo tais como coxas, nádegas ou abdome (COUGHLIN; SEIDE; GUARDA, 2016).

2.2 Transtornos Alimentares na Adolescência

O alimento muitas vezes pode significar o modo como os indivíduos enfrentam seus problemas e lidam com seus sentimentos. Para alguns indivíduos, o alimento se torna um sentimento de prazer que pode ser comprado. Muitas vezes, os alimentos são vistos como transmissor de sentimentos e afetos, no entanto, quando há a tentativa de solucionar rejeições e conflitos ou substituir os afetos, por meio de uma restrição alimentar, os problemas podem surgir. Neste sentido, o hábito de alimentar-se é tido como uma forma de recompensa com objetivo de substituir os sentimentos de frustrações que não estão ligadas com a alimentação, e sim com a satisfação (NUNES; GUIMARÃES, 2009).

Define-se como comportamento alimentar estímulos associados a formas, padrões rítmicos e maneiras de alimentar-se, tendo por influências condições demográficas, culturais e sociais através da compreensão individual e alimentar, decorrente de experiências e o estado nutricional. Esses fatores possuem impacto no padrão alimentar e no desenvolvimento de tais

transtornos, com influências nos costumes familiares e veículos de mídia (GONÇALVES et al., 2013).

A distorção da imagem corporal e comportamentos alimentares atípicos caracterizam os TA, com desordens psiquiátricas, causando prejuízos psicológicos, biológicos, e aumento da morbimortalidade. Sua causa é de origem multifatorial, destacando-se os fatores genéticos, biológicos, socioculturais e psicológicos, onde tais fatores são mais presentes em mulheres e tem início na fase da adolescência (GUIMARÃES et al., 2014).

A insatisfação corporal é um cenário muito presente na adolescência. Com constantes mudanças físicas e pressões psicológicas e sociais exercida pelos grupos, o jovem se vê a procura do padrão ideal de beleza e estima, o que causa um impacto na imagem corporal, exigindo uma readaptação. Estes fatores acabam tornando esta parcela da população mais propensa a desenvolver algum TA, em decorrência da construção da identidade, e a ausência de critérios e valores próprios, nos quais os proporcionam a chance de escapar das pressões dos padrões corporais e estéticos em geral (LIMA, 2012). Essas formas de comportamento têm influência por condições sociais, demográficas e culturais, pela percepção das pessoas em relação aos alimentos (GOLÇAVES, et al.,2012).

Segundo dados da Sociedade Brasileira de Psiquiatria Clínica (SBPC) anualmente aumentam os casos de pessoas que desenvolvem transtornos alimentares. Este número é constituído em cerca de 90% apenas por adolescentes e mulheres jovens. Os Transtornos Alimentares possuem mais prevalência em países com grandes polos industriais, porém, também vem aumentando significativamente em países em desenvolvimento constante, o que o enquadra em uma questão de saúde pública. O impacto sociocultural no padrão alimentar favorece o aparecimento de transtornos alimentares (TA) e tem sido pesquisado mais cotidianamente, os costumes familiares e as informações veiculadas pelas mídias (ALBINO; MACÊDO, 2014).

Entre os fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares, a mídia e os ambientes social e familiar se destaca. A influência da mídia e do ambiente social está ligada, principalmente, ao culto à magreza. Já na esfera familiar, o momento da refeição demonstrou ser essencial na determinação do comportamento alimentar e no desenvolvimento de seus transtornos. Os transtornos alimentares estão ligados às complicações nutricionais como o déficit no crescimento e ganho de peso, à saúde bucal que acomete queilose, erosão dental, periodontites e hipertrofia das glândulas salivares e aos prejuízos sociais (GOLÇAVES, et al.,2012).

2.2.1. Principais fatores relacionados a etiologia dos Transtornos Alimentares

A prática alimentar de uma pessoa compreende um perfil complexo resultante de inúmeros fatores, no entanto, o modo de alimentar-se depende da capacidade de escolha dos alimentos e dos recursos econômicos. Relacionado a fatores internos tais como as características psicológicas, as necessidades, o padrão de valores, o receio com a imagem corpórea, as preferências alimentares e as experiências pessoais. Assim as correlações afetivas poderão exercer influências negativas ou positivas nas que se relacionam aos padrões de ingesta alimentar (ZANCUL; VALETA, 2009).

Tem como causas principais para tal distúrbio os fracassos emocionais, perda de um ente querido ou desilusões amorosas, dentre outras. Assim esses indivíduos, muitas vezes, acabam utilizando a comida como estratégia, com objetivo de minimizar tais transtornos emocionais. Além de que, para essas pessoas, a comida é compreendida como sinônimo de felicidade, desenvolvendo para as mesmas sensações de euforia e prazer (ALBINO; MACÊDO, 2014).

Os transtornos alimentares se desenvolvem quando se é exposto a fatores de risco como exemplo a hereditariedade, que pode aumentar a probabilidade de seu surgimento. As dietas e momentos estressantes são fatores que podem precipitar a doença, com desenvolvimento de sintomas alimentares. Alterações psicológicas e fisiológicas quando associadas a fatores protetores, determinarão se o transtorno vai ser perpetuado ou não (JORGE; VITALLE, 2008).

A rejeição à gordura e a procura pela magreza distorcem o conceito social do corpo. Os aspectos sociais, comportamentais e afetivos, constroem a imagem corporal, e desta perspectiva surge o conceito de corpo magro “ideal” para mulheres, e ser musculoso e “sarado” para os homens. Há estudiosos que afirmam que estes valores já estão presentes até nas crianças e adolescentes. Há relatos de jovens evidenciando cada vez mais sua insatisfação com o corpo; os meninos manifestam uma imagem corporal, em que alguns querem ser musculosos ou magros e as meninas se descrevem como acima do peso e buscam a magreza. (CARVALHO; AMARAL; FERREIRA, 2009)

Neste caso, os fatores orgânicos e individuais, desencadeiam as alterações no modo de alimentar-se, a pressão do meio social e o desejo extremo pelo corpo magro, influenciados pelos meios de comunicação, fazem com que muitas pessoas desenvolvam práticas

alimentares que contribuam para o desencadeamento da obesidade e até transtornos alimentares (NUNES; GUIMARÃES, 2009)

2.2.2 Influência da Família nos Transtornos Alimentares

Há séculos o conceito de família se mantém o mesmo na sociedade, não abrindo mão de seu conceito social e estrutura, onde a mesma engloba os sujeitos das mais variadas origens, independente de laços de sangue, e exercem influência significativa na vida do indivíduo. É um conjunto de relações que possibilitam enfrentar de forma coletiva os eventuais problemas e proporcionar proteção ao grupo (BORBA, et al., 2011).

Ainda que ocorra um desequilíbrio no grupo familiar, uma reestruturação da situação, é necessária para que haja preservação do grupo, há a necessidade de manter um equilíbrio para que haja adaptação e estabilidade, há acontecimentos familiares que requerem mais atenção com isso o surgimento de adventos, como transtorno mental no seio familiar, pode causar uma certa desestruturação, podendo afetar significativamente até famílias que são bem harmoniosas (SANTOS, 2016).

Neste sentido, a família tem um grande papel na concepção dos Transtornos Alimentares, onde os valores transmitidos representam a interiorização do mundo objetivo, valores como normas e crenças, elementos fundamentais para a determinação do meio social que o indivíduo habita. No momento em que a família se desestrutura, os pacientes com Transtornos Alimentares ficam propícios a ter algum tipo de sofrimento mental, o que causa no paciente um sentimento de deslocação da sociedade em que vive, buscando então formas alternativas de amenizar os sofrimentos que o assolam (BERNARDES, 2010).

Desde muito cedo, as crianças aprendem com as famílias e o meio social em que vivem, a valorizar um corpo perfeito dentro dos padrões estabelecidos pelo momento atual de vida, mesmo que tenha um peso adequado, se acham insatisfeitas com o corpo e buscam sempre perder peso. É na família que a criança se socializa primeiramente, assim como recebe mensagens da aparência e dos hábitos alimentares. As mães têm papel fundamental nessa escolha, pois se caracterizam como modelo, reforçando as relações sociais da criança com a comida e seu comportamento, como também os pais, pois possuem grande influência na insatisfação corporal de seus filhos, principalmente, quando se expressam sobre seu peso, monitoram ou restringem o acesso à alimentação (FERNANDES, 2007).

2.2.3 Influência da Mídia nos Transtornos Alimentares

Inúmeras culturas foram pesquisadas sobre a relação ente a exposição à mídia e os Transtornos Alimentares, comprovando-se que 70% das mulheres se sentem acima do peso, mesmo sendo magras. Tais mulheres imaginam-se absolutamente inadequadas à realidade da maioria da população, onde o modelo de padrão de beleza cobrado pelos meios de comunicação e pelo convívio social pode exercer grandes efeitos sobre as mulheres, no que se refere à imagem de seu corpo (OLIVEIRA; HUTZ, 2010).

O desejo por um corpo perfeito induz o indivíduo a se distanciar de sua imagem real, onde a mídia entra como uma grande influenciadora neste aspecto, através de propagandas que enfatizam um padrão corporal, afetando principalmente os adolescentes. O jovem, mediante este aspecto, acredita que para ser acolhido pela sociedade, é necessário que sua imagem corpórea esteja conforme os padrões impostos, podendo acarretar em um desconforto com sua imagem, além da preocupação com sua aparência e peso (MARTINS; NUNES; NORONHA, 2008).

A mídia se destaca, em questões socioculturais, pelo mundo da moda, com a presença de mulheres e homens com corpos tidos como perfeitos, o que acaba se tornando a aspiração dos adolescentes, não só a aparência, mas as maquiagens, roupas e estilo de vida em geral. A busca por métodos de perda de peso, dietas em geral, passa a ser uma obsessão podendo levar ao TA. Assim, começa a surgir um medo doentio de adquirir peso em excesso, onde todo o processo de alimentação passa a ser exageradamente controlado pelo adolescente, o que ocasiona um extremo emagrecimento, devido as rígidas dietas impostas (SANT'ANNA, 2014).

Assim, este meio de comunicação, tem sido foco principal para se padronizar os termos de beleza promovendo uma distorção da imagem corporal e causando na maioria dos adolescentes um impacto negativo com anúncios e técnicas doentias para o controle do peso e pressionando-as a terem um corpo relativamente magro, afetando crianças e adolescentes que se submetem a dietas muitas vezes perigosas para a saúde e causando uma série de pensamentos negativos e atitudes como; indução de vômitos, exercícios físicos e dietas exageradas sem fundamentos adquirindo cada vez mais uma percepção corporal insatisfatória. Tendo o corpo como ícone de status de sucesso que passou a ser extremamente valorizado, uma vez que representam padrões de beleza corporal e ocasionando um aumento cada vez maior de influência através de comerciais, revistas, novelas e cinemas (TRICHES; GIUGLIANI, 2007).

O receio com a beleza e a aparência, o desejo à magreza e a rejeição com a gordura corporal tornam-se uma distorção do social em relação ao próprio corpo. Esta distorção social induz os TA, considerando-se assim que os aspectos comportamentais e sociais, são construtores da imagem corpórea (CARVALHO; AMARAL; FERREIRA, 2009).

2.2.4 Substâncias que Causam Dependência nos Transtornos Alimentares

As substâncias lícitas e ilícitas, utilizadas por proporcionarem sentimentos de prazer, enfrentar momentos árdios, e para o controle da ansiedade acarretada por uma moléstia extensa e corriqueira. O tabaco é considerado pelo sexo feminino como um aliado, que minimiza os momentos de estresse ocasionados pelas imposições cada vez mais intensas, além de possibilitar raras situações de tranquilidade e prazer (BARBOSA; BERGER, 2017).

As substâncias psicotrópicas (estimulantes) agem no sistema nervoso central (SNC), modificando seus aspectos fisiológicos. Possuem três modalidades: perturbadoras, como LSD, êxtase e maconha; depressoras como exemplo opiláceo e álcool; e as estimulantes como as anfetaminas (anorexígenos). As substâncias psicotrópicas apresentam composições que atuam distintamente, no entanto ativam uma mesma região mental, através do sistema dopaminérgico ou de recompensa. O principal sistema neuronal envolvido é o dopaminérgico, tem como o principal neurotransmissor do sistema límbico, onde se localiza o sistema de recompensa, onde o mesmo reage a estímulos que lhes dão prazer, tais como drogas, alimentação e sexo, levando ao aumento brusco dessa atividade, deixando sentimento de prazer mais longo e intenso (SOARES et al, 2016).

A motivação comportamental, como o hábito de alimentar-se e o consumo de drogas, em associação com o sistema dopaminérgico, ocorre pelo fato de que o estímulo relacionado ao consumo de dopamina retém um sentido emocional e motivacional incomum, acarretando em uma busca intensa e excessiva pela substância. Em outras palavras, o aumento da estimulação da neurotransmissão dopaminérgica e a motivação pela busca de substâncias psicoativas e/ou comida, estão diretamente interligadas (ALVARENGA; SCAGLIUSI, 2010).

O uso de esteroides e anabolizantes podem acarretar diversos problemas, principalmente associados a problemas físicos e psíquicos. No que se diz respeito a problemas físicos, o desenvolvimento de doenças coronarianas, tumores, hipertensão arterial, alterações dos níveis hormonais sexuais, atrofia testicular, hipertrofia da próstata, hipertrofia mamaria nos homens e atrofia nas mulheres e outras alterações corporais em homens e mulheres. Em

relação as alterações psíquicas envolvem quadros psicóticos além de sintomas depressivos, abstinência, alteração de humor, irritabilidade e mania de grandeza (PEREIRA, 2009).

2.3 Anorexia Nervosa (AN)

A AN foi a primeira a ser descrita no século XIX, dentre os principais transtornos, e recebeu critérios operacionais e classificações já na década de 1970. O termo anorexia deriva do grego “an-”, e se trata de uma espécie de deficiência de apetite, “orexis”, ou seja, pode ser também uma aversão a comida, enjojo ou inapetência, surgem então as primeiras referências a essa condição com o termo fastidium, derivado de fontes latinas da época de Cícero (106-43 a.C.) (JORGE, VITALLE, 2008).

Entende-se AN como uma patologia do hábito alimentar e possui como característica uma voluntária e severa restrição na ingestão de alimentos, acarretando em uma acentuada perda de peso. Dentro das doenças de caráter psicológico, a AN apresenta a mais elevada taxa de morbidade e mortalidade (SÁ, 2012).

Os critérios de diagnóstico para AN são através dos critérios, diminuição da ingestão de calorias relacionadas às suas necessidades, acarretando em perda significativa do peso corpóreo em relação a idade e estatura; critério, medo extremo de engordar ou ganhar peso, mesmo apresentando um peso corpóreo baixo do ideal, presença de uma imagem corporal distorcida (MANUAL DE DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO- IX, 2014).

No que se diz respeito ao critério de perda de peso significativa do indivíduo em relação à idade e estatura, esta determinação pode ser problemática, pois cada indivíduo se difere em relação ao peso ideal, assim, diferentes posições foram afirmadas e publicadas no que se diz respeito ao peso inferior ao normal e magreza. O método utilizado para a determinação do peso relacionado à altura é através do IMC, calculado através do quilograma de peso dividido pela altura em metros quadrados. Em indivíduos adultos, o limite inferior de peso corpóreo normal é de 18,5 kg/m², critérios estes adotados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelos Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) (BRASIL, 2014).

Em relação a adolescentes e crianças, o manual demarca como exemplo de peso considerado abaixo do normal, um IMC por idade inferior ao 5º percentil. Porém, questiona-se sobre a implantação de diretrizes mais simples, evitando a classificação limítrofe do peso abaixo do normal, onde adolescentes e crianças que apresentam um percentil superior a 5, podem ser classificados como desnutridos, em resultado negativo do que se diz respeito ao crescimento adequado (ALCKMIN-CARVALHO, 2016).

No que se diz respeito ao critério do medo extremo de engordar ou de ganhar peso, tais sintomas não costumam ser minimizados através da perda de peso. O medo no que se diz respeito ao peso, pode aumentar mesmo se o peso diminuir. Pacientes jovens que apresentam sintomas de AN, assim como em alguns adultos, podem não acreditar que apresentam tais sentimentos, como medo de engordar. Podem ser utilizados para estabelecer tal critério, a conclusão dos achados clínicos, diante do recordatório fornecido por terceiros, achados laboratoriais e físicos, dados de observação ou curso longitudinal, apontando seja um hábito insistente que bloqueiam o aumento da massa corpórea, ou até mesmo um medo do ganho da massa corpórea (MANUAL DE DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO-IX, 2014).

Indivíduos diagnosticados com AN demonstram uma imagem corpórea distorcida, onde os mesmos têm a impressão de estarem gordos como, no entanto, apresentam um estado de caquexia. Enquanto alguns se sentem com sobrepeso, outros se sentem preocupados na gordura de uma área específica do corpo, como nádegas, coxas e abdomens (SCHEBENDACH, 2012).

Em homens que apresentam AN ocorre a perda do desejo sexual e a esterilidade. No que se diz respeito ao nível de crescimento, estes indivíduos apresentam um leve aumento dos hormônios de crescimento ou até mesmo uma certa normalidade, com a somatomedina diminuída, que por consequência, a desidratação do tecido adiposo é mantida, impedindo o crescimento. Indivíduos com tais transtornos, geralmente apresentam intolerância ao frio, em efeito negativo da diminuição do tecido subcutâneo vinda do intenso estado de desnutrição. Pode ocorrer também a desidratação, hipocolesterolemia e hipoglicemia (BERNARDI, 2011).

Em relação aos problemas cardiovasculares como hipotensão e bradicardia, tais sinais podem vir em decorrência das catecolaminas diminuídas e do estado de desnutrição. Em decorrência ao uso abusivo de laxantes, preferencialmente em pacientes com AN do tipo compulsivo purgativo-periódico, podem desenvolver sintomas de arritmias cardíacas. Já em relação aos problemas do trato gastrointestinal como o paladar alterado, saciedade precoce e obstipação ocorrem quando há uma intensa diminuição da ingesta. No entanto, a diarreia pode ocorrer devido ao uso descontrolado de laxantes, ocasionando uma absorção inadequada (SCHEBENDACH, 2012).

As alterações hematológicas ocorrem devido ao organismo possuir a capacidade de defesa prejudicada, dando origem linfopenia e leucopenia. Indivíduos que apresentam tal patologia, muitas vezes apresentam um quadro de anemia. Em relação as alterações da massa óssea, a presença de osteopenia e osteoporose podem acarretar lesões, além de alterações no esmalte dentário. As alterações renais ocorrem devido ao quadro de desnutrição, ocasionando

a desidratação, diminuição da filtração glomerular e a hipocalcemia, aumentando o risco de litíase renal (BERNARDI, 2011).

Em uma pesquisa realizada com 227 adolescentes do sexo feminino em Minas Gerais, constatou que 23% apresentavam um desejo extremo de serem magras, 13% apresentavam distorção da imagem corporal, pois as mesmas se achavam acima do peso, como na verdade apresentavam um biótipo magro; 85% relatam que sentem medo ao pensar na possibilidade de se tornarem obesas, e 28% tinham uma preocupação extrema com a possibilidade da presença de gordura em seu corpo (LIMA; ROSA; ROSA, 2012).

Uma pesquisa realizada por Hulsmeyer et al., (2008) com 407 jovens do sexo feminino com idades entre 14 e 19 anos, em um município do sul do Brasil, demonstraram que cerca de 16,0% das adolescentes apresentavam sintomas de AN e cerca de 77,9% apresentaram uma certa insatisfação com sua imagem corpórea.

A AN é dividida em dois subtipos diagnósticos distintos: purgativo e restritivo. No tipo purgativo, ocorrem episódios constantes de compulsão alimentar seguidas da utilização de métodos purgativos como uso descontrolado de diuréticos e laxantes, além da autoindução do vômito. No entanto, o tipo restritivo, o indivíduo não apresenta comportamento de compulsão alimentar ou uso constante de métodos compensatórios, apresentando apenas métodos de restrição alimentar (NUNES; HOLANDA, 2008).

A AN, em sua maioria, afeta, em cerca de 95% dos casos mulheres, principalmente entre 14 a 17 anos, onde sua sintomatologia pode desenvolver tanto em um período precoce, entre 10 a 11 anos, quanto no período tardio, após os 23 anos de idade. Essa patologia é considerada como grave, onde apresenta em cerca de 5% os índices de mortalidade, principalmente quando a patologia é diagnosticada e tratada precocemente (SCHMIDT; MATA, 2008).

Um estudo realizado com 164 estudantes, sendo estes 39,6% correspondem ao curso de pedagogia e 60,4% ao curso de nutrição, com idade em média de 27 anos das estudantes analisadas. Os resultados apontam que entre as estudantes de nutrição, cerca de 73,7% desejavam ser mais magras, e o grupo de pedagogia, este número corresponde a 63,1% das estudantes. Totalizando o número de estudantes, os resultados apontam que cerca de 17% demonstraram comportamento de transtorno alimentar (TA) (GUIMARÃES, 2018).

Uma pesquisa efetuada com 70 jovens do sexo feminino, do curso de nutrição, com idade média de 23,24 anos, com idades de 18 e 50 anos. Foram constatados que 38,6% das estudantes demonstravam sintomas para o surgimento de AN (ARAÚJO; BENTO; CUSTÓDIO, 2018).

Um estudo realizado por Vilela et al., (2004) com 1.807 jovens de escolas públicas do Ensino Fundamental e Médio, entre 7 e 19 anos de idade. Onde através do método EAT-26, 13,3% dos estudantes apresentavam sinais de transtornos alimentares, predominantemente entre meninas. Cerca de 59% dos jovens apresentaram insatisfação com sua imagem corpórea, 56% faziam a prática de atividades físicas com o intuito de perda de peso e 40% realizavam dietas para perder peso. Na figura 1, segue um modelo de critério de diagnóstico para AN estabelecido pelo Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-V (DSM-V) - American Psychiatric Association.

Figura 1- modelo de critério de diagnóstico para AN estabelecido pela DSM-V- American Psychiatric Association.



Fonte: Pereira, et al., (2011).

2. 4 Bulimia Nervosa (BN)

A BN é conhecida há muitos séculos, seu nome é derivado do grego- “bous”, que significa boi e “limus”, fome - ou seja, “fome de boi”. Assim, o indivíduo sente uma intensa vontade de comer, o que acarreta a ingestão de uma quantidade de alimentos acima do ideal. No entanto, esses sintomas podem ser confundidos com as definições de polifagia (fome excessiva) ou hiperfagia (comer em excesso) (TAVARES, 2008).

A BN tem como característica constantes episódios de compulsão alimentar seguido de métodos compensatórios purgativos com o intuito de controlar o aumento da massa corpórea. Frequentemente estes métodos são realizados em forma de exercícios intensos,

refeições restritas, vômitos auto induzidos e o uso de diuréticos e laxantes (SILVA; ALVES, 2011).

Os critérios de diagnósticos para BN definem-se através de episódios de compulsão alimentar, e tal episódio caracteriza-se através de: alta ingesta alimentar em um curto período de tempo, ou em cada duas horas, seguida de um sentimento de falta de controle sobre tal atitude. Presença de comportamentos compensatórios impróprios constantes com intuito de evitar o aumento da massa corpórea, através de uso inapropriado de diuréticos e laxantes, vômitos autoinduzidos, exercícios e jejum intensos. O hábito de compulsão na ingesta alimentar seguidas de comportamentos compensatórios inadequados são realizados em média, duas vezes na semana por um período de três meses. Presença de um método autoavaliativo influenciado negativamente pelo peso e forma corpórea (MANUAL DE DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO-IX, 2014).

O desenvolvimento da BN, estão ligados diretamente aos padrões abusivos de peso ideal e ao uso de dietas inadequadas. Tal patologia, inicia-se geralmente, com uma dieta, objetivando a perda de peso em decorrência do aumento de peso imaginário ou real. Assim, o conhecimento de dietas antes realizadas por esses indivíduos, compreende grande importância, assim como suas restrições alimentares tabus e crenças (AVARENGA; LARINO, 2002).

Os episódios bulímicos ocorrem em sua maioria entre jovens do sexo feminino com idades entre 18 e 23 anos, no entanto, entre o sexo masculino, a faixa etária atingida é entre 20 e 25 anos de idade. A BN pode ser causada por inúmeros fatores, tais como biológicos, sociais, familiares, entre outros. Inicialmente, a BN era derivada da AN, no entanto, apenas em 1979 sua terminologia foi desenvolvida (CRUZ, et al., 2018).

No momento de compulsão alimentar, esses indivíduos consomem geralmente, alimentos com alto teor de calorias e gorduras, alimentos estes tidos como “proibidos”, consumindo aproximadamente 1.000 a 2.000 calorias ou mais por período de compulsão. Durante o intervalo dos períodos de compulsão, pacientes bulímicos reduzem o consumo de alimentos calóricos, e consomem apenas alimentos com baixo teor de calorias e gorduras, tido como “seguros” (COUGHLIN; SEIDE; GUARDA, 2016).

Define-se como um episódio de compulsão alimentar como a ingestão calórica em um curto período de tempo, geralmente em uma quantidade acima do que a maioria das pessoas ingeriam nas mesmas circunstâncias. O modo como qual ocorre a ingesta alimentar pode prejudicar na identificação de que a ingesta ocorreu de modo excessivo ou não, como por exemplo: uma determinada quantidade ingerida de alimentos que seria normalmente

considerada acima do normal para uma refeição típica pode ser entendida como normal para uma refeição de datas comemorativas (MANUAL DE DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO- IX, 2014).

Para ser considerado como um episódio compulsivo alimentar, necessita-se o consumo de alimentos acima do ideal, e tal consumo deve vir acompanhado por um sentimento de descontrole. Um método indicativo de descontrole é através da incapacidade de parar de comer. Alguns indivíduos descrevem que seus momentos de compulsão, não necessariamente caracterizam uma sensação de descontrole, mas sim por um sentimento mais profundo de descontrole alimentar (SCHEBENDACH, 2012).

Indivíduos com sintomas de BN, desencadeiam no momento de compulsão alimentar, sentimentos aversivos como culpa, medo e raiva. Incluem também sentimentos negativos, estresses interpessoais e à forma corporal. O método de compulsão alimentar pode vir com objetivo de aliviar ou diminuir as causas que antecipem em curto prazo tais episódios, no entanto a mudança brusca do momento de ânimo e a auto avaliação negativa, como exemplo os sentimentos de pena, angústia e tristeza, são vindas frequentemente como um resultado tardio (FERREIRA, 2018).

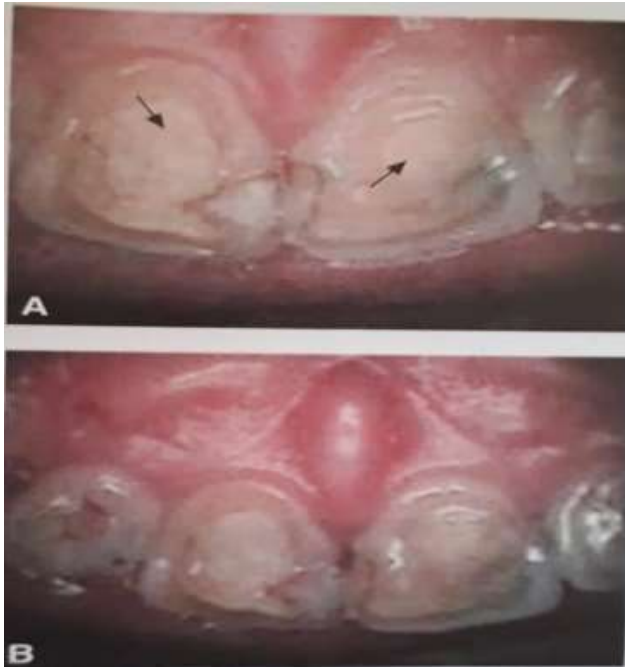
Em relação aos comportamentos compulsórios purgativos dos bulímicos, onde muitos desses indivíduos utilizam de inúmeros métodos para suprir o ato compulsório. Dentre os métodos compensatórios inadequados, o ato de vomitar é o mais corriqueiro. Tal ato acarreta em efeitos instantâneos como a diminuição do medo de engordar e o alívio do desconforto físico. Para a indução do vômito, indivíduos que apresentam BN, utilizam métodos como o uso de instrumentos ou até os dedos para instigar o reflexo de regurgitação. Muitas vezes, tais atos acabam virando rotina, tornando o método de regurgitação, automático. Os métodos purgativos podem incluir o uso impróprio de diuréticos e laxantes (MANUAL DE DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO-IX, 2014).

No que se diz respeito do critério de autoavaliação, tal critério sofre influência do peso e forma corpórea, onde o indivíduo alega receio de engordar, admitindo que seu padrão alimentar não é o adequado. Esses indivíduos muitas vezes se sentem incapaz de conduzir seu próprio hábito de alimentar-se, assim, tal transtorno pode ocorrer durante muito tempo (CENCI; PERES; VASCONCELOS, 2009).

Indivíduos com BN apresentam alguns sintomas como sinais físicos, onde demonstram alterações, como a presença de um peso próximo ao normal ou sobrepeso, sinal de Russel, caracterizado pela presença de calosidades nas mãos, que entram em contato com os dentes, para a indução do vômito. Presença das glândulas sublingual, parótidas e

submandibular aumentadas (em decorrência do hábito de vomitar), e presença do desgaste dental (perimólise), e exposição dentária, decorrente ao hábito de vomitar e expulsão dos líquidos estomacais (BERNARDI, 2011).

Figura 2-Perimólise processo de desgaste dental por erosão dos dentes anteriores e superiores, causada pela regurgitação de líquidos estomacais, ocorrendo perda do esmalte dental.



Fonte: Silva. Moura, (2010).

Em relação as alterações cardiovasculares, que em decorrência a prática excessiva da indução do vômito ou de outros métodos purgativos, podem levar diminuição de eletrólitos e consequentemente à presença de arritmia cardíaca. No entanto, as alterações no trato digestório, em decorrência ao processo de regurgitação, com sensações de náuseas no momento em que o processo de salivação na boca aumenta, levando ao relaxamento da cárdia, e o fechamento da glote, impedindo a aspiração do conteúdo a ser eliminado, e caso ocorra, pode levar à pneumonia, por aspiração alimentar. Em indivíduos com BN, pode haver presença de diarreia ou constipação (COUGHLIN; SEIDE; GUARDA, 2016).

Indivíduos com BN apresentam, geralmente hipercolesterolemia e hipoglicemia, onde tais sintomas aparecem com o intuito de o organismo equilibrar depósitos corporais e poupar energia. Em decorrência da diminuição de potássio, fósforo, sódio, magnésio e cloretos, pode acometer em um distúrbio hidroeletrólítico (DHE). A alcalose e a desidratação podem ocorrer devido ao uso excessivo de hábitos de purgação. Em indivíduos com BN, em casos mais graves, podem apresentar sinais de anemia (SCHEBENDACH, 2012).

Uma pesquisa realizada no município de Maringá- PR, com 47 estudantes com idades entre 20 e 51 anos, onde demonstrou através do teste de investigação Bulímica de Edimburgo (BITE) que 21 estudantes apresentavam tendência em adquirir BN, dentre elas, 9,5% possuíam prognósticos de alta intensidade, 23,8% possuíam prognósticos significantes, e 66,7% não possuíam sintomatologia (SALDEIRA; GRAVENA, 2011).

Um estudo realizado em Cacoal- RO, com adolescentes de escolas públicas e privadas, com idades entre 15 e 18 anos, de ambos os sexos, onde através do teste BITE, observou que 35% dos adolescentes possuíam alto risco para o desenvolvimento de BN, com prevalência do sexo feminino, 71% dos entrevistados, e 29% do sexo masculino (LEITE, AMARAL, 2015).

Uma pesquisa realizada por Guimarães et al., (2014), com 30 bailarinos clássicos, entre meninos e meninas, com a faixa etária de 15 a 19 anos de idade, que através do teste BITE, foram demonstrados que 40,0% dos jovens apresentavam risco para o desenvolvimento de BN, e através do questionário de imagem corporal (BSQ), onde foram demonstrados que 26,7% dos jovens bailarinos apresentavam insatisfação com sua imagem corpórea.

2.4.1 Diferença entre Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa

Entre as patologias de etiologia desconhecida mais que estão correlacionadas estão a AN e a BN, as duas são definidas por padrões anormais de comportamento alimentar e controle de peso e pela imagem modificadas em relação ao próprio corpo e peso (GLÇALVES et al.,2012).

Diferenciar AN da BN, é considerado relativamente difícil pois os sintomas são muito semelhantes entre paciente que possui um ou outro TA ou os dois TA. Pode-se constatar pelo emagrecimento e distúrbios endócrinos nas pessoas com AN. O DSM-V possibilita especificar formas restritivas e purgativas, permitindo a utilização de um segundo diagnóstico quando há episódios compulsivos purgativos somente em um quadro de AN, o que impede o diagnóstico de BN. Essa diferença dificulta diagnosticar os dois transtornos simultaneamente. Quando o paciente já tem AN purgativa, e mantém episódios de compulsão alimentar e medidas compensatórias, mesmo depois de normalizado o peso e suas funções endocrinológicas, isso se torna um problema no DSM-V, pois há que se fazer a avaliação clínica do caso, situando o diagnóstico entre uma remissão parcial e um quadro ativo de BN (SCHEBENDACH, 2012).

Há similaridade nos transtornos de BN e AN, pois possuem origens parecidas, que se caracterizam como distúrbios da oralidade e possuem ligações patológicas com a sexualidade, em que os pecados do corpo devem ser combinados. O jejum, em rituais religiosos, tem o

sentido de busca pelo estado puro, por isso deve-se evitar a ingestão de alimentos, pois de acordo com esse pensamento, “paga-se uma dívida que sempre é renovada (anorexias sagradas, santas)”. Assim, pode-se pensar no alimento como fosse um pecado (BECHARA; KOHATSU, 2014).

Tabela 1- Diferença entre sinais e sintomas físicos e clínicos da Bulimia Nervosa e Anorexia Nervosa.

Bulimia Nervosa.	Anorexia Nervosa
Glândula salivar aumentada.	Tontura e confusão.
Erosão do esmalte dentário.	Cabelos secos e quebradiços.
Esofagite.	Camadas de pelo-lanugo.
Arritmias.	Hipertensão Arterial, redução no pulso, eletrocardiograma de baixa voltagem.
Peso corporal normal, peso deficiente ou sobrepeso.	Ortostase.
Calos.	Caquexia.
Alterações bioquímicas: Diminuição de K, aumento de CO ² e aumento da amilase.	Alterações bioquímicas: Diminuição do GB, diminuição da glicose, aumento do colesterol, aumento do caroteno.
Diarreia.	Retenção de fezes.
Edema	Acrocianose.
	Amenorreia.
	Perda muscular.
	Redução dos RTP.
	Osteoporose.
	Pele seca.
	Retardo no crescimento.
	Hipotermia.

Fonte Adaptada: Mahan, Stump, Raymond, (2012).

Na AN, a desnutrição pode prejudicar órgãos vitais como o coração e o cérebro. O organismo usa como mecanismo de defesa a diminuição de suas atividades, a menstruação é interrompida, assim como minimiza a frequência respiratória, o pulso e a pressão arterial. A tireoide fica menos ativa, sendo uma importante glândula que controla o metabolismo. As unhas e cabelos ficam mais quebradiços, além da pele ficar ressecada e amarelada, coberta

por uma pelugem denominada de lanugo. Indivíduos com AN tem uma anemia moderada, inflamação das articulações, diminuição da massa muscular e tontura. Já na BN é característico o vômito que faz com que o ácido clorídrico (presente no vômito) prejudique o esmalte dos dentes, podendo ocasionar produzir abrasões nas mãos, quando os dedos são colocados na garganta para induzir o vômito. Pode ter também inflamação do esôfago e intumescimento das glândulas salivares. Em algumas situações mais raros, a ingestão em excesso e descontrolada de alimentos pode ocasionar ruptura do estômago e a “desintoxicação” pode gerar uma insuficiência cardíaca por perda de minerais essenciais, como o potássio. Assim como a AN, a BN pode ocasionar irregularidade no ciclo menstrual. Diminuição do interesse sexual pode. Indivíduos que tem BN sofrem de depressão, ansiedade, transtorno obsessivo-compulsivo e outras patologias psiquiátricas (FARIA; SHINOHARA,1998).

2.5 Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica (TCAP)

É caracterizado como TCAP, episódios compulsivos alimentares idênticos aos observados em BN, no entanto, tal comportamento não apresenta práticas inapropriados após o episódio compensatório, onde tais episódios devem ocorrer em um período de 6 meses, no mínimo 2 vezes durante a semana. Assim como pacientes que apresentam BN, indivíduos com TCAP apresentam um sentimento de impotência relacionado ao alimento. As sensações de culpa, aversão e depressão são sofrimentos emocionais significativos em decorrência da compulsão alimentar. O TCAP costuma ocorrer na faixa etária dos 20 anos, ao fim da adolescência, onde as mulheres possuem uma chance maior, cerca de 1,5 vezes a mais do que os homens (SCHEBENDACH, 2012).

Apesar do TCAP ser classificado como TA, ele foi descrito pela primeira vez na década de 50, no entanto, somente em 1994 os critérios de diagnósticos e estatísticas foram inclusos no DSM-V (WIETZIKOSKI, et al., 2014).

É caracterizado como episódios recorrentes de compulsão alimentar quando há presença de: consumo de uma grande quantidade de alimentos em um período de duas horas, seguida de um sentimento de descontrole pelo excesso de alimentos consumidos. Associam-se aos episódios de compulsão alimentar, aspectos como: consumir alimentos até sentir-se desconfortável, em uma velocidade acima do normal e mesmo sem sentir fome; necessidade de comer sozinho, por vergonha da quantidade de alimentos, seguido por um sentimento de

culpa e sofrimento em devido ao episódio de compulsão alimentar. Em TCAP não há presença de métodos compensatórios como ocorrem em AN e BN (MANUAL DE DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO-IX,2014).

Pacientes que apresentam este transtorno, muitas vezes apresentam-se acima de seu peso ideal, cerca de 15% ocorre entre pessoas que participam de programas de controle de peso, e esses pacientes apresentam um quadro significativo de abuso de drogas, depressão e distúrbios de personalidade (SCHEBENDACH, 2012).

Segundo Costa, et al., (2009), indivíduos com TCAP, apresentam um aumento do número de tentativas de perda de peso através de dietas, além de desenvolverem a obesidade mais cedo. Nesta população, aumentam-se os índices de transtornos psiquiátricos, pois além de possuírem uma autoestima baixa, possuem um excesso de preocupação com a forma física e o peso.

Um estudo realizado em uma escola estadual de Ensino Médio privado e público, situada no município de Cuiabá- MT com 1.209 adolescentes de idades entre 14 a 19 anos, dentre os estudantes entrevistados, 3,7% apresentavam sintomatologia de TA, onde 1,8% dos adolescentes apresentavam sintomas de TCAP. Em relação a prevalência de ocorrências de TCAP e a faixa etária dos estudantes, foram demonstrados que os jovens na faixa etária de 19 anos de idade tinham maior probabilidade, cerca de 99%, de desenvolver ocorrências de compulsão alimentar do que os jovens com a faixa etária de 14 anos (PIVETTA, SILVA, 2010).

Uma pesquisa realizada em uma universidade de ensino, situada no município de Maringá- PR, com 275 estudantes na faixa etária de 18 a 50 anos de idade, com idade média de 21,8 anos, dentre as entrevistadas, 3,7% apresentavam TcCAP e 13,0% com chances em desenvolver TCAP (MONTEIRO, et al., 2010).

Segundo Pivetta (2009), dentre os 298 jovens diagnosticados com episódios de compulsão alimentar 56,0% relataram ingerir alimentos muito mais rápido do que o normal, 62,4% relataram ingerir grande quantidade de comida, mesmo sem sentir fome, 47,7% relataram ingerir alimentos até sentir um desconforto, 41,9% relataram um sentimento de culpa ou aborrecimento após ingerir grandes quantidades de alimentos, e 12,8% relataram realizar suas refeições sozinhos, por sentirem constrangidos pela quantidade de alimentos.

2.6 Transtornos Alimentares Não específicos (TANE)

Os TANE são aqueles que não se encaixam nos critérios de diagnósticos de AN ou BN. Assim, tem por características de TANE situações como: pacientes com diagnóstico de AN, porém possuem o peso dentro faixa do ideal; em pacientes com diagnóstico de BN que apresentam episódios mais leves de purgação e hiperfagia, apresentando também o peso dentro do considerado como normal; critérios para BN porém que não apresentam cronicidade e frequência; presença de um comportamento purgativo após o consumo de uma quantidade pequena de alimentos ou a prática que mastigar o alimento e cuspir em seguida (AIRES, 2013).

Para tal transtorno, os métodos de diagnósticos são resultantes de um modelo de classificação em que durante um único episódio, apenas um critério pode ser referido. O que justifica tal conduta é que, mesmo possuindo aspectos comportamentais e psicológicos comuns, o que diferencia os transtornos alimentares são os aspectos clínicos, solução e tratamento (RIBEIRO; CASTRO, 2017).

No que se diz respeito a prevalência dos TANE, existem ainda poucos estudos que examinam tal transtorno, porém acredita-se que dentre os TA, o TANE representam como a maioria dos casos. Em relação ao conceito histórico dessa categoria e sobre os critérios de desenvolvimento, pouco se foi estudado ainda (CAMARGO, 2008).

2.6.1 Vigorexia Nervosa

Inicialmente a VN era entendida como um Transtorno Compulsivo Obsessivo, e hoje classifica-se como um Transtorno Dismórfico Muscular. O termo VN deriva do latim “vigor” - força e “orexis” do grego - fome, assim a VN pode ser entendida pela expressão “apetite de ser forte” (MACHADO, 2017).

Indivíduos vigorexícos, geralmente apresentam um desgaste em seus músculos e articulações em decorrência da prática excessiva de exercícios físicos, levando a ocorrência de lesões, o que acaba por comprometer o desempenho do organismo, assim, um indivíduo vigorexíco não apresenta uma aparência fisicamente saudável (DILLY, 2009).

Pessoas diagnosticadas com VN descrevem-se como pequenos e fracos, onde, no entanto sua musculatura encontra-se em níveis de desenvolvimento acima da média de indivíduos masculinos, o que caracteriza uma deformidade da imagem corpórea. Tais indivíduos preocupam-se de modo incomum em relação a sua massa corporal, podendo acarretar a prática exagerada de levantamento de peso, com uma alimentação hiperglicídica,

hiperproteica e hipolipídica, consumo de esteroides anabolizantes, além do uso desordenado de suplementos proteicos (CAMARGO, et al., 2008).

Indivíduos com VN fazem o consumo de dietas hiperproteicas visando o aumento da massa muscular, no entanto, muitas vezes esse consumo ultrapassa as recomendações diárias. Uma pesquisa realizada por Menon, Santos (2012) onde foram analisados 23 jovens entre 19 e 33 anos, praticantes de atividades físicas em Rio Grande do Sul, onde constatou-se que 43,5% dos jovens avaliados consumiam uma quantidade, acima do recomendado, de proteína, valores em torno de 3,4g/kg/dia de peso, e 30,4% ingeriam quantidades consideradas mínimas do recomendado, cerca de 0,6g a 1,5g/kg/dia de peso, e apenas 26,1% consumiam quantidades ideais de proteína (KOTONA, et al., 2018).

Estudos demonstraram que, para se definir VN no exercício físico compulsivo aos transtornos alimentares, considera que o praticante se exercite por três horas ou mais ao dia, o que totaliza em média de 15 horas semanais. Critérios estes, utilizados também em maratonistas, onde se obteve resultados parecidos aos encontrados em praticantes de atividades físicas em academias (SOLER, et al, 2013).

O desenvolvimento da VN, na maioria dos casos, ocorre em atletas que sofrem pressão por parte de seus familiares, treinadores e patrocinadores, com objetivo de uma melhor execução. Esses indivíduos, por geralmente possuírem uma intensa preocupação com o peso e a forma física, correm o risco de desenvolverem TCA's. O desempenho do competidor, em algumas modalidades esportivas, pode ser influenciado diretamente pelo peso corporal, o que causa a obsessão, em homens, com a busca pelo aumento de massa corporal, por exemplo, nos lutadores, jogadores de futebol americano, e principalmente fisiculturistas (COSTA et al., 2007).

Estudo realizado em cidades de Goiânia, Itumbiara e Aparecida de Goiânia, com 8 atletas com idades entre 18 e 30 anos, verificou-se indícios deste transtorno, praticantes de fisiculturismo, após a análise dos dados, foram constatados que 87,5% dos participantes apresentaram indícios preocupantes de VN, correspondendo 7 de 8 participantes (PIRES; BAPTISTA, 2016)

A VN ocorre frequentemente em homens com idades entre 18 a 35 anos, no entanto, em mulheres também pode ser observado casos de VN, com influência de fatores emocionais, cognitivos, fisiológicos, comportamentais e socioeconômicos. Em relação ao fator socioeconômico desses indivíduos, frequentemente ocorre entre a classe mais inferior. A excessiva prática de exercício físico, é equiparada ao fanatismo religioso, levando o indivíduo a seus extremos, desconsiderando as consequências, as pequenas imperfeições, que para

outros indivíduos passariam despercebidas, para estes acabam sendo muito presentes, podendo causar casos de ansiedade e depressão em casos mais extremos, ocasionando em problemas em seu meio social e de trabalho (CAMARGO et al., 2008).

Uma pesquisa realizada com 36 jovens que praticavam musculação, na faixa etária de 19 a 45 anos, matriculados em academias do município de São Martinho-SC, onde 28% eram mulheres e 72%, homens. Destes, 69% demonstravam estar insatisfeitos com sua forma corporal, 55% demonstravam sintomas para dependência de exercícios físicos e 3% já se demonstravam dependentes (MACHADO, 2017).

Um estudo realizado por Matia, Santana e Costa, (2017), onde participaram 54 jovens entre homens e mulheres, com idade média de 29 anos. O estudo demonstrou que 75,9% apresentavam sintomas de VN, e 44,1% apresentavam indícios depressivos. A analogia entre a VN e os sintomas depressivos obteve um aspecto positivo. Em ambos os resultados a prevalência foi observada em mulheres.

Indivíduos com VN apresentam uma autoestima baixa e extremamente preocupados com sua forma física. Os vigoréticos geralmente possuem uma rotina intensa de treinamentos e dietas exageradamente restritivas, com alta quantidade de proteína, com o intuito do aumento da massa muscular. Em decorrência da prática exagerada de exercícios físicos, podem acarretar em lesões nas articulações e distúrbios do trato gastrointestinal (MOTTER, BELLINI, ALMEIDA, 2017).

Podem ocorrer sérios prejuízos à saúde, causados pelo excesso de exercícios físicos, como microtraumas, ocasionados por lesões repetitivas, exaustão, potencializando serias consequências sistêmicas, como danos, e estas condições em grande parte das vezes acabam sendo subdiagnosticadas e não tratadas corretamente (MATIA; SANTANA; COSTA, 2017)

Uma pesquisa realizada por Zimmermann (2012), em academias do município de Biguaçu-SC, com praticantes de musculação, onde foram analisados 61 adultos jovens do sexo masculino, com idades entre 18 a 33 anos, com 2 a 3 anos de tempo médio de musculação. Os sintomas de VN foram observados em 23% dos praticantes de musculação.

Os estimulantes utilizados por esses atletas possuem uma quantidade massiva de drogas que ocasionam um aumento da atividade metabólica, causando forte impacto no sistema nervoso central. Além disso, em longo prazo, o consumo excessivo de anabolizantes pode acarretar danos à massa muscular. Devido a fabricação e liberação hormonal da endorfina pode haver a inibição do sentimento de dor, a exaustão causada pela repetição e prolongação do período de exercícios físico pode levar a dependência, pois quanto maior a

quantidade de exercícios é realizada, mais endorfina acaba sendo liberada na corrente sanguínea ocasionando uma sensação de prazer (OLIVEIRA, 2012).

Um estudo com 20 indivíduos, com idade a partir de 18 anos, de ambos os sexos, praticantes de atividades físicas, como musculação, no quesito a aparência, cerca de 85% dos indivíduos apresentaram casos de hipertrofia muscular, como consequência do treinamento forçado, que praticam, ao idealizar um corpo ideal. Neste estudo pode se constatar que o objetivo final dos participantes era puramente estético, ou seja, traços semelhantes aos apresentados em indivíduos com DM (AZEVEDO, et al., 2012).

Uma pesquisa desenvolvida por Floriano; D’Almeida (2016), com 56 jovens do sexo masculino, na faixa etária de 18 anos ou mais, praticantes de atividades físicas por três vezes na semana ou mais, por no mínimo seis meses. Neste estudo foram constatados que 17,5% dos participantes apresentavam traços de DM, em relação a imagem corporal, 83,9% desejavam um corpo mais musculoso.

Para Tocchetto (2016) demonstraram que, dos 50 atletas avaliados, 10% apresentavam risco para desenvolvimento de VN, através do teste EDS-R. Em relação ao quesito imagem corporal e peso, através do método BSQ, onde 12% dos entrevistados apresentavam grau de insatisfação com imagem corporal e peso, sendo 4% apresentavam preocupação moderada, e 8% preocupação leve. Este resultado mostrou-se predominante no sexo feminino.

2.6.2 Ortorexia Nervosa

Ortorexia Nervosa (ON), onde “orto” possui o significado de correto e “orexia”, apetite. Assim considera-se ON como um TA descoberto em meados de 1997 pelo médico americano, Steve Bratman no qual se refere à obsessão patológica de comer apenas alimentos puros e evitam alimentos que foram tratados com herbicidas, pesticidas ou substâncias artificiais e estão preocupados com os materiais e técnicas usadas na preparação de alimentos tornando sua alimentação nutricional restrita, as preparações dos alimentos acompanha sentimentos de prazer ou culpa depende de seu estado emocional. O ortoréxico se considera superior aos demais indivíduos perante suas escolhas alimentares se delimitando relações pessoais e atividades rotineiras (JÚNIOR, et al., 2015).

O desejo de escolher apenas alimentos “puros”, tornam os indivíduos muito seletivos, acarretando na adoção de condutas alimentares mais restritivas, provocando uma falsa necessidade de planejamento excessivo do uso dos alimentos a serem consumidos, a aversão extrema a aromatizantes, conservantes, corantes e pesticidas por exemplo, é uma

característica marcante de indivíduos com ON, tidas como pessoas metódicas, com excesso de organização em seus hábitos alimentares, esta complicação atinge principalmente mulheres e adolescentes, atinge também pessoas com hábitos alimentares alternativos, como vegetarianismo, pessoas com dietas macrobióticas e até mesmo atletas fisiculturistas (MARTINS, et al., 2011).

Devido a adesão de uma dieta extremamente restrita, indivíduos que apresentam tal distúrbio, muitas vezes podem acarretar em carências nutricionais, como hipovitaminose A e B12, anemia, desnutrição e osteoporose. O objetivo de aderir a uma dieta restritiva, se dá através de uma melhor saúde e qualidade de vida, perder massa corpórea ou tratar de uma patologia, no entanto a alimentação passa ser o foco principal em sua vida (SOUZA; RODRIGUES, 2014).

Indivíduos que apresentam tal transtorno, consideram sua conduta alimentar saudável, dificultando assim, o diagnóstico da patologia. Nos Transtornos Alimentares, a intervenção precoce é fundamental, pois pesquisas apontam que quanto mais os sintomas forem permanentes, mais dificultoso será a eficácia do tratamento. Esse transtorno, geralmente possui um impacto negativo na qualidade de vida do indivíduo (LOPES; KISTEN, 2009).

O hábito de consumir apenas alimentos considerados como “puros” desempenha uma sensação de pureza em relação a si mesmo. Assim a ON está relacionada à um sentimento ilusório de segurança com a prevenção de patologias, ao cuidado extremo da ingestão de alimentos e a exclusão do inesperado, a um desejo de autoprivação e a busca tanto de identidade quanto espiritual, além do conformismo em aceitar o padrão de corpo ideal imposto pela mídia (CASTIEL; DARDET, 2007).

Inicialmente, a palavra ON era visto, para seus pacientes extremamente obsessivos em relação aos hábitos alimentares, como uma espécie de “terapia provocadora”. A ON é abordada raramente por profissionais da alimentação e da saúde, e considerado como um distúrbio recente e raramente compreendido. Recentemente a ON começou a ser entendida como um TA, em decorrência de seu potencial gravidade e abrangência. (SOUZA, 2017).

Uma pesquisa desenvolvida por Souza; Rodrigues (2014) com 150 estudantes do curso de Nutrição, com idade média de 23,21 anos, onde foram observados através do questionário Orto-15, que 88,7% das estudantes analisadas, apresentaram atitudes de risco para o desenvolvimento de ON

Pesquisa realizada por Penaforte et al., (2017), com 141 estudantes de Nutrição da UFTM (Universidade Federal do Triângulo Mineiro), entre meninos e meninas, com idade igual ou superior a 18 anos. Na pesquisa, foram apontados que 87% apresentavam tendência

em desenvolver ON, dentre estes, a prevalência era do sexo feminino com 90,8% dos entrevistados.

A ON é dividida em duas etapas, onde na primeira os indivíduos demonstram uma preocupação moderada em relação a adesão de uma alimentação mais saudável, prática de atividades físicas e o desejo da perda de peso. Já na segunda parte, observa-se uma exagerada preocupação em relação a aparência física e os tipos de alimentos consumidos (SOUZA, 2017).

Estudos apontam que dentre os profissionais da saúde, estudantes de nutrição e nutricionistas, são mais propensas a desenvolverem comportamentos ortorexos. Essas pessoas muitas vezes são pressionadas a desenvolverem um hábito alimentar saudável e adequado, visto perante a sociedade como uma espécie de “modelo alimentar”. No caso, o hábito de comer adequadamente ultrapassa os princípios da promoção de saúde e qualidade de vida e acaba tornando-se um comportamento desejável e aceitável (PENAFORTE, et al., 2017).

Foram analisados 113 estudantes do curso de Nutrição, no município de Petrolina- PE, com a prevalência do sexo feminino, onde foram constatados que 84% dos estudantes apresentavam risco para sintomatologia de ON. Em comparação com os dados sobre o período cursado e o comportamento ortorexo, foram constatados que 100% dos estudantes apresentavam elevados índices de sintomatologia ortorexica (RODRIGUES, et al., 2017).

Uma pesquisa desenvolvida por Nassau, (2012), com 124 estudantes do curso de Nutrição da Universidade Católica de Brasília, onde 10,5% eram homens e 89,5% mulheres. Dentre os estudantes avaliados, 69,4% apresentavam risco para o desenvolvimento de ON, 27,4% apresentavam traços para esse transtorno e apenas 3,2% não demonstravam risco para tal transtorno.

A ON, devido à restrição alimentar, o hábito de comer pode gerar retraimento social e angústia, desencadeando um desapego das atividades de prazer, como os restaurantes, que significam, para esses indivíduos, lugares inadequados para seus hábitos alimentares, ou seja, evitam realizar suas refeições fora de casa, ou deixam de realizar suas refeições por receio de que os alimentos sejam “impuros” (OLIVEIRA; LEÃO, 2014).

Uma pesquisa realizada com 191 estudantes do curso de Nutrição, de ambos os sexos, onde através do questionário ORTO-15, onde demonstraram a prevalência para o desenvolvimento de ON entre o sexo masculino, com 100% dos jovens, já entre o sexo feminino, 82,7% apresentavam tais sintomatologias (SANTOS; CASTRO, 2017).

2.7 Tipos de tratamento

Os TA's requerem um tratamento de aspecto multiprofissional, onde os mesmos incluem terapias psicológicas psiquiátricas, nutricionais e médicas. Dependendo da gravidade da doença, o tratamento inclui etapas como a internação do paciente, hospital-dia, tratamento residencial, tratamento em ambulatório e tratamento intensivo em ambulatório (SCHEBENDACH, 2012).

O objetivo principal do tratamento da AN é o aumento de peso até atingir o IMC superior a 19. Em relação a BN, o objetivo principal é alcançar um padrão alimentar saudável, e consequentemente a inibição dos métodos restritivos e purgativos. Em TCAP, seu tratamento tem o objetivo de minimizar os episódios bulímicos, em indivíduos obesos, na redução da massa corpórea, e a melhoras se quadros de ansiedade e depressão. Os fármacos mais estudados e utilizados para o tratamento de TCAP são: inibidores de apetite com ação no sistema nervoso central, anticonvulsivantes e antidepressivos (SALZANO; CORDÁS, 2004).

Em AN, os fármacos mais utilizados têm como objetivo, amenizar a sintomatologia do transtorno, como a depressão, alteração de humor e ansiedade. No entanto, estes fármacos podem estar associados a efeitos colaterais como, no caso, os inibidores do hormônio serotonina podem ter efeito positivo durante o processo de manutenção da massa corpórea, no entanto, na fase de restauração do peso, os resultados não possuem um mesmo efeito. No tratamento de AN, os fármacos antidepressivos não apresentam embasamento científico suficientes para serem utilizados. Em relação ao ganho de peso, o fármaco Olanzapina tem mostrado resultados positivos, sem reações adversas, no entanto, o desenvolvimento de Diabetes Mellitus pode estar associado ao seu uso (BORDIGNON; COUTINHO; FERNANDES, 2014).

Conhecida como Inibidor Seletivo da Receptação da Serotonina (ISRS) a fluoxetina é utilizada para o cuidado e tratamento de sintomatologias associados aos casos de BN e AN, como exemplo a depressão. No entanto, podem ocorrer inúmeras reações contrárias, como ocorre com outros ISRS. No total, a fluoxetina possui 62 reações contrárias, como a relação de possíveis casos de suicídio (CAMPOS; HAACK, 2012).

Em casos de BN, os fármacos utilizados possuem a função de retardas os episódios compulsivos e outras sintomatologias associadas, como a depressão. Deste modo, no tratamento de BN, os fármacos antidepressivos possuem efeitos benéficos, com ações antiobsessivas. Na BN, a fluoxetina, principalmente, tem objetivo de minimizar tanto os quadros psiquiátricos associados, quanto os episódios de vômitos e convulsões (MAGALHÃES; MENDONÇA, 2005).

O topiramato, quando administrados em indivíduos com TCAP e BN, possuem efeito do aumento da saciedade, redução dos comportamentos impulsivos e estabilização do humor. Em indivíduos com BN, os efeitos colaterais precisam ser mais bem avaliados, como também a perda de peso e os riscos de cálculo renal (ASSUMPTÃO; CABRAL, 2002).

Em pacientes com TCAP, o uso de antidepressivos possuem um efeito positivo em relação aos episódios depressivos, que ocorrem em cerca de 51% dos casos. E relação aos ISRS, em pacientes com TCAP, estudos apontam benefícios com o uso de sertralina, citalopram, fluvoxamina e fluoxetina, relacionados a diminuição dos episódios de BN. No que se diz respeito ao uso da venlafaxina, um estudo aberto apontou uma resposta benéfica dos episódios de compulsão (SALZANO; CORDÁS, 2004).

Em indivíduos com ON, o tratamento é baseado na prevenção, principalmente. Nestes indivíduos, os fármacos mais utilizados são: fluvoxamina, citalopram e clomipramina, onde os mesmos atingem principalmente os comportamentos obsessivos. No entanto, a xerostomia pode surgir como efeito adverso. Associada a hipossalivação, a xerostomia pode provocar cáries dentárias (RODRIGUES, 2015).

No que se diz respeito a VN, ainda não há tratamento específico para tal transtorno, principalmente pelos distúrbios associados. No tratamento do transtorno dos transtornos alimentares e da Dismorfia Corpórea, os métodos utilizados são compostos por medicamentos antidepressivos e terapia cognitivo comportamental (SOUSA; SANTOS, 2018).

Em relação ao tratamento não farmacológico, o acompanhamento psicológico pode fornecer um tratamento compensatório, pois desempenham papel importantíssimo de forma a compreender os pacientes com TA. Os pacientes são lentamente entrevistados e através de ambiente seguro e confortável fazendo com que os indivíduos se sintam à vontade possa retratar sua história pessoal, com isso auxilia a equipe médica com intervenções eficazes em vários problemas incluindo o processamento da identificação projetiva, através de transferências e contratransferência incentivando o paciente a se abrir e demonstrar um leque de emoções muitas vezes não expressas verbalmente (SCORSOLINI-COMIN; SANTOS, 2012).

O tratamento psicológico, entendido como psicoterapia, tem como objetivo fornecer ajuda psicológica ao indivíduo, para que o mesmo possa enfrentar sua angústia emocional. A angústia e o sofrimento, muitas vezes resulta da complexidade em que o indivíduo possui em adquirir mecanismos de defesa perante os conflitos emocionais e psíquicos, acarretando, muitas vezes em soluções alternativas inadequadas que acabam por comprometer as características da personalidade (DINIZ; LIMA, 2017).

O tratamento mais eficaz a psicoterapia em adolescentes que desenvolveram tais transtornos no estágio inicial da doença, aonde os sintomas são mais perceptíveis sobre a jornada de crescimento deste jovem, assim, as fases do processo terapêutico faz toda a diferença para criação de um espaço de intimidade e aproximação com o mesmo e com seus sentimentos mais profundos sendo importante focar a relação do medo que eles possuem em perderem o controle sobre o peso ou descontrole de seus próprios impulsos (PERES; SANTOS, 2011).

O atendimento psicológico soma-se ao acompanhamento nutricional, sendo baseado na terapia cognitiva-comportamental, com o objetivo de mudanças do comportamento alimentar e na utilização de estratégia compensatória como vômitos, uso abusivo de laxantes e diuréticos (CONTI, et al.,2012). A tabela 2 apresenta com as sequências temáticas de um programa de psicoterapia um plano de trabalho estabelecido para pacientes convidadas a participar do um programa.

Tabela 2- Programa de psicoterapia para pacientes com TA.

Semana 1	Apresentando o programa e aplicação de inventários
Semana 2	Compreendendo a fome
Semana 3 e 4	Minha fome e suas consequências: as crenças envolvidas
Semana 5 e 6	A desordem alimentar em minha vida
Semana 7	A imagem corporal idealizada
Semana 8 e 9	A percepção subjetiva da imagem corporal
Semana 10	O processo de mudança: quem e como quero ser?
Semana 11	Entendendo as emoções “ruins”
Semana 12 e 13	Transformando as emoções
Semana 14 e 15	Reconstruindo o paradigma pessoal
Semana 16 e 17	Reconstruindo o paradigma pessoal, desenvolvimento da autoavaliação e aplicação de inventários
Semana 18	Finalização do processo: devolutivas

Fonte: Abreu; Filho, (2004).

No final do programa, é feita uma avaliação com uma equipe multidisciplinar com base nos critérios estabelecidos pelo AMBULIM e com profissionais nutricionistas, psiquiatras e os psicólogos. Com base na avaliação em conjunto, as pacientes podem: ter alta; seguir para um programa de manutenção de 18 semanas com outros temas; ou, finalmente no caso de um baixo nível de adesão, recomencar o programa (ABREU; FILHO, 2004).

O programa de transtorno alimentares (AMBULIM) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) é definido como o primeiro centro brasileiro multidisciplinar para o tratamento, ensino e pesquisa na área de transtornos do comportamento alimentar, suas ações tiveram início em 1990. O atendimento padrão é com base nas ações multidisciplinares. As reuniões de equipe são realizadas semanalmente, com a definição das diretrizes a serem adotadas para cada paciente (CONTI, et al.,2012).

Em relação ao TA, a ORR (TCC), foi detalhada pela primeira vez em 1981, por Fairburn, e tem como objetivo auxiliar o indivíduo a adquirir um comportamento mais controlado em relação ao hábito de alimentar-se, com intuito de auxiliar os mesmos a alterar o comportamento em relação a alimentação desregulada ou anormal, à imagem corpórea e ao peso. A TCC compreende também em solucionar problemas, como também na preservação dos progressos adquiridos ao longo do tratamento, além da reconstrução da autoimagem (WILLHELM; FORTES; PERGHER, 2015).

Assim, entende-se como TCC uma abordagem com objetivo de interferência semiestruturada, onde o mesmo visa reconhecer e reparar os sinais que contribuem o surgimento e conservação das mudanças comportamentais e cognitivas. Os programas de tratamento da TCC, em relação aos TA, fundamentam-se preferencialmente em estratégias que visam no automanejo do comportamento e na redução da ansiedade (OLIVEIRA; DEIRO, 2013).

No que se diz respeito a prática de atividade física, com objetivo de diminuir a perda de peso, preferencialmente em pacientes com AN, alguns autores restringem tal atividade. No entanto, em pacientes com TA, com relação à restrição de atividades físicas, alguns estudos afirmam os benefícios destas atividades no decorrer da terapia dos TA (WEIS, 2013).

Não é de hoje que a atividade física proporciona sensação de alívio e conforto no tratamento dos transtornos alimentares e um acompanhamento profissional adequado de forma a instruir o indivíduo seja ele homem ou mulher a prática correta das atividades físicas equilibrando a intensidade dos exercícios de forma mais atrativa por pelo menos 30 minutos por dia, e no período de 3x por semana, proporcionando a reabilitação de diversos diagnósticos clínicos e promovendo benefícios fisiológicos, psicológicos e sociais, além de prevenir futuras patologias cardiovasculares, hipertensão, diabetes tipo 2 entre outras (TEIXEIRA, et al., 2009).

Na adolescência o papel do educador físico é de extrema importância, pois pode criar situações em que o aluno aumente o conhecimento sobre seu próprio corpo e as

transformações que acometem nesta fase. Conduzir um trabalho de modo que os adolescentes tenham uma maior concepção sobre os atritos e conflitos da idade no cotidiano, sem senso comum, sem mencionar os fatores que a mídia influencia na sociedade e na família para que os mesmos aprendam a tomar decisões e sejam as melhores para seu desenvolvimento; físico, social e cognitivo (DILLY, 2009).

Em indivíduos que apresentam AN, seu objetivo principal baseia-se na recuperação do peso corpóreo. Nesse sentido, não se recomenda a prática predominante de atividades físicas aeróbicas. Geralmente, esses indivíduos já praticaram alguma atividade física, tornando indispensável o aconselhamento de como desfrutar deste método de modo adequado e saudável, preferencialmente no que se diz respeito à intensidade e quantidade (WEIS, 2013).

Indivíduos com TCAP, estudos apontam que, associados a psicoterapia, a prática de atividades físicas podem ser trazer benefícios ao tratamento, como: em pacientes obesos, através da perda de peso, redução de episódios de compulsão alimentar de até 12 meses seguintes ao tratamento, redução do estresse emocional e da insatisfação corporal, além da redução nos escores de depressão após 6 meses de tratamento, com auxílio da atividade física moderada (caminhada) (ZUNKER, et al., 2011).

O tratamento, em indivíduos com BN, visa a formação de uma imagem corporal positiva, com a melhora dos sintomas de ansiedade e depressão, através do incentivo da prática de exercícios físicos moderados, sem auxílio de dietas. Assim, os exercícios físicos visam em contribuir com a autoconfiança e a autoestima dos indivíduos, através de uma combinação entre exercícios aeróbicos e restritos (WEIS, 2013).

As complicações clínicas da AN e BN são diversas e estão ligadas principalmente com a perda de peso corporal e com as formas compensatórias usadas pelos pacientes. Apesar da disponibilidade de tratamentos eficientes para essas patologias, o atraso entre o início dos sintomas e o tratamento ainda é notório. Dessa forma, o diagnóstico precoce desses distúrbios assim como de suas complicações clínicas na maioria das vezes não é possível. O tratamento das complicações deve ser feito com acompanhamento psicoterápico e nutricional, precisando de uma equipe multidisciplinar para uma direção mais adequada e satisfatório dessas condições clínicas (ASSUMPCÃO; CABRAL, 2002).

2.8 Tratamento Nutricional e o Papel do Nutricionista nos Transtornos Alimentares

O profissional nutricionista possui capacitação para atuar em diversas áreas em que a alimentação e a nutrição são fundamentais para manutenção, promoção e recuperação da

saúde. Em relação à alimentação em que o paciente apresenta alterações importantes do comportamento desde as restrições até compulsão alimentar o profissional deve atuar de forma qualificada para avaliar e orientar ao surgir as principais dificuldades. Em relação aos alimentos e o peso é interessante que o profissional tenha uma posição psiconutricional de forma a saber atuar com as frustrações e sentimento de impotência ou com outros tipos de transtorno que aparecem no decorrer do tratamento, atuando de forma a transparecer segurança, sabedoria e respeito pelo mesmo (MANOCHIO, 2009).

Um profissional capacitado para propor mudanças no consumo, padrão e das atitudes alimentares, que nos transtornos alimentares estão alterados é o nutricionista. O atendimento nutricional tem como finalidade recuperar e/ou manter um peso adequado, determinar padrões alimentares saudáveis, diminuir as práticas alimentares e comportamentos inadequados para controle de peso e ajudar a melhorar as atitudes alimentares e os distúrbios de imagem corporal. O nutricionista ensina os conceitos de alimentação saudável, tipos, funções e os nutrientes, recomendações nutricionais, e alerta sobre as consequências da restrição alimentar e das purgações. Em uma segunda etapa, o tratamento abrange a relação que o paciente estabelece com os alimentos e com seu corpo, com intuito de fazê-lo perceber os significados que atribui a eles. O atendimento nutricional é feito uma vez por semana com umas consultas de em torno de 30 minutos, onde o nutricionista acompanha as dificuldades individuais e o peso. São impostas metas alimentares e/ou de comportamento, que devem ser feitas durante a semana e discutidas no atendimento seguinte (CONTI, et al.,2012).

O tratamento com o nutricionista é importante para o incentivo de uma alimentação saudável e equilibrada, é essencial para voltar a ter hábitos alimentares corretos visando à recuperação do peso além de proporcionar mudanças bruscas em sua condição nutricional, e para isso o indivíduo necessita de orientações adequadas sobre sua condição nutricional, sobre seu plano alimentar, regularização do padrão alimentar, percepção de fome e saciedade, reeducação alimentar e pôr fim a melhoria nos vestígios psicológicos e biológicos da desnutrição (GOMES, 2014).

O nutricionista como membro da equipe multidisciplinar ao tratar de pacientes com TAs é o único capacitado a propor modificações no comportamento e na ingestão alimentar já que são situações que estão altamente alterados nos TAs. Estas modificações são divididas em duas etapas: educacional e experimental. O tratamento nutricional deve ser realizado com uma detalhada anamnese em relação aos hábitos alimentares do paciente e histórico da patologia. A avaliação antropométrica de peso, altura, restrições alimentares, a ligação dos alimentos com as crenças nutricionais é extremamente importante. A etapa educacional engloba todos os

conceitos de alimentação saudável, recomendações nutricionais, fontes dos nutrientes e consequências das purgações e restrições alimentares (ALBINO; MACÊDO,2014).

É fundamental para o planejamento e para um ajuste da capacidade nutricional o tratamento dos TA requer uma terapia multiprofissional nutricional especializada com profissionais experientes nos padrões de consumo e o comportamento alimentar, bem como identificar atitudes alimentares suspeitas dos pacientes. A terapia nutricional para os TA é diferenciada, exigindo do nutricionista maiores habilidades de repositório nutricional, educação nutricional conhecimento e habilidades para lidar com a alimentação individual e insatisfação corporal, sendo estes fatores o foco da terapia nutricional. Para que haja sucesso no tratamento nutricional, é importante que o profissional seja experiente e dedicado pela nutrição humana e que haja especialização, experiência e conhecimento na área dos Transtornos Alimentares (ALVARENGA; SCAGLIUSI, 2010).

O atendimento nutricional, deve ser desenvolvido primeiramente com a família e o paciente, de modo individualizado. O tratamento com o Nutricionista deve ser realizado em paralelo com outros profissionais da saúde, assim como outros métodos de abordagem. O profissional Nutricionista, em um momento de respeito e compreensão em relação as dificuldades encontradas pelo paciente, objetiva-se em buscar possíveis alterações nos hábitos alimentares desses pacientes, visando uma melhor qualidade alimentar. Alterações essas dividida em duas fases: educacional e experimental, onde a terapia nutricional deve ser realizada através de uma anamnese sobre o histórico da doença e hábitos alimentares do paciente (ALBINO, MACEDO, 2014).

A fase de educação nutricional aborda técnicas educacionais como a pirâmide alimentar, alimentação balanceada e necessidades nutricionais. O objetivo principal no decorrer do tratamento nutricional se baseia na desconstrução de crenças e mitos. A fase experimental, ou aconselhamento nutricional é tido como uma abordagem específica, através de técnicas educacionais, cognitivo-comportamentais, interacionais e motivacionais, onde as mesmas são utilizadas para conectar a sentimentos, comportamentos e crenças distorcidas dos pacientes (ALVARENGA, SCAGLUSI, 2010).

No primeiro atendimento e a cada retorno, a avaliação nutricional é realizada, através das medidas antropométricas, com aferição de altura, peso, pregas cutâneas e circunferência do braço. No início do tratamento, em cada retorno o paciente é atendido por nutricionista, médico psicólogo e psiquiatra. Tornando assim, o atendimento mais amplo e completo, além de facilitar a coleta de informações a respeito dos comportamentos alimentares e purgativos presentes no estado emocional (SCHEBENDACH, 2012).

Uma boa ferramenta utilizada pelo nutricionista é o recordatório alimentar de 24 horas, e deve ser realizado já no primeiro atendimento, consiste em uma entrevista feita por profissional treinado com objetivo de colher as informações, com precisão, acerca de todos os alimentos ingeridos nas últimas 24 horas. Os dados fornecem uma análise sobre o panorama da evolução alimentar do paciente. É possível observar, com estes dados, o comportamento alimentar e as características específicas de cada paciente: alimentação infantilizada (mingaus, papinhas e sopas), ingerir insumos de higiene pessoal (“água cria barriga” ou “pasta dental engorda”), com o uso de medicamentos fitoterápicos, como os diuréticos e laxativos, geralmente após as refeições (SICCHIERI, et al., 2007).

Quando o paciente reduz o consumo de diuréticos é bem comum que ocorra a retenção de fluidos, portanto o nutricionista deve pesar regularmente o paciente. Deve também deixar claro que o aumento é transitório e não corresponde a adiposidade. O profissional Nutricionista também deve evidenciar qual é o peso ideal do paciente de acordo com o histórico de peso. É importante deixar bem claro que o peso ideal é determinado em prol da saúde, deixando de lado questões de beleza (LATTERZA, 2004).

Para indivíduos com TA, não são elaboradas dietas, pois as mesmas, normalmente carregam conceitos em relação a contagem de calorias, restrição alimentar, pesagem de alimentos e exclusão de grupos alimentares. Assim, a conscientização do indivíduo em relação aos aspectos que acarretam na compunção alimentar, é necessária, pois estes indivíduos, geralmente apresentam uma preocupação exagerada em relação à quantidade de caloria dos alimentos. O diário alimentar, utilizado como instrumento de automonitoração, onde o mesmo, possibilita ao paciente em registrar sua ingesta alimentar, episódios de purgação e compulsão alimentar, além do local e duração de cada refeição (CONTI, et al., 2012).

No tratamento nutricional, com pacientes que apresentam AN, o terapeuta nutricional está presente durante um período longo, e juntamente com o paciente, enfrenta as dificuldades das relações humanas. Deste modo, o desenvolvimento de habilidades psicoterapêuticas, são de extrema importância, com intuito de compreender a magnitude da negação entre o paciente e o potencial de comportamentos manipulativos, para que não sejam influenciados, de modo inconsciente, pelo modo de vida do paciente. Para que o nutricionista seja apto a trabalhar com esses pacientes, são necessários alguns atributos como: habilidades no aconselhamento comportamental e educacional, possuir um grande conhecimento referente a nutrição, além de não demonstrar julgamento e expressar uma atitude empática (KARKOW, et al., 2007).

Nestes indivíduos, as deficiências de minerais e vitaminas são raras, em decorrência da redução das necessidades e ao frequente uso de suplementos. Porém é possível encontrar carências de ácido fólico e zinco em indivíduos que apresentam AN, sendo necessária a suplementação de tais nutrientes. Para a redução da ansiedade e depressão, e um maior ganho de peso, a suplementação de zinco mostrou-se de grande utilidade. Alguns estudos demonstraram os efeitos benéficos da suplementação de cálcio, afim de minimizar os efeitos da osteoporose, quantidades que variam entre 1.000 a 2.000 mg/dia (LATTERZA 2004).

O tratamento nutricional, para esses indivíduos, objetiva-se em um aumento do peso, estes ganhos, em pacientes hospitalizados variam de 906 a 1.359g por semana, e em pacientes com tratamento ambulatorial variam de 226,5 a 453g por semana. O aumento gradativo do aporte calórico é necessário para que o indivíduo possa atingir seu peso desejado, embora a recomendação inicial do aporte calórico alcance a faixa de 30 a 40 kcal de peso corpóreo ao dia (1.00 a 1.600 kcal ao dia). Para que seu aporte calórico seja suprido, o aumento de 100 a 200 kcal a cada 2 ou 3 dias possui grande importância (SCHEBENDACH, 2012).

Em relação aos macronutrientes, os lipídios devem contribuir com cerca de 20 a 30% nas necessidades energéticas, já os glicídios devem conter, inicialmente, de 150 a 200g ao dia, correspondente a 2mg/kg de peso/minuto, sendo fracionadas por 3 principais refeições, e 2 intercaladas. Em pacientes com funções renais e hepáticas preservadas, a ingestão de proteína deve conter de 1,0 a 1,5g/kg/dia. A ingestão de água, no início do tratamento, deve conter de 800 a 1.000ml/dia, com intuito de evitar a retenção hídrica (SÁ, 2012).

Em pacientes com BN, a terapia nutricional objetiva-se em uma reeducação nos comportamentos nutricionais impróprios e na adequação nos padrões nutricionais. As consequências psicológicas, decorrentes dos padrões nutricionais inadequados, contribuem para propagar a doença e dificultar o tratamento (ALVARENGA, LARINO, 2002).

Para o tratamento da BN, recomenda-se uma alimentação adequada de macronutrientes, afim de suprir o aporte calórico necessário. As refeições devem conter quantidades suficientes de carboidratos, e quantidades adequadas de lipídeos e proteínas, para adquirir mais saciedade. Para uma alimentação balanceada, em geral, recomenda-se, de 50 a 55% de carboidratos, 25 a 30% de lipídeos e 15 a 20% de proteínas. Em relação aos lipídeos, seu consumo deve realizado em pequenas quantidades, de maneira menos óbvia, através de leite integral, queijos ou pasta de amendoim, por exemplo (SCHEBENDACH, 2012).

Em pacientes com ON, suprir suas necessidades nutricionais se caracteriza como o primeiro passo do ponto de vista fisiológico, através de uma reconstrução dos hábitos alimentares, com uma alimentação equilibrada, completa e que ao longo do dia seja

distribuída de forma adequada. Inicialmente, a introdução alimentar deve ocorrer de forma gradativa, com a explicação sobre a importância de uma alimentação completa e variada, nas quantidades adequadas. O uso de antiserotonérgicos, em alguns casos, pode ser necessário. Grande parte dos pacientes não se aderem ao tratamento, principalmente o farmacológico, devido à extrema preocupação em consumir apenas alimentos puros (OLIVEIRA; LEÃO, 2014).

Em relação ao tratamento em pacientes com TCAP, o tratamento dietético e o aconselhamento nutricional, compreende em uma das principais estratégias. O foco principal, em alguns programas de tratamento, se baseia na redução de episódios de compulsão alimentar, já em outros programas de tratamento, o objetivo principal é a perda de peso e o aconselhamento nutricional. Apesar da diminuição dos episódios de compulsão alimentar, e a perda de peso for bem-sucedida, as recaídas ainda podem estar presentes (CRUZ, et al., 2018).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base no que foi exposto na pesquisa bibliográfica nota-se que existem vários tipos de transtornos alimentares, dentre eles AN, BN, VN, ON e TA não específico. Sendo a AN e BN mais comum em adolescente e vários são os fatores que levam ao desenvolvimento da VN o principal é a distorção da imagem corporal em busca de um corpo perfeito o que leva a perda de peso grave e uma desnutrição acentuada.

Expõem a diferença de AN e BN sendo os principais transtornos mais comuns em adolescentes e mulheres que estão em busca de padrões de beleza que é definido como magreza sofrendo uma enorme pressão da mídia e social.

Os métodos de tratamento aos pacientes com transtornos alimentares como os programas semanais de consultas em grupos que busca incentivar e fortalecer o indivíduo em relação a percepção da alimentação *versus* imagem corporal, fazendo com que eles possam entender e compreender suas emoções e como isso influencia na hora da alimentação.

O papel da nutrição como essencial no tratamento dos transtornos alimentares, pois o nutricionista é o profissional qualificado e capacitado para incentivar e direcionar a uma alimentação saudável e equilibrada, para que os indivíduos com transtornos alimentares possam voltar a ter hábitos alimentares saudáveis buscando recuperar o peso e proporcionar modificações da condição nutricional do indivíduo em relação ao seu plano alimentar, além de direcionar a reeducação alimentar envolvendo ações psicológicas e biológicas para combater a desnutrição.

Acrescenta ainda a distorção da imagem corporal, insatisfação da imagem corporal, distúrbios psicológicos como fatores que influencia no desenvolvimento de TA. As mudanças físicas e as pressões psicológica exercida pelos grupos jovens em relação ao padrão de beleza também um fator importante que causa o desenvolvimento de TA. Condições sociais demográficas e culturais são fatores que influenciam na relação da percepção do alimento.

A mídia, ambiente social e familiar são destaques para o desenvolvimento de transtornos alimentares, a mídia e ambiente estão ligadas com o padrão de beleza relacionada a magreza e a familiar ligada a refeição que ocasiona uma pressão no comportamento alimentar. Ainda demonstra como os transtornos alimentares causa complicações nutricionais e clinicas que podem comprometer a saúde do indivíduo, como déficit no ganho de peso causando a desnutrição, saúde bucal que pode causar queilose, erosão dental, periodontites e hipertrofia das glândulas salivares e complicações clinicas como aparecimento de problemas cardiovascular.

Enfim, a nutrição é muito importante no tratamento de pessoas com transtornos alimentares, ela direciona e ajusta mudanças no comportamento alimentar, sendo um profissional capacitado e qualificado para propor mudanças levando em consideração o estado nutricional e as condições psicológicas que do indivíduo. O nutricionista exerce papel fundamental e muito importante, pois ele evita possíveis complicações nutricionais ocasionadas por uma destruição severa. E como membro de uma equipe multidisciplinar ele atua em conjunto com outros profissionais da saúde como o psicólogo estabelecendo condutas e acompanhamento nutricional até a alta do paciente.

REFERÊNCIAS

- ABREU, Cristiano Nabuco de; FILHO, Raphael Cangelli. Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa – abordagem cognitivo-construtivista de psicoterapia. **Rev. Psiq. Clin.** v. 31, n. 4, p. 177-183, 2004.
- AIRES, Natália Helena. **Transtornos Alimentares em adolescentes puérperas: um estudo em pacientes atendidas pelo sistema de saúde público da cidade de Rio Bonito- RJ.** 2013. Tese (Mestrado em Saúde da Família) – Universidade Estácio de Sá.
- ALBINO, Edivânia Bezerra da Silva; MACÊDO, Érika Michelle Correia. Transtornos alimentares na adolescência: uma revisão de literatura. **Revista eletrônica de ciências Veredas.** v.7, n.1, p.109-129, jan.-jul.2014.
- ALCKMIN-CARVALHO, Felipe; SANTOS, Deivid, Regis dos; RAFIHI-FERREIRA, Renata El; SOARES, Maria Rita Zoéga. Análise da evolução dos critérios diagnósticos da Anorexia Nervosa. São Paulo- SP. **Avaliação Psicológica.** v. 15, n. 2, p. 265-274, 2016.
- ALVARENGA, Marle dos Santos; SCAGLIUSI, Fernanda Baeza. **Tratamento nutricional da bulimia nervosa.** **Rev. Nutr.** Campinas-SP, v. 23, n.5, p. 907-918, set. -out. 2010.
- ALVARENGA, Marle; LARINO, Maria Aparecida. Terapia nutricional na Anorexia e Bulimia Nervosas. São Paulo- SP. **Rev. Bras. Psiquiatr.** v. 24, n. 3, p. 39-43, 2002.
- ALVARENGA, Marle; LARINO, Maria Aparecida. Terapia nutricional na anorexia e bulimia nervosa. **Rev. Bras. Psiquiatr.** v. 24, n. Supl III, p. 39-43, 2002.
- APPOLINÁRIO, José Carlos; CLAUDINO, Angélica M. Transtornos alimentares. **Revista Brasileira de Psiquiatria.** Ipanema, v. 22, n. 2, p. 28-31. 2000.
- ARAÚJO, Tainara Sousa; BENTO, Fernanda Cristina de Jesus Colares; CUSTÓDIO, Misael Rabelo de Martins. Risco para o desenvolvimento de anorexia nervosa em estudantes universitárias de nutrição. **Rev. Cient.** Sena Aires. v. 7, n. 3, p. 192-199, out-dez, 2018.
- ASSUMPCÃO, Carmen Leal de; CABRAL, Mônica D. Complicações clínicas da Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa. **Rev. Bras. Psiquiatr.** v. 24, n. 3, p. 29-33, 2002.
- AZEVEDO, A. P., FERREIRA, A. C.; da SILVA, P. P.; CAMINHA, I. O.; FREITAS, C. M. Dismorfia muscular: A busca pelo corpo hiper musculoso. Brasília- DF. **Motricidade.** v. 8, n. 1. p. 53-66, 2012.
- AZEVEDO, Alexander Willian. Metodologia de identificação de fontes de coleta de informação: uma proposta de modelo para cadeia produtiva de couro, calçados e artefatos. João Pessoa. **Perspectivas em Gestão e Conhecimento.** v. 2, Número Especial, p. 149-158, out. 2012.
- BARBOSA, Regina Helena Simões; BERGER, Sônia Maria Dantas. **Abuso de drogas e transtornos alimentares entre mulheres: sintomas de mal-estar de gênero?.** **Revista Cad. Saúde Pública.** v.33, n. 1, p.2-11.2017

BECHARA, Ana Paula do Vale; KOHATSU, Lineu N. Tratamento nutricional da anorexia e da bulimia nervosa: aspectos psicológicos dos pacientes, de suas famílias e das nutricionistas. **Revista do NESME**. v.11, n.2, p.1-18. 2014.

BERNARDES, Tassiana. **Adolescência, mídia e transtornos alimentares**: uma revisão bibliográfica. Trabalho de conclusão de curso. Universidade federal de Pampa. Uruguaiana. 2010.

BERNARDI, Julia Laura Belbue. *In*: SILVA, Sandra M. Chemin S.; MURA, Joana D'Are Pereira. Terapia Nutricional em Anorexia e Bulimia Nervosas. **Tratado de Alimentação, Nutrição e Dietoterapia**. 2.ed. São Paulo: Roca, 2011. cap. 17. 1256.pag.

BORBA, Letícia de Oliveira; PAES, Marcio Roberto; GUIMARÃES, Andréa Noeremberg; LABRONICI, Liliana Maria; MAFTUM, Mariluci Alves. A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. São Paulo. **Rev. Esc. Enferm.** v. 45, n. 2, p. 442-449, 2011.

BORDIGNON, Juliana Augusta; COUTINHO, Vanessa Fernandes; FERNANDES, Amanda Carla. Anorexia: Aspectos clínicos e nutricionais. **Revista Inova Saúde**, Criciúma. v. 3. n. 1, p. 58-82, jul. 2014.

BRASIL. Casa Civil. **LEI Nº 8.069, DE 13 DE JULHO DE 1990.**

Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.

Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm>. Acesso em: 05 de abril de 2018.

BRASIL. **Cenário da Infância e Adolescência no Brasil**. 2017. Disponível em: <http://www.chegadetrabalho infantil.org.br/wp-content/uploads/2017/03/Cenario-2017-PDF.pdf>. Acesso em 03 de abril de 2018.

BRASIL. **Compreendendo o Adolescente**. 2.ed. Curitiba: Secretaria de Estado da Criança e da Juventude, 2010. Disponível em: < <http://www.desenvolvimentosocial.pr.gov.br/arquivos/File/CompreendendooAdolescente2010.pdf>>. Acesso em: 10 de abril de 2018.

BRASIL. Secretaria do estado da saúde, governo do estado de São Paulo. **Distúrbio alimentar ameaça 77% das jovens de SP**. São Paulo, 2014. Disponível em: < <http://www.saude.sp.gov.br/ses/noticias/2014/janeiro/disturbio-alimentar-ameaca-77-das-jovens-de-sp>>. Acesso em 10 de abril de 2018.

CABRAL, Natércia Maria Tavares Pimentel. **A cidadania e o bem-estar psicológico de estudantes adolescentes**. 2011. Tese (Mestrado em Educação e Cidadania) –Universidade dos Açores, Ponta Delgada SP.

CAMARGO, Tatiana Pimentel Pires de; COSTA, Sarah Passos Vieira da; UZUNIAN, Laura Giron; VIERBIG, Renata Furlan. Vigorexia: revisão dos aspectos atuais deste distúrbio de imagem corporal. São Paulo- SP. **Rev. Bras. Psicol. Esporte** v.2, n.1, jun. 2008.

CARVALHO, Renata Silva de; AMARAL, Ana Carolina Soares; FERREIRA, Maria Eloisa Caputo. Transtornos alimentares e imagem corporal na adolescência: uma análise da produção

científica em psicologia. **Psicologia: Teoria e Prática**. Juiz de Fora, v.11, n.3, p.200-223. 2009.

CASTIEL, Luis David; ÁLVAREZ-DARDET, Carlos. Saúde persecutória: os limites da responsabilidade. São Paulo- SP. **Rev. de Saud. Púb.- RSP**. v. 41, n. 3, p. 461-466, 2007.

CENCI, Monalisa; PERES, Karen Glazer; VASCONCELOS, Francisco de Assis Guedes de. Prevalência de comportamento bulímico e fatores associados em universitárias. Santa Catarina. **Rev. Psiq. Clín.** v. 36, n. 3, p. 83-8, 2009.

CONTI, Maria Aparecida; TEIXEIRA, Paula Costa; KOTAIT, MARCELA S.; ARATANGY, Eduardo; SALZANO, Fabio; AMARAL, Ana Carolina Soares. Anorexia e bulimia – corpo perfeito versus morte. São Paulo- SP. **O Mundo da Saúde**. v. 36, n. 1, p. 65-70, 2012.

COSTA, Fabiana Silva; BANDEIRA, Denise Ruschel; TRENTINI, Clarissa; BRILMANN, Mirian; FRIEDMAN, Rogério; NUNES, Maria Angélica. Considerações acerca da avaliação psicológica das comorbidade psiquiátricas em obesos. Maringá. **Psicologia em Estudo**. v. 14, n. 2, p. 287-293, abr.- jun., 2009.

COSTA, Sarah Passos Vieira da; GUIDOTO, Eugenia Camara; CAMARGO, Tatiana Pimentel Pires de; UZUNIAN, Laura Giron. Distúrbios da imagem corporal e Transtornos Alimentares em atletas e praticantes de atividade física. Buenos Aires. **Revista Digital**. v. 2, n. 114, nov. 2007.

COUGHLIN, Janelle W.; SEIDE, Margaret; GUARDA, Angélica S. Distúrbios comportamentais que afetam a ingestão alimentar: transtornos alimentares e outras condições psiquiátricas. In: ROSS *et al.* **Nutrição Moderna de Shlis**. 11. ed. Barueri-SP. Manole, 2016.

CRUZ, Roberta Monteiro de Oliveira; MACHADO, Brenda Raiane Cunha; MOTA, Joyce Nascimento; ALBUQUERQUE, Semile Oliveira de; D'ÁVILA, Liohanna Silva Pires; OLIVEIRA, Cláudia Simone Baltazar de. Comportamento alimentar e o posicionamento ético do profissional nutricionista. Amazônia- PA. **REAS, Revista Eletrônica Acervo Saúde**. v. 12, n. p. 1278-1281, 2018

DAVIM, Rejane Marie Barbosa; GERMANO, Raimunda Medeiros; MENEZES, Rejane Millions Viana; CARLOS, Djailson José Delgado. Adolescente/adolescência: revisão teórica sobre uma fase crítica da vida. **Revista Rene**. Fortaleza. v.10, n. 2, p. 131-140, abr/jan. 2009.

DILLY, Rosana Oliveira. Educação física: nutrição e transtornos alimentares em adolescentes. Juiz de Fora/ Minas Gerais, **Revista Eletrônica da Faculdade Metodista Granber**. n.7, jul-dez. 2009.

DINIZ, Neyanne Otaviano; LIMA, Deyseabe Maria Araújo. A atuação do psicólogo no atendimento a pacientes com transtorno alimentar de Bulimia Nervosa. Fortaleza. **Ver. Humanidades**. v. 32, n. 2, p. 214-222, jul.- dez. 2017.

DOMINGUES, Mariana Rosa Cavalli; DOMINGUES, Taciano Luiz Coimbra. **Adolescência: Mudança e Definição**. 2007. Disponível em: <

<http://www.unisalesiano.edu.br/encontro2007/trabalho/aceitos/CC21882553802.pdf>. Acesso em: 10 de maio de 2018.

FARIA, Silvia Pedroza; SHINOHARA, Helene. Transtornos Alimentares. Curitiba- PR. **InterAÇÃO**. v. 2, p. 51-73, jan.-dez. 1998.

FERNANDES, Flávia Medeiros. **Transtornos alimentares em adolescentes**. Trabalho de conclusão de curso. Universidade do Sul de Santa Catarina. Palhoça. 2013.

FERNANDES, Marcia Antunes. Anorexia nervosa e bulimia na adolescência: diagnóstico e tratamento. **Revista Adolescência & Saúde**. Rio de Janeiro- RJ, v. 4, n. 3, p.41-44. ago. 2007.

FERREIRA, Carolina Ribeiro; KARKOW, Daniela; VASCONCELOS, Karoline Aparecida da Fonseca; PINTO, Luana Magalhães; VIDAL, Luciane Roquete; SOUTO, Galileu Martins; NAVARRO, Francisco. Aspecto nutricional da Anorexia Nervosa. São Paulo- SP. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**. v.1, n. 6, p. 38-45, nov.- dez. 2007.

FERREIRA, Talita Dantas. Transtornos alimentares: principais sintomas e características psíquicas. Maringá- PR. **Rev. UNINGÁ**. v. 55, n. 2, p. 169-176, abr.- jun., 2018.

FLORIANO, Jassana Moreira; D'ALMEIDA, Karina Sanches. Prevalência de transtorno Dismórfico Muscular em homens adultos residentes na fronteira oeste do Rio Grande do Sul. São Paulo- SP. **Revista Brasileira de Nutrição Esportiva**, São Paulo. v. 10. n. 58. p.448-457. jul.- ago. 2016.

FONTELLES, Mauro José; SIMÕES, Marilda Garcia; FARIAS, Samantha Hasegawa; FONTELLES, Renata Garcia Simões. **Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa**. Universidade da Amazônia – UNAMA. 2009. Disponível em: <https://cienciassaude.medicina.ufg.br/up/150/o/Anexo_C8_NONAME.pdf>. Acesso em: 06 de novembro de 2018.

FORTES, Leonardo de Souza; MORGADO, Fabiane Frota da Rocha; FERREIRA, Maria Eloisa Caputo. Fatores associados ao comportamento alimentar inadequado em adolescentes escolares. **Revista de Psiquiatria Clínica**. Juiz de Fora, v.40, n.2, p.59-64. 2013.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6.ed. São Paulo: Atlas S. 2008. cap.7. 200.p.

GOMES, Clemilson Paulo. **O papel do nutricionista no tratamento da anorexia**. São Paulo/ SP. 2014. Disponível em: < <https://www.webartigos.com/artigos/o-papel-do-nutricionista-no-tratamento-da-anorexia/127122>>. Acesso em 10 de maio de 2018.

GONÇALVES, Juliana de Abreu A; MOREIRA, Emilia Addison M.; TRINDADE, Erasmo Benício S. de M.; FIATES, Giovanna Medeiros R. Transtornos alimentares na infância e na adolescência. **Revista Paul Pediatría**. v.31, n.1, p.96-103. 2013.

GUIMARÃES, Aline Dias; MACHADO, Soraia Pinheiro; FRANÇA, Ana Karina Teixeira da Cunha; CALADO, Isabela Leal. Transtornos alimentares e insatisfação com a imagem corporal em bailarinos. **Rev. Bras. Med. Esporte**. v. 20, n. 4. Jul.-ago. p.267-271. 2014.

GUIMARÃES, Isabel Cristina Teixeira. Estado nutricional, avaliação de transtornos alimentares e autoimagem corporal em universitárias do Rio de Janeiro. São Paulo- SP. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**. v. 12, n. 70, p. 196-204, mar.-abr. 2018.

HULSMEYER, Ana Rodrigues; MARCON, Sonia Silva; SANTANA, Rosângela Getirana; KÁLLAS, Daniel. A anorexia nervosa e fatores associados em adolescentes do sexo feminino, em município do sul do Brasil. Maringá- PR. **Archivos Latinoamericanos de Nutrición**. v. 61. n. 3, p. 262-269, 2011.

JORGE, Stella Ricci Ferreira; VITALLE, Maria Sylvia de Souza. Entendendo a anorexia: foco no cuidado à saúde. **Arq. Sanny. Pesq. Saúde**. v.1, n.1. p.57-71. 2008.

JÚNIOR, Luiz Alberto da Silva Silveira; CYRINO, Luiz Arthur Rangel; ZEFERINO, Mayara Decker; ROSA, Priscilla Cristina da; BORGES, Sara. Ortorexia nervosa e transtorno obsessivo-compulsivo: qual a relação? São Paulo. **Psicologia Hospitalar**. v.13, n.2, p.47-63. 2015.

KOTONA, Eduardo Albers Will; OLIVEIRA, Fernanda Braga de; SILVA, Leandro Alberto da; SALVADOR, Angela Alves; ROSSETTI, Francini Xavier; TAMASIA, Gislene dos Anjos; VICENTINI, Mariana Scudeller; BELLO, Sérgio Ricardo de Brito. W. Vigorexia e suas correlações nutricionais. **Research, Society and Development**. v. 7, n. 1, p. 01-11, 2018.

LATTERZA, Andréa Romero; DUNKER, Karin Louise Lenz; SCAGLIUSI, Fernanda Baeza; KEMEN, Elisa. Tratamento nutricional dos Transtornos Alimentares. São Paulo- SP. **Rev. Psiq. Clin.** v. 31, n. 4, p. 173-176, 2004.

LEITE, Kely Cristina Comunello; AMARAL, Julia Souza. Prevalência dos sintomas de transtornos alimentares e distúrbios de imagem corporal em estudantes do ensino médio da cidade de Cacoal- RO. **Revista Científica da UNESC**. v. 13, n. 16, p. 18-30, 2015.

LIMA, Daniela Salvador Marques. **Transtornos alimentares: avaliação do conhecimento de estudantes de odontologia no estado de Pernambuco**. 2012. Tese (Mestrado em Hebiatria) - Universidade de Pernambuco. Camargibe.

LIMA, Nádia Laguárdia de; ROSA, Carla de Oliveira Barbosa; ROSA, José Francisco Vilela. Identificação de fatores de predisposição aos transtornos alimentares: anorexia e bulimia em adolescentes de Belo Horizonte, Minas Gerais. **Estudos e Pesquisa em Psicologia**. Rio de Janeiro. v. 12, n. 2, p. 360-378, 2012.

LOPES, Maristela Resch; KIRSTEN, Vanessa Ramos. Comportamentos de Ortorexia Nervosa em mulheres jovens. Santa Maria. **Disciplinarum Scientia**. v. 10, n. 1, p. 97-105, 2009.

LOURENÇO, Benito; QUEIROZ, Ligia Bruni. Crescimento e Desenvolvimento Puberal na Adolescência. **Revista Med**. São Paulo. v. 89, n.2, p. 70-75. abr-jun. 2010.

LUDEWIG, Agnes Margarete; RECH, Ricardo Rodrigo; HALPERN, Ricardo; ZANOL, Francine; FRATA, Bruna. Prevalência de sintomas para transtornos alimentares em escolares

de 11 a 15 anos da rede municipal de ensino da cidade de Nova Petrópolis, RS. **Revista da AMRIGS**; Porto Alegre. v. 61, n. 1, p 35-39, p. 38, jan.-mar. 2017.

MACHADO, Victor Costa. **Prevalência de Vigorexia em praticantes de musculação nas cidades de Tubarão e São Martinho- SC**. Trabalho de conclusão de curso. Universidade do Sul de Santa Catarina. Tubarão. 2017.

MAGALHÃES, Vera Cristina; MENDONÇA, Gulnar Azevedo e Silva. Transtornos Alimentares em universitárias: estudo de confiabilidade da versão brasileira de questionários autopreenchíveis. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v. 8, n. 3, p. 236-245, 2005.

MANOCHIO, Maria Garcia. **O Perfil e a Atuação do nutricionista no Tratamento dos Transtornos Alimentares**. 2009. Tese (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto- SP.

MANUAL DE DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS. DSM-5. Associação Americana de Psiquiatria. 2014. Disponível em: <
<https://aempreendedora.com.br/wp-content/uploads/2017/04/Manual-Diagn%C3%B3stico-e-Estat%C3%ADstico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5.pdf>>. Acesso em: 23 de setembro de 2018.

MARTINS, Denise da Fonseca; NUNES, Maiana Farias Oliveira; NORONHA, Ana Paula Porto. Satisfação com a imagem corporal e autoconceito em adolescentes. **Psicologia: Teoria e Prática**. Várzea Paulista- SP. v.10, n.2, p. 94-105. 2008.

MATIA, Amanda G. Cordeiro; SANTANA, Victor Emanuell C.; COSTA, Tayanne C. Andrade. Indicadores de Vigorexia e transtorno depressivo relacionados ao estereótipo de beleza em frequentadores de academia de ginástica. Itapetinga- BA. **Revista Movimenta**. v. 10, n. 1, p. 67-75, 2017.

MIRANDA, Valter Paulo Neves. **Insatisfação corporal em adolescentes de municípios de pequeno porte**. 2011. Tese (Mestrado em Educação Física) - Universidade Federal de Juiz de Fora Juiz de Fora.

MONTEIRO, Maria Alice de Campos; SALADO, Gersislei, Antonia; FERNANDES, Talma Reis Leal, GRAVENA, Angela Andreia França. **Prevalência do Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica em universitárias**. Maringá- PR. V Mostra Interna de Trabalhos de Iniciação Científica. CESUMAR – Centro Universitário de Maringá, 2010.

MOTTER, Amanda Giacomelli; BELLINI, Magda; ALMEIDA, Steffânia. Incidência de Vigorexia em praticantes de musculação. Caxias do Sul- RS. **DO CORPO: Ciências e Artes**. v. 7, n. 1, p. 117-127, 2017.

NASSAU, Bethânia Oliveira Pereira. **Prevalência de Ortorexia Nervosa em estudantes de Nutrição da Universidade Católica de Brasília**. Brasília- DF. Trabalho de conclusão de curso. Universidade Católica de Brasília. 2012.

NUNES, Ariele Leite; HOLANDA, Adriano. Compreendendo os transtornos alimentares pelos caminhos da Gestalt-Terapia. **Revista da Abordagem Gestáltica**. v. 14, n.2, p. 172-181, jul. dez. 2008.

- NUNES, Cidinéia Barreto; GUIMARÃES, Wellita de Almeida. **Alterações do comportamento alimentar na adolescência: anorexia, bulimia e obesidade.** 2009. Trabalho de conclusão de curso. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Vale do Rio Doce. Governador Valadares.
- OLIVEIRA, Isabel Cristina Vasconcelos de; LEÃO, Isis Simões. Aspectos sociais e implicações da Ortorexia. João Pessoa- PB. **Fiep. Bulletin.** v. 84, n. 2, 2014.
- OLIVEIRA, Karine Faber Gomes de. **Vigorexia e mídia: fatores de influência.** Rio Claro. Trabalho de conclusão de curso. Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”. 2012.
- OLIVEIRA, Letícia Langlois; DEIRO, Carolina Peixoto. Terapia Cognitivo-Comportamental para Transtornos Alimentares: A visão de psicoterapeutas sobre o tratamento. **Rev. Bras. de Ter. Comp. Cogn.** v. 15, n. 1, p. 36-49, 2013.
- OLIVEIRA, Letícia Langlois; HUTZ, Cláudio Simon. Transtornos Alimentares: o papel dos aspectos culturais no mundo contemporâneo. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 15, n. 3, p. 575-582, jul.-set. 2010.
- PENAFORTE, Fernanda R. O.; BARROSO, Sabrina M.; ARAÚJO, Maria Eduarda; JAPUR, Camila C. Ortorexia nervosa em estudantes de Nutrição: associações com o estado nutricional, satisfação corporal e período cursado. **J. Bras. Psiquiatr.** v. 67, n. 1, p. 18-24, 2018.
- PEREIRA, Ana; MENDES, Bruno; SEZÕES, Joana; ESTEVES, Susana; MESTRE, Tânia; MACHADO, Telma; RAMOS, Lino. **Anorexia Nervosa: o outro lado do espelho.** 2011. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9236/1/Revista%20Percursos%20n20_Anorexia%20Nervosa%20-%20O%20outro%20lado%20do%20espelho.pdf>. Acesso em: 06 de novembro de 2018.
- PEREIRA, Ivo André Torres de Sá. **A vigorexia e os esteroides anabolizantes em levantadores de peso.** 2009. Tese (Licenciatura em Desporto e Educação Física) – Universidade do Porto. Porto.
- PERES, Rodrigo Sanches; SANTOS, Manoel Antônio. Técnicas projetivas na avaliação de aspectos psicopatológicos da anorexia e bulimia. **Psicol.-USF**, v. 16, n. 2, p. 185-192, mai.-ago. 2011.
- PEROVANO, Dalton Gean. **Manual de metodologia científica: para a segurança pública e defesa social.** Curitiba, Juruá Editora. 2014. p.230.
- PIRES, João Paulo; BAPTISTA, Tadeu João Ribeiro. A Vigorexia em atletas de fisiculturismo goiano: um estudo de caso. Inhumas. **Cad. Ed. Tec. Soc.** v. 9, n. 3, p. 384-395, 2016.
- PIVETTA, Loreni Augusta. **Compulsão alimentar e fatores associados em adolescentes de Cuiabá- MT. Trabalho de conclusão de curso.** Dissertação apresentada ao Programa de

Pós-graduação em Saúde Coletiva para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, 2009.

PIVETTA, Loreni Augusta; SILVA, Regina, M. V. Gonçalves. Compulsão alimentar e fatores associados em adolescentes de Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. Rio de Janeiro, **Cad. Saúde Pública**. v. 26, n. 2, p. 337-346, fev., 2010.

RIBEIRO, Maria Eduarda; CASTRO, Maína Ribeiro Pereira. **Risco do desenvolvimento de transtornos alimentares em modelos**. Trabalho de conclusão de curso. Centro universitário de Brasília – UNICEUB. Faculdade de Ciências da Educação e Saúde Curso de Nutrição. Brasília, 2017.

RIBEIRO, Maria Eduarda; CASTRO, Maína Ribeiro Pereira. **Risco do desenvolvimento de Transtornos Alimentares em modelos**. Trabalho de conclusão de curso. Centro Universitário De Brasília – UNICEUB. Faculdade De Ciências Da Educação E Saúde. Curso De Nutrição. Brasília. 2017.

RODRIGUES, B. C.; de OLIVEIRA, E. I. G. e Silva; MESSIAS, C. M. B. de O. Risco de Ortorexia Nervosa e o comportamento alimentar de estudantes de nutrição. Petrolina- PE. **Scientia Plena**. v. 13, n. 07, p. 01-07, 2017.

RODRIGUES, Maria Luísa Ayres de Miranda da Costa. **Distúrbios Alimentares Associados a Patologias Orais**. Porto. 2015. Tese (Mestrado em medicina Dentária) - Universidade Fernando Pessoa.

SÁ, Mike de. **Anorexia nervosa: definição, diagnóstico e tratamento**. 2012. Trabalho de conclusão de curso. Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto.

SALDEIRA, Cristiani; GRAVENA, Angela Andréia França. Prevalência de sintomas de bulimia nervosa, insatisfação da imagem corporal e estado nutricional em acadêmicas de Nutrição. Maringá. **Revista Saúde e Pesquisa**. v. 6, n. 1, p. 13-20, jan.- abr., 2013.

SALZANO, Fábio Tapia; CONDÁS, Táki Athanássios. A. Tratamento farmacológico de Transtornos Alimentares. São Paulo- SP. **Rev. Psiq. Clín.** v. 31, n. 4, p. 188-194, 2004.

SANT'ANNA, Andressa Carvalho Netto. **Transtornos alimentares na adolescência**. 2014. Trabalho de conclusão de curso. Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo. Vitória.

SANTOS, Fábio. O papel da família sobre a anorexia nervosa: breve discussão teórica. **Ciência e Cultura**. v. 2, n. 1. p. 12-12, jul.-dez, 2016.

SANTOS, Karolina Moraes de Andrade. **Ortorexia Nervosa em estudantes de Nutrição: o vício de comer saudável**. Brasília. Trabalho de conclusão de curso. Faculdade de Ciências da Educação e Saúde. 2017.

SCHEBENDACH, Janet E. **Nutrição nos Transtornos Alimentares**. In: MAHAN, L. Kathleen; ESCOTT-STUMP, Sylvia; RAYMOND, Janice L. **Krause: Alimentos, Nutrição e Dietoterapia**. 13.ed. Rio de Janeiro: Elsevier. 2012. cap.23. 1228.pag.

SCORSOLINI-COMIN, Fabio; SANTOS, Manoel Antônio. Psicoterapia como estratégia de tratamento dos transtornos alimentares: análise crítica do conhecimento produzido. **Revista Estudos de Psicologia**. Campinas. v. 29, n.1, p. 851-863, out – dez. 2012.

SICCHIERI, Juliana Maria Faccioli; SANTOS, Manoel Antônio dos; SANTOS, José Ernest dos; RIBEIRO, Rosane Pilot Pessa. Avaliação nutricional de portadores de Transtornos Alimentares: resultados após a alta hospitalar. Ribeirão Preto- SP. **Cienc. Cuid. Saude**. v. 6, n. 1, p. 68-75, jan.-mar. 2007.

SILVA, Brenda Lúcia; ALVES, Cíntia Marques. Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa: diagnóstico e tratamento em uma visão multiprofissional. Patos de Minas: UNIPAM. **Revista Mineira de Ciências da Saúde**. v. 3, n. 1, p. 1- 17, 2011.

SILVA, Tatiana Araújo Bertulino; XIMENES, Rosana Christine Cavalcanti; HOLANDA, Manuelle de Araújo; MELO, Michel Gomes de; SOUGEY, Everton Botello; COUTO, Geraldo Bosco Lindoso. Frequência dos comportamentos alimentares inadequados e sua relação com a insatisfação corporal em adolescentes. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. Recife- BA. v.61, n.3, p154-158. 2012.

SILVEIRA, Denise Tolfo; CÓDOVA, Fernanda Peixoto. Métodos de Pesquisa. *In*: GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Deise Tolfo. **Métodos de Pesquisa**. 1.ed. Rio Grande do Sul: UFRGS Editora. 2009. cap.2. 144.p.

SOARES, Cássia Medino; ESCOBAR, Mariana; VARGAS, Márcia da Silva; GRASSI, Thaiciane. Transtornos alimentares em homens abstinentes de substâncias psicoativas em tratamento ambulatorial. **Clínica de Biomedicina Res**. Porto Alegre. v. 36, n. 4, p. 199-205. 2016.

SOLER, Patrícia Tatiana; FERNABDES, Helder Miguel; DAMASCEDO, Vinicius Oliveira; NOVAES, Jefferson Silva. Vigorexia e níveis de dependência de exercícios em frequentadores de academias e fisiculturistas. **Rev. Bras. Med. Esporte**. v.19, n.5, set-out. 2013.

SOUZA, Eleta Maria Barros de Arruda Cavalcanti. **Ortorexia Nervosa: revisão da literatura**. Vitória de Santo Antão. Trabalho de conclusão de curso. Universidade Federal De Pernambuco. 2017.

SOUZA, J. M.; VERÍSSIMO, M. L.Ó. R. Desenvolvimento Infantil: Análise de Um Novo Conceito. **Copyright. Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Catalão- GO. v. 23, n.6, p.1097-1104, nov.-dez. 2015.

SOUZA, Marialice de Paula Silva de; SANTOS, Amanda Cabral dos. As contribuições da fisioterapia no tratamento da Vigorexia. Florianopolis. **Rev. Inic. Cient. e Ext**. v. 1, n. 1, p. 38-44, jan.-jun. 2018.

SOUZA, Quetsia Jackeline Octacilio Vitorino; RODRIGUES, Alexandra Magna. Comportamento de risco para Ortorexia Nervosa em estudantes de Nutrição. Paraíba do Sul- SP. **J. Bras. Psiquiatr**. v. 63, n. 3, p. 200-204, 2014.

STANGE, Jamie S.; LARSON, Nicole. Nutrição na Adolescência. *In*: MAHAN, L. Kathleen; ESCOTT-STUMP, Sylvia; RAYMOND, Lanice L. **Krause: Alimentos, Nutrição e Dietoterapia**. 13.ed. Rio de Janeiro: Elsevier. 2011. cap.17. 1228.p.

TAVARES, Vinicius da Cunha. **Transtornos alimentares**. 2008. Disponível em: < http://www.betim.mg.gov.br/ARQUIVOS_ANEXO/transtornos_alimentares;072434021606;20080918.pdf>. Acesso em: 22 de outubro de 2018.

TEIXEIRA, Paula Costa; COSTA, Roberto Fernandes da; MATSUDO, Sandra M.M.; CORDÁS, Táki Athanássios A prática de exercícios físicos em pacientes com transtornos alimentares. São Paulo- SP. **Rev. Psiq. Clín.** v. 36, n .4, p. 145-152. 2009.

TOCCHETTO, Betina. **Avaliação da prevalência de Ortorexia e Vigorexia em desportistas recreacionais**. Porto Alegre. Trabalho de conclusão de curso. Universidade Federal Do Rio Grande Do Sul. 2016.

TORRES, Luiz Carlos Bleggi; TORRES, Fernanda Merder. **Etapas do Desenvolvimento Humano**. Agrinho, 2014. Disponível em: < http://www.agrinho.com.br/site/wp-content/uploads/2014/09/14_Etapas-do-desenvolvimento-humano.pdf>. Acesso em 10 de maio de 2018.

TRICHES, Rozane Márcia; GIUGLIANI, Elisa Regina Justo. Insatisfação corporal em escolares de dois municípios da região Sul do Brasil. **Revista de nutrição**. Campinas. v.20, n. 2, p.119-128, mar.-abr. 2007.

VALE, Antônio Maria Olsen; KERR, Ligia Regina Sansigolo; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Comportamentos de risco para transtornos alimentares do comportamento alimentar entre adolescentes do sexo feminino de diferentes status sociais do Nordeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. Fortaleza. v.16, n.1, p.121-132. 2011.

VASCONCELLOS, Maria de Fátima Barbosa. **As Fases do Desenvolvimento da Criança de 0 a 06 Anos**. 2012. Trabalho de conclusão de curso. Universidade do Vale do Rio. VIEIRA, José Guilherme Silva. **Metodologia de pesquisa científica na prática**. Curitiba: Editora Fael. 2010. cap.3.156.pag.

VILELA, João E. M.; LAMOUNIER, Joel A.; FILHO, Marcos A. Dellaretti; NETO, José R. Barros, HORTA, Gustavo M. Transtornos alimentares em escolares. **Jornal de Psiquiatria**. v. 80, n. 1. p. 49-53, 2004.

WEIS, Andréia. **Transtorno alimentar e variáveis comportamentais relacionadas ao exercício físico em academia de ginástica**. 2013. Tese (Mestrado em Educação Física) – Universidade Federal do Paraná.

WIETZIKOSKIL, Evellyn Claudia; ANELLI, Daniela; WIETZIKOSKI Sato; COSTA, Lediana Dalla; FRANÇA, Vivian Francielle. Prevalência De Compulsão Alimentar Periódica em indivíduos do sudoeste do Paraná. Umuarama. **Arq. Cienc. Saúde UNIPAR**. v. 18, n. 3, p, 173-179, set. –dez. 2014.

WILLHELM, Alice Rodrigues; FORTES, Paula Madeira; PERGHER, Giovanni Kuckartz. Perspectivas atuais da terapia cognitivo-comportamental no tratamento dos Transtornos

Alimentares: uma revisão sistemática. **Rev. Bras. de Ter. Comp. Cogn.** v. 17, n. 2, p. 52-65, 2015.

ZANCUL, Mariana de Senzi; VALETA, Leonardo Neves. Educação nutricional no ensino fundamental: resultados de um estudo de intervenção. *Nutrire: rev. Soc. Bras. Alim. Nutr. J. Brazilian Soc. Food Nutr.* São Paulo, SP, v. 34, n. 3, p. 125-140, dez. 2009.

ZIMMERMANN, Fred. **Indícios de Vigorexia em adultos jovens praticantes de musculação em academias de Biguaçu-SC.** Florianópolis- SC. Trabalho de conclusão de curso. Universidade Federal de Santa Catarina. 2013.

ZUNKER, C.; CROSBY, R. D.; MITCHELL, J. E.; WODERLICH, S. A.; PETERSON, C. B.; CROW, S. J. Supressão de peso como variável preditiva no tratamento. Ensaio de Bulimia Nervosa e Transtorno da Compulsão Alimentar. **International Journal of Eating Disorders.** v. 44, n. 8, p. 1-3. 2011.