

LABORATÓRIO DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM TÉCNICAS LABORATORIAIS
EM SAÚDE (LATEC)

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Tamiris Bonifacio da Costa

TRANSTORNOS ALIMENTARES NA ADOLESCÊNCIA:

Bulimia e Anorexia

Rio de Janeiro

2018

Tamiris Bonifacio da Costa

TRANSTORNOS ALIMENTARES NA ADOLESCÊNCIA:

Bulimia e Anorexia

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV-Fiocruz) como requisito parcial para aprovação no Curso Técnico em Análises Clínicas.

Orientador: Leandro Medrado

Rio de Janeiro

2018

Dedico esse trabalho aos adolescentes que sofrem ou sofreram, assim como eu, de algum transtorno alimentar.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV-Fiocruz) pelo apoio institucional, agradeço ao meu orientador Leandro Medrado por me auxiliar nesse trabalho e me tranquilizar nos meus vários momentos de nervosismo ao longo da construção dessa monografia, agradeço aos meus amigos que mesmo nas horas que eu não queria pensar nesse trabalho me lembravam do prazo de entrega, e o principal agradecimento é para mim que na construção desse trabalho percebi que consigo superar minha dificuldade no desenvolvimento de textos e minha ansiedade. Com isso consigo me afirmar que sou capaz de qualquer coisa e que no final de tudo sempre dá certo.

O primeiro passo é do
doente, ninguém
consegue te
revolucionar, você é
quem tem que fazer.
(GODINHO, thaine)

RESUMO

Transtornos alimentares são doenças crônicas relacionadas a alimentação e aceitação do próprio corpo, se tornando assim mais comum na fase da puberdade. Adolescentes por estarem passando por transformações físicas, se tornam mais vulneráveis a esse tipo de problema, podendo assim desenvolver um distúrbio alimentar. Portanto este projeto tem como objetivos específicos: compreender os transtornos alimentares, correlacionar alguns elementos que podem levar ao desenvolvimento da doença, descrever consequências patológicas e apresentar as principais formas de diagnósticos e prevenção. A metodologia desta monografia fundamenta-se na abordagem qualitativa, usando como estratégias de pesquisa a revisão de leitura, por meio de buscas nas bases Scielo, Google acadêmico e demais dissertações relacionada ao tema. Os transtornos alimentares ainda são um assunto pouco falado nos meios escolares de saúde, ocasionando uma falta de preparo dos profissionais com a situação, além disso a bulimia e anorexia não ocasionam apenas problemas na alimentação, elas também são responsáveis por diversas complicações ocasionadas pelos hábitos não saudáveis dos jovens que sofrem com essas doenças, por exemplo, no caso da anorexia: pele com aspecto amarelado, parada cardíaca, amenorreia, entre outras; no caso da bulimia conseguimos ter: dor abdominal, constipação, irregularidade menstrual, erosão do esmalte dental, etc. O diagnóstico para bulimia e anorexia costumam ser tardios por exigir do paciente auto aceitação. Normalmente é feita a diferenciação para descartar outras causas orgânicas, por exemplo: depressão, distúrbios de personalidade e etc. O tratamento é feito com o acompanhamento multiprofissional (nutricionista, médico e psicólogo), sendo feito planos de refeição, terapias, podendo ocorrer a utilização de medicamentos e internação. A principal prevenção para os transtornos alimentares é a comunicação estabelecida entre profissionais da saúde, pais e professores com os adolescentes sobre esse tema e apresentar assim outros valores até mais importantes que a valorização exacerbada do corpo e imagem, despromovendo desta maneira a excessiva preocupação com o corpo. Estabelecendo sempre cuidado e informação. Logo, é de extrema importância estudar esse tema, pois, desta forma poderíamos auxiliar pacientes a lidar com a situação. Evitando o agravamento da doença e ajudando na compreensão do transtorno alimentar na adolescência.

Palavras-chave: Bulimia; Anorexia; Nutrição na Adolescência.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	08
1.1 OBJETIVOS	09
1.2 JUSTIFICATIVA	09
1.3 METODOLOGIA	10
2 VISÃO GERAL DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES E PRINCIPAIS CAUSAS	11
2.1 PRINCIPAIS CAUSAS PARA O DESENVOLVIMENTO DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES.....	15
3 PATOLOGIAS PROVENIENTES DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES	20
3.1 PATOLOGIAS ASSOCIADAS A ANOREXIA NERVOSA.....	20
3.2 PATOLOGIAS ASSOCIADAS A BULIMIA NERVOSA.....	24
4 DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E PREVENÇÃO	27
4.1 ANOREXIA NERVOSA.....	28
4.2 BULIMIA NERVOSA.....	31
4.3 PREVENÇÃO.....	35
5 CONCLUSÕES	37
REFERÊNCIAS	40

1 INTRODUÇÃO

Os transtornos alimentares são doenças crônicas que estão relacionadas com a alimentação, de característica psicológica, onde interfere no modo de comer e na auto-aceitação do corpo. Adolescentes sofrem frequentemente grande pressão social com padrões de beleza e estética, e em alguns casos os próprios familiares executam a função de opressor, impondo de maneira subjetiva o emagrecimento do adolescente, por meio de comentários maldosos e imposição de dietas. Por estarem em uma fase de puberdade onde a aparência e a vaidade são relevantes, adolescentes constantemente não conseguem aceitar seu próprio corpo da maneira que ele é. Por conta disso, esses jovens costumam ter uma vulnerabilidade e propensão maior a adquirirem os distúrbios alimentares.

Os Transtornos Alimentares são caracterizados por perturbações no comportamento alimentar, podendo levar ao emagrecimento extremo (caquexia - devido à inadequada redução da alimentação), à obesidade (devido à ingestão de grandes quantidades de comida), ou outros problemas físicos. Os principais tipos de Transtorno Alimentar são a Anorexia Nervosa e a Bulimia Nervosa, e ambos têm como características comuns: uma intensa preocupação com o peso e o medo excessivo de engordar, uma percepção distorcida da forma corporal, e a auto-avaliação baseada no peso e na forma física (FONTES, 2010).

Na infância e na adolescência esses distúrbios apresentam geralmente suas primeiras manifestações e estão se tornando cada vez mais comuns na sociedade. Percebe-se o que sociedade cobra e exige do indivíduo a necessidade de ser aceito constantemente. Considerando que a magreza extrema ainda é vista como um padrão de beleza, crianças e adolescentes acabam se submetendo a práticas duvidosas de emagrecimento, para que, com isso, consiga ser aceito pelas pessoas ao seu redor. No entanto, esse padrão exigido, de certa forma acaba desconsiderando todos os aspectos vinculados à saúde e as concepções físicas presentes no mundo, resultando, além dos distúrbios alimentares e a insatisfação com o próprio corpo, graves problemas de saúde ocasionados pelos maus hábitos, por exemplo:

A anorexia nervosa tem complicações sérias associadas com a desnutrição, como comprometimento cardiovascular, desidratação, distúrbios eletrolíticos, distúrbios na motilidade gastrointestinal, infertilidade, hipotermia e outras evidências de hipometabolismo... O comportamento bulímico tem como e esofágico, anormalidades intestinais, erosão do esmalte dental e aumento das parótidas principais complicações distúrbios eletrolíticos, irritação e sangramento gástrico (VILELA et al, 2004, p.50)

Segundo Appolinário e colaboradores (2000), 45% das crianças do sexo feminino ou masculino sentem a necessidade de ser mais magros e 37% tentam perder peso. Tais

estatísticas e doenças citadas nos evidenciam a seriedade dos transtornos alimentares e a importância de conhecermos os mesmos.

Dessa forma, este Trabalho de Conclusão de Curso tem como objetivo compreender os distúrbios alimentares em adolescentes e apresentar algumas consequências para a saúde física do jovem que sofre com essa doença.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Esse projeto tem como objetivo geral apresentar as causas que acarretam os transtornos alimentares Bulimia e Anorexia na adolescência, e as patologias associadas a estes distúrbios.

1.1.2 Objetivos específicos

- 1) Estudar os distúrbios alimentares referentes a Bulimia e Anorexia;
- 2) Correlacionar os elementos que levam ao desenvolvimento da Bulimia e Anorexia;
- 3) Descrever as consequências patológicas destes distúrbios alimentares em adolescentes;
- 4) Apresentar modos de diagnóstico, tratamento, prevenção destes distúrbios alimentares.

1.2 JUSTIFICATIVAS

Os transtornos alimentares estão se tornando um sério problema de saúde pública, pois podem afetar o desenvolvimento nutricional e hormonal de indivíduos em sua fase de crescimento, trazendo assim grandes riscos para sua saúde e resultando em sequelas que podem se tornar irreversíveis, como: doenças físicas, emocionais e ocasionalmente o óbito do indivíduo. Como estas doenças têm uma incidência de 0,5 a 1% para anorexia nervosa e 1 a 3% para bulimia nervosa em adolescentes do sexo feminino, o impacto social destes transtornos é imenso (OLIVEIRA, 2010). Além disso, esse assunto ainda é pouco falado entre os meios de educação e saúde.

Desta forma, torna-se de grande importância o conhecimento dos distúrbios alimentares em adolescentes, podendo assim esclarecer mais sobre essas doenças. Além disso, este tema permite abordar de forma integrada conhecimentos apresentados pelas

disciplinas da formação técnica e do ensino médio, estando alinhado à proposta do curso de educação profissional no qual este se insere.

1.3 METODOLOGIA

O projeto estará baseado na abordagem qualitativa. Usará como estratégias de pesquisa a revisão da literatura por meio da busca nas bases de dados Scielo, Google Acadêmico e BVS, além de artigos e dissertações relacionadas ao tema. Utilizaremos como referências na busca documental os descritores Bulimia, Anorexia, Nutrição na Adolescência.

2 VISÃO GERAL DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES E PRINCIPAIS CAUSAS

Os distúrbios alimentares são considerados transtornos mentais de modo que interfere na saúde física e mental do paciente, ocasionando hábitos negativos, alteração na alimentação e na aceitação do corpo e da imagem do indivíduo que sofre com esse tipo de comportamento. Existem diversos distúrbios alimentares, sendo obesidade, anorexia e bulimia os que geralmente mais apresentam suas primeiras manifestações na infância e na adolescência.

Na sociedade atual, é muito comum vermos crianças e adolescentes com uma alimentação desregulada e pouco nutritiva, formada principalmente por: alimentos congelados de alto teor calórico, fast-food, alimentos industrializados (biscoitos recheados, enlatados, macarrão instantâneo, pipoca de microondas, sucos em pó, etc), entre outros. Todos esses produtos contém uma porção significativa de sódio, conservantes, açúcares, e é composta principalmente por gordura saturada.

Essa alimentação inadequada somada à pressão imposta pela sociedade em relação ao padrão de beleza pode proporcionar impactos negativos sobre o corpo e saúde da criança e do adolescente, como por exemplo: ganho de peso de forma não saudável, sedentarismo e principalmente insatisfação com o próprio corpo, podendo tornar-se assim o início para um transtorno alimentar.

Os Transtornos Alimentares são caracterizados por perturbações no comportamento alimentar, podendo levar ao emagrecimento extremo (caquexia - devido à inadequada redução da alimentação), à obesidade (devido à ingestão de grandes quantidades de comida), ou outros problemas físicos. Os principais tipos de Transtorno Alimentar são a Anorexia Nervosa e a Bulimia Nervosa, e ambos têm como características comuns: uma intensa preocupação com o peso e o medo excessivo de engordar, uma percepção distorcida da forma corporal, e a auto avaliação baseada no peso e na forma física (FONTES, 2010).

De acordo com Gonçalves e colaboradores (2013), condições sociais, demográficas, percepção individual e dos alimentos influenciam consideravelmente esse tipo de comportamento.

São patologias graves e de prodiagnostico reservado que provocam elevados índices de letalidade e levam a limitações físicas, emocionais e sociais (FILHO, 2005 in OLIVEIRA, 2010, p.576).

Segundo os autores Morgan, Vecchiatti & Negrão (2002 in OLIVEIRA, 2010), os transtornos alimentares como: anorexia nervosa e bulimia nervosa, não são doenças recentes, apesar de serem consideradas síndromes das sociedades modernas. Há registros antigos de

patologias similares aos transtornos alimentares datados de vários séculos atrás. Além disso, a prevalência desses distúrbios tem crescido de forma significativa.

Os transtornos alimentares estão se tornando um problema cada vez mais grave na sociedade atual, tornando-se assim um grande caso de saúde pública, por atingir um elevado número de crianças e adolescentes. De acordo com o autor Appolinário e colaboradores (2000), 45% das crianças seja do sexo feminino ou masculino sentem a necessidade de ser mais magros e 37% tentam perder peso.

Para esses adolescentes que estão passando por uma fase de crescimento e desenvolvimento hormonal, os transtornos alimentares tornam-se ainda mais nocivos, gerando assim complicações no amadurecimento pessoal e corporal. Os dois principais transtornos alimentares que vêm crescendo progressivamente e, conseqüentemente, os que mais afetam os adolescentes, são a Anorexia e a Bulimia, que serão objeto deste estudo..

No Brasil os números preocupam. Um estudo desenvolvido na cidade de Porto Alegre mostrou que 38,1% de crianças (11 anos de idade) com peso adequado se consideram gordas (PINHEIRO,2006 in OLIVEIRA,2010, p.580).

Ambas são caracterizadas por preocupação excessiva com alimentação e corpo, como: medo de ganhar peso, vontade de emagrecer mesmo com peso normal ou abaixo dele, seguidas de práticas prejudiciais à saúde do jovem, por exemplo: a indução de vômitos após as refeições, o uso de diuréticos e laxantes, a restrição de alimentos na dieta, exercícios físicos exacerbados e etc. Entre ambas a comida é remetida a algo ruim, como tortura, medo e obrigação.

Sabe-se que os transtornos alimentares afetam predominantemente a população jovem. Estima-se a incidência entre 0,5% e 1% para anorexia nervosa e 1% e 3% para bulimia nervosa em adolescentes do sexo feminino, números que são questionáveis, pelo fato de que apenas os casos mais graves chegam ao conhecimento médico. Além disso, distúrbios não especificados e síndromes parciais, isto é, formas de transtornos alimentares que não preenchem os critérios necessários para o diagnóstico de anorexia nervosa ou bulimia nervosa são bem mais frequentes, ocorrendo com 5% a 10% de jovens do sexo feminino (MELIN, 2002, in OLIVEIRA 2010, p.576).

Por estarem em uma fase onde ser aceito é de extrema importância, adolescentes se submetem a práticas duvidosas de emagrecimento para encaixarem-se nos grupos em que querem ser aceitos. Gerando assim condições mentais e físicas favoráveis ao desenvolvimento destes transtornos.

A AN ocorre predominantemente em mulheres jovens, com uma prevalência pontual de 0,28% e taxas de prevalência ao longo da vida oscilando entre 0,3% e 3,7%.

Existem dois picos de incidência: aos 14 e aos 17 anos.⁷ Evidências sugerem que fatores psicossociais desempenham um importante papel na distribuição dos transtornos alimentares (APPOLINÁRIO, 2000, p.28).

Podemos observar algumas características simples e principais nesses dois transtornos, que podem nos ajudar na identificação de ambos. Nos distúrbios associados à anorexia as características são: uma alimentação controlada ou restrita e de baixo teor calórico e exercícios físicos exacerbados acompanhados por uma preocupação extrema com corpo, são notados.

O início é marcado por uma restrição dietética progressiva com a eliminação de alimentos considerados “engordantes”, como os carboidratos. As pacientes passam a apresentar certa insatisfação com os seus corpos assim como passam a se sentir obesas apesar de muitas vezes se encontrarem até emaciadas (alteração da imagem corporal). O medo de engordar é uma característica essencial (...). Gradativamente, as pacientes passam a viver exclusivamente em função da dieta, da comida, do peso e da forma corporal, restringindo seu campo de interesses e levando ao gradativo isolamento social. O curso da doença é caracterizado por uma perda de peso progressiva e continuada. O padrão alimentar vai se tornando cada vez mais secreto e muitas vezes até assumindo características ritualizadas e bizarras (APPOLINÁRIO, 2000, p.28).

Segundo a autora Fleitlich e colaboradores (2000) a Anorexia é transtorno alimentar mais comum entre os adolescentes, uma séria condição psiquiátrica, com consequências potencialmente fatais, possuindo uma estimativa de morbidade e mortalidade em torno de 4% a 8%. Além disso, as taxas podem ser mais elevadas nos grupos de risco constituídos por modelos, bailarinos e atletas que precisam manter o peso baixo, principalmente no sexo feminino.

Um abrangente estudo epidemiológico feito na Suécia avaliou a população escolar com 15 anos de idade, em Göteborg, e encontrou a prevalência de 0,84% para as meninas e 0,09% para os meninos. Taxas de prevalência particularmente altas foram encontradas entre estudantes de moda (3,5%) e bailarinos profissionais (8,6%). Mais recentemente, os dados sobre a incidência da Anorexia Nervosa são de 0,7% para adolescentes, 0,2% em meninos e 1,1% em meninas (FLEITTLICH, 2000, p.324).

Segundo o sistema classificatório *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV) a Anorexia possui duas formas clínicas: o tipo restritivo, no qual as pacientes só apresentam comportamento restritivo aos alimentos da dieta; e o outro tipo purgativo, no qual as pacientes começam a ter comportamentos mais nocivos como os vômitos, uso abusivo de diuréticos e laxantes, acompanhados de compulsão alimentar (APPOLINÁRIO, 2000).

Já nos associados à Bulimia, a principal característica é a compulsão alimentar por um determinado tempo, sendo recompensado por métodos compensatórios como: uso de laxantes, diuréticos e diversas vezes vômito auto-induzido. (APPOLINARIO, 2000)

O episódio de compulsão alimentar é o sintoma principal e costuma surgir no decorrer de uma dieta para emagrecer. No início, pode se achar relacionado à fome, mas posteriormente, quando o ciclo compulsão alimentar-purgação já está instalado, ocorre em todo tipo de situação que gera sentimentos negativos (frustração, tristeza, ansiedade, tédio, solidão). Inclui um aspecto comportamental objetivo que seria comer uma quantidade de comida considerada exagerada se comparada ao que uma pessoa comeria em condições normais; e um componente subjetivo que é a sensação de total falta de controle sobre o seu próprio comportamento. Estes episódios ocorrem às escondidas na grande maioria das vezes e são acompanhados de sentimentos de intensa vergonha, culpa e desejos de autopunição. A quantidade de calorias ingerida por episódio pode variar enormemente, muito embora em média oscile entre 2 mil e 5 mil calorias. O vômito auto induzido ocorre em cerca de 90% dos casos, sendo portanto o principal método compensatório utilizado (APPOLINÁRIO, 2000, p.29-30).

Na Bulimia, a paciente possui uma relação de rejeição com o próprio corpo e para manter-se com a forma considerada ideal pelas bulímicas, as mesmas apresentam mecanismos para o controle do peso e eles são: uso inadequado (sem prescrição médica) de medicamentos do tipo laxativo, diuréticos, de hormônios tireoidianos. Jejuns prolongados, indução de vômito e exercícios físicos exagerados são também formas de controle do peso, mas geralmente geram menos complicações clínicas do que as técnicas purgativas descritas acima.

Algumas bulímicas mais graves, com vários episódios de vômitos por dia, podem apresentar até ulcerações no dorso da mão pela uso da mesma para induzir a emese, o que se chama de sinal de Russell. Com a evolução do transtorno, a paciente aprende a vomitar sem necessitar mais de estimulação mecânica (APPOLINÁRIO, 2000, p.30).

Segundo Appolinário e Claudino (2000) um grande número de pacientes com Bulimia, 46% a 89%, evidenciam um transtorno depressivo associado à evolução clínica do paciente.

Particular atenção deve ser dada à ocorrência de transtornos de personalidade e de abuso de substâncias no diagnóstico das pacientes com bulimia. O abuso de álcool e de psicoestimulantes são descritos, mas também podemos encontrar o abuso múltiplo de substâncias (APPOLINÁRIO, 2000, p.30).

Igual à Anorexia, a Bulimia possui dois tipos de formas clínicas, distinguidos de acordo com a utilização de métodos compensatórios, classificados pela DSM-IV que são: métodos compensatórios mais invasivos (vômitos, laxantes, diuréticos, outras drogas) são classificados como “tipo purgativo”; os menos invasivos (só dieta, jejuns e exercícios), classificados no “tipo não-purgativo”.

De acordo com Appolinário e Claudino (2000) a anorexia possui uma maior ocorrência em mulheres jovens, com uma prevalência pontual de 0,28% e taxas de prevalência ao longo da vida oscilando entre 0,3% e 3,7%. Evidenciando assim que fatores psicossociais como, por exemplo, o culto do “corpo perfeito”, imposto pela mídia principalmente, que afetam especialmente os adolescentes, possuem importância para o desenvolvimento desse transtorno.

A bulimia se apresenta extremamente rara antes dos 12 anos de idade, e é característica das mulheres jovens e adolescentes, com prevalência de 1,1% a 4,2% neste grupo.” (APPOLINÁRIO,2000, P.29)

De acordo com o autor Hercovici (1997 in OLIVEIRA, 2010), o conceito de beleza sofreu e vem sofrendo inúmeras variações. Todas as culturas, sem exceção, se desenvolvem com modelos estéticos fortemente definidos, por exemplo: nos países orientais, como o Japão, o padrão corporal é formado por corpos menores e magros, enquanto aqui no Brasil o padrão corporal é composto por corpos maiores e atléticos.

O principal problema é que esses modelos estéticos acabam sendo impostos como único em uma sociedade onde existe uma diversidade de biótipos e corpos, gerando assim a insatisfação do indivíduo com o próprio corpo, tornando-se uma das primeiras fases para o desenvolvimento do transtorno alimentar.

2.1 PRINCIPAIS CAUSAS PARA O DESENVOLVIMENTO DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES

Os transtornos alimentares são ocasionados a maior parte das vezes por ações de outra pessoa sobre os indivíduos propensos a desenvolver tal problema, sendo os adolescentes o principal público. Quando nos referimos a essas “ações” queremos dizer que é tudo aquilo que cerca e influencia, de certa forma, as ações do adolescente principalmente. Por exemplo: familiares, redes sociais, mídia, amigos, entre outros.

Na sociedade atual, com tanta informação e culto ao considerado padrão corporal perfeito sem gordura ou qualquer imperfeição, montados a partir de Photoshop e principalmente cirurgias plásticas (bichectomia, lipoaspiração, retirada de costelas, próteses de silicone, entre outras) nosso corpo se tornou um dos valores mais importantes da

atualidade, algo que deve ser zelado, esculpido e constantemente remodelado para se adequar a esses padrões mutáveis.

A partir desse pensamento, jovens procuram um corpo perfeito, e se baseiam em pessoas que se tornam ícones e referências de informações. Neste processo os adolescentes acabam desenvolvendo o transtorno alimentar.

O aumento no número de cirurgias plásticas estéticas é um bom exemplo da crescente insatisfação corporal e da busca de formas perfeitas. É notável também o crescente número de sites que incentivam as adolescentes a desenvolver ou manter transtornos alimentares, ensinando técnicas de purgação e “truques” supostamente milagrosos para atingir um estado severo de emagrecimento (OLIVEIRA, 2010, p.577).

O conceito de beleza sofreu e vem sofrendo inúmeras variações seja pelo biótipo, cor e/ou textura do cabelo, etnia e etc. Todas as culturas, sem exceção, se desenvolvem com modelos estéticos fortemente definidos conforme seu desenvolvimento.

O principal problema desses modelos estéticos, se inicia a partir do momento em que o impõem como único e correto, esquecendo todos os outros tipos de formas e tamanho. Os Hábitos e as práticas alimentares são construídos com base em relações socioeconômicas, nesse caso a economia é um dos aspectos influentes para esses padrões pré-estabelecidos na sociedade.

Segundo o autor Carreiro (2005 in OLIVEIRA, 2010) no século XIX, o padrão feminino estabelecido era totalmente diferente do atual, o padrão desejado era o de formas arredondadas e flácidas, isso por que a culinária primava o alto teor calórico e tais formatos mostrariam o poder econômico que aquela mulher tinha.

O padrão de beleza sempre esteve em mudanças, o modelo estético da nossa atualidade não é o mesmo de anos atrás. De acordo com o autor Andrade e colaboradores (2003 in OLIVEIRA, 2010) nos anos 60, o padrão era a imagem feminina esquelética com medidas cada vez menores, e a partir do começo dos anos 80 a busca pela magreza começou, enquanto que no final do século XX e no início do século XXI começou a busca pelo corpo perfeito com medidas pequenas, barriga negativa e musculatura definida, realizada de maneira obsessiva por muitas pessoas, principalmente pelo sexo feminino, que acabam transformando essa busca em um estilo de vida.

O preconceito contra a obesidade é muito intenso, e a magreza é ligada à imagem feminina de sucesso, perfeição, competência, autocontrole e atratividade sexual (ANDRADE, 2003 in OLIVEIRA, 2010, p.577).

Desta forma, a sociedade pressiona os indivíduos, de diversas formas, a ponto de concretizar a ideia de padrão corporal, no pensamento, no corpo e no dia a dia, dessas pessoas.

O grupo do sexo feminino tornou-se o mais vulnerável aos ideais de beleza criados culturalmente, e é pressionado constantemente através da mídia, dos amigos, familiares, entre outras formas de pressão a manter esse pensamento errado que tem sido naturalizado pelo senso comum, aderindo a costumes alimentares e de vida não saudáveis apenas para não ser julgada ou castigada pela sociedade (críticas, desprezo, deboche) e sim recebendo gratificações deles (dinheiro, poder, admiração).

Segundo Cury (2005 in OLIVEIRA, 2010), esse padrão inatingível de magreza, amplamente difundido na mídia (televisão, revistas, cinema) e nos desfiles de moda, etc, já penetrou no inconsciente, aprisionando as pessoas dentro de si mesmas. Em consequência disso, mais de 98% das mulheres não se vêem bonitas. Por conta de um padrão muitas vezes biologicamente impossível, 70% das mulheres de sentem com sobrepeso, embora estejam com seu IMC normal ou abaixo dele, gerando um aumento de respostas afetivas negativas (culpa, depressão, infelicidade, vergonha).

Essa percepção corporal disfuncional e a busca pelo corpo considerado perfeito não atingem apenas os adolescentes e adultos. As crianças aprendem desde cedo, com suas famílias e com o meio social, a valorizar o corpo magro, e muitas vezes, mesmo com peso ideal, relatam insatisfação com suas formas corporais, engajando-se em condutas para emagrecer (CASTILHO, 2001 in OLIVEIRA, 2010, p.579-580).

De acordo com Becker e colaboradores (2002 in OLIVEIRA, 2010) em um estudo realizado nas ilhas Fiji foi avaliado o impacto da exposição das adolescentes à televisão e as consequentes atitudes e comportamentos alimentares desses indivíduos. O estudo foi dividido em duas etapas: a primeira em 1995 e a segunda em 1998 - já com três anos de exposição à televisão. Os resultados mostraram que os indicadores de transtorno alimentar foram significativamente mais acentuados após 1998, demonstrando também maior interesse em perda de peso, o que sugere um impacto negativo da mídia.

Em estudo realizado na Inglaterra, 87 garotas adolescentes foram divididas em três grupos: o primeiro foi exposto a modelos magras em vídeos de música, o segundo ouvia somente as músicas dos vídeos, sem a imagem, e ao terceiro foi dada uma lista de palavras neutras para serem memorizadas e evocadas. Foi constatado que no primeiro grupo houve um aumento significativo da insatisfação com o corpo, comparado às outras intervenções, demonstrando o impacto deste tipo de mídia na construção da imagem corporal de adolescentes (LAWTTON, 2007 in OLIVEIRA, 2010, p.578).

Mesmo com a mídia desenvolvendo o papel principal para o desenvolvimento dos transtornos alimentares, a pressão torna-se mais efetiva quando associadas a outras fontes de pressão do cotidiano como familiares e amigos.

Sabemos que no período da adolescência a opinião da família e principalmente de amigos são de extrema importância na socialização do indivíduo. Segundo os autores McCabe e Ricciardelli (2006 in OLIVEIRA, 2010) tanto a mídia quanto o grupo social (amizades) têm um papel mais significativo na insatisfação corporal do que a pressão familiar entre os adolescentes do sexo masculino e feminino

Além disso, amigas do mesmo sexo exercem mais influência do que as mães sendo somada a essa situação o reforço social exercido, e também pela mídia, em adolescentes, para terem o corpo magro, que acarretam sintomas bulímicos.

Em outros casos podemos ver também o adolescente desenvolver o transtorno alimentar por conta da pressão familiar. O jovem cria um pensamento de que os pais gostariam que eles fossem mais magros e sendo mais magro conseqüentemente iriam agradar seus pais, porém, tal pensamento gera hábitos alimentares negativos, para um emagrecimento acelerado, acarretando um distúrbio alimentar.

Com as informações erradas sobre corpo e alimentação, jovens desenvolvem problemas com autoestima em relação ao seu corpo por não ser parecido ao padrão apresentado como certo, tal insatisfação acarreta uma visão distorcida da própria imagem gerando ocasionalmente um transtornos alimentar.

O autor Comey e colaboradores (2001 in OLIVEIRA, 2010) demonstraram que a percepção inadequada do peso corporal de jovens mulheres entre 12 e 29 anos de idade (sentir-se gorda) tem um papel mais importante na determinação dos comportamentos alimentares anormais do que o real índice de massa corporal (IMC).

Mais ou menos aos dois anos, a criança já possui autopercepção e consegue reconhecer a sua imagem no espelho. O corpo, gradualmente, vai representando a sua identidade e, aos poucos ela passa a pensar sobre como os outros veem a sua aparência. Os pré-escolares vão aprendendo como a cultura na qual estão inseridos avalia diferentes características físicas. Sua imagem corporal vai se desenvolvendo na medida em que introjetam conceitos do que é valorizado como atraente. As crianças também formam imagens do que não é valorizado ou aceito, ou seja, de como não “deveriam” parecer (CASTILHO, 2001in OLIVEIRA, 2010, p.580).

De acordo com Oliveira (2010) devemos refletir sobre a contradição apresentada pela sociedade atual, especialmente às crianças e aos adolescentes: de um lado enfatizam a

atividade física e a importância de manter hábitos alimentares saudáveis, através dos mais variados meios de comunicação; e do outro, o capitalismo e o enorme mercado de beleza ditam” a magreza extrema como ideal de beleza juntamente com incentivo de ingestão de alimentos rápidos e calóricos (*fast food*).

Para que essas informações não cheguem de forma agressiva na criança e no adolescente devemos estimular e incentivar outros valores, até mais importante, que vão o ideal doentio de beleza imposto sobre eles.

3 PATOLOGIAS PROVENIENTES DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES

Os transtornos alimentares, por falta de conhecimento e informação, são generalizados e conhecidos principalmente por causar a desnutrição, ou não, no indivíduo que sofre com esse tipo de distúrbio. Entretanto, devemos estar cientes que, para além disso, podem ocasionar diversos problemas na saúde do paciente, desde problemas hormonais até a pior hipótese: o falecimento.

Por não termos muito acesso a informação em relação à Anorexia e Bulimia, temos o hábito de supor que eles só causam na pior das hipóteses problemas psicológicos e distúrbios na alimentação. Porém, infelizmente, esses dois distúrbios alimentares causam numerosas complicações para a saúde do indivíduo que em alguns casos podem se tornar irreversíveis, por exemplo: diabetes, gastrite, refluxo, infertilidade, amenorreia, entre outros.

Essas complicações clínicas são normalmente aderidas devido ao estilo de vida prejudicial do paciente que possui algum tipo de transtorno alimentar. Estando intimamente relacionados à alimentação inadequada e exercícios físicos exacerbados praticados pelo indivíduo.

Pacientes com Anorexia e Bulimia possuem hábitos alimentares e físicos inadequados por um período de tempo relevante, por este motivo costumam ter facilidade em adquirir tais patologias que são normalmente consequências da rotina nociva.

As complicações clínicas relacionadas à anorexia nervosa são decorrentes da própria desnutrição. Já na bulimia nervosa são comumente relacionadas ao distúrbio hidroeletrolítico (BORGES, 2006).

3.1 PATOLOGIAS ASSOCIADAS À ANOREXIA NERVOSA

A Anorexia nervosa possui características únicas e que são facilmente identificadas por aqueles mais próximos do paciente e pela sociedade. Uma das particularidades do transtorno é a perda excessiva de peso (autoinduzido) do paciente e a distorção da própria imagem corporal.

O transtorno alimentar promove uma rotina prejudicial à saúde do paciente. Além de impulsionar a desnutrição do mesmo, favorece a manifestação de outras doenças geralmente proporcionadas pelos maus hábitos, que dependendo do período que essa pessoa vive com anorexia, podem não ser curadas.

O índice de mortalidade na anorexia pode chegar a 20%, em razão das complicações decorrentes da própria doença (Borges, 2006).

As complicações físicas são parecidas às de um estado de desnutrição crônico. Quando acomete crianças ou adolescentes, pode afetar a curva de crescimento, o que leva a estaturas

menores do que as normalmente esperadas, e costumam também tardar ou até interromper o desenvolvimento puberal do jovem.

Pacientes que estão na pré-puberdade podem ter atraso na maturação sexual, no desenvolvimento físico e no crescimento, e não atingem a estatura esperada. A anorexia nervosa tem complicações sérias associadas com a desnutrição, como comprometimento cardiovascular, desidratação, distúrbios eletrolíticos, distúrbios na motilidade gastrointestinal, infertilidade, hipotermia e outras evidências de hipometabolismo. Fisher relata que a presença de amenorréia é uma característica importante da anorexia nervosa, e ela está associada a uma combinação de fatores como disfunção hipotalâmica, estresse, exercício em excesso e perda de peso e gordura (VILELA, 2004, p.50).

A tabela abaixo apresenta algumas complicações patológicas geralmente percebidas em pacientes com anorexia.

Tabela 1: Complicações Patológicas da Anorexia

Pele e anexos	Pele com aspecto amarelado pela hiper胡萝卜素emia, pele seca, cabelos finos, unhas quebradiças, perda de cabelo.
Sistema gastrointestinal	Retardo do esvaziamento gástrico, constipação, pancreatite, alteração de enzimas hepáticas, diminuição do peristaltismo intestinal
Sistema cardiovascular	Bradicardia, hipotensão, arritmias, insuficiência cardíaca, miocardiopatia por ipepac, alterações do eletrocardiograma, parada cardíaca
Sistema renal	Edema, cálculo renal e elevação de uréia devido à desidratação ou ao catabolismo proteico
Sistema hematológico	Anemia, leucopenia, trombocitopenia
Sistema reprodutivo	Infertilidade, recém nascido com baixo peso
Sistema metabólico	Hipocalemia, hiponatremia, hipoglicemia, desidratação
Sistema endocrinológico	Amenorréia, diminuição de gonadotrofina, hormônio luteinizante e estrogênio, aumento do hormônio de crescimento e cortisol, diminuição do T3 reverso, hipercolesterolemia

Outras alterações	Hipotermia, intolerância ao frio, convulsões, osteopenia/osteoporose, alterações inespecíficas ao eletroencefalograma.
-------------------	--

Fonte: Adaptado de Philippi, 2004.

3.1.1 Pele e Anexos

Portadores de AN possuem pele seca e com aspecto amarelado pela hipercarotenemia (PHILIPPI, 2004 in ASSUMPÇÃO, 2002), também há presença de lãnuço (decorrentes de uma redução da atividade da enzima 5-alfa redutase e/ou do estado de hipotiroidismo) (MITCHELL, 1983 in ASSUMPÇÃO, 2002). Pode ocorrer o favorecimento de onicomicoses nas unhas, pois se encontram quebradiças e com crescimento prejudicado.

3.1.2 Sistema Gastrointestinal

Anoréxicos podem desenvolver pancreatite, alteração de enzimas hepáticas, diminuição do peristaltismo intestinal e esteatose hepática relacionada ao jejum (BORGES, 2006). A constipação está entre as manifestações mais frequentes na AN e BN e decorre do uso de laxantes que, se utilizados em longo prazo, podem levar a danos irreversíveis ao cólon intestinal. Observa-se também um retardo no esvaziamento gástrico tanto nos pacientes com AN quanto BN, os quais se queixam de sensação de plenitude pós-prandial e distensão abdominal (ASSUMPÇÃO, 2002).

3.1.3 Sistema Cardiovascular

Segundo a autora Assumpção, a bradicardia pode ser derivada da redução do metabolismo em adaptação a inanição, por modificações na conversão do T4 em T3 ou por hiperatividade vagal.

A taquicardia pode ocorrer como resposta à desidratação. A desnutrição pode conduzir à atrofia do músculo cardíaco e a uma redução da massa ventricular esquerda com consequente desenvolvimento de prolapso mitral (PANAGIOTOPOULOS, 2000 in CARMO, 2014).

3.1.4 Sistema Renal

A hipocalemia decorrente das práticas compensatórias pode determinar uma alteração tubular renal, conhecida como nefropatia hipocalêmica. A desidratação crônica e os níveis elevados de oxalato de cálcio favorecem ao desenvolvimento de cálculos renais (PHILIPPI, 2004 in CARMO, 2014)

3.1.5 Sistema Hematológico

A anemia e a leucopenia são achados frequentes na anorexia e bulimia. A anemia é, usualmente, do tipo normocítica e normocrômica. Porém, também pode ocorrer anemia do tipo ferropriva, em decorrência da deficiência de ingestão de ferro ou de sangramento retal por uso excessivo de laxativos. A anemia macrocítica ocorre por déficit de vitamina B12 ou folato, leucopenia com linfocitose relativa e trombocitopenia (CARNEY, 1996; SAITO, 1999 in CARMO, 2014).

3.1.6 Sistema Metabólico

De acordo com a autora Carmo e colaboradores, a hipocalemia é causada pelo vômito, desnutrição e abuso de medicamentos depletors de potássio (diuréticos e laxantes), sendo ela uma das complicações mais frequentes dos transtornos alimentares e de maior risco para o desenvolvimento de arritmias cardíacas.

Os distúrbios do equilíbrio ácido-base ocorrem com maior frequência nos casos de uso de laxativos ou de diuréticos e também com a prática de vômitos autoinduzidos, resultando, respectivamente, em acidose metabólica e alcalose metabólica hipocalêmica (GRENNFELD, 1995 in CARMO, 2014).

3.1.7 Sistema Endócrino

A amenorréia pode ser acompanhada de várias anormalidades: regressão dos ovários para estágios pré-puberais com múltiplos pequenos folículos, regressão do tamanho mamário e, às vezes, perda parcial dos pelos pubianos. O útero, também se encontra diminuído e observam-se mudanças atróficas na parede vaginal levando a dispareunia e diminuição da libido. A infertilidade pode ocorrer, porém ovulações ocasionais podem acontecer (ASSUMPCÃO, 2002).

Hipercortisolemia, elevação do cortisol livre urinário e alteração do ritmo circadiano do cortisol podem estar presentes tanto em pacientes com baixo peso que apresentam AN quanto em pacientes com peso normal que apresentem BN. Os níveis de corticotropina [adrenocorticotropic hormone (ACTH)] são normais, porém inapropriados para os níveis elevados de cortisol plasmático e urinário (ASSUMPÇÃO, 2002).

Hiponatremia é comum na AN e pode ser uma consequência da grande ingestão de água ou às flutuações do hormônio anti-diurético (ADH) (GOLD et al, 1983 in CARMO, 2014).

3.1.8 Outras Alterações

De acordo com a autora Assumpção (2002), com a má nutrição ocorre a redução de formação de ossos, que associada a fatores como: puberdade atrasada decorrente da redução do estrogênio endógeno, hipercortisolismo, diminuição da ingestão de cálcio, proteínas e vitamina D, beneficiam à queda da densidade mineral óssea, levando a uma diminuição ou suspensão do crescimento ósseo linear.

3.2 PATOLOGIAS ASSOCIADAS À BULIMIA

A Bulimia tem como principal característica a compulsão alimentar seguida de métodos compensatórios, como: uso abusivo de laxantes, diuréticos, métodos purgativos e exercícios físicos exacerbados. Apresenta geralmente pacientes com peso corporal adequado ou um pouco acima do apropriado em relação a altura e idade.

Podemos observar que à Bulimia não possui um grau tão grave em relação ao estado nutricional do indivíduo, se comparada à anorexia, mas mesmo assim ela é responsável pelo desenvolvimento de alguns problemas de saúde, como: gastrite, erosão do esmalte dental, refluxo, entre outros.

O comportamento bulímico tem como principais complicações distúrbios eletrolíticos, irritação e sangramento gástrico e esofágico, anormalidades intestinais, erosão do esmalte dental e aumento das parótidas bradicardia de repouso, hipotensão e diminuição da taxa metabólica são observados em alguns bulímicos, podendo refletir na diminuição da atividade do sistema nervoso simpático e do eixo tireoidiano (VILELA, p.50, 2004, p.50)

A tabela abaixo apresenta algumas complicações patológicas geralmente percebidas em pacientes com bulimia.

Tabela 2: Complicações Patológicas da Bulimia

Sistema gastrointestinal	Dor abdominal, gastrite ,esofagite, erosões gastro - esofágicas sangramentos, constipação, prolapso retal. Casos mais graves perfuração esofágica e ruptura gástrica.
Sistema cardiovascular	Bradycardia, hipotensão,arritmias, insuficiência cardíaca, miocardiopatia por ipepac, alterações do eletrocardiograma, parada cardíaca
Sistema reprodutivo	Irregularidade menstrual
Sistema metabólico	Hipocalemia,hipocloremia, hiponatremia, hipoglicemia, alcalose metabólica, desidratação
Sistema endocrinológico	Irregularidade menstrual
Outras alterações	Hipertrofia de glândulas parótidas decorrentes dos vômitos, podendo ter aumento da fração de amilase produzida no local
Pele e anexos	Calosidade no dorso da mão, pela lesão da pele com os dentes ao provocar o vômito (Sinal de Russel), erosão do esmalte dentário, cáries.

Fonte: Adaptado de Philippi, 2004.

3.2.1 Sistema Gastrointestinal

Os vômitos frequentes levam à perda do reflexo da náusea e ao relaxamento do esfíncter esofagiano inferior, dessa forma podem ser induzidos espontaneamente. Os vômitos frequentes também podem levar à esofagite e ao sangramento da mucosa intestinal culminando com uma laceração grave (síndrome de Mallory-Weiss). A dilatação gástrica pode ocorrer como complicação na fase de realimentação abrupta ou nos casos de ingestão de grandes quantidades de alimentos (ASSUMPCÃO, 2002).

3.2.2 Sistema Cardiovascular

A bradicardia decorre da redução do metabolismo em adaptação a inanição, por alterações na conversão do T4 em T3 ou por hiperatividade vagal. Redução da massa ventricular esquerda com conseqüente desenvolvimento de prolapso mitral (PANAGIOTOPOULOS et al, 2000 in CARMO, 2014).

3.2.3 Sistema Metabólico

A hipoglicemia tanto pode ocorrer após jejuns prolongados, como em resposta a um episódio de compulsão alimentar seguido de vômitos, sendo frequentemente assintomática (MITCHELL, 1983 in CARMO, 2014). A hipocalcemia é causada pelo vômito, desnutrição e abuso de medicamentos depletos de potássio (diuréticos e laxantes) (CARMO, 2014).

3.2.4 Pele e Anexos

verifica-se a presença de calosidade no dorso da mão, pela lesão da pele com os dentes ao provocar o vômito (Sinal de Russel) (GUPTA, 1987; PHILIPPI, 2004 in CARMO, 2014). Pode ser ainda observada uma coloração amarelada da pele, decorrente dos níveis elevados de caroteno (ASSUMPCÃO, 2002).

3.2.5 Outras Alterações

Ocorre a hipertrofia das glândulas parótidas devido ao elevado consumo de carboidratos que podem causar intensa estimulação das glândulas. A regurgitação contendo ácido gástrico, a alcalose metabólica, a desnutrição e o aumento do estímulo autonômico secundário a estimulação dos receptores linguais gustativos aumentam a liberação de enzimas proteolíticas pancreáticas contribuindo também para a parotidite (LASATER, 2001 in CARMO, 2014).

Nos pacientes com características purgativas pode se observar eritema do palato, faringe e gengiva e alterações dentárias como erosão do esmalte dentário que fica com aspecto liso e opaco. Os dentes mais acometidos são os incisivos e caninos; as cúspides dentárias podem se apagar reduzindo a altura do dente e há também um aumento da incidência de cáries (ASSUMPCÃO, 2002). O ácido gástrico, de origem interna, entra em contato com os dentes durante o vômito e é o responsável pela erosão (ANTUNES, 2007).

As patologias decorrentes da anorexia e bulimia são variadas, normalmente ocasionadas de acordo com o grau de perda de nutrientes necessários para o corpo e funcionamento do mesmo, também pelos métodos compensatórios utilizados pelo paciente.

Mesmo com a disponibilidade de tratamentos para essas doenças o retardo entre o começo dos sintomas e a procura por tratamento ainda é muito comum e por conta dessa dificuldade o diagnóstico dos transtornos alimentares e das complicações clínicas ocasionadas por eles acaba não sendo executado previamente.

4 DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E PREVENÇÃO

Os transtornos alimentares são doenças de diagnóstico e tratamento demorados, por exigir do paciente sua aceitação como um indivíduo bulímico ou anoréxico, sendo esse o processo mais difícil e demorado. Com isso o diagnóstico acaba sendo tardio e conseqüentemente o tratamento também.

Segundo Borges (2006) antes de fazer o diagnóstico de anorexia ou bulimia nervosas é importante excluir causas orgânicas que podem simular os quadros de transtornos alimentares, como descrito na tabela para Diagnóstico Diferencial.

Tabela 3: Diagnóstico Diferencial dos Transtornos Alimentares

Bulimia nervosa	1 - Anorexia Nervosa – tipo compulsivo/purgativo. 2 - Depressão com características atípicas. 3 - Distúrbios de personalidade.
Anorexia nervosa	1 -Doenças gastrointestinais e consumptivas (AIDS, câncer). 2 - Síndrome da artéria mesentérica, superior. 3 - Depressão e esquizofrenia.

Fonte: Adaptado de Ribeiro, 1998.

De acordo com a autora Borges (2006), no Ambulatório de Transtornos Alimentares (GRATA-HCFMRP-USP) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, na primeira consulta solicita-se vários exames a fim de diagnosticar possíveis alterações associadas aos transtornos alimentares. São eles:

- Hemograma: geralmente esses pacientes tem anemia hipocrômica microcítica com leucopenia associada.
- Lipidograma: cerca de 40% dos pacientes com anorexia nervosa apresentam elevação do colesterol total ou podem apresentar diminuição do colesterol e triglicérides devido à própria desnutrição.

- Glicemia: geralmente esses pacientes retratam hipoglicemia sendo que a exclusão do diagnóstico de diabetes mellitus é fundamental.
- Albumina e proteínas totais: esses pacientes podem apresentar hipoalbuminemia, sendo essa uma condição incomum devido à lenta e progressiva perda de peso.
- Eletrólitos sódio, potássio, cálcio iônico, magnésio Zinco: muitos pacientes portadores de anorexia nervosa cursam com hipozinquemia que está relacionada à baixa ingestão alimentar.
- Vitaminas (Vitaminas A, C, B12, ácido fólico e betacaroteno): diagnóstico de hipovitaminose relacionada à desnutrição.
- Estudo do ferro (ferro, ferritina, transferrina): para diagnóstico das anemias ferroprivas.
- Testes tireoidianos: solicitamos o exame de TSH para triagem de hiper ou hipotireoidismo relacionada ao uso ou não de hormônios tireoidianos.
- Função renal: geralmente nesses pacientes os níveis de uréia e creatinina estão normais. Porém devido à desidratação ou ao catabolismo proteico esses valores podem se alterar.
- Função hepática: pacientes com anorexia nervosa podem cursar com esteatose hepática relacionada ao jejum.
- Eletrocardiograma: pacientes com transtornos alimentares podem apresentar bradicardia sinusal, arritmias sinusal ou ventriculares, principalmente devido ao prolongamento do intervalo QT. Caso se detecte essa alteração, deve-se monitorar os níveis de eletrólitos desses pacientes, sobretudo se eles vomitam ou usam laxantes.

4.1 ANOREXIA NERVOSA

A anorexia possui algumas características básicas que podem ser observadas pela própria família, como: o isolamento, a insatisfação com o corpo, a busca por um corpo cada vez mais magro e principalmente a restrição de alimentos, sendo essas algumas das primeiras motivações para a busca de um especialista (nutricionista, psicólogo e médico),

Em 1691 o médico inglês Richard Morton, foi o primeiro a descrever um quadro clínico correspondente à AN, em que uma jovem de 17 anos apresentava recusa alimentar e ausência dos ciclos menstruais. A jovem não apresentava qualquer tipo de doença orgânica que justificasse tal fato; no exame clínico foi constatado que a jovem tivera perda de pêlo, suas extremidades apresentavam coloração arroxeada e

seus batimentos cardíacos, pressão arterial e temperatura corpórea registravam valores menores que os considerados normais (SILVA in SILVA, 2005, p.5).

4.1.1 Diagnóstico da Anorexia

De acordo com Alves e colaboradores (2008), a principal manifestação da anorexia nervosa é uma restrição dietética autoimposta e insidiosa, que vem acompanhada de exercícios físicos pra a redução de peso (ALVES et al, 2008 in SILVA, 2011).

Paulatinamente o paciente passa a viver exclusivamente em função da dieta, do peso, da forma corporal, das atividades físicas, de tabela de calorias e do medo patológico de engordar. Geralmente os pacientes relatam que o início do quadro se deu após um fator estressante como algum comentário sobre seu peso, ou o término de relacionamento, ou perda de ente querido. Paulatinamente o paciente passa a viver exclusivamente em função da dieta, do peso, da forma corporal, das atividades físicas, de tabela de calorias e do medo patológico de engordar (Borges, 2006, p.341).

Para o diagnóstico de anorexia nervosa os profissionais de saúde, além da intensa bateria de exames clínicos descritos anteriormente, costumam seguir os critérios citados no DSM-IV: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (APA, 2003 in SILVA, 2011).

Tabela 4: Diagnóstico para Anorexia Nervosa

DSM-IV
A- Recusa a manter o peso corporal em um nível igual ou acima do nível mínimo normal adequado à idade e à altura (ex.: perda de peso levando à manutenção do peso corporal abaixo de 85% do esperado; ou incapacidade de atingir o peso esperado durante o período de crescimento, levando a um peso corporal menor que 85% do esperado).
B- Medo intenso de ganhar peso ou engordar, mesmo estando com peso abaixo do normal
C- Perturbação no modo de vivenciar o peso ou a forma do corpo, influência indevida do peso ou da forma do corpo sobre a auto avaliação, ou negação do baixo peso corporal atual.
D- Nas mulheres pós-menarca, a amenorreia, isto é, ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos (considera-se que uma mulher tem amenorreia se seus períodos ocorrem apenas após a administração de hormônios, como o estrógeno, por exemplo).

Fonte: Silva, 2011

4.1.2 Tratamento da Anorexia

O tratamento da anorexia tem como objetivo principal a recuperação nutricional do paciente. Por conta de o paciente rejeitar sua doença, o tratamento deste transtorno apresenta maior número de complicações clínicas e hospitalares.

Os transtornos alimentares são determinados por fatores biológicos, culturais, psicológicos e sociais; portanto, deve-se associar a psicoterapia ao tratamento medicamentoso (SILVA, 2005 in SILVA, 2011)

Para o tratamento psicológico, de acordo com a autora citada acima, a mais indicada é a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC), visto que esta apresenta resultados mais rápidos e duradouros e tem menos índice de recaídas (SILVA, 2011).

A TCC enfatiza que o sistema de crenças de um indivíduo tem importante papel no desenvolvimento de seus sentimentos e comportamentos. Como foi visto anteriormente, os pacientes com anorexia nervosa apresentam crenças distorcidas e disfuncionais acerca de seu peso, forma física e alimentação. Para que essas crenças possam ser modificadas o psicólogo deve ensinar ao paciente a identificar um pensamento que tenha distorção (DUCHESNE, 2002 in SILVA, 2011, p.6).

O tratamento nutricional é de extrema importância, pois é a partir dele que ensinamos os pacientes a planejar suas refeições de forma equilibrada, incentivando hábitos alimentares saudáveis.

O nutricionista deve primeiro fazer uma avaliação nutricional, levando em consideração peso, altura e idade, examina as pregas cutâneas e exames bioquímicos e hemograma; também deve ser analisada a perda de nutrientes (MANOCHIO, 2009 in SILVA, 2011). Não podemos esquecer de respeitar a aceitação do paciente ao decorrer do tratamento feito.

O nutricionista deve preparar um plano de refeições para garantir a ingestão de calorias, objetivando ganho de peso; deve-se ressaltar também a importância de se fazer três refeições nutritivas por dia (WILLIMSON, 2008 in SILVA, 2011).

O acompanhamento médico é de importância fundamental. Esta área aborda alterações laboratoriais, procedendo com possíveis reposições de eletrólitos e outras complicações derivadas da anorexia nervosa, como perdas de massa óssea decorrente do déficit nutricional. Também é de responsabilidade do médico a decisão de uma possível internação (SILVA,

2005 in SILVA, 2011). É de responsabilidade do médico a indicação de medicamentos caso seja necessário.

Tabela 5: Tratamento Medicamentoso para Anorexia

Amitriptilina	Deve ser usado quando existirem sintomas depressivos associados ou alterações significativas no sono (insônia) e dores generalizadas.
Clorimioramina	Sua utilização deve ser considerada quando existem sintomas depressivos e/ou sintomas do espectro obsessivo-compulsivo.
Maprotilina	Tem-se mostrado eficaz em associação com pequenas doses de neurolépticos como a Clorpromazina ou ainda Risperidona.
Fluoxetina e demais antidepressivos inibidores seletivos de recaptção de serotonina	Tem-se mostrado eficaz em associação com pequenas doses de neurolépticos como a Clorpromazina ou ainda Risperidona.
Ciproheptadina (hidrocloreto de ciproheptadina)	Trata-se de um anti-histamínico e antagonista da serotonina. Sua vantagem consiste no fato de não apresentar os efeitos colaterais dos anti-depressivos tricíclicos, que causam, em geral, queda da pressão arterial e aumento de frequência cardíaca.

Fonte: Silva, 2005.

4.2 BULIMIA NERVOSA

De acordo com DSM-IV: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (APA, 2003 in SILVA, 2011), a bulimia nervosa se caracteriza por episódios de hiperfadiga e métodos compensatórios para evitar ganho de peso como: indução de vômito, uso de laxantes e diuréticos e exercícios físicos em excesso. Os pacientes com bulimia geralmente possuem o peso adequado ou até mesmo sobrepeso.

Diferente do que acontece com os pacientes com anorexia, os pacientes com bulimia conseguem ocultar os seus sintomas por longo tempo, pois tendem a manter o peso estável e não apresentarem consequências físicas visíveis (SILVA, 2005 in SILVA, 2011).

Em 1979 a bulimia passou a fazer parte da literatura médica, quando Gerald Russel, em Londres, descreve um transtorno mental com alteração do comportamento alimentar no qual o indivíduo apresenta peso normal, pavor de engordar e vômitos autoinduzidos (SILVA, 2005 in SILVA, 2011, p.8).

4.2.1 Diagnostico da bulimia

A bulimia é caracterizada por: insatisfação constante com o corpo e períodos de compulsão alimentar seguidos de métodos compensatórios inadequados executados pelos indivíduos portadores do transtorno.

Para diagnosticar a bulimia nervosa os profissionais de saúde costumam utilizar, além dos exames clínicos anteriormente mencionados, os critérios descritos no DSM-IV: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (APA, 2003 in SILVA, 2011), apresentados na tabela a seguir:

Tabela 6: Diagnóstico para Bulimia Nervosa

DSM-IV
A – Crises bulímicas recorrentes. Uma crise bulímica é caracterizada pelos seguintes aspectos: (1) ingestão, em um período limitado de tempos (ex.: dentro de um período de 2 horas) de uma quantidade de alimentos definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria durante um período similar e sob circunstâncias similares. (2) um sentimento de falta de controle sobre o comportamento alimentar durante o episódio (ex.: um sentimento de incapacidade de parar de comer ou de controlar o tipo e a quantidade de alimento).
B – Comportamento compensatório inadequado e recorrente, com objetivo de prevenir o aumento de peso, como indução de vômito, uso indevido de laxantes, diuréticos enemas ou outros medicamentos, jejuns ou exercícios excessivos.
C – A crise bulímica e os comportamentos compensatórios inadequados ocorrem, em média, pelo menos duas vezes por semana, por três meses.
D – A autoimagem é indevidamente influenciada pela forma e pelo peso do corpo

E – O distúrbio não ocorre exclusivamente durante episódios de anorexia nervosa.

Fonte: Silva, 201

4.2.2 Tratamento da Bulimia

Assim como na anorexia o tratamento para a bulimia deve ser feita com acompanhamento de uma equipe multiprofissional sendo eles: nutricionista, psicólogo e médico.

O tratamento psicológico é indicado em psicoterapia individual com abordagem cognitivo-comportamental (SILVA, 2005 in SILVA, 2011).

A TCC trabalhará técnicas de autocontrole, para redução de ansiedade, tristeza e outros sentimentos considerados estimuladores de episódios de compulsão alimentar e de indução de vômito. O psicólogo deve trabalhar: a eliminação do uso de laxantes; modificação do sistema de crenças; e a autoestima (DUCHESNE, 2002 in SILVA, 2011, p.9)

De acordo com Silva (2002 in Silva, 2011) a psicoterapia familiar é também indicada em casos quando o núcleo familiar do paciente apresenta conflitos que constituem fatores desencadeantes de ataques bulímicos.

Tratamento nutricional, este pode contribuir para a desmistificação de crenças alimentares equivocadas; o nutricionista pode orientar ao paciente a traçar metas e buscar soluções alimentares alternativas. O nutricionista em um contexto de respeito e compreensão das dificuldades do paciente propõe possíveis mudanças dos seus hábitos alimentares, buscando uma melhor qualidade alimentar (MANOCHIO, 2009 in SILVA , 2011, p.9).

De acordo com Silva (2005) geralmente nos casos de bulimia a internação hospitalar não é necessária, uma vez que a letalidade desse transtorno é reduzida.

No que se refere ao tratamento medicamentoso, utilizam-se antidepressivos pela frequente identificação de sintomas depressivos em pacientes bulimicos. Também podem ser utilizados anticonvulsivantes (SILVA,2011).

Tabela 4: Tratamento medicamentoso para bulimia

Inibidores seletivos de receptação da Serotonina (ISRS)	Dentro deste grupo, a Fluoxetina é a substância considerada de primeira escolha, pois além de reduzir os sintomas típicos da bulimia nervosa, também promove redução dos sintomas depressivos e de ansiedade, quando estes estão associados ao quadro.
Sertralian, Citalopram, Paroxetima e Fluvoxamina	São utilizadas na prática clínica como boas alternativas para o tratamento preconizado com Fluoxetina, especialmente nos casos em que os pacientes apresentam reações alérgicas ou intolerância aos efeitos colaterais desta.
Tricíclicos e inibidores da Monoaminoxidase (IMAO)	É destacado entre os tricíclicos a Imipramina, a Desipramina e a Amitriptilina, e entre os IMAOs, a Fenelzina e a Isocarboxazida. Todas essas substâncias mostram-se mais eficazes que o placebo na redução dos episódios de ingestão descontrolada de alimentos, e as doses utilizadas foram as mesmas que são preconizadas para o tratamento da depressão.
Anticonvulsivantes	O uso do Topiramato para o tratamento da bulimia nervosa tem mostrado redução significativa nos seguintes aspectos: desejo de comer compulsivamente, preocupação com o peso corpóreo, necessidade de efetuar as purgações, fissura por doces, massas e refrigerantes. Seus efeitos parecem incluir também o aumento da saciedade e uma melhora na estabilização do humor.

Fonte: Silva, 2005

O tratamento deve ser seguido juntamente com uma educação alimentar, planejamento alimentar do indivíduo e etc, para que com isso o paciente consiga controlar seus períodos de compulsão alimentar e conseqüentemente seus hábitos compensatórios.

4.3 PREVENÇÃO

De acordo com a autora Carmo (2014) os transtornos alimentares estão associados a uma alimentação totalmente desregulada e uma preocupação excessiva com o corpo e peso. Além disso, representam um problema de saúde pública, tendo em vista sua relação frequente com outros transtornos psiquiátricos. A alta morbidade e mortalidade demonstram a necessidade de ampliar o conhecimento das causas, características associadas e, conseqüentemente, o tratamento destas doenças.

Os Distúrbios Alimentares são patologias graves e os aspectos culturais tem uma grande importância. Nota-se que o padrão de beleza apresentado como certo é imposto de maneira subjetiva diariamente, esse é um dos fatores culturais que mais contribuem para o estímulo do desenvolvimento de um transtorno alimentar.

Além disso, a mídia promove a excessiva preocupação com o corpo e a imagem, os familiares também são de grande importância no quesito nível de preocupação/ insatisfação com o corpo. Geralmente mães que se preocupam mais com o físico e incentivam dietas acabam desenvolvendo em seus filhos maior propensão para o desenvolvimento de um distúrbio alimentar do que uma mãe que incentiva uma boa alimentação, a aceitação de seu corpo e o dialogo sobre o padrão de beleza imposto.

A anorexia e bulimia acarretam em diversas complicações, vai de psiquiátricas até doenças físicas e que ocasionar o óbito do individuo.

As principais causas de mortalidade da AN são complicações da própria doença (50% a 54%), suicídio (24% a 27%) e desconhecidas (15% a 19%) (NIELSEN, 2001; LOWE et al., 2001 in CARMO, 2014). A taxa de mortalidade da BN varia entre 0,3% a 3%, de acordo com a gravidade dos casos clínicos analisados (NIELSEN, 2001; HERZOG et al., 2000 in CARMO, 2014, p.178).

Tais estatísticas evidenciam a importância do conhecimento sobre os transtornos alimentares, para que assim consigamos ter o diagnostico e tratamento o mais rápido possível e com isso maximizar as condições de cura.

Percebe-se que os transtornos alimentares são pouco discutidos e grande parte da população desconhece a gravidade das complicações provocada por eles. É de extrema importância a divulgação relacionada a esse problema de saúde.

Estima-se que 0,5 a 4% das mulheres desenvolvam Anorexia Nervosa e de 1 a 4,2% desenvolvam Bulimia Nervosa (AMBULIM, 2011 in CARMO, 2014, p.173).

O principal método de prevenção que podemos ter em relação aos transtornos alimentares em adolescentes é estabelecer diálogos onde será esclarecer para esses jovens, familiares, ou amigos a gravidade dos distúrbios e das complicações desenvolvidas, enfatizando também a importância de adoção de medidas preventivas. Com isso possibilitaremos a melhora e cura de muitos jovens que passam por esse tipo de problema.

É relevante enfatizar a ação preventiva que a mídia pode realizar diante de tal assunto. Espera-se que a família, os profissionais da saúde e educadores estejam atentos aos seus filhos, pacientes e alunos, estabelecendo continuamente um clima de diálogo, cuidado e informação no que se refere aos comportamentos de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares (CARMO, 2014, p.178).

5 CONCLUSÕES

De acordo com a autora Carmo e colaboradores (2014), os transtornos alimentares são doenças caracterizadas por alterações graves do comportamento alimentar e que afetam, na sua maioria, adolescentes e adultos jovens geralmente do sexo feminino, podendo ocasionar prejuízos biológicos, psicológicos e aumento da morbidade e mortalidade. A anorexia e a bulimia nervosas são os dois tipos principais

Essas duas complicações estão intimamente relacionadas por apresentarem alguns sintomas em comum: preocupação excessiva com o peso, distorção da imagem corporal e um medo patológico de engordar.

A anorexia nervosa (AN) é caracterizada pela perda de peso intensa e intencional (pelo menos 15% do peso corporal original) a custo de dietas altamente restritivas, busca desenfreada pela magreza, recusa em Manter o peso corporal acima do mínimo normal para a idade, amenorréia (ausência de três menstruações consecutivas) e distorção da imagem corporal (DOYLE; BRYANT-WAUGH, 2000; SAITO; SILVA, 2001; CORDAS, 2004 in CARMO, 2014, p.174).(...) Já a bulimia nervosa (BN) caracteriza-se por períodos de grande ingestão alimentar (episódios bulímicos), durante os quais são consumidos uma grande quantidade de alimentos, variando de 1.436 a 25.755 Kcal, em um curto período de tempo (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION,1994 in CARMO, 2014, p.174)

O comportamento alimentar começa gerar um sentimento de descontrole no jovem que passa a adotar medidas compensatórias, afim de não promover o ganho de peso, por conta da preocupação excessiva com o controle do peso corporal.

Na sociedade em que vivemos, somos diariamente alvos de propagandas referentes a comidas calóricas, pouco nutritivas, geralmente sendo de rápido preparo, e etc. Todos esse produtos possuem uma porcentagem significativa de gordura, conservantes, sódio, açúcares entre outros componentes que nem conhecemos.

Com a alta propagação desses alimentos não tem sido difícil ver crianças e adolescentes em sua fase de crescimento com alimentações pouco nutritivas e desreguladas. Acarretando em ganho de peso, problemas de saúde e ocasionalmente a insatisfação com o corpo.

O conceito de beleza sempre irá sofrer inúmeras variações, altura, peso, cor, biótipo e etc. Todas as culturas, sem exceção, se desenvolvem com modelos estéticos fortemente definidos, geralmente modelos inatingíveis, conforme seu desenvolvimento.

Em consequência disso, mais de 98% das mulheres não se vêem bonitas. Por conta de um padrão muitas vezes biologicamente impossível (CURY, 2005 in OLIVEIRA, 2010). Estudos americanos e europeus indicam que 70% das mulheres se sentem com sobrepeso, embora sejam normais ou magras (HERCOVICI; BAY, 1997 in OLIVEIRA, 2010). Gerando um aumento de respostas afetivas negativas (culpa, depressão, infelicidade, vergonha).

São considerados fatores predisponentes: sexo feminino; baixa autoestima; traços obsessivos e perfeccionistas (AN) ou impulsividade e instabilidade afetiva (BN); dificuldade em expressar emoções; história de transtornos psiquiátricos como depressão, transtornos da ansiedade (AN) ou dependência de substâncias (BN); tendência à obesidade; alterações da neurotransmissão; abuso sexual; agregação familiar; hereditariedade; histórico familiar de TA; padrões de interação familiar como rigidez, intrusividade e evitação de conflitos (AN) ou desorganização e falta de cuidados (BN); além dos fatores socioculturais como por exemplo o ideal cultural de magreza. (MORGAN et al., 2002; BORGES et al., 2006 in CARMO, p.174).

Os transtornos alimentares não prejudicam apenas a alimentação do indivíduo que sofre com esse tipo de doença, ele também é responsável pelo desenvolvimento de diversas complicações patológicas no jovem, em alguns casos podendo gerar o óbito.

As patologias são normalmente ocasionadas de acordo com o grau de perda de nutrientes necessários para o corpo e funcionamento do mesmo, também podem surgir por conta de métodos compensatórios utilizados pelo paciente.

Apresentamos algumas complicações patológicas geralmente percebidas em pacientes com bulimia, como: Dor abdominal, gastrite, esofagite, erosão do esmalte dental, Hipertrofia de glândulas parótidas, irregularidade menstrual, caries, entre outras. Em pacientes com anorexia é possível perceber: insuficiência cardíaca, cálculos renais, hipocalcemia, anemia, infertilidade, desidratação, bradicardia entre outras também.

Para o diagnóstico de um transtorno alimentar geralmente é utilizado quesitos para diferenciação.

- Bulimia nervosa: 1 - Anorexia Nervosa – tipo compulsivo/purgativo, 2 - Depressão com características atípicas, 3- Distúrbios de personalidade.
- Anorexia nervosa: 1 -Doenças gastrointestinais e consumptivas (AIDS, câncer), 2 - Síndrome da artéria mesentérica, superior, 3 - Depressão e esquizofrenia.

A partir do diagnóstico o tratamento já começa a ser iniciado por uma equipe multidisciplinar psicólogo, nutricionista e médico. O nutricionista faz uma avaliação nutricional, levando em consideração peso, altura e idade, examina as pregas cutâneas e exames bioquímicos e hemograma; também deve ser analisada a perda de nutrientes (MANOCHIO, 2009 in SILVA, 2011). Em alguns casos o tratamento medicamentoso é feito seja pacientes com anorexia ou bulimia, a internação geralmente é solicitada em casos graves, normalmente em anoréxicos, não podemos esquecer de respeitar a aceitação do paciente ao decorrer do tratamento feito.

O tratamento deve ser seguido juntamente com uma educação e planejamento alimentar do indivíduo e terapias, para que com esses procedimentos os pacientes consigam ter uma recuperação efetiva.

Por fim, a prevenção para essas doenças deve ser feita através de conversas onde será relatado as devidas precauções a serem tomadas.

Necessidade de ações educativas de forma a conscientizar a população sobre os fatores causadores e os sinais que permitam identificar a presença do transtorno, evitando o surgimento ou promovendo o diagnóstico precoce. A divulgação das consequências dos transtornos para a saúde deveria ser estimulada a fim de alertar a população a respeito da gravidade da anorexia e da bulimia e reduzir a incidência destes na população. (CARMO, 2014, p.178)

REFERÊNCIAS

- ANTUNES, K.T. et al. Anorexia e bulimia nervosa: complicações bucais e o papel do cirurgião-dentista frente a transtornos alimentares. *Disc. Scientia*. Santa Maria, Série: Ciências da Saúde, v. 8, n. 1, p. 159-167, 2007. Disponível em: <https://www.periodicos.unifra.br/index.php/disciplinarumS/article/viewFile/925/869>. Acesso em 12 de dezembro de 2018.
- APPOLINARIO, J. C.; CLAUDINO, A. M. Transtornos alimentares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. São Paulo, v. 22, supl. 2, 2000. pp. 28-31. Acesso em 28 de março de 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22s2/3793.pdf>.
- ASSUMPCÃO, C.L; CABRAL, M.D. Complicações Clínicas da Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. São Paulo, v. 24, supl. 2, 2002. pp. 29-33. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v24s3/13968.pdf>. Acesso em 12 de dezembro de 2018.
- BARBOSA, M. E. M.; SILVA, L.C.V.; GOMES, F.J.C. A Corporeidade na Saúde Ligada às Perturbações do Comportamento Alimentar. *Anais do VIII Fórum Internacional de Pedagogia*. Maranhão, v.1. Disponível em: https://editorarealize.com.br/revistas/fiped/trabalhos/TRABALHO_EV057_MD4_SA31_ID4201_30092016193543.pdf. Acesso em 28 de março de 2018.
- BORGES, Nadia J.B.G et al. Transtornos Alimentares - quadro clínico. *Medicina*, Ribeirão Preto, 39(3), 2006. p.340-Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v15n3/v15n3a15>. Acesso em 8 de dezembro de 2018.
- CARMO, C.C et al. Complicações Clínicas da Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa. *HU Revista*, Juiz de Fora, v. 40, n. 3 e 4, p. 173-181. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v24s3/13968.pdf>. Acesso em 12 de dezembro de 2018.
- FLEITLICH, Bacy W. et al. Anorexia nervosa na adolescência. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. Disponível em: <http://www.jped.com.br/conteudo/00-76-s323/port.pdf>. Acesso em 28 de março de 2018.
- FONTES, M.A. o que são transtornos alimentares? Causas, tipos de tratamento. 2010. Disponível em: www.plenamente.com.br/artigo.php.?fhIdartigo=192. Acesso em: 10 de dezembro de 2018.
- OLIVEIRA, L. L., & Hutz, C. S. Transtornos alimentares: O papel dos aspectos culturais no mundo contemporâneo. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 15(3), 2010. p. 575-582. Acesso em 28 de março de 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v15n3/v15n3a15>
- SILVA, B.L; ALVES, C.M, Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa: diagnóstico e tratamento em uma visão multiprofissional. *Revista Mineira de Ciências da Saúde*, Patos de Minas: UNIPAM, 39(3), 2011 (3):1-17. Acesso em 8 de dezembro de 2018. Disponível em: http://revistasauade.unipam.edu.br/documents/45483/172836/anorexia_nervosa_e_bulimia_nervosa.pdf
- VILELA, J.E.M. et al. Transtornos alimentares em escolares. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro v. 80, p. 49-54, 2004. Acesso em 28 de março de 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n1/v80n1a10.pdf>