

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE ARCHIMEDES THEODORO

**TRANSTORNO ALIMENTAR: ANOREXIA NERVOSA E BULIMIA
NERVOSA**

CAREN PIMENTA MAURICIO DANTAS

Além Paraíba, dezembro/2022

CAREN PIMENTA MAURICIO DANTAS

**TRANSTORNO ALIMENTAR: ANOREXIA NERVOSA E BULIMIA
NERVOSA**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO (TCC)

BACHARELADO – NUTRIÇÃO

TAFAREL ARAÚJO DA SILVA

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE ARCHIMEDES THEODORO

ALÉM PARAÍBA, DEZEMBRO/2022

DANTAS, Caren Pimenta Mauricio

Transtorno alimentar: Anorexia nervosa e Bulimia Nervos

Nº de folhas:41

Bacharelado em Nutrição

Faculdade de Ciências da Saúde Archimedes Theodoro, mantida pela Fundação Educacional de Além Paraíba – FEAP.

Coordenador: Tafarel Araújo da Silva

Professor Titular: Douglas Pereira Senra

Prof. Orientador: Tafarel Araújo da Silva



**TRANSTORNO ALIMENTAR: ANOREXIA NERVOSA E BULIMIA
NERVOSA**

CAREN PIMENTA MAURICIO DANTAS

**MONOGRAFIA APRESENTADA A FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE ARCHIMEDES THEODORO,
MANTIDA PELA FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DE
ALÉM PARAÍBA - FEAP, COMO REQUISITO
PARCIAL PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE
BACHAREL EM NUTRIÇÃO**

BANCA EXAMINADORA

Prof. Orientador: Esp. Tafarel Araújo da Silva

Prof. Convidado:

NOTA

APROVADA **APROVADA COM RESTRIÇÕES** **REPROVADA**

Tafarel Araújo da Silva
Coordenador do Curso de Nutrição

Além Paraíba, _____ de _____ 2022

Dedico primeiramente a Deus, por ter me permitido chegar até aqui. Aos meus familiares, que não mediram esforços para me ajudar.

AGRADECIMENTOS

Ao professor orientador Tafarel Araújo da Silva, pela paciência, incentivo e orientação para o desenvolvimento da pesquisa.

Ao corpo docente do Curso de Nutrição da Faculdade de Ciências da Saúde Archimedes Theodoro pelos ensinamentos.

“O transtorno alimentar retrata o total descompasso ao ingerir alimentos ou, então, a perturbação psicológica de não comer. Trata-se de uma condição que é consideravelmente grave e que causa impacto grave na saúde de quem sofre da doença”.

(FERNANDES, 2006)

RESUMO

Esta pesquisa tem como tema anorexia nervosa e bulimia nervosa, transtorno alimentar que estão fortemente relacionados por apresentarem alguns sintomas comum, como a excessiva preocupação com o peso e distorção de sua imagem corporal e a autoavaliação baseada no peso e na forma física. Envolve, em sua maioria, adolescentes e adultos jovens do sexo feminino e a falta de nutrientes pode causar danos biológicos, psicológicos e sociais, com considerável aumento da morbidade e mortalidade. A problemática que norteou a pesquisa foi: quais as estratégias utilizadas pelo nutricionista para mudanças no comportamento e nas atitudes alimentares nos pacientes com anorexia e bulimia nervosa? Sendo relevante a abordagem, com vistas a ampliar informações a respeito destes transtornos alimentares. O objetivo geral é destacar a importância do profissional nutricionista no tratamento da anorexia e bulimia nervosa, com uma avaliação nutricional e acompanhamento dietoterápico, com vistas à mudança no comportamento e nas atitudes alimentares. Como objetivos específicos, conceituar a anorexia e bulimia nervosa; destacar a importância do tratamento nutricional para as pessoas que sofrem de anorexia e a bulimia nervosa. O procedimento metodológico é revisão bibliográfica, com a seguinte estrutura: Transtornos alimentares, anorexia e bulimia nervosa. Em seguida, destacamos o profissional nutricionista, com estratégias no tratamento nutricional para mudança na conduta e no modo alimentar. Assim, o tratamento nutricional deve visar a promoção de hábitos alimentares saudáveis, a cessação de comportamentos inadequados, como a restrição, a compulsão e a purgação e a melhora na relação do paciente para com o alimento e o corpo.

Palavras-chave: Nutrição. Transtorno alimentar. Anorexia nervosa. Bulimia nervosa.

ABSTRACT

This research has as its theme anorexia nervosa and bulimia nervosa, an eating disorder that are strongly related because they present some common symptoms, such as excessive concern with weight and distortion of their body image and self-assessment based on weight and physical form. It mostly involves female adolescents and young adults, and the lack of nutrients can cause biological, psychological, and social damage, with considerable increase in morbidity and mortality. The problem that led the research was: what are the strategies used by the nutritionist for changes in behavior and eating attitudes in patients with anorexia and bulimia nervosa? The approach is relevant, with a view to expanding information about these eating disorders. The general objective is to highlight the importance of the nutritionist professional in the treatment of anorexia and bulimia nervosa, with a nutritional assessment and diet therapeutic follow-up, with a view to changing behavior and eating attitudes. As specific objectives, conceptualize anorexia and bulimia nervosa; highlight the importance of nutritional treatment for people suffering from anorexia and bulimia nervosa. The methodological procedure is a literature review, with the following structure: eating disorders, anorexia, and bulimia nervosa. Next, we highlight the professional nutritionist, with strategies in nutritional treatment for change in conduct and in the mode of food. Thus, nutritional treatment should aim at promoting healthy eating habits, cessation of inappropriate behaviors, such as restriction, compulsion and purging, and improvement in the patient's relationship with food and the body.

Keywords: Nutrition. Eating disorder. Anorexia nervosa. Bulimia.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
CAPÍTULO 1 – TRANSTORNOS ALIMENTARES	13
Anorexia nervosa	16
Sintomas	18
Fatores que podem causar anorexia nervosa	19
Bulimia nervosa	21
Sinais característicos	22
Episódios bulímicos	24
CAPÍTULO 2 – TRATAMENTO NUTRICIONAL	26
O Nutricionista no tratamento dos transtornos alimentares	26
Educação nutricional e experimental.....	27
Tratamento nutricional da anorexia nervosa	28
Acompanhamento nutricional na anorexia nervosa	31
Tratamento nutricional da bulimia nervosa	33
Acompanhamento nutricional na bulimia nervosa	34
CONCLUSÃO.....	36
REFERÊNCIAS.....	38

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa tem como tema anorexia nervosa e bulimia nervosa, transtorno alimentar que estão fortemente relacionados por apresentarem alguns sintomas comum, como a excessiva preocupação com o peso e distorção de sua imagem corporal e a autoavaliação baseada no peso e na forma física.

Tendo como diferença entre os dois transtornos alimentares é que na anorexia nervosa, a perda de peso é intencional, via dietas extremamente rígidas, nas quais há uma busca desenfreada pela magreza, uma distorção grosseira da imagem corporal e, na maioria das vezes, alterações do ciclo menstrual (PINZON; NOGUEIRA, 2004).

Enquanto quem sofre de bulimia nervosa, que pode ser do tipo purgativo, o qual induz o vômito ou uso de laxantes, ou do tipo não purgativo, com comportamentos compensatórios, como jejum ou exercício físico em excesso. Neste caso, devido a preocupação excessiva com o controle do peso e imagem corporal, leva a pessoa a adotar métodos compensatórios, embora inadequados para o controle de peso (BORGES et al., 2010).

Quanto à etiopatogenia, não há uma etiologia única responsável pelo transtorno alimentar, podem estar ligado a um modelo multifatorial, estes, associados aos fatores biológicos, genéticos, psicológicos, socioculturais, de predisposição e familiares contribuem para o transtorno alimentar (XANTHACOS, 2009).

Esses distúrbios, além de afetar adolescentes e jovens podem envolver outros grupos, como modelos, atrizes, atletas, bailarinas e jôqueis, entre os quais são comuns as dietas hipocalóricas devido à necessidade de se manterem no peso ideal, em função da pressão pelo bom desempenho de ordem profissional (BORGES et al., 2010).

A Bulimia Nervosa é mais comum que a Anorexia Nervosa, normalmente tem início na adolescência, tem prevalência de 1 a 2% entre mulheres jovens, e em relação ao sexo, ocorre uma proporção de 10:1 em favor do sexo feminino, porém, é menos facilmente detectada, mas na maioria dos casos só se busca tratamento na fase adulta, tem um prognóstico melhor, porém as complicações derivadas podem trazer sequelas profundas para o portador, podendo ser até letal (CIELO et al., 2011).

A literatura tem demonstrado a vulnerabilidade para o desenvolvimento de um transtorno alimentar e como fatores precipitantes incluem dieta, separação e perda, alterações da dinâmica familiar, expectativa, proximidade da menarca. Alguns fatores são considerados

mantenedores: alterações endócrinas, distorção da imagem corporal, distorções cognitivas, práticas purgativas (BORGES et al., 2010, PINZON; NOGUEIRA, 2004).

Em indivíduos com baixa autoestima, pode exercer um efeito decisivo para os transtornos alimentares. Há ainda a influência exercida pelos padrões atuais de beleza, que sugerem como ideal corpo extremamente magro e com músculos delineados. A divulgação na mídia traçando este perfil como corpo ideal pode influenciar para esses transtornos alimentares.

A bulimia nervosa, apresentada nos estudos de Borges et al., (2010) foi mencionada como característica, uma grande ingestão de alimentos com sensação de perda de controle, desencadeando os episódios bulímicos, do inglês *binge eating*, Esses métodos compensatórios têm o único objetivo, evitar o ganho de peso, uma vez que, nos bulímicos, há a sensação insaciável de ingestão, em um determinado momento.

Os estudos epidemiológicos de Xanthacos (2009) não apresentaram um diagnóstico apropriado dos transtornos alimentares. Indica que, a anorexia se inicie na adolescência, geralmente entre 13 a 17 anos, embora, há relatos de casos com início na infância e após os 40 anos. O indivíduo tem como meta emagrecer, pois a imagem corporal que possui considera sempre acima do peso ideal.

Os transtornos alimentares, como apresentam Borges et al., (2010), Xanthacos (2009), revelam alterações comportamentais alimentares. Expõem ainda, ser de grande preocupação, pois envolve, em sua maioria, adolescentes e adultos jovens do sexo feminino e a falta de nutrientes pode causar danos biológicos, psicológicos e sociais, com isso, um aumento considerável da morbidade e mortalidade.

Diante do exposto, a problemática que norteou a pesquisa foi: quais as estratégias utilizadas pelo nutricionista para mudanças no comportamento e nas atitudes alimentares nos pacientes com anorexia e bulimia nervosa?

Assim, justifica a relevância de abordar este assunto, para ampliar informações a respeito transtornos alimentares, anorexia nervosa e bulimia nervosa, que para os indivíduos acometidos desses transtornos sofrem, a imagem distorcida de seu corpo representa angústia e vergonha, causando mal-estar. Com isso, o indivíduo se isola e sua autoavaliação vai depender, de acordo com o êxito obtido em reduzir o peso ou controlar sua ingestão.

Portanto, o objetivo deste trabalho consiste em destacar a importância do profissional nutricionista no tratamento da anorexia e bulimia nervosa, com uma avaliação nutricional e acompanhamento dietoterápico, com vistas à mudança no comportamento e nas atitudes alimentares. Para tal, tem como objetivos específicos, conceituar a anorexia e bulimia nervosa;

destacar a importância do tratamento nutricional para as pessoas que sofrem de anorexia e a bulimia nervosa.

A questão metodológica está relacionada no levantamento bibliográfico que abordam acerca dos transtornos alimentares, anorexia e bulimia nervosa. Dentre eles, podemos citar Borges et al., (2010), Cielo et al., 2011, Pinzon e Nogueira (2004) e Xanthacos (2009) que apresentam a epidemiologia, curso, evolução dos transtornos alimentares e os fatores de predisposição.

Sendo assim, baseado nas pesquisas bibliográficas, em primeiro lugar apresentamos os Transtornos alimentares, anorexia e bulimia nervosa, conceito, sintomas e os fatores de predisposição. Em seguida, destacamos o profissional nutricionista, com estratégias no tratamento nutricional para as pessoas com transtornos alimentares: anorexia nervosa e bulimia nervosa para mudança na conduta e no modo alimentar.

CAPÍTULO 1 – TRANSTORNOS ALIMENTARES

Este capítulo apresenta o conceito de transtorno alimentar, bem como dos mais prevalentes, anorexia nervosa e bulimia nervosa. E, para um maior esclarecimento, busca-se na revisão bibliográfica os sintomas e fatores de predisposição desses transtornos alimentares.

Um transtorno alimentar está presente quando a pessoa experimenta distúrbios graves no comportamento alimentar, como redução extrema da ingestão de comida, comer exageradamente, ou sentimentos de grande angústia ou desconforto sobre o peso e forma do corpo (PINZON; NOGUEIRA, 2004).

Uma pessoa com transtorno alimentar pode começar somente ingerindo quantidades menores ou maiores que o usual, porém em algum ponto o impulso de comer mais ou menos sai fora de controle. Transtornos alimentares podem ser muito complexos, e apesar das pesquisas científicas para compreendê-los, as sustentações biológicas, comportamentais e sociais por trás deles permanecem evasivas (PEDRINOLA, 2012).

Os transtornos alimentares são geralmente acompanhados de inúmeras complicações clínicas relacionadas ao comprometimento do estado nutricional e às práticas compensatórias inapropriadas para o controle do peso, exercidas por indivíduos acometidos pelos mesmos.

Entre os principais indícios de distúrbios alimentares estão à ansiedade, fuga de situações que envolvam alimentação, como almoços com amigos e familiares, sensação de estar acima do peso, mesmo estando abaixo do peso, comportamento de pesagem ou medição várias vezes ao dia, dieta exagerada, compulsão por exercícios físicos, idas frequentes ao banheiro, depressão e insônia (CIELO et al., 2011).

Os fatores de predisposição, de acordo com Borges et al., (2010, p.434) incluem:

[...] sexo feminino, história familiar de transtorno alimentar, baixa autoestima, perfeccionismo, dificuldade em expressar emoções. Os fatores precipitantes incluem uma dieta, separação e perda, alterações da dinâmica familiar, expectativas irreais, proximidade da menarca.

Neste enfoque, anorexia e a bulimia consistem em transtornos alimentares, caracterizadas por graves alterações no comportamento alimentar, afetando em sua maioria, adolescentes e adultos jovens do sexo feminino.

Além disso, para Borges et al., (2010), alguns fatores são considerados mantenedores como os das alterações endócrinas, distorção da imagem corporal, distorções cognitivas, práticas purgativas.

Com o desequilíbrio nutricional, muitas complicações podem aparecer, levando a uma desordem endócrina que pode evoluir com amenorreia nas mulheres e impotência nos homens, como aspecto geral pode apresentar desaparecimento dos caracteres sexuais secundários, abdome escavado, faces profundas, apatia, escápulas bastante aparentes (CIELO et al., 2011).

Na pele e anexos, o indivíduo apresenta alteração na coloração da pele, ação chamada hiperbetacarotenemia, presença de pelugem fina, lanugo no rosto, nuca e costas; pode apresentar também algumas alterações cardiológicas como arritmias, parada cardíaca nos casos graves, pulso lento, temperatura e pressão arterial diminuídas, comprometimento da circulação periférica apresentando as extremidades frias; algumas alterações gastrintestinais também podem aparecer como modificação da motilidade gástrica, alterações de enzimas do fígado e também pancreatite (CARDOSO; SANTOS, 2012).

Entre as alterações endócrinas estão o hipotireoidismo que com seu desenvolvimento a pele torna-se seca e há alopecia, osteoporose devido a um baixo nível de cálcio ou a deficiência do intestino em absorvê-lo e amenorreia com a ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos; e entre as alterações hematológicas encontram-se anemia, leucopenia e dificuldades com a coagulação, e nos casos onde o indivíduo anorético apresenta episódios bulímicos encontram-se também alterações odontológicas como o desgaste dentário causado pelo excesso de suco gástrico presente nos vômitos e também pode chegar à infecção generalizada devido a debilidade do sistema imune (BECHARA; KOHATSU, 2014).

Os transtornos alimentares geralmente apresentam as suas primeiras manifestações na infância e na adolescência. De uma maneira geral, as alterações do comportamento alimentar neste período são divididas em dois grupos. Primeiramente, àqueles transtornos que ocorrem precocemente na infância. Estes representam alterações da relação da criança com a alimentação. Estas condições parecem não estar associada a uma preocupação excessiva com o peso e/ou a forma corporal, mas podem interferir com o desenvolvimento infantil. O segundo grupo de transtornos tem o seu aparecimento mais tardio e é constituído pelos transtornos alimentares propriamente ditos: a anorexia nervosa e a bulimia nervosa (CORDÁS, 2004).

As mais frequentes razões dadas para a recusa alimentar, além do medo de engordar ou do desejo de emagrecer, costumam ser náuseas, dor abdominal, sensação de plenitude, perda de apetite ou incapacidade para engolir (CARDOSO; SANTOS, 2012).

Os transtornos alimentares são geralmente acompanhados de inúmeras complicações clínicas relacionadas ao comprometimento do estado nutricional e às práticas compensatórias inapropriadas para o controle do peso, exercidas por indivíduos acometidos por eles. Apresentam alto grau de morbimortalidade, se não acompanhado pelo profissional

nutricionista. Suas primeiras manifestações apresentam na adolescência, sendo esta, uma fase de maior susceptibilidade e com maior representatividade no sexo feminino (BORGES et al., 2010).

O contexto sociocultural contribui de maneira significativa no desenvolvimento e perpetuação desses quadros, sendo responsável de certa forma, pela mudança observada nos padrões de beleza feminina como sendo o ideal o corpo cada vez mais magro. O culto à magreza assumiu a transmissão da mensagem de que o corpo esbelto e linear está associado diretamente à imagem de poder, autonomia e sucesso (PEDRINOLA, 2012).

A cultura atual exerce um lugar de destaque à imagem corporal, exaltando a magreza, no entanto, as mulheres, são mais vulneráveis às pressões sociais, econômicas e culturais, associadas aos padrões estéticos. Observa-se hoje que o corpo feminino é utilizado de forma incisiva pela publicidade, que através dos diferentes meios de comunicação, que em geral promovem imagens perfeitas e inalcançáveis de beleza, invade os lares e alcança as crianças e adolescentes, o que pode levar a um interesse precoce em adquirir um corpo magro, levando à prática de dietas e atividade física sem orientação profissional ocasionando riscos à saúde. As práticas de embelezamento, manipulação e mutilação corporais são carregadas de significados simbólicos e ilustram o lugar que o corpo ocupa na cultura, o corpo adquire o valor de objeto de consumo, que pode ser moldado, transformado e produzido segundo os ideais sociais, graças a indústria estética e aos avanços tecnológicos (LIMA; ROSA, 2012).

Nesse entendimento, conforme Lima e Rosa (2012), o número de pessoas com transtornos alimentares pode ter aumentado devido o crescente interesse dos profissionais de saúde e da população depois que passaram a receber informações sobre dietas, modismos alimentares e novas práticas para perder peso divulgados pela mídia e outros meios de comunicação.

Alguns relatos indicam que os transtornos alimentares também podem se desenvolver na infância ou mais tarde na vida adulta. Nos estudos apresentados em Monteiro e Camelo Junior (2007), revelam, seguindo a mesma afirmativa de Borges et al., (2010), que garotas têm probabilidade muito maior de desenvolver transtorno alimentar do que homens. Sendo estimado que homens e garotos correspondam por 5 a 15% dos pacientes com anorexia ou bulimia, e 35% dos com compulsão alimentar.

Há quadros mais leves, que não preenchem todos os critérios para o transtorno alimentar, mas que marcam uma profunda insatisfação com o corpo, como busca incessante de dietas e eventual uso de recursos extremos para emagrecer, tais como, vômito autoinduzido, uso de

laxante, diuréticos, moderadores de apetite e exercício físico compulsivo (PEDRINOLA, 2012).

Dentre os transtornos alimentares existentes, conforme os autores, dentre eles Borges et al., (2010), Lima e Rosa (2012), Pedrinola (2012), os mais prevalentes atualmente são a anorexia e bulimia nervosas. São descritos como transtornos e não como doenças, por ainda não se conhecer bem sua etiopatogenia.

Anorexia nervosa

A anorexia nervosa foi a primeira a ser descrita no século XIX e, igualmente, a pioneira a ser adequadamente classificada e ter critérios operacionais reconhecidos na década de 1970. A bulimia nervosa foi descrita por Gerald Russell em 1979, tem como característica recusa alimentar que leva a perda de peso, além da perda de massa corpórea (CORDÁS, 2004).

A anorexia nervosa pode ter início, a partir dos 7 anos de idade. Quando manifestam claramente sua intenção de controlar a alimentação, meninas referem preocupações estéticas, enquanto meninos relatam mais preocupação com saúde e condicionamento físico. Apesar das crianças se utilizarem menos de métodos purgativos, elas se exercitam bastante para controlar o peso através de esportes ou subindo escadas e fazendo abdominais (PEDRINOLA, 2012).

Cordás (2004, p.2) escreve que: “A anorexia nervosa caracteriza-se por perda de peso intensa e intencional às expensas de dietas extremamente rígidas com uma busca desenfreada pela magreza, uma distorção grosseira da imagem corporal e alterações do ciclo menstrual”. O início do quadro clínico ocorre, com mais frequência, a partir da elaboração de uma dieta. Inicialmente há uma restrição de grupos alimentares, sendo eliminados da dieta os alimentos mais calóricos.

A restrição alimentar vai aumentando progressivamente, seguida da redução do número de refeições, podendo evoluir de maneira drástica, até o jejum prolongado. Esta dieta para o indivíduo representa como uma maneira de atingir sua meta, que é de emagrecer, para satisfazer sua vontade, de emagrecer, por não aceitar sua imagem corporal. Mesmo que não esteja acima do peso, para quem sofre de anorexia nervosa, seu desejo é emagrecer (CIELO et al., 2011).

Em geral, os pacientes relatam que o início do quadro ocorre por alguma interferência exterior, como por exemplo, algum comentário sobre sua imagem corporal. Após este quadro inicial, o indivíduo tem como meta exclusiva a perda de peso. Para tal, a dieta passa a fazer parte de sua rotina, bem como atividades físicas fatigantes, devido ao medo de engordar (BORGES et al., 2010).

A alteração dos hábitos alimentares dos anoréxicos inicia com um jejum progressivo, abolindo a princípio, os alimentos calóricos, ao que se segue a restrição de outros grupos de alimentos, evoluindo para um rígido controle sobre o comportamento alimentar (BECHARA; KOHATSU, 2014).

De acordo com Bechara e Kohatsu (2014, p.12) existem dois tipos de apresentação da anorexia nervosa: o restritivo e o purgativo.

Diversos estudos demonstraram que pacientes com anorexia nervosa com comportamento bulímico/purgativo se distinguem daquelas que apenas restringem a alimentação em medidas de impulsividade, antecedentes de obesidade e aspectos de personalidade. Apesar de se parecerem mais com pacientes bulímicas nesses aspectos, diferenças fisiológicas entre indivíduos com comportamento bulímico que mantêm um peso normal e aqueles que perdem muito peso (e apresentam complicações pela desnutrição) parecem justificar a distinção.

Conforme os autores, várias complicações podem surgir em decorrência da desnutrição e dos comportamentos purgativos, tais como anemia, alterações endócrinas, osteoporose e alterações hidroeletrólíticas, especialmente hipocalemia, que pode levar a arritmia cardíaca e morte súbita, dentre outras.

No tipo restritivo os pacientes apresentam comportamentos restritivos associados à dieta, não comem compulsivamente e realizam exercício, a fim de obter o emagrecimento. As dietas são restritivas e alimentam-se poucas vezes ao dia, passando longos períodos em jejum. Já o tipo purgativo, os indivíduos apresentam comportamentos relacionados com a redução da alimentação e prática constante de exercícios e realizam uso abusivo de laxantes e de inibidores de apetite, além de induzir vômitos (CORDÁS, 2004).

A progressão, porém, é problemática. Após o vômito, normalmente surge a sensação de estar fazendo algo fora do normal. Sente-se ansioso, culpado e com piora na autoestima, o que faz retomar a dieta. Às vezes, pode ocorrer de forma mais intensa, por acreditar erroneamente que detém o controle sobre esse processo. Ao aumentar a restrição, facilita os episódios bulímicos, piora os vômitos, desencadeia a ansiedade e a conseqüente queda na autoestima, tornando um círculo vicioso (BORGES et al., 2010).

Diversos critérios operacionais foram propostos para anorexia nervosa, a maioria deles englobando basicamente comportamentos visando perda de peso e sua manutenção abaixo do normal; medo de engordar patológico; distúrbio de imagem corporal e distúrbio endócrino (BORGES et al., 2010).

Há certo consenso de que a perda de peso autoinduzida é necessária para o diagnóstico, Bechara e Kohatsu (2014, p.18) observam:

[...], porém, a linha que separa o que seria ‘minimamente normal’ e ‘abaixo do peso’ não é tão clara, em parte, em virtude da inexistência de estudos que identifiquem o momento de instalação dos sintomas de inanição. Para padronização tem-se utilizado o Índice de Massa Corpórea ($IMC = \text{peso}/\text{altura}^2$) $<17,5$ (critério utilizado pela CID-10) ou percentual de adequação de peso inferior a 85% (critério utilizado pelo DSM-IV), considerando-se também a situação de pacientes em crescimento que apresentariam falhas em alcançar o ganho de peso esperado para o período.

A prática de exercícios físicos é frequente, sendo que as pacientes chegam a realizar exercícios físicos cansativos com o objetivo de queimar calorias e perder peso (BECHARA; KOHATSU, 2014).

O diagnóstico de anorexia repousa sobre alguns critérios essenciais como perda de peso acentuada, superior a 15% do peso inicial; aparecimento da patologia antes dos 25 anos de idade; uma distorção implacável no comportamento alimentar e um medo excessivo de ganhar peso e de se tornar obeso (CORDÁS, 2004).

Sintomas

Os sintomas da anorexia nervosa são identificáveis pela mudança corporal que o paciente sofre, porém existem outros sinais que podem ser observados, como temor de engordar e possuir uma imagem do próprio corpo bem diferente do que ele é (CARDOSO; SANTOS, 2012).

Como escrevem Demétrio et al., (2011, p.746):

Apresentam problemas no ciclo menstrual; não se alimentam adequadamente; ir ao banheiro logo após as refeições, fazer uso medicamentoso para perda de peso, como diuréticos e laxantes. Pele manchada ou tonalidade amarelada; poucos pelos corporais; boca e pele seca; depressão; sensibilidade extrema ao frio e resistência óssea enfraquecida.

Na faixa etária infantil, a partir de 07 anos, a perda de peso não é eficaz para o diagnóstico, podendo haver apenas redução no ganho de peso esperado para o crescimento (DEMÉTRIO et al., 2011).

Nos casos de anorexia nervosa pode haver um importante retardo no desenvolvimento, expondo ao risco de osteopenia, osteoporose e baixa estatura, podendo também ocorrer, de forma aguda, sintomas obsessivo-compulsivos (BORGES et al., 2010).

Diversos critérios operacionais foram propostos para anorexia nervosa, a maioria deles englobam basicamente comportamentos visando perda de peso e sua manutenção abaixo do normal; medo de engordar patológico; distúrbio de imagem corporal e distúrbio endócrino (FERNANDES, 2006).

A prática de exercícios físicos é frequente, sendo que as pacientes chegam a realizar exercícios físicos cansativos com o objetivo de queimar calorias e perder peso (BECHARA; KOHATSU, 2014).

Esse transtorno alimentar leva o indivíduo a fazer uso de dieta exagerada, combinado com exercícios físicos, além de uso de medicamentos, cujo objetivo é perder peso. E como invariavelmente os pacientes negam o transtorno alimentar, tendem a não relatar espontaneamente suas queixas, ficando a cargo do profissional nutricionista, através da anamnese, para chegar a um diagnóstico (CARDOSO; SANTOS, 2012).

Os parâmetros encontrados no exame físico desses pacientes estão relacionados à própria desnutrição e à disfunção hipotalâmica, incluindo pele seca, hipotermia, bradicardia, hipotensão, bradipnéia e edema de membros. É um problema grave de saúde. Considerando também o fato que os adolescentes não têm noção do que pode ocorrer com seu corpo, na falta de nutrientes necessários para seu desenvolvimento, podendo inclusive ocorrer fatalidades (BECHARA; KOHATSU, 2014).

A gravidade da desnutrição pode ser avaliada pelo índice de massa corpórea (IMC), que é obtido pela divisão do peso pelo quadrado da altura (faixa de desnutrição inferior a 18kg/m² para adultos (BORGES et al., 2010).

Fatores que podem causar anorexia nervosa

Os fatores que podem causar anorexia nervosa podem ser de ordem psicológica, ambiental e biológica. Os familiares e as pressões sociais podem contribuir para a anorexia. Isso inclui também, a participação numa atividade que exige magreza, como balé, ginástica, ou modelagem (CORDÁS, 2004).

Nas pressões familiares, as principais causas incluem pais que são excessivamente controladores, rígidos, que colocam muita ênfase na aparência e dieta em si e criticam o corpo dos seus filhos e aparência. Nestes casos, a anorexia nervosa desenvolve-se como uma luta pela

independência e individualidade. Os eventos estressantes da vida, como o início da puberdade, também podem desencadear anorexia (BORGES et al., 2010).

Vale também mencionar a questão do conceito de beleza que a mídia apresenta, que pode também ser considerado como uma das causas para que as adolescentes iniciem uma dieta, com pouco nutriente, o que afeta sua saúde. Sendo a principal causa, o distúrbio de imagem. A pessoa ao se olhar no espelho, não consegue aceitar a maneira que ele é, Atribuindo sempre um peso inexistente, o que provoca ansiedade e maneiras radicais de perder peso (CARDOSO; SANTOS, 2012).

Geralmente quando a pessoa tem esse transtorno alimentar, não tem noção do que está acontecendo com seu corpo, realmente acreditando que seu peso não está de acordo com sua estatura, tendo a ideia de que está acima do peso (CORDÁS, 2004).

Algumas vezes os hormônios e alguns genes podem ser responsáveis pelo desenvolvimento desse transtorno alimentar, porém uma das principais influenciadoras são os fatores externos. Observar os adolescentes e seu comportamento alimentar pode evitar problemas mais graves de saúde (FERNANDES, 2006).

Em geral, os pacientes relatam que o início do quadro ocorre por alguma interferência exterior, como por exemplo, algum comentário sobre sua imagem corporal. Após este quadro inicial, o indivíduo tem como meta exclusiva a perda de peso. Para tal, a dieta passa a fazer parte de sua rotina, bem como atividades físicas fatigantes, devido ao medo de engordar (BORGES et al., 2010).

A alteração dos hábitos alimentares dos anoréxicos inicia com um jejum progressivo, abolindo a princípio, os alimentos calóricos, ao que se segue a restrição de outros grupos de alimentos, evoluindo para um rígido controle sobre o comportamento alimentar (BECHARA; KOHATSU, 2014).

O diagnóstico de anorexia repousa sobre alguns critérios essenciais como perda de peso acentuada, superior a 15% do peso inicial; aparecimento da patologia antes dos 25 anos de idade; uma distorção implacável no comportamento alimentar e um medo excessivo de ganhar peso e de se tornar obeso (CORDÁS, 2004).

A gravidade da desnutrição pode ser avaliada pelo índice de massa corpórea (IMC), que é obtido pela divisão do peso pelo quadrado da altura, faixa de desnutrição inferior a 18kg/m² para adultos (BORGES et al., 2010).

Assim, o controle nutricional, de acordo com os autores, dentre eles Borges et al., (2010), Cordás (2004), busca a determinação de quais são as alterações metabólicas de cada paciente, e deve suprir todas as suas necessidades a fim de restabelecer a saúde. E, para que se

obtenha resultado é importante que o paciente esteja interessado e perceba os benefícios de uma alimentação adequada.

Bulimia nervosa

A bulimia nervosa foi distinguida como categoria independente da anorexia nervosa no trabalho de Russell, em 1979. Sendo propostos três critérios básicos para a sua definição científica, como impulso irresistível de comer excessivamente; ações combinadas para evitar o efeito de engordar do alimento, indução de vômitos e/ou abuso de purgativos, e medo mórbido de engordar, todos de forma concomitante (BECHARA; KOHATSU, 2014).

No ano de 1985, Mitchell e Laine estudaram pacientes do sexo feminino hospitalizadas com bulimia nervosa que relataram características de seus episódios de *binge eating*. Elas relataram ingestões alimentares entre 1.436 a 25.755 Kcal, que eram muitas vezes semelhantes à dieta habitual qualitativamente. Algumas destas pacientes devoravam o alimento até que a compulsão trouxesse dor física ou sono. A média desses episódios por semana foi treze, variando entre seis e trinta (BORGES et al., 2010).

Em 1994, foi descrito por Wallin et al., a seleção alimentar durante os episódios, que seguem um padrão similar incluindo pães, bolos, massas, sanduíches, chocolates, pizzas e doces. A seleção dos alimentos é resultado da compulsão ou do desejo irresistível por esses alimentos especificamente. O perfil da alimentação depende de vários fatores, incluindo a oportunidade de purgação, o tipo de alimento disponível e o humor (FERNANDES, 2006). A bulimia nervosa é caracterizada por episódios frequentes e recorrentes de ingestão de grandes quantidades de alimentos, apresentando falta de controle sobre a alimentação. Essa compulsão alimentar é seguida por um tipo de comportamento que o compensa, como vomitar ou jejuar por dias (BARBOSA, 2019).

Para ser diagnosticada, é necessária haver correspondência com cinco critérios padrão, incluindo alimentação compulsiva seguida de purga, pelo menos duas vezes por semana durante três meses, demonstração de medo profundo em relação ao aumento de peso, ideias irrealistas relacionadas com o peso ideal e a ausência de anorexia (LIMA; ROSA, 2012).

Na bulimia nervosa, estudos apresentados por Borges et al., (2010) apontam que o início dos sintomas geralmente ocorre no final da adolescência ou até os 40 anos. Em média, a idade para início dos sintomas do quadro de bulimia nervosa é de 20 anos de idade. O paciente bulímico, geralmente, apresenta peso normal ou em menor número de casos, com sobrepeso.

Nos estudos apresentados por Cordás (2004), a bulimia nervosa tem incidência maior a partir da adolescência e de 3 a 7% da população, embora seja difícil mapear o real número de pessoas que sofrem da doença, uma vez que ela está cercada de preconceitos e é difícil para o próprio doente confessar seu problema. Cerca de 90% dos casos ocorrem em mulheres.

Caracteriza os episódios bulímicos como uma grande ingestão de alimentos, em um espaço de tempo muito curto, que, geralmente, a maioria das pessoas não conseguiria ingerir (BORGES et al., 2010).

Sendo o vômito autoinduzido uma ocorrência comum no transtorno alimentar que compõe o quadro de bulimia e binge. Contudo pode ocorrer fora desses quadros, necessitando para isso de uma classificação distinta, como a oferecida pelo CID-10 (PINZON; NOGUEIRA, 2004).

De acordo com os critérios diagnósticos, conforme CID-10, esses episódios de intensa ingesta, deve estar presente uma sensação de que é incapaz de controlar o que se come, bem como movimentos no sentido de compensação (CORDÁS, 2004).

Na bulimia nervosa há também dois tipos, o purgativo e o não purgativo. O tipo purgativo é quando o bulímico purga para libertar o corpo de comida. Já o tipo não purgativo é quando o bulímico não purga para libertar o corpo de comida, mas faz exercício ou jejua em excesso após comer compulsivamente (LIMA; ROSA, 2012).

Sinais característicos

O início do quadro clínico inicia-se quando o indivíduo começa a apresentar compulsão alimentar. O mesmo ao se deparar com alimentos devora-os. Após o episódio de compulsão, sente-se culpado podendo apresentar mal-estar físico em razão da quantidade de alimentos ingerida. Neste momento, invariavelmente ocorre-lhe a ideia de induzir o vômito para não ganhar peso, conforme ilustração abaixo (BORGES et al., 2010).

Os bulímicos gostam de ficar sozinhos para comer compulsivamente. Comem em recipientes grandes, trocam a colher pelo garfo e faca para ingerir melhor a comida, bebem muito líquido junto às refeições para facilitar o vômito. Como na maioria das vezes os familiares e os amigos não percebem e até mesmo o paciente não se acha doente é um fator preocupante, pois pode ter várias consequências (LIMA; ROSA, 2012).

Para os bulímicos, comer compulsivamente e purgar constitui um ciclo, mas eles podem não ganhar ou perder peso suficiente para que se torne óbvio que padecem de um transtorno alimentar (BORGES et al., 2010).

Além do fato de que com este ciclo constante, os bulímicos raramente retêm vitaminas e minerais suficientes para se manterem saudáveis. Estes fatores podem ter efeitos prejudiciais sérios e prolongados na saúde, como no trato digestivo, boca, dentes e glândulas salivares são comuns entre bulímicos (BUCARETCHI, 2003).

Apesar de a bulimia estar na maioria das vezes associada a uma fraca autoestima e fraca autoconfiança, são os comportamentos dos bulímicos que denunciam o seu transtorno alimentar ao exterior (LIMA; ROSA, 2012).

Além dos sinais característicos da bulimia nervosa, há também outros comportamentos que se tornam sinais de aviso, tais como esconder a comida reservada para episódios de voracidade, mentir sobre o que comeram; esconder laxantes ou diuréticos; queixas frequentes em relação a dores de garganta, problemas dentários causadas pelos repetidos vômitos; demonstrar pouco ou nenhum impulso sexual (PINZON; NOGUEIRA, 2004).

Este comportamento causa satisfação e alívio momentâneos. O indivíduo bulímico pensa ter encontrado a forma ideal de manter o peso sem restringir os alimentos que consideram proibidos. A progressão, porém, é problemática (BUCARETCHI, 2003).

Após o vômito, normalmente surge a sensação de estar fazendo algo fora do normal. Sente-se ansioso, culpado e com piora na autoestima, o que faz retomar a dieta às vezes de forma mais intensa por acreditar erroneamente que detém o controle sobre esse processo (LIMA; ROSA, 2012).

Ao aumentar a restrição, facilita os episódios bulímicos, piora os vômitos, desencadeia a ansiedade e a consequente queda na autoestima, o que se torna um círculo vicioso (BORGES et al., 2010).

Para compensar o ganho de peso, pode entrar em um repetitivo ciclo de intensa restrição alimentar, alternadas com episódios de compulsão. Esses tipos de autopunição, pode ser consequências de uma dificuldade da pessoa em lidar com sua aparência (LIMA; ROSA, 2012).

Embora o bulímico geralmente se encontra com peso normal, não chegando à magreza da anorexia, essa aparência pode dificultar identificar o transtorno alimentar (BUCARETCHI, 2003).

Os riscos para os indivíduos bulímicos são os mesmos relacionados aos da anorexia nervosa: deficiência de nutrientes, como diminuição da pressão e da temperatura corporal, levando o indivíduo a ser menos tolerante ao frio; desmaios e fraqueza; enfraquecimento dos dentes, dores no estômago; constipação; queda de cabelo; pele ressecada e rachada; e mais grave deles, morte por ataque cardíaco, pela deficiência de sódio e potássio, que controlam o ritmo das batidas do coração (XANTHAGOS, 2009).

O bulímico, ao tentar ganhar peso, faz uso da prática do vômito. O que expõe a boca aos ácidos estomacais, prejudica o esôfago, o fígado, os pulmões e o coração da vítima. Além disso, o uso de laxantes destrói a função intestinal e resulta em diarreia contínua e hemorragia retal (LIMA; ROSA, 2012).

Episódios bulímicos

Os episódios bulímicos são definidos como a ingestão, em um curto espaço de tempo, de uma quantidade de alimentos muito superior ao que a maioria das pessoas conseguiria ingerir durante um período igual e sob circunstâncias similares (XANTHAGOS, 2009).

Normalmente, durante esses episódios, o indivíduo ingeri o alimento sem critério de sabor e textura, entretanto é muito criterioso na escolha dos alimentos. Há também uma grande variabilidade nas calorias ingeridas durante o período da compulsão (BORGES et al., 2010).

Para que seja caracterizado como episódio de compulsão alimentar, deve haver um sentimento de perda de controle sobre a alimentação por parte do indivíduo, ou seja, um sentimento de não poder parar de comer ou de incapacidade de conseguir controlar o que ingere, bem como a quantidade. A frequência desses episódios é variável, podendo ocorrer várias vezes em um único dia ou em uma semana (LIMA; ROSA, 2012).

Outra análise que pode ser feita é a percepção de uma avaliação do indivíduo calcada exageradamente em critérios corporais, como se qualquer alteração na forma alterasse a própria existência do indivíduo como um todo. Isso refere-se à distorção da imagem corporal que também está presente na bulimia nervosa (BUCARETCHI, 2003).

Devido à variação individual para a quantidade considerada grande consumida no episódio bulímico, há autores que propõem a definição de um mínimo de calorias para fins de classificação (ex. >1.000) (BORGES et al., 2010).

Ainda que a maioria dos episódios envolva enormes quantidades de alimentos, em geral entre 1.200 e 4.500 calorias, alguns destes eventos considerados pelas indivíduos como excesso alimentar correspondem à ingestão de quantidades normais ou até pequenas de alimentos e têm sido concebidos como compulsões subjetivas ((BARBOSA, 2019).

Desta forma, a perda de controle pode identificar melhor a compulsão alimentar que o excesso alimentar por si. O diagnóstico da bulimia nervosa pode não ser tão fácil por seus sinais muitas vezes não ficarem aparentes. Uma pessoa com bulimia pode ser magra, obesa ou ter peso normal (PINZON; NOGUEIRA, 2004).

Um aspecto fundamental para o tratamento da bulimia nervosa é o controle de oscilação

de peso e da compulsão alimentar, mantendo um padrão regular de alimentação, seguindo uma dieta prescrita por um Nutricionista (BARBOSA, 2019).

Ao contrário do anorético, o bulímico geralmente encontra-se com peso normal, não chegando à magreza da anorexia e essa aparência de normalidade muitas vezes dificulta identificar este transtorno alimentar, embora o bulímico também possui a imagem corporal distorcida, achando que está gordo, temendo exageradamente ganhar peso (LATTERZA et al., 2004).

Assim, no próximo capítulo, será destacada a importância da avaliação nutricional e do acompanhamento dietoterápico para as pessoas com transtorno alimentar: anorexia nervosa e bulimia nervosa.

CAPÍTULO 2 – TRATAMENTO NUTRICIONAL

Os transtornos alimentares são geralmente acompanhados de inúmeras complicações clínicas relacionadas ao comprometimento do estado nutricional e às práticas compensatórias inapropriadas para o controle do peso, exercidas por indivíduos acometidos pelos mesmos (BECHARA; KOHATSU, 2014).

Muitas destas complicações surgem em consequência do atraso do diagnóstico e do início do tratamento, pois, muitos pacientes escondem os sintomas e/ou recusam o tratamento. Sendo o tratamento muito importante para a recuperação da saúde das pessoas com transtornos alimentares (LATTERZA et al., 2004).

Alvarenga, Dunker e Philippi (2020) apontam que para ajudar o paciente a mudar seus comportamentos é necessário explorar os padrões alimentares e de dieta, e suas razões com o paciente. Quando os aspectos mais e menos positivos são explorados é possível sintetizar e questionar como o paciente se sente. É importante explorar o que o paciente sente sobre mudar para um padrão de alimentação mais saudável. Assim, a abordagem de tratamento depende da gravidade do transtorno alimentar, bem como a resposta da pessoa aos tratamentos.

Assim, considerando que os transtornos alimentares como a anorexia nervosa e bulimia nervosa apresentam uma relação ao problema de nutrição, distorção corporal e preocupação excessiva com a alimentação, o tratamento nutricional é importante, por visar não somente as mudanças de hábitos alimentares, como também, a redução de comportamentos compensatórios que será explanado neste capítulo.

O Nutricionista no tratamento dos transtornos alimentares

No início de tratamento deve constituir vínculo entre Nutricionista e paciente, o qual é fundamental para que não haja o abandono e para que ocorra a evolução do tratamento nutricional. O adequado é estabelecer junto ao paciente ajuste para uma alimentação adequada (ALVARENGA; DUNKER; PHILIPPI, 2020).

Para isso, o Nutricionista deve primeiramente analisar a ingestão atual em relação a nutrientes e calorias e, a partir disso, fazer um plano de tratamento. E para que este plano possa ser aceito pelo paciente, o ideal é fazer acordos. Tal medida se dá, considerando o fato que, no início do tratamento, o paciente está muito distante do peso adequado, logo, não se passa para ele o ideal, já que isto interferiria na adesão dele. Neste enfoque, o Nutricionista, no tratamento

dos transtornos alimentares não deve se prender a regras rígidas, como por exemplo, com a prescrição de dietas (TIRICO; STEFANO; BLAY, 2010).

O Nutricionista deve trabalhar, conforme a aceitação do paciente, seguindo metas individuais estabelecidas juntamente com ele, a fim de que as mudanças sejam graduais. Sendo importante avaliar medidas de peso e altura, restrições alimentares, crenças nutricionais e a relação com os alimentos (MONTEIRO; CAMELO JUNIOR, 2007).

O tratamento nutricional para a anorexia nervosa e bulimia nervosas deve ser realizado individualmente e não existe um cronograma de temas abordados com os pacientes. O Nutricionista é capacitado para propor modificações do consumo, padrão e comportamento alimentares, aspectos estes que estão profundamente alterados nos transtornos alimentares (TIRICO; STEFANO; BLAY, 2010).

O tratamento nutricional dos transtornos alimentares consiste em duas etapas, a educacional nutricional e experimental. Deve-se conduzir uma detalhada anamnese acerca dos hábitos alimentares do paciente (TIRICO; STEFANO; BLAY, 2010).

Educação nutricional e experimental

A educação nutricional abrange conceitos de alimentação saudável, tipos, funções e fontes dos nutrientes, recomendações nutricionais, consequências da restrição alimentar e das purgações. A educação nutricional é necessária, pois apesar de se achar que estes pacientes entendem muito sobre alimentos, seus conhecimentos limitam-se às dietas para perda de peso e valor nutritivo de alguns alimentos (ALVARENGA; DUNKER; PHILIPPI, 2020).

Na fase experimental, trabalha-se mais intensamente a relação que o paciente tem para com os alimentos e o seu corpo, ajudando-o a identificar os significados que o corpo e a alimentação possuem (ALVARENGA; DUNKER; PHILIPPI, 2020).

No tratamento nutricional, a contagem de calorias ou pesagem dos alimentos é desencorajada, visto que estes pacientes demonstram extrema atenção à composição dos alimentos e seus valores calóricos (MONTEIRO; CAMELO JUNIOR, 2007).

Além disso, o Nutricionista é o profissional mais adequado para ajudar os pacientes no esclarecimento de mitos alimentares. Sua atuação é importante para a prestação de informações, por exemplo, sobre dietas da moda.

Tratamento nutricional da anorexia nervosa

As metas do tratamento nutricional na anorexia nervosa envolvem o restabelecimento do peso, normalização do padrão alimentar, da percepção de fome e saciedade e correção das sequelas biológicas e da desnutrição (ALVARENGA; DUNKER; PHILIPPI, 2020).

Com intuito de reabilitar pacientes que estejam gravemente desnutridos e evitar, nos demais, o agravamento do estado nutricional, para isto, os seguintes objetivos devem ser buscados: restaurar o peso; normalizar o padrão da dieta; recuperar a percepção de fome e saciedade; e corrigir as alterações biológicas causadas pela desnutrição (MONTEIRO; CAMELO JUNIOR, 2007).

A correta obtenção do peso e da estatura e a comparação dos mesmos com os padrões de referência de normalidade para idade e sexo são essenciais para mensurar a intensidade da desnutrição, assim como para acompanhar a evolução do quadro ao longo do tratamento (MONTEIRO; CAMELO JUNIOR, 2007).

Diante da preocupação demasiada com o corpo e a forma física que esses doentes apresentam, fica a critério do Nutricionista escolher o momento para a tomada de medidas consideradas mais invasivas, como por exemplo, as pregas cutâneas, que podem aguardar pelo estabelecimento de um maior vínculo entre paciente e avaliador (TIRICO; STEFANO; BLAY, 2010).

O peso deve ser aferido semanalmente e na impossibilidade disso, em períodos breves, por se tratar de um importante indicador da evolução e recuperação nutricional (TIRICO; STEFANO; BLAY, 2010).

Na avaliação antropométrica, o ideal é que seja realizado no mesmo horário, trajando roupas de banho ou outra vestimenta leve, que possuam peso conhecido pelo profissional, para ser desprezado posteriormente (LATTERZA et al., 2004).

Contrariando esses preceitos, é bastante comum a situação em que o paciente se apresenta com roupas largas, grossas e sapatos pesados na tentativa de superestimar a tomada de peso (TIRICO; STEFANO; BLAY, 2010).

Nas pacientes que pararam de menstruar, o peso mínimo aceito é aquele que permite ciclos ovulatórios normais, lembrando-se que se necessita em torno de 20% de gordura corporal para isto ocorrer. Nas não amenorréicas, mesmo com peso muito abaixo do esperado para idade e estatura, aceita-se como mínimo 90% do peso ideal (ALVARENGA; DUNKER; PHILIPPI, 2020).

Nas pré-púberes, aceita-se o peso que leva à manutenção do desenvolvimento puberal, que deve ser acompanhado pela velocidade de crescimento e pelo desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários ((LVARENGA; DUNKER; PHILIPPI, 2020).

O padrão de referência de normalidade mais utilizado é o do *National Center for Health Statistics* (NCHS). O indicador nutricional mais empregado em adolescentes e adultos é o índice de massa corporal (IMC) (ALVARENGA; DUNKER; PHILIPPI, 2020).

O IMC é obtido dividindo-se o peso, em quilogramas (kg), pela estatura (em metros) elevada ao quadrado, sendo expresso em kg/m². Em adultos, segundo o valor do IMC, pode-se dividir a condição nutricional em quatro grupos (ALVARENGA; DUNKER; PHILIPPI, 2020).

- ✓ normalidade: $IMC \geq 18,5$ e $< 25,0$;
- ✓ desnutrição: $IMC < 18,5$;
- ✓ sobrepeso: $IMC \geq 25,0$ e $< 30,0$;
- ✓ obesidade: $IMC \geq 30,0$.

Nos pacientes com menos de 20 anos, é necessário comparar, segundo sexo e idade, o valor do IMC calculado com as tabelas de referência do NCHS¹. Nesse grupo, classifica-se como portador de desnutrição o paciente com IMC abaixo do quinto percentil para idade e sexo (ALVARENGA; DUNKER; PHILIPPI, 2020).

Nos critérios diagnósticos de anorexia nervosa, inclui-se a verificação de IMC menor que 18,5 para adultos ou IMC abaixo de 85% do esperado para idade e sexo, naqueles menores de 20 anos. O agravo nutricional pode ser considerado moderado em adultos, quando em torno de 17,5 kg/m², e grave quando inferior a 15 kg/m² (LATTERZA et al., 2004).

O ganho de peso deve ser controlado. Para os anoréxicos internados, é recomendado um ganho de 900 g a 1,3 kg/semana e para àqueles com atendimento ambulatorial, 250 g a 450 g/semana (LATTERZA et al., 2004).

O consumo energético recomendado é de 30 a 40 kcal/kg por dia, podendo chegar até 70 a 100 kcal/kg por dia com a progressão do tratamento. O valor energético total da dieta não deve ser abaixo de 1.200 kcal/dia. Este aumento gradual pode ajudar a reduzir a ansiedade quanto ao ganho de peso, e permite que o trato gastrointestinal se adapte à realimentação (LATTERZA et al., 2004).

¹ Anexo

A proporção de macronutrientes deve ser igual às recomendações para populações saudáveis. Para garantir o cumprimento dessas recomendações, o nutricionista pode orientar suplementos nutricionais (TIRICO; STEFANO; BLAY, 2010).

Os suplementos alimentares são indicados, principalmente cálcio, 500 mg/dia a 1.000 mg/dia e vitaminas em doses baixas. Níveis séricos de fósforo e potássio devem ser monitorados, e, quando necessário, indica-se a reposição desse dois íons (LATTERZA et al., 2004).

Entretanto, deve-se lembrar que a hipofosfatemia pode levar à morte durante a realimentação, pois as reservas de fósforo se depletam durante a fase de desnutrição e catabolismo. Na fase de realimentação, ocorre afluxo celular de fósforo com hipofosfatemia grave (BECHARA; KOHATSU, 2014).

As deficiências de vitaminas e minerais são raras na anorexia nervosa, devido ao uso frequente de suplementos e à diminuição das necessidades. No entanto, estudos apresentados por Monteiro e Camelo Junior (2007), encontraram deficiências de zinco e ácido fólico em adolescentes com anorexia nervosa que não se reverteram após o tratamento. Diante disso, na conclusão dos estudos, recomendaram a suplementação destes nutrientes.

As consequências da deficiência de zinco são muito semelhantes à anorexia nervosa, e que a suplementação com zinco promove maior ganho de peso e redução da ansiedade. Em relação ao cálcio, alguns estudos comprovaram os efeitos positivos da suplementação de 1.000 a 2.000 mg/dia na redução da osteopenia, complicação comum decorrente da anorexia nervosa (BECHARA; KOHATSU, 2014).

Sendo a osteopenia frequente e, muitas vezes, persistente. Do ponto de vista laboratorial, demonstraram que o fator de maior grau de correlação com o conteúdo mineral ósseo é o de crescimento insulina-like 1 (IGF-1). Esse fator tem reconhecidamente função trófica no tecido ósseo e é nutrição-dependente. Assim, os níveis reduzidos de IGF-1 podem ser fator importante na gênese e na perpetuação da osteopenia (TIRICO; STEFANO; BLAY, 2010).

Para se alcançar os objetivos, a proposta pactuada deve ser a de recuperação de peso, evitando-se utilizar os termos ganho de peso e engordar. Os pacientes devem ser esclarecidos sobre a quantidade de calorias que será oferecida e sobre a restrição às atividades, bem como em relação a algumas outras atividades e práticas dietéticas patológicas (LATTERZA et al., 2004).

Metas de obtenção de peso devem ser estabelecidas, e, quando atingidas, algumas restrições devem ser revistas e repactuadas. Além da perda de peso, são frequentes as alterações na composição corporal dos pacientes com anorexia nervosa (BECHARA; KOHATSU, 2014).

A massa corporal de gorduras costuma estar muito reduzida, acarretando grande diminuição das reservas energéticas e prejudicando o metabolismo de diferentes hormônios (TIRICO; STEFANO; BLAY, 2010).

Dentre os métodos indiretos da composição corporal, utilizam-se a medida das pregas cutâneas e a impedância bioelétrica, este, método não-invasivo, de baixo custo e já validado para estudos dos compartimentos corporais em adultos (BECHARA; KOHATSU, 2014).

Assim, o Nutricionista, conforme estudos em Tirico, Stefano e Blay (2010), deve participar de todo processo de planejamento das refeições, ajudando o anoréxico a consumir uma dieta adequada e monitorando o balanço energético, assim como o ganho de peso. Ajudando o paciente a normalizar o seu padrão alimentar e aprender que a mudança de comportamento deve sempre envolver planejamento e o contato com os alimentos.

Acompanhamento nutricional na anorexia nervosa

A recuperação do peso e a reabilitação alimentar é uma meta prioritária do tratamento, devendo ser de forma gradual com uma dieta orientada pelo Nutricionista. Um dos princípios desse tratamento é o uso do diário alimentar (LATTERZA et al., 2004).

Sendo um instrumento de auto monitoração, no qual o paciente registra quais alimentos foram consumidos e a quantidade, os horários e locais das refeições, a ocorrência de compulsões e purgações, a companhia durante as refeições, os sentimentos associados e uma nota para o quanto de fome estava sentindo antes de alimentar-se e o quanto de saciedade ele obteve com aquela ingestão (BECHARA; KOHATSU, 2014).

Este instrumento, embora ofereça uma riqueza de detalhes e informações sobre os sintomas da doença relativos aos hábitos e comportamentos alimentares do indivíduo, têm algumas limitações, como por exemplo: superestimativa das quantidades ingeridas, omissão ou manipulação de informações importantes, como número de purgações diárias, número de refeições feitas, ou mesmo negação da fome, além da veracidade das informações como um todo (LATTERZA et al., 2004).

Uma outra ferramenta de trabalho do Nutricionista é o recordatório alimentar de 24 horas, recomendado no primeiro atendimento, que consiste numa entrevista realizada por profissional Nutricionista com objetivo de obter informações com o máximo de precisão acerca da alimentação nas últimas 24 horas (ALVARENGA; DUNKER; PHILIPPI, 2020).

É de grande utilidade para confirmar os relatos anotados no registro alimentar e oferece o panorama dos progressos ou pioras da evolução alimentar do paciente.

Com esses recursos, é possível observar características específicas de cada paciente ilustradas pelo comportamento alimentar, como alimentação infantilizada, composta por mingaus, sopas e papinhas, crença em ganhar peso utilizando insumos de higiene pessoal e utilização de medicação fitoterápica, com efeito laxativo/diurético após as refeições (BECHARA; KOHATSU, 2014).

Após a obtenção desses dados sobre a alimentação, é necessário bom senso e compreensão da doença como um todo para se progredir com as modificações na dieta e hábitos alimentares do indivíduo, com metas atingíveis e praticáveis, sem exigências de recuperação rápida e imediata do quadro clínico (ALVARENGA; DUNKER; PHILIPPI, 2020).

A ingestão calórica inadequada, a variedade limitada de alimentos na dieta e o consumo restrito de grupos alimentares resultam em um consumo inadequado de vitaminas e minerais. Os pacientes com anorexia nervosa que consistentemente restringem os lipídios dietéticos estão em maior risco de terem uma ingestão de ácidos graxos essenciais e uma ingestão de vitaminas lipossolúveis bem menores do que realmente necessitam. Esses pacientes também podem ter deficiência na vitamina D, cálcio, folato, vitamina B12, magnésio, cobre e zinco (ALVARENGA; DUNKER; PHILIPPI, 2020).

A leptina é um hormônio secretado pelos adipócitos, participa na regulação de vários sistemas, incluindo o sistema reprodutivo, imune, respiratório, hematopoiético e ósseo, além do seu papel no balanço energético, via sistema nervoso central (MONTEIRO; CAMELO JUNIOR, 2007).

Na Anorexia Nervosa, sugere-se que as alterações nas concentrações de leptina contribuem para o comportamento de restrição alimentar e a hiperatividade (ALVARENGA; DUNKER; PHILIPPI, 2020).

As anoréxicas em tratamento, conforme estudos em Monteiro e Camelo Junior (2007), apresentam aumento na leptinemia, geralmente associado ao ganho de peso e de gordura corporal, sugerindo que a leptina pode ser um indicador do estado nutricional desses indivíduos

As concentrações de leptina tendem a atingir a normalidade precocemente em resposta ao tratamento de realimentação e de ganho de tecido adiposo, ou até serem maiores que as do grupo controle, contribuindo para o quadro de anorexia nervosa e dificultando a sustentação do peso normal (MONTEIRO; CAMELO JUNIOR, 2007).

A avaliação nutricional deve ser a mais completa possível, permitindo um diagnóstico correto tanto da desnutrição global quanto dos transtornos nutricionais específicos (LATTERZA et al., 2004).

A abordagem deve ter início com uma história clínica completa, na qual destacam-se os aspectos necessários para o preenchimento dos critérios diagnósticos, a ressaltar: início do quadro; velocidade da perda de peso; magnitude da perda; hábitos alimentares; descrição detalhada da ingestão alimentar; uso de laxativos, diuréticos ou medicações anorexígenas; outros transtornos do comportamento, além da história menstrual (ALVARENGA; DUNKER; PHILIPPI, 2020).

Outro detalhe importante é avaliar o nível de atividade física, visando determinar o gasto energético diário de cada paciente. Na análise da ingestão alimentar, o método mais preciso é o de observação e registro diretos da ingestão alimentar. Estudos apresentados por Monteiro e Camelo Junior (2007) utilizou-se o inquérito alimentar de três dias.

Como resultado, apesar de superestimar a quantidade calórica total, o inquérito alimentar obteve boa correlação com o método de observação, no que se refere à proporção de macronutrientes na dieta e à quantidade ingerida de micronutrientes.

O Nutricionista pode utilizar instrumentos de orientação alimentar como a 'roda de alimentos' associada ao registro alimentar para acompanhar a evolução dietética, enfatizando a importância de uma alimentação saudável e equilibrada nos diversos grupos de alimentos para o restabelecimento das condições nutricionais (ALVARENGA; DUNKER; PHILIPPI, 2020).

Assim, durante o tratamento é importante discutir os dados observados no inquérito alimentar com o paciente, abordando ponto por ponto as inadequações e procurando formas, compatíveis com a realidade de vida do paciente, de corrigi-las.

Tratamento nutricional da bulimia nervosa

O tratamento nutricional visa a promoção de hábitos alimentares saudáveis, a cessação de comportamentos inadequados, como a restrição, a compulsão e a purgação e a melhora na relação do paciente para com o alimento e o corpo. Promovendo orientação alimentar para o estabelecimento de padrões nutricionais adequados (MONTEIRO; CAMELO JUNIOR, 2007).

O foco é eliminar o ciclo dieta-compulsão-purgação e estabelecer um padrão alimentar adequado. Sendo então, fundamental na Bulimia nervosa, posto que essas doenças implicam alterações profundas no consumo, padrão e comportamento alimentares (BECHARA; KOHATSU, 2014).

No tratamento nutricional da bulimia nervosa o uso do diário alimentar. Esse registro faz com que o paciente adquira maior consciência sobre diversos aspectos da sua doença e constantemente exerça disciplina e controle (LATTERZA et al., 2004).

O tratamento nutricional da bulimia nervosa tem como objetivos diminuir as compulsões, minimizar as restrições alimentares, estabelecer um padrão regular de refeições, incrementar a variedade de alimentos consumidos, corrigir deficiências nutricionais e estabelecer práticas de alimentação saudáveis ((TIRICO; STEFANO; BLAY, 2010).

O tratamento é moldado de acordo com as necessidades individuais do pacientes e pode incluir medicações, orientação nutricional e psicoterapia. Alguns pacientes também precisam ser hospitalizados para tratar a subnutrição, ganho de peso, ou por outras razões (MONTEIRO; CAMELO JUNIOR 2007).

Para a identificação e tratamento dos pacientes com bulimia nervosa, o comportamento alimentar deve ser caracterizado e avaliado para que se efetue uma mudança comportamental (ALVARENGA; DUNKER; PHILIPPI, 2020).

Assim, conhecer o comportamento alimentar, conforme apontamentos em Tirico, Stefano e Blay (2010) possibilita o planejamento da intervenção nutricional necessária para melhorar a qualidade da dieta desses pacientes, uma vez que a mudança em atitudes alimentares é uma medida importante do resultado geral nesses pacientes.

Acompanhamento nutricional na bulimia nervosa

É importante explicar aos pacientes as consequências metabólicas da restrição, tendo em vista que os pacientes com bulimia nervosa tende a demonstrar extrema atenção na composição dos alimentos e seus valores energéticos, sendo importante estabelecer um plano alimentar regular. Qualquer alteração de peso deverá ocorrer como resultado da normalização da alimentação e da eliminação das compulsões (ALVARENGA; DUNKER; PHILIPPI, 2020).

Não é recomendada a contagem de energia ou pesagem dos alimentos, visto que estes pacientes demonstram extrema atenção na composição dos alimentos e seus valores energéticos (BECHARA; KOHATSU, 2014).

É interessante mostrar ao paciente quais são as recomendações de consumo de energia, para que ele possa perceber que o valor energético da maioria das dietas é inferior às necessidades (TIRICO; STEFANO; BLAY, 2010).

Quando se discute metabolismo, atividade física e gasto energético, é preciso desfazer a ideia de quanto menos calorias se ingerir, melhor, bem como diferenciar os usos da atividade física: saúde, purgação, compulsão (TIRICO; STEFANO; BLAY, 2010).

O Nutricionista deve pesar o paciente regularmente, uma vez que é comum ocorrer retenção de fluidos quando o paciente reduz o consumo de diuréticos e/ou laxantes e a prática

de vômitos. O nutricionista deve explicar que este aumento é transitório e não corresponde a um aumento da adiposidade (BORGES et al., 2010).

Deve ser discutido qual é o peso ideal para o paciente, com base na sua compleição física e histórico de peso. É importante que o paciente compreenda que o peso ideal é determinado em função da sua saúde, e não de padrões de beleza ou exigências pessoais desmedidas, sendo necessário educar os pacientes a planejar e a realizar uma alimentação saudável (BECHARA; KOHATSU, 2014).

É fundamental que o paciente se conscientize que a restrição dietética pode levar a compulsões, e que eles não devem fazer restrições aleatórias, como excluir os alimentos ricos em carboidratos da alimentação. É interessante mostrar ao paciente quais são as recomendações de consumo de energia, para que ele possa perceber que o valor energético da maioria das dietas é inferior às necessidades (BECHARA; KOHATSU, 2014).

Assim, a orientação e acompanhamento nutricional é muito importante para a manutenção de uma dieta adequada e equilibrada. E, para que se obtenha resultado é importante que o paciente esteja interessado e perceba os benefícios de uma alimentação adequada.

CONCLUSÃO

Após o desenvolvimento do presente trabalho, podemos concluir, baseado no que foi referenciado que os transtornos alimentares anorexia nervosa e bulimia nervosa, exige cuidados do Nutricionista, posto que implica alterações profundas no consumo, padrão e comportamento alimentares.

Os pacientes com anorexia nervosa, possuem restrição de grupos alimentares, eliminando aqueles julgados mais calóricos. Essa restrição alimentar vai aumentando progressivamente, seguida da redução do número de refeições, podendo evoluir drasticamente até o jejum prolongado.

Já os pacientes com bulimia nervosa apresentam um comportamento alimentar que constitui um ciclo que se alterna em jejum ou restrição alimentar intensa, seguido de episódios de compulsão alimentar e utilização de métodos purgatórios, como vômitos autoinduzidos e exercícios físicos intensos para evitar o ganho de peso.

O exagero no consumo alimentar desencadeia ansiedade e medo de engordar, levando à prática de comportamentos compensatórios inadequados para controle de peso, instalando-se aí um ciclo de restrição alimentar, episódio de compulsão alimentar e purgação.

Os riscos para os portadores de bulimia e anorexia são principalmente os relacionados à deficiência de nutrientes.

A diferença básica entre a anorexia nervosa e bulimia nervosa é que a primeira nega sua fome, já quem sofre de bulimia nervosa come compulsivamente, mas com o intuito de livrar-se do que comeu. Os bulímicos estão sempre preocupados com a dieta, mas não emagrecem tanto, porque não param de comer.

Sendo o objetivo principal do tratamento nutricional restabelecer peso e hábitos alimentares normais. Deve ser traçado um plano terapêutico que seja individualizado, com prioridades de ação definidas de acordo com cada caso. A gravidade da desnutrição pode ser avaliada pelo IMC.

O tratamento nutricional deve incluir determinação do peso a ser atingido e do aporte calórico a ser fornecida, progressão do aporte calórico, monitoramento do peso, ingestão e condições clínicas do paciente, orientação nutricional e esclarecimentos sobre a doença, considerando que os riscos para os portadores de anorexia nervosa e bulimia nervosa são principalmente os relacionados à deficiência de nutrientes.

Em síntese, o tratamento nutricional deve visar a promoção de hábitos alimentares saudáveis, a cessação de comportamentos inadequados, como a restrição, a compulsão e a purgação e a melhora na relação do paciente para com o alimento e o corpo.

Com esta pesquisa, não pretende-se esgotar o assunto, pelo contrário, sugere novas pesquisas, como a inclusão de esboços que apresentem variáveis nutricionais, como a adequação nutricional, a frequência de refeições e as diversas manifestações do comportamento alimentar.

REFERÊNCIAS

- ALVARENGA, Marle dos Santos.; DUNKER, Karin Louise Lenz.; PHILIPPI Sonia Tucunduva. **Transtornos alimentares e nutrição**: da prevenção ao tratamento. São Paulo: Manole, 2020.
- BARBOSA, Frederico Celestino. **Nutrição em foco**: uma abordagem holística. Piracanjuba-GO: Conhecimento Livre, 2019.
- BECHARA, Ana Paula do Vale.; KOHATSU, Lineu. **Tratamento nutricional da anorexia e da bulimia nervosa**: aspectos psicológicos dos pacientes, de suas famílias e das nutricionistas. 2014. Disponível em: <<http://www.pepsic.bvsalud.org>>. Acesso em: 15 out. 2022.
- BORGES, Nádia Juliana Beraldo Goulart.; SICCHIERI, Juliana Maria Faccioli.; RIBEIRO, Rosane Pilot Pessa.; MARCHINI, Júlio Sérgio.; SANTOS, José Ernesto. **Transtornos alimentares**: quadro clínico. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 18 out. 2022.
- BUCARETCHI, Henriette Abramides. **Anorexia e bulimia nervosa**: Uma visão multidisciplinar. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.
- CARDOSO, Érika Arantes Oliveira.; SANTOS, Manoel Antônio dos. **Avaliação psicológica de pacientes com anorexia e bulimia nervosa**: indicadores do método de Rorschach. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 18 out. 2022.
- CIELO, Carla Aparecida.; DIDONÉ, Dayane Domeneghini.; TORRES, Enma Mariángel Ortiz.; LIMA, Joziane Padilha de Moraes. **Refluxo laringofaríngeo e bulimia nervosa**: alterações vocais e laríngeas. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 15 out. 2022.
- CORDÁS, Táki Athanássios. **Transtornos alimentares**: classificação e diagnóstico. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 18 out. 2022.
- DEMÉTRIO, Franklin.; PAIVA, Janaína Braga de.; FRÓES, Ana América Gonçalves.; FREITAS, Maria do Carmo Soares de.; SANTOS, Lígia Amparo da Silva. **A nutrição clínica ampliada e a humanização da relação nutricionista-paciente**: contribuições para reflexão. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 18 out. 2022.
- FERNANDES, Maria Helena. **Transtornos alimentares**: Anorexia e bulimia. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.
- LATTERZA, Andréa Romero.; DUNKER, Karin Louise Lenz.; SCAGLIUSI, Fernanda Baeza.; KEMEN, Elisa. **Tratamento nutricional dos transtornos alimentares**. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 18 out. 2022.
- 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**. 2012. Disponível em: <<http://www.pepsic.bvsalud.org>>. Acesso em: 15 out. 2022.

MONTEIRO, Jacqueline Pontes.; CAMELO JÚNIOR, José Simon. **Nutrição e Metabolismo: Caminhos da Nutrição e Terapia Nutricional: Da Concepção à Adolescência.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

PEDRINOLA Filippo. **Nutrição e transtornos alimentares na adolescência.** 2012. Disponível em: <<http://www.pesquisa.bvsalud.org>>. Acesso em: 18 out. 2022.

PINZON, Vanessa.; NOGUEIRA, Fabiana Chamelet. **Epidemiologia, curso e evolução dos transtornos alimentares.** 2004. Disponível em: <<http://www.pepsic.bvsalud.org>>. Acesso em: 15 out. 2022

TIRICO, Patrícia Passarelli.; STEFANO, Sérgio Carlos.; BLAY, Sérgio Luís. **Qualidade de vida e transtornos alimentares: uma revisão sistemática.** Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 18 out. 2022.

XANTHACOS, Stavra. **Deficiência nutricional.** 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 27 set. 2017.

ANEXO

Tabela – Valores dos percentis 5 e 50 do IMC (kg/m²) em pacientes menores de 20 anos de idade (NCHS)

Idade (anos)	Meninos P 5	Meninos P 50	Meninas P5	Meninas P 50
10	14,2	16,6	14,0	16,9
11	14,6	17,2	14,4	17,5
12	15,0	17,8	14,8	18,1
13	15,5	18,5	15,3	18,7
14	16,0	19,2	15,8	19,4
15	16,6	19,9	16,3	19,9
16	17,1	20,6	16,8	20,5
17	17,7	21,2	17,2	20,9
18	18,2	21,9	17,6	21,3
19	18,7	22,5	17,8	21,6

Fonte: Alvarenga, Dunker e Philippi (2020).

