

OS IMPACTOS NUTRICIONAIS DA ANOREXIA NERVOSA E BULIMIA NERVOSA NA ADOLESCÊNCIA

Jessica Santos da Silva¹, Luan Nascimento¹, Nicolle Rodrigues Farias¹, Livia Galvão de Podestá², Olivia Galvão de Podestá³, Lia Borges Fiorin³, Soo Yang Lee³, Clauder Oliveira Ramalho³, Tammer Ferreira Zogheib³, Syane de Oliveira Gonçalves³

¹Discentes do curso de Nutrição do Centro Universitário Multivix Vitória, Vitória – ES

²Docente do Curso de Nutrição do Centro Universitário Multivix Vitória, Vitória – ES

³Docente do Curso de Medicina do Centro Universitário Multivix Vitória, Vitória – ES

RESUMO

Vivencia-se uma época em que se valoriza a saúde, associada à prática de atividade física, hábitos alimentares saudáveis e prevenção de doenças crônicas como diabetes tipo 2, hipertensão e obesidade. Contudo, a ideia de saúde está frequentemente relacionada a magreza, o que pode ser considerado sinônimo de beleza. Isso contribui para a valorização do corpo magro como padrão estético, levando algumas pessoas a buscarem padrões corporais difíceis de alcançar. Esse cenário tem aumentado a incidência de transtornos alimentares, pacientes com distúrbios alimentares apresentam falhas profundas no padrão, consumo e comportamento alimentar além de várias crenças errôneas sobre alimentação que geralmente resulta em degradação do estado nutricional, ocorre predominantemente em pessoas do sexo feminino no início da adolescência e, às vezes, persistindo na vida adulta. Com a exposição precoce às tecnologias e a influência das redes sociais, é possível que os sinais de transtornos alimentares estejam surgindo mais cedo. Nesse sentido, os impactos causados em consequências dessas doenças necessitam de um tratamento nutricional visando corrigir mudanças, propiciar hábitos alimentares saudáveis e uma relação melhor com a comida, é crucial que tanto profissionais da área da educação quanto da saúde possam identificar precocemente os sinais e sintomas visando prevenir a agravamento dos transtornos alimentares.

Palavras-chave: Adolescência, Anorexia Nervosa; Bulimia Nervosa; Transtorno Alimentar.

INTRODUÇÃO

Os Transtornos Alimentares (TAs), como Anorexia Nervosa (AN) e Bulimia Nervosa (BN), são doenças mentais complexas e debilitantes que afetam pessoas em todo o mundo. Esses distúrbios estão associados à preocupação compulsiva com a forma e o peso do corpo, levando a comportamentos alimentares inapropriados e impactos relevantes na saúde física e mental de um indivíduo (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

A AN é caracterizada por restrições dietéticas severas, impossibilitando peso, tamanho e estado fisiológico apropriados para a idade de um indivíduo. Além disso, as pessoas diagnosticadas com AN estão preocupadas com seu peso, hábito alimentar e forma corporal, tem um forte medo de ganho de peso e deturpação da imagem corporal e negam a gravidade da perda de peso. Comportamentos compensatórios, como exercícios excessivos, uso de diuréticos e laxantes, podem estar presentes, bem como sintomas físicos como amenorreia, eflúvio telógeno e osteopenia (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

A BN é identificada por episódios recorrentes de ingestão excessiva de alimentos em um breve período e percepção de que a ingestão de alimentos está fora de controle. Esses episódios são geralmente seguidos por comportamentos purgativos, como vômitos autoinduzidos, uso de diuréticos, laxantes e exercícios excessivos. Como a AN, a BN está associada à preocupação com a forma do corpo, peso e uma

autoimagem distorcida (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Tanto a AN quanto a BN têm consequências graves na saúde física e mental das pessoas, tanto o paciente acometido quanto seu círculo social. A desnutrição dietética na AN pode levar a problemas como astenia, imunocomprometimento, desequilíbrio eletrolítico e osteoporose. Na BN, o vômito autoinduzido pode causar problemas dentários, gastrointestinais e desequilíbrios eletrolíticos (KAPLAN E WOODSIDE, 1987).

Vários fatores podem contribuir para o desenvolvimento desses TAs, como: Fatores genéticos desempenham um papel importante, com a literatura mostrando uma predisposição genética para AN e BN (BULIK, 2005), fatores psicológicos como a baixa autoestima, perfeccionismo e insatisfação corporal também estão associados ao desenvolvimento desses transtornos e as influências socioculturais também desempenham um papel importante, como os ideais de beleza na mídia ou a pressão social para perder peso (BATISTA, *et al.*, 2018).

O tratamento desses TAs geralmente requer uma abordagem interdisciplinar. Isso inclui uma combinação de intervenções médicas, psicológicas e nutricionais. O tratamento da AN e da BN envolve a restauração de hábitos alimentares saudáveis, promoção de ganho de peso adequado, tratamento de problemas psicológicos subjacentes e desenvolvimento de habilidades de enfrentamento saudáveis (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; BATISTA, *et al.*, 2018; OMIWOLE, *et al.*, 2019; TROMPETER, *et al.*, 2022).

DESENVOLVIMENTO

Os TAs, como a AN e a BN, são transtornos multifatoriais complexos resultantes de interações complexas entre fatores genéticos, psicológicos, sociais e ambientais. Existem vários fatores de risco para o desenvolvimento desses distúrbios e a compreensão desses fatores é importante para uma abordagem abrangente de diagnóstico, tratamento e prevenção (BULIK, 2005; BROSOFF, *et al.*, 2019; OMIWOLE, *et al.*, 2019).

Quanto aos fatores de risco, a literatura sugere que a hereditariedade desempenha um papel importante. Estudos familiares e de gêmeos sugerem uma predisposição genética para TAs, com variantes genéticas específicas afetando a regulação do apetite, percepção de peso e resposta ao estresse. Fatores psicológicos como a baixa autoestima, perfeccionismo, necessidade de aprovação externa e transtornos de ansiedade também predispõem ao desenvolvimento desses transtornos. A insatisfação corporal também desempenha um papel, pois as pressões socioculturais para se adequar a padrões de beleza irrealistas levam a uma imagem corporal distorcida e a hábitos alimentares pouco saudáveis. As influências sociais e culturais como a mídia e a pressão para se adequar aos padrões de beleza, também aumentam o risco de TAs (BATISTA, *et al.*, 2018; BULIK, 2005; OMIWOLE, *et al.*, 2019).

Experiências estressantes e traumas podem desencadear ou contribuir para o desenvolvimento dessas patologias. Além dos sintomas únicos dos TAs, as pessoas afetadas pelos TAs geralmente apresentam comorbidades psiquiátricas que complicam ainda mais o quadro clínico. Os transtornos de ansiedade, como ansiedade generalizada, são comorbidades comuns em pessoas com AN e BN. Essas comorbidades podem exacerbar os sintomas dos TAs e dificultar a recuperação. Além disso, distúrbios do humor, como a depressão, são frequentemente observados em associação com esses distúrbios alimentares (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; CHAVEZ E INSEL, 2007).

A presença de comorbidades aumenta a complexidade do diagnóstico e tratamento e enfatiza a importância de uma abordagem abrangente e integrada. O tratamento eficaz deve abordar não apenas os sintomas específicos dos TAs, mas também as comorbidades dos transtornos psiquiátricos associados. A TCC é amplamente utilizada para tratar esses distúrbios, abordando não apenas os aspectos dietéticos, mas também os fatores psicológicos e emocionais subjacentes (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; COOPER E SHAFRAN, 2008; OMIWOLE, *et al.*, 2019).

Portanto, os TAs, como a AN e a BN, são influenciados por uma interação complexa de fatores de risco genéticos, psicológicos, sociais e ambientais. Os fatores genéticos podem aumentar a predisposição para o desenvolvimento desses transtornos, enquanto os fatores psicológicos, sociais e culturais desempenham um papel na manutenção e agravamento dos sintomas (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; BATISTA, *et al.*, 2018; BROSOFF, *et al.*, 2019; BULIK, 2005; OMIWOLE, *et al.*, 2019).

A infância e adolescência são os períodos de maior desenvolvimento e mudanças físicas, sociais e neurológicas, nessa fase que normalmente os questionamentos sobre a imagem são formados. Uma pesquisa realizada com meninas de 10 a 18 anos pontuou que 31% dessas jovens tinham riscos de desenvolver TAs, sendo AN, BN e compulsão alimentar os mais comuns (SANDER; MOESSNER; BAUER, 2021; SANTI CANO *et al.*, 2022).

Compreende-se que as pressões estéticas impostas pelas redes sociais influenciam de maneira negativa os adolescentes e jovens adultos, pois contribui para a autoatribuição de modelos de corpos ideais e para a hipersexualização. Estudos apontam que a pressão imposta pelas redes sociais levam a uma baixa autoestima e a maior insatisfação corporal, o que pode resultar em estresse alimentar e a elevados exercícios irregulares (LOZANO-MUÑOZ; BORRALLO-RIEGO; GUERRA-MARTÍN, 2022).

A imagem corporal é como o indivíduo se enxerga, essa autoexpressão sofre influência pelos sentimentos acerca de determinada característica incômoda, a insatisfação com a autoimagem é frequentemente associada ao distorção corporal, a preocupação exacerbada com defeitos sutis e por vezes percebido apenas pela própria pessoa. O avanço midiático fortaleceu um aumento da insatisfação corporal, já que ela propaga um padrão do ideal inatingível de beleza, o que pode suprimir a individualidade das pessoas e subjugar a beleza singular (BOSI *et al.*, 2006).

O sexo feminino é o mais suscetível a influência das mídias sociais pela busca do ideal de beleza e do padrão estético, sendo os hormônios da puberdade um dos principais fatores que amplificam os riscos de desenvolvimento dos TAs em meninas com menarca precoce (BATISTA, *et al.*, 2018), a insegurança alimentar também fomenta os TAs e desvios de autoimagem, o que agrega a uma maior incidência de restrições alimentares (HAZZARD *et al.*, 2020).

A AN é classificada no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) como um medo extremo de ganho de peso, o que pode acarretar a comportamentos de semi-inanição e punitivos que variam conforme a percepção corporal. A causa e o curso do transtorno são de etiologias variáveis e tendem a estar atreladas a um evento estressante. O desenvolvimento da AN é comum em adolescentes, em média aos 17 anos, um dos primeiros sintomas apresentado é a preocupação exagerada com o peso e a falta da percepção do baixo peso. Em adultos, a OMS classifica o IMC abaixo de 17,0 kg/m² como um indicativo de magreza corporal grave, entretanto em crianças e adolescente o IMC não se prova conclusivo devido as

mudanças corporais apresentadas durante o desenvolvimento (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

O medo do aumento do peso corporal também é observado na BN, entretanto os indivíduos com esse transtorno tendem a intercalar episódios de compulsão alimentar com comportamento purgativo e a autoavaliação negativa. Em geral, indivíduos com BN sentem vergonha do comportamento compulsivo com a comida, que vem acompanhado da perda do controle do apetite e a incapacidade de parar de comer. Como compensação a purgação é empregada como alívio da culpa, os métodos mais comuns são o vômito forçado e o uso de laxantes e diuréticos (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Embora os TAs tenham causas sociais e emocionais, é observado que fatores genéticos também são determinantes. Em estudos familiares analisados, notou-se que pacientes com histórico familiar de TAs apresentam um risco 10 vezes maior de desenvolvê-los ao longo da vida. Os aspectos de herdabilidade de TAs foram estudados com gêmeos mono e dizigóticos, onde foi observado que a estimativa de herdabilidade de AN variara de 33% a 84%, e na BN a variação foi de 28% a 83% (BULIK, 2005), dado que a prevalência de TAs é maior no sexo feminino com variação de 3,4% a 6,4% em mulheres contra 0,27% a 1,7% em homens considerada a relação clínica feminino-masculino de 10:1 (SANTI CANO *et al.*, 2022).

A interação gene-ambiente pode ser utilizada como modelo explicativo frente aos TAs. Indivíduos com predisposição genética tem maiores chances de desenvolver TAs quando expostos aos estímulos de ideais de magreza e dietas restritivas rigorosas, em função de particularidades no seu genótipo. Portanto, pessoas com carga genética baixa para a expressão de TAs quando se sujeitam a restrição alimentar tendem a não prosseguir com a dieta por considerá-la uma experiência repulsiva. O contrário ocorre quando aqueles que possuem carga genética alta podem considerar agradável a experiência de restrição alimentar, seja por reduzir a autoimagem negativa ou pela sensação de autocontrole corporal (BULIK, 2005).

A alimentação na infância e adolescência é fundamental para o desenvolvimento adequado, entretanto é sabido que as recomendações nutricionais em sua maioria não são seguidas, que origina diversos efeitos nocivos à saúde, sendo um dos principais fatores que levam a prevalência da obesidade, hábitos alimentares irregulares na fase de crescimento podem persistir até a fase adulta que é um preditor de doenças cardiovasculares, *diabetes mellitus* tipo 2 e deterioração da qualidade de vida (OMIWOLE *et al.*, 2019).

O vínculo desenvolvido entre o indivíduo e a alimentação podem desencadear reforços positivos ou negativos, dependendo das expectativas alimentares impostas ao longo da vida. É habitual que afetos negativos com a alimentação estão atrelados aos TAs. Comumente o desejo de prazer e recompensa está associado a sintomatologia de BN, o que classifica a relação de TAs com a expectativa alimentar. Portanto, entende-se que o menor controle das expectativas alimentares é indiretamente proporcional a recuperação dos TAs (BROSOF *et al.*, 2019).

Pessoas com o peso corporal fora do considerado ideal são estigmatizadas pela sociedade, em adolescentes essa repreensão feita por seus pais com comentários depreciativos, pressão para a perda de peso e fomentos a dietas restritivas podem afetar a saúde emocional (BATISTA, *et al.*, 2018), o descontentamento com a imagem corporal é um gatilho para o humor deprimido e comportamentos alimentares anormais elevando o risco de desenvolvimento do TAs (ALVES *et al.*, 2008).

Ainda que os TAs compartilhem o mesmo mecanismo central latente, há outras

formas de manutenção envolvidas em comportamentos específicos dos transtornos, como a irritabilidade e o humor oscilante de forma persistente. A dificuldade em lidar com determinadas emoções foi proposta como um agente de manutenção da compulsão alimentar e purgação, no entanto, o modelo transdiagnóstico tende a considerar não apenas a intolerância ao humor, mas também o estado e desregulação emocional de forma ampla e demais comportamentos, como jejuns prolongados e exercícios físicos direcionados de forma excessiva. A Terapia Cognitivo-Afetiva Integrativa, linha atual de tratamento dos transtornos, considera a desregulação emocional um aspecto essencial dos comportamentos de TAs (TROMPETER *et al.*, 2022).

A interação entre a desregulação emocional e a aflição com o peso e composição corporal provou-se eficaz ao investigar o comportamento dos TAs em adolescentes, a relação dos fatores transdiagnósticos com os fatores específicos dos transtornos podem fornecer informações sobre a relevância de cada fator. Como exemplo da relação, observou-se que fatores transdiagnósticos emocionais negativos se associam com os aspectos de insatisfação corporal com tendência a impulsividade e urgência. (TROMPETER *et al.*, 2022) A baixa autoestima é um agente emocional negativo corriqueiro em indivíduos com TAs, podendo ser anterior a seu início, em pessoas com BN a baixa responsividade ao tratamento está ligada à baixa autoestima incidente (COOPER; SHAFRAN, 2008).

Os TAs têm como contribuintes e fatores que influenciam: panoramas biológicos e genéticos, meio sociocultural, comportamento familiar e personalidade do indivíduo. (VALDANHA *et al.*, 2013). Não há indícios de relação socioeconômica com os sintomas de AN, todavia uma correlação com o grau de urbanização tende a se formar, entende-se que o urbanismo da região influencia no desenvolvimento de TAs. Entretanto, inquire-se se regiões menos urbanísticas e industrializadas podem manter o avanço da globalização e a influência da mídia (ALVES *et al.*, 2008).

Os diagnósticos específicos para TAs incluem AN, BN e transtorno de compulsão alimentar periódica. A AN e a BN podem ser identificadas através do DSM-

5. Devido à relevância epidemiológica dos TAs, é necessário expandir as pesquisas com o uso de ferramentas dedicadas à sua detecção, para assegurar que as estratégias de intervenção e prevenção sejam eficazes e iniciadas precocemente. Quanto antes feito o diagnóstico, mais prontamente podem ser aplicados os tratamentos terapêuticos e mais promissor será o quadro a longo prazo, considerando que este distúrbio pode acarretar diversos prejuízos na vida social do jovem (REIS, 2023).

Existem alguns critérios diagnósticos na AN para serem observados, como a restrição da quantidade de calorias consumidas abaixo do necessário, levando a um peso corporal muito baixo em comparação com o peso normal esperado para a idade, gênero, desenvolvimento e saúde física, ganhar peso ou um forte medo de ganhar peso, ou comportamentos assíduos que o impedem de ganhar peso apesar de estar muito abaixo do peso, perturbação na forma como alguém vivencia o peso ou a forma ou falta persistente de consciência (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). A *American Psychiatric Association* (2014) pontua, por meio do DSM-5, que o IMC (Índice de Massa Corporal) é considerado importante para se avaliar a gravidade da desnutrição do paciente. Sendo considerados: Leve: $IMC \geq 17 \text{ kg/m}^2$, Moderada: $IMC 16-16,99 \text{ kg/m}^2$, Grave: $IMC 15-15,99 \text{ kg/m}^2$, Extrema: $IMC < 15 \text{ kg/m}^2$.

As experiências e significados de uma pessoa que tem AN enxerga o próprio corpo, peso e forma distorcidos. Algumas pessoas se sentem completamente acima do peso. Outros percebem que são mais magros, mas ainda temem que certas partes do

corpo, principalmente abdômen, quadris e nádegas, sejam muito acima do peso. Essas pessoas costumam usar uma variedade de técnicas para aferir o tamanho ou peso de seus corpos, envolvendo pesagens regulares, medição obsessiva de partes do corpo e o uso frequente de espelhos para uma autoavaliação. A autoestima das pessoas com AN depende na maioria de suas percepções sobre a forma e o peso corporal. A perda de peso é frequentemente vista como um marco positivo e um sinal de autodisciplina, enquanto o ganho de peso é visto como uma falha de autocontrole. Embora algumas pessoas com esta condição possam reconhecer que são magras, muitas vezes desconhecem as graves implicações do seu estado de desnutrição (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

A AN apresenta consequências físicas que incluem amenorreia, cabelos e unhas quebradiços, atrofia muscular, desequilíbrio eletrolítico e hormonal, redução da motilidade intestinal, dor e distensão abdominal, baixa frequência cardíaca e pressão arterial baixa, pode aparecer também anomalias ósseas e desnutrição extrema, dentre outros sintomas. Em caso de BN ocorrem calosidade nas mãos causado pelo frequente atrito com os dentes ao forçar o vômito, irritação da mucosa da boca e erosão dentária, problemas esofágicos causado pelo contato contínuo com o conteúdo gástrico, em alguns casos ocorre destruição do tecido cardíaco, amenorreia, inchaço na face e pescoço e incapacidade de evacuar devido o abuso de laxantes (PREYDE *et al.*, 2015).

Já na BN acontecem os episódios de compulsão alimentar e ele é caracterizado pelos seguintes pontos, a ingestão em um período variado, geralmente em intervalos menores e quantidades de comida maiores que a maioria das pessoas iria consumir nas mesmas situações, outro aspecto é a sensação de falta de saciedade ou falta de controle para parar de consumir. Além disso, existem hábitos compensatórios inadequados com o intuito de dificultar o ganho de peso, como uso de laxantes, diuréticos ou outras medicações e vômitos autoinduzidos. A gravidade se baseia na constância dos comportamentos compensatórios inapropriados e pode ser aumentada de forma a refletir em outros sintomas (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Segundo a *American Psychiatric Association* (2014) a gravidade pode ser diagnosticada pelo número de episódios apresentados, sendo considerada leve quando a média é de 1 a 3 episódios de episódios bulímicos por semana, moderada quando média de 4 a 7 episódios por semana, grave quando média de 8 a 13 episódios e extrema quando a média for de 14 ou mais comportamentos compensatórios inapropriados por semana. Alguns gatilhos recorrentes incluem tensões entre pessoas; limitações na alimentação; emoções negativas associadas à aparência corporal, ao peso e à comida; e o desinteresse. A compulsão alimentar pode temporariamente reduzir ou aliviar os elementos que desencadeiam o episódio, mas autocrítica e desconforto emocional frequentemente surgem como consequências posteriores.

A mudança de diagnóstico de BN inicial para AN ocorre em apenas 10 a 15% dos casos. Pessoas que desenvolvem AN frequentemente retornam à BN ou apresentam várias alternâncias entre esses dois distúrbios. Um subconjunto de indivíduos com BN mantém a compulsão alimentar, mas não mais adota práticas inadequadas de compensação. Portanto, sua sintomatologia obedece aos padrões de compulsão alimentar podendo atender aos critérios de demais transtornos alimentares especificados, e o diagnóstico deve ser baseado na apresentação clínica atual (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

As abordagens psicossociais são cruciais para tratamentos eficazes de TAs a longo prazo, pois consideram os aspectos psicológicos e sociais associados à origem e à

persistência desses distúrbios. (COSTA *et al.*, 2016). Recentemente, os métodos sugeridos para o tratamento dos TAs têm por finalidade a adequação da ingesta alimentar, o controle da compulsão alimentar, a constância da atividade física, redução do dismorfismo e o aumento da autoestima (DUCHESNE E ALMEIDA, 2002). Os tratamentos clínicos dos TAs necessitam acatar o perfil dos sintomas comportamentais, a relação entre compulsão e purgação, neurobiológica e demais condutas impulsivas. A alimentação regular com apoio familiar de assistência à recuperação apresenta resultados promissores na regulação emocional. (ANDERSON *et al.*, 2015) A Terapia Cognitiva Comportamental (TCC), abordagem de intervenção semiestruturada que visa identificar e corrigir as situações favoráveis ao desenvolvimento das alterações cognitivas e comportamentais, em relação aos TAs a TCC atua reduzindo os níveis de ansiedade, controle dos comportamentos e modificação de cognição desadaptada (OLIVEIRA; DEIRO, 2013).

Na TCC, o profissional da área de nutrição atua com uma equipe multidisciplinar, porém é importante o profissional ter conhecimentos não inertes a sua formação. Um dos principais métodos de intervenção nutricional utilizado no TA é o diário alimentar, sendo esse um mecanismo de automonitoramento em que os próprios indivíduos registram suas refeições, horários, locais, se teve ações purgatórias, se teve companhias durante as refeições e seus sentimentos associados, grau de saciedade. Entende-se que para o bom funcionamento do método e veracidade dos registros é importante que o profissional atue com compreenda e desenvolva um vínculo empático e tenro com o paciente (OLIVEIRA; DEIRO, 2013).

Indivíduos com distúrbios alimentares apresentam sérias deficiências no consumo, hábitos e conduta alimentar, juntamente com várias concepções errôneas sobre nutrição, levando frequentemente a uma deterioração do estado nutricional. O tratamento nutricional tem como alvo reverter tais modificações e fomentar uma relação mais positiva com a comida, além de promover hábitos alimentares saudáveis. Os propósitos e atributos da intervenção terapêutica variam entre a AN e a BN, entretanto é comum que o tratamento seja dividido em duas etapas: a educativa, que busca regularizar os padrões alimentares e aumentar o conhecimento nutricional, e a fase prática, cujo objetivo é promover uma reabilitação nutricional mais profunda e mudanças significativas no comportamento alimentar (LATTERZA *et al.* 2004).

As demandas do nutricionista na área comportamental requerem competências adicionais às habilidades inerentes à sua formação, incluindo entendimento de psicologia, psiquiatria e a aplicação de técnicas da TCC. É crucial estabelecer uma conexão com o paciente, agindo com empatia, colaboração e adaptabilidade. (ROCK E CURRAN-CELENTANO, 1996). Um dos princípios da terapêutica nutricional para TAs é a utilização do registro alimentar, este constitui uma ferramenta de autoavaliação na qual o paciente anota os alimentos ingeridos e suas quantidades, locais e horários das refeições, episódios de compulsão e purgação, a presença de companhia durante as refeições e os sentimentos associados podendo atribuir uma nota ao grau de fome experimentado antes de comer e o nível de saciedade alcançado após a ingestão. Esse diário alimentar ajuda o paciente a desenvolver um discernimento sobre os aspectos da sua condição e a manter a consistência, disciplina e controle (STORY, 1986).

O propósito do tratamento nutricional na AN abrange a recuperação do peso, a promoção de um padrão alimentar saudável, a recuperação da percepção de apetite e saciedade além da reparação das consequências biológicas e psicológicas da subnutrição. A ingestão de energia recomendada situa-se na faixa de 30 a 40 kcal por quilograma por dia, podendo aumentar para até 70 a 100 kcal por quilograma por dia

à medida que o tratamento progride (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Conforme observado por Marcason (2002), o valor total de energia na dieta não deve cair abaixo de 1.200 kcal por dia. Essa elevação gradual pode auxiliar na redução da ansiedade relacionada ao aumento de peso, permitindo que o sistema gastrointestinal se adapte à reintrodução de alimentos. A proporção de macronutrientes deve seguir as diretrizes recomendadas para populações saudáveis. A escassez de vitaminas e minerais é incomum na AN devido ao frequente uso de complementos alimentares e a redução das demandas nutricionais. Contudo, foi identificado que em adolescentes que sofrem com AN a deficiência de Zn e vitamina B9 é persistente após o tratamento, sendo sugerido a suplementação desses nutrientes (CASTRO *et al.*, 2004).

O profissional de nutrição desempenha um papel fundamental em todas as etapas do planejamento das refeições, auxiliando o paciente na adoção de uma dieta apropriada e acompanhando o equilíbrio de energia, bem como o aumento de peso. (LATTERZA *et al.* 2004) É importante auxiliar o paciente na restauração de um padrão alimentar normalizado e transmitir a ideia de que a modificação de comportamento deve sempre incluir planejamento e interação com os alimentos (AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION, 2006).

As intervenções nutricionais na BN são: reduzir episódios compulsivos, limitar restrições alimentares, estabelecer horários regulares para refeições, ampliar a diversidade de alimentos consumidos, corrigir carências nutricionais e promover hábitos alimentares saudáveis. (AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION, 1994; AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION, 2006). Realizar pesagens periódicas deve ser uma prática comum entre os nutricionistas. Quando o paciente reduz o uso de diuréticos e/ou laxantes, bem como a prática de vômitos, é comum notar retenção de fluidos. O nutricionista precisa esclarecer que essa elevação é temporária e não se traduz em um aumento de gordura corporal. É essencial discutir qual seria o peso adequado para o paciente, considerando sua estrutura física e histórico de peso. O paciente deve compreender que o peso saudável é definido com base na sua saúde e não em ideais de estética ou expectativas pessoais excessivas (LATTERZA *et al.* 2004).

O tratamento de TAs, como AN e BN, requer uma abordagem abrangente que considere fatores sociais relevantes. Esses distúrbios estão profundamente enraizados em percepções distorcidas do corpo e dificuldades emocionais, mas influências sociais e culturais se mostram fatores significativos para o desenvolvimento de TAs (HAZZARD, *et al.*, 2020).

Abordagens terapêuticas para tratar TAs podem incluir TCC, terapia familiar, terapia individual, suporte nutricional e intervenções farmacológicas, conforme apropriado. A TCC é amplamente reconhecida como uma intervenção científica eficaz para TAs que ajuda as pessoas a desafiar padrões de pensamento disfuncionais, mudar comportamentos alimentares disfuncionais e desenvolver habilidades de enfrentamento saudáveis (COOPER E SHAFRAN, 2008; PREYDE, *et al.*, 2015).

É importante enfatizar que o tratamento da AN e da BN pode ser um processo longo e difícil que requer uma abordagem individualizada e adaptada às necessidades de cada indivíduo. Além disso, a intervenção precoce é essencial para um melhor prognóstico e recuperação (PERKINS, *et al.*, 2021; OMIWOLE, *et al.*, 2019).

Portanto, os distúrbios alimentares como AN e BN são condições médicas graves que afetam a saúde física e mental de um indivíduo. Compreender suas características clínicas, fatores de risco e consequências é essencial para o diagnóstico e tratamento adequados. Uma abordagem de tratamento interdisciplinar

que inclui intervenções médicas, psicológicas e nutricionais desempenha um papel importante na recuperação dos indivíduos afetados por essas patologias (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; BATISTA, *et al.*, 2018; OMIWOLE, *et al.*, 2019; TROMPETER, *et al.*, 2022).

A psicoterapia desempenha um papel importante no tratamento dos TAs. A TCC é uma abordagem de tratamento difundida e eficaz nesse cenário. A TCC se concentra na identificação e alteração de padrões de pensamento disfuncionais e hábitos alimentares pouco saudáveis. Os indivíduos aprendem a reconhecer e desafiar as crenças negativas sobre seu corpo e nutrição, desenvolvem estratégias saudáveis para enfrentar o estresse e as emoções e melhoram sua imagem corporal e autoestima (COOPER E SHAFRAN, 2008).

Além da TCC, outras abordagens terapêuticas, como a terapia interpessoal e a terapia familiar, também são usadas para tratar TAs. A terapia interpessoal enfoca os problemas interpessoais e emocionais subjacentes aos TAs. Ajuda os indivíduos a desenvolver habilidades de comunicação e resolução de problemas e melhorar as relações interpessoais e a qualidade de vida. A terapia familiar, por outro lado, envolve a família ativamente no processo de tratamento, com o objetivo de melhorar a dinâmica familiar e aumentar o suporte emocional (COOPER E SHAFRAN, 2008; ANDERSON, *et al.*, 2015; OMIWOLE, *et al.*, 2019).

Segundo Xiang *et al.* (2014), o isolamento está diretamente relacionado ao aumento no número de casos de transtornos psiquiátricos. Considerando essa hipótese, o apoio social pode desempenhar um papel importante no tratamento dos TAs. Portanto, é importante envolver amigos, familiares e grupos de apoio nesse processo. Os grupos de apoio fornecem um ambiente seguro para os indivíduos compartilharem experiências, receberem apoio emocional e aprenderem estratégias eficazes de enfrentamento. O apoio social também pode ajudar a combater o estigma e o preconceito associados aos TAs, promovendo maior compreensão e empatia. É importante também considerar o impacto de um TA na família e no ambiente da pessoa. O objetivo do trabalho familiar é fornecer apoio, educação e envolver os familiares no processo de tratamento. Isso pode incluir sessões de terapia familiar que abordam questões familiares e dinâmicas disfuncionais e promovem melhor compreensão e apoio mútuos.

A cooperação entre profissionais de saúde, familiares e demais membros da rede de apoio é fundamental para o manejo dos TAs. As abordagens psicossociais visam não apenas tratar sintomas e comportamentos alimentares disfuncionais, mas também abordar problemas emocionais e sociais subjacentes. Esta colaboração permitirá cuidados abrangentes e personalizados adaptados às necessidades individuais de cada paciente.

É importante ressaltar que o tratamento dos TAs é um processo complexo e difícil que requer tempo, dedicação e paciência. O envolvimento de profissionais qualificados como psicólogos, psiquiatras e nutricionistas é a base para o sucesso do tratamento. Aumentar a conscientização e combater o estigma e o preconceito em torno dos TAs, a fim de criar um ambiente de apoio e compreensão.

Assim, a perspectiva psicossocial desempenha um papel importante no tratamento dos TAs. A psicoterapia, o apoio social e o trabalho com famílias e comunidades são elementos-chave na promoção da recuperação e do bem-estar dos indivíduos que sofrem desses transtornos. Por meio de uma abordagem interdisciplinar, ajudamos os pacientes a desenvolver estratégias eficazes de enfrentamento voltadas para estabelecer relações saudáveis com a comida, melhorar sua autoimagem e levar uma vida plena e equilibrada.

CONCLUSÃO

A adolescência é uma etapa da vida onde é possível identificar diversas mudanças fisiológicas, sociais e emocionais, mudanças que podem ser influenciadas pelas redes sociais. O indivíduo que não faz parte dos padrões estéticos impostos pelas redes sociais pode adotar hábitos não saudáveis para se fazer pertencente, afetando seu processo de desenvolvimento e gerando consequências fisiológicas permanentes. A Anorexia Nervosa e a Bulimia Nervosa se apresentam como consequências desses hábitos e chamam atenção pelo seu alto potencial letal, sendo pelas consequências da desnutrição causada ou pelo autoextermínio dos pacientes acometidos. Parte da letalidade da Anorexia Nervosa e da Bulimia Nervosa é dada devido ao fato de o paciente ter uma distorção de imagem e também pelo despreparo dos profissionais de saúde básica para diagnosticarem tais transtornos, gerando um diagnóstico tardio e, por vezes, irreversível.

Para futuras pesquisas, é importante salientar a coleta de dados sobre Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa, a pesquisa de intervenções definitivas que evitem recaídas e o desenvolvimento de projetos, em associação com o Estado, para o treinamento de profissionais de saúde básica no diagnóstico prematuro de transtornos alimentares.

REFERENCIAS

ALVES, *et al.* Prevalência de sintomas de anorexia nervosa e insatisfação com a imagem corporal em adolescentes do sexo feminino do Município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil [Prevalence of symptoms of anorexia nervosa and dissatisfaction with body image among female adolescents in Florianópolis, Santa Catarina State, Brazil]. *Cad Saude Publica*. 2008 Mar;24(3):503-12. Portuguese. doi: 10.1590/s0102-311x2008000300004. PMID: 18327438.

AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION. Position of The American Dietetic Association: nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating. *J Am Diet Assoc*. 1994 Aug;94(8):902-7. doi: 10.1016/0002-8223(94)92375-2. PMID: 8046188.

AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION. Position of the American Dietetic Association: Nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and other eating disorders. *J Am Diet Assoc*. 2006 Dec;106(12):2073-82. doi: 10.1016/j.jada.2006.09.007. PMID: 17186637.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). O Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 992 p. ISBN 8582710887. E-book (1401 p.).

ANDERSON, *et al.* The Integration of Family-Based Treatment and Dialectical Behavior Therapy for Adolescent Bulimia Nervosa: Philosophical and Practical Considerations. *Eat Disord*. 2015;23(4):325-35. doi: 10.1080/10640266.2015.1042319. Epub 2015 May 26. PMID: 26009868.

BATISTA, *et al.* PREDICTORS OF EATING DISORDER RISK IN ANOREXIA NERVOSA ADOLESCENTS. *Acta Clin Croat*. 2018 Sep;57(3):399-410. doi: 10.20471/acc.2018.57.03.01. PMID: 31168171; PMCID: PMC6536277.

BOSI, *et al.* Autopercepção da imagem corporal entre estudantes de nutrição: um estudo no

município do Rio de Janeiro. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 55, n. 2, p. 108-113, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0047-20852006000200003>. Acesso em: 5 nov. 2023.

BROSOF, et al. Associations between eating expectancies and Eating disorder symptoms in men and women. *Appetite*, v. 141, n. 104309, 1 out. 2019. DOI: 10.1016/j.appet.2019.06.001. Disponível em: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7079228/. Acesso em: 5 nov. 2023.

BULIK, CM. Exploring the gene-environment nexus in eating disorders. *J Psychiatry Neurosci*. 2005 Sep;30(5):335-9. PMID: 16151538; PMCID: PMC1197278.

CASTRO, et al. Persistence of nutritional deficiencies after short-term weight recovery in adolescents with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*. 2004 Mar;35(2):169-78. doi: 10.1002/eat.10249. PMID: 14994354.

CHAVEZ, Mark; INSEL, Thomas R. Eating disorders: National Institute of Mental Health's perspective. *American Psychologist*, v. 62, ed. 3, p. 159-166, 2007. DOI: 10.1037/0003-066X.62.3.159. Disponível em: psycnet.apa.org/record/2007-04834-003. Acesso em: 13 nov. 2023.

COOPER, Zafra; SHAFRAN, Roz. *Cognitive Behaviour Therapy for Eating Disorders*. Cambridge University Press: Behavioural and Cognitive Psychotherapy, v. 36, ed. 6, p. 713-722, 1 nov. 2008. DOI: 10.1017/S1352465808004736. Disponível em: www.cambridge.org/core/journals/behavioural-and-cognitivepsychotherapy/article/abs/cognitiv-e-behaviour-therapy-for-eating-disorders/3870B839B78CF93C246CF8B12494E61B. Acesso em: 13 nov. 2023

COSTA, et al. Efetividade de intervenções psicossociais em transtornos alimentares: um panorama das revisões sistemáticas Cochrane, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-45082016RW3120>. Acesso em: 03 nov 2023

DUCHESNE, M; ALMEIDA, P. E. M. Terapia cognitivocomportamental dos transtornos alimentares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (Supl III), 49-53, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462002000700011> Acesso em: 8 nov. 2023.

HAZZARD, et al. Food Insecurity and Eating Disorders: a Review of Emerging Evidence. **Current Psychiatry Reports**, v. 22, n. 12, 30 out. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11920-020-01200-0>. Acesso em: 8 out. 2023.

KAPLAN, Allan S; WOODSIDE, Blake D. Biological aspects of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 55, n. 74, ed. 5, p. 645-653, 1987. DOI: 10.1037/0022-006X.55.5.645. Disponível em: psycnet.apa.org/record/1988-07965-001?doi=1. Acesso em: 19 out. 2023.

LATTERZA, et al. Tratamento nutricional dos transtornos alimentares. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 2004, 31(4), 173-176. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832004000400009>. Acesso em: 8 nov. 2023.

LOZANO-MUÑOZ, N.; BORRALLA-RIEGO, Á.; GUERRA-MARTÍN, M. D. Impact of social network use on anorexia and bulimia in female adolescents: a systematic review. **Anales del Sistema Sanitario de Navarra**, v. 45, n. 2, 16 ago. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.23938/assn.1009>. Acesso em: 3 out. 2023.

MARCASON, W. Nutrition therapy and eating disorders: what is the correct calorie level for clients with anorexia? *J Am Diet Assoc* 102: 644, 2002. Disponível em: doi: 10.1016/s0002-8223(02)90147-1. Acesso em: 3 out. 2023.

OLIVEIRA, Letícia Langlois; DEIRO, Carolina Peixoto. Terapia Cognitivo- Comportamental para Transtornos Alimentares: A Visão de Psicoterapeutas sobre o Tratamento. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, v. 15, n. 1, 27 maio 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v15i1.565>. Acesso em: 8 nov. 2023

OMIWOLE, *et al.* Review of Mindfulness-Related Interventions to Modify Eating Behaviors in Adolescents. *Nutrients*, v. 11, n. 2917, ed. 12, 2 dez. 2019. DOI: 10.3390/nu11122917. Disponível em: www.mdpi.com/2072-6643/11/12/2917. Acesso em: 19 out. 2023.

PERKINS, *et al.* Suicidal Ideation and Eating Disorder Symptoms in Adolescents: The Role of Interoceptive Deficits. *Behavior Therapy*, v. 52, ed. 5, p. 1093-1104, 17 mar. 2019. DOI: 10.1016/j.beth.2021.03.005. Disponível em: www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0005789421000496?via%3Dihub. Acesso em: 25 out. 2023.

PREYDE, *et al.* Emotional dysregulation, interoceptive deficits, and treatment outcomes in patients with eating disorders. *Social Work in Mental Health*, v. 14, ed. 3, p. 227-244, 22 out. 2015. DOI: 10.1080/15332985.2014.990076. Disponível em: www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/15332985.2014.990076. Acesso em: 9 out. 2023.

REIS, Samanta. Diagnóstico precoce de transtornos alimentares no ambiente escolar, 2015. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/133087/000984014.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 04 nov 2023.

ROCK CL, CURRAN-CELENTANO J. Nutritional management of eating disorders. *Psychiatr Clin North Am.* 1996 Dec;19(4):701-13. doi: 10.1016/s0193-953x(05)70376-2. PMID: 8933603.

SANDER, Johanna; MOESSNER, Markus; BAUER, Stephanie. Depression, Anxiety and Eating Disorder-Related Impairment: Moderators in Female Adolescents and Young Adults. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 5, p. 2779, 9 mar. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph18052779>. Acesso em: 20 out. 2023.

SANTI CANO, *et al.* Characterization, epidemiology and trends of eating disorders. **Nutrición Hospitalaria**, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.20960/nh.04173>. Acesso em: 9 out. 2023.

STORY, M. Nutrition management and dietary treatment of bulimia. *J Am Diet Assoc.* 1986 Apr;86(4):517-9. PMID: 3457078.

TROMPETER, *et al.* Emotion Dysregulation and Eating Disorder Symptoms: Examining Distinct Associations and Interactions in Adolescents. *Research on child and adolescent psychopathology*, v. 50, ed. 5, p. 683-694, 1 maio 2022. DOI: 10.1007/s10802-022-00898-1. Disponível em: pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35029782/. Acesso em: 4 nov. 2023.

VALDANHA, *et al.* Influência familiar na anorexia nervosa: em busca das melhores evidências científicas. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 9 set 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0047-20852013000300007>. Acesso em: 3 nov. 2023

XIANG, *et al.* Outcomes of SARS Survivors in China: Not Only Physical and Psychiatric Comorbidities. *The Hong Kong College of Psychiatrists*, v. 24, p. 37- 38, 2014. Disponível em: www.easap.asia/index.php/component/k2/item/237-v24n1-p37-38. Acesso em: 19 out. 2023