

TRANSTORNOS ALIMENTARES NA ADOLESCÊNCIA: UMA REVISÃO DE LITERATURA.

Edvânia Bezerra da Silva Albino¹
Érika Michelle Correia de Macêdo²

RESUMO

Os transtornos alimentares podem ser classificados como mudanças do comportamento alimentar que levam a alterações do peso do indivíduo. Os principais tipos de transtornos alimentares são: a anorexia nervosa e a bulimia nervosa, mas encontramos ainda o transtorno compulsivo alimentar periódico e a vigorexia. A mídia, ao valorizar ideais de beleza e promover distúrbios da imagem corporal e alimentar, influencia muito para o desenvolvimento destes tipos de transtornos. A participação dos profissionais de saúde, de modo especial, do nutricionista é de extrema importância para promoção de hábitos saudáveis e para acabar com comportamentos inadequados.

Palavras-Chave: Transtornos da alimentação. Saúde do adolescente. Nutrição do adolescente.

¹ Nutricionista pela Faculdade do Vale do Ipojuca - FAVIP; Especialista em Nutrição nos Ciclos da Vida e Nutrição de Praticantes de Exercício Físico e Atletas e Pós-graduanda em Nutrição Clínica pela Faculdade do Vale do Ipojuca – FAVIP.

² Nutricionista pela Universidade Federal de Pernambuco – UFPE; Mestre e Doutoranda em Nutrição pela UFPE e professora da Faculdade do Vale do Ipojuca - FAVIP;

ABSTRACT

Eating disorders can be classified as the changes in eating habits, which lead to changes in the weight of the individual. The main types of eating disorders are anorexia nervosa and bulimia nervosa, but there is also what is called the disorder and periodic compulsive eating disorder and the vigorexia. The media greatly influences the development of these problems by valuing beauty ideals and promoting body image disorders and eating disorders as well. The participation of health professionals, among them especially the nutritionist, has a particular importance to promote healthy eating habits and to put an end in the inappropriate eating behavior.

Keywords: Eating disorders. Adolescent health. Adolescent nutrition.

Introdução

O ato de alimentar-se e a comida, com conotações simbólicas, representam elementos de interação humana, familiar e social, devido ao fato de a alimentação ser uma necessidade humana. O comportamento alimentar, por sua vez, é um fenômeno complexo que vai além do ato de comer, ou seja, relaciona a ingestão de alimentos a estímulos internos e externos, levando em conta os fatores psicológicos, sociais e orgânicos. Ele transcende as características sensoriais do alimento e o valor nutritivo, apresentando motivações ocultas relacionadas às carências psicológicas e as vivências conflituosas e emotivas que independem da fome (SOUTO e FERRO-BUCHER, 2006).

A cada ano, de acordo com a Sociedade Brasileira de Psiquiatria Clínica (SBPC), o número de pessoas que desenvolve graves transtornos do comportamento alimentar aumenta. As adolescentes e mulheres jovens constituem a maior parte deste aumento, correspondendo cerca de 90% (PINHEIRO e GIUGLIANI, 2006; ESPÍNDOLA e BLAY, 2006).

Para Ghazal et al. (2001), os Transtornos Alimentares (TAs) são mais prevalentes nos países industrializados, porém, vem crescendo consideravelmente em países em desenvolvimento, já sendo considerado um problema de saúde pública.

A ênfase na magreza feminina como uma expressão da atração sexual coincidiu com o aumento dessa incidência. Nos tempos atuais, a sociedade faz da obesidade uma condição altamente rejeitada e estigmatizada e valoriza a magreza em particular (FIATES e SALES, 2001). Dunker e Philippi (2003) relataram que as pessoas têm se deixado levar pelas práticas de dietas abusivas e outras maneiras de regular o peso, comportamentos estes considerados não saudáveis e gerados devido à associação da beleza, felicidade e sucesso com um corpo magro.

Dito isto, distúrbios no comportamento alimentar ou TAs constituem patologias complexas e graves, com alto grau de morbidade, sobretudo na adolescência, que afetarem de forma ampla e severa o desenvolvimento do indivíduo. O uso de métodos de emagrecimento inadequados e a insatisfação com a massa corporal constituem fatores de risco para o desenvolvimento destes (LOCK et al, 2001).

Adolescência

Adolescência é o período compreendido entre dez e dezenove anos de idade. É caracterizado pela fase de desenvolvimento, como a maturação sexual e o acelerado crescimento. É ainda a fase em que ocorrem modificações nas funções cognitivas, psicossociais e a busca pela independência socioeconômica e a autonomia no grupo social (BENNETT e EISENSTEIN, 2001).

Devido a grande importância que é dada a aparência física, sendo esta essencial para aceitação dos adolescentes em seus grupos, existe um elo muito forte entre identidade e imagem corporal. No entanto, não são levados em consideração os aspectos relacionados à saúde e as diferentes constituições físicas da população quando se referem ao modelo idealizado de beleza. O resultado deste padrão distorcido é um número de adolescentes, que aumenta sucessivamente, e que, em busca do corpo perfeito, se submetem a dietas para controle de peso, prática exagerada de exercícios físicos e cirurgias plásticas por não se sentirem satisfeitos com sua imagem corporal (BRANCO; HILÁRIO; CINTRA, 2006).

O adolescente define a imagem corporal como a forma com que o indivíduo percebe e sente em relação ao seu próprio corpo. Uma idealização física e subjetiva,

resultante de suas emoções e experiências, funciona como um retrato formado na mente (KANNO et al, 2008). Para McCabe e Ricciardelli (2003), os adolescentes constituem o grupo etário mais vulnerável as pressões impostas pelas sociedades no que diz respeito ao aspecto de seu corpo.

Estudos revelam que entre os sexos existe uma distinção no que se refere ao impacto dos ideais de beleza. Diversos autores têm confirmado que as jovens do sexo feminino se preocupam em obter um corpo muito magro, enquanto que os do sexo masculino visam ganho de massa muscular (BRANCO; HILÁRIO; CINTRA, 2006; VILELA et al, 2004).

Com a finalidade de ganho de massa muscular, os adolescentes do sexo masculino são levados ao hábito de praticarem esportes, musculação e consumo de suplementos alimentares, enquanto as do sexo feminino são induzidas a praticarem atividades físicas que tenham como resultado final a perda de peso. Esta diferença que a sociedade impõe aos adolescentes faz com que estes comecem a sentirem-se insatisfeitos com sua imagem corporal (CONTI; GAMBARDELLA; FRUTUOSO, 2006).

Estudos relatam que a pressão social pela qual os adolescentes passam faz com que estes não tenham uma melhor aceitação do seu corpo. Esta pressão social ainda contribui para que mesmo as adolescentes eutróficas sintam o grau de insatisfação com sua aparência elevado (BRANCO; HILÁRIO; CINTRA, 2006).

Em um estudo realizado por Denize; Rafael e Vera (2010) em Gravataí- RS, com o objetivo de descrever a imagem corporal, segundo sexo e faixa etária de escolares adolescentes de 5^a a 8^a série, 1.442 adolescentes foram entrevistados. De acordo com o resultado, 75% não se mostravam preocupados com a aparência, 6,7% demonstravam uma preocupação moderada e apenas 2,7% manifestaram extrema preocupação. A amostra foi composta por um maior número de adolescentes do sexo masculino (51%), sendo que, entre esses, a prevalência de satisfação foi 89,8%, enquanto entre as adolescentes do sexo feminino foi de apenas 59,8%. Essa diferença foi significativa. Não foram verificadas diferenças significativas na percepção da imagem corporal segundo as faixas etárias, ainda que se tenha observado uma preocupação levemente maior entre 13 e 15 anos e menor entre os mais jovens.

Principalmente na adolescência, os TAs são considerados patologias graves, com alto grau de morbidade e complexidade. Os TAs iniciados nesta fase de vida afetam de forma severa e amplamente o desenvolvimento do indivíduo (PINZON et al, 2004).

Transtornos Alimentares (TAs)

Os TAs são fenômenos caracterizados pela preocupação excessiva com peso, corpo e alimento, de caráter pluridimensionais. Eles são resultantes da interação de fatores pessoais, familiares e sócio- culturais (SOUTO, 2002). Saikali (2004) define os TAs como patologias caracterizadas por: distúrbios na percepção corporal, graves alterações no padrão alimentar e obsessão no controle de peso. Apresentam um alto grau de morbidade e podem resultar em perda ou ganho de peso excessivo (PINZON et al., 2004).

Nos últimos anos estes distúrbios têm aumentado consideravelmente, o que pode ser devido a grande influência da mídia que passa a imagem de que o corpo perfeito é magro. Para alcançar este objetivo as pessoas fazem dietas restritivas e alto consumo de produtos light e diet. Além dessas questões relacionadas ao comportamento alimentar, fatores sociais, psicológicos e biológicos também estão envolvidos na Gênese dos TAs (BOSI et al, 2006; DAMASCENO, 2005; ALMEIDA; LOUREIRO; SANTOS, 2002).

Isto posto, o ato de se alimentar está intimamente relacionado ao afeto. Não comemos apenas para nos nutrir, existe também o prazer. A comida vai adquirindo novos significados ao longo da vida, os mais diversificados possíveis, como: compensação, raiva, tristeza, amor e dependência, podendo resultar em patologias como os TAs, ou seja, existe uma influência mútua entre processos físicos e mentais, evoluindo para o papel patogênico das emoções. Adentramos assim nos TAs, onde a relação com a comida é considerada um sintoma de um processo de desequilíbrio emocional e não uma mera causa de problema de saúde capaz de revelar formas de interação da pessoa consigo e com o mundo (CORDÁS, 2004; FREITAS; GORENSTEIN; APPOLINÁRIO, 2002).

Os TAs, principalmente na adolescência, constituem quadros complexos, graves e com grau de morbidade alta. Os adolescentes são os mais afetados devido ao fato de estarem passando por um período de vida correspondente a fase do desenvolvimento, no qual o prognóstico apresenta-se reservado e caracteristicamente envolve a família. As preocupações com o peso e a forma corporal constituem a psicopatologia (PINZON et al, 2004).

Estudo realizado por Miranda (2004) relata que essa situação talvez seja consequência da maneira como o indivíduo expõe seu perfil e inscreve suas angústias e conflitos. Ele expressa muito sua maneira de pensar, a preocupação com o modo como lida com sua alimentação e seu corpo. Configurado como repressor, o conceito alimentar contemporâneo está imbuído de penalidades e interdições.

Os principais TAs são: a Anorexia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN), Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) e mais recentemente descreve-se um novo quadro, encontrado em adolescentes do sexo masculino, conhecido como Vigorexia ou Transtorno Dismórfico Corporal (TDC), estes dois últimos em menores proporções (ABREU; CANGELLI FILHO, 2004).

Anorexia Nervosa (AN)

A AN ao longo do século XX tem manifestado aumento da incidência em mulheres jovens e encontra-se distribuída entre as diferentes culturas (HOEK, 2006). É caracterizada por perda de peso autoinduzida, distúrbios psicológicos, tais como: crenças irracionais, na qual o jejum era praticado como forma de se aproximar espiritualmente de Deus, características obsessivo-compulsivas e anormalidades fisiológicas. Há uma preocupação anormal com a forma corporal, com o peso e com a alimentação e um medo obsessivo de engordar. Mesmo estando emagrecida gravemente, a pessoa considera-se acima do peso devido à ocorrência da distorção da imagem corporal (THIEL e MELLO, 2005; SAIKALI, 2004).

Na AN a perda de peso ocorre de forma intencional e os métodos dietéticos utilizados são extremamente radicais e restritivos, geralmente os indivíduos iniciam uma dieta restringindo os carboidratos e lipídeos por serem considerados calóricos, alimentam-se somente de verduras, diminuem o número de refeições e em seguida

adotam um jejum prolongado (BOSI et al, 2006). Segundo Cordás (2004), não ocorre perda real do apetite, mas sim uma negação do mesmo.

A AN é classificada em dois tipos, restritivo ou purgativo, de acordo com o comportamento do indivíduo. Na AN restritiva o paciente faz uso de dietas, jejuns e exercícios para perda de peso. Na purgativa o paciente faz purgação, como autoindução de vômito, uso de diuréticos e laxantes de forma irregular tendo ou não episódios de ingestão compulsiva (APPOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000).

O indivíduo com AN tem preocupação e cautela excessivas, sensibilidade exacerbada, medo de mudanças e gosto pela ordem, traços estes característicos de personalidade (BAPTISTA; 2005). Outros sintomas comuns são amenorreia, perda de peso em curtos intervalos de tempo, sentir-se culpado (a) ao ingerir algum alimento, irritabilidade, hipersensibilidade ao frio e excesso de exercícios físicos entre outros (OLIVEIRA et al, 2003; CLAUDINO; BORGES, 2002). Homens com AN podem desenvolver aparência feminina (MELIN e ARAÚJO, 2002).

Dunker e Philipi (2003) ao avaliarem alunas de 15 a 18 anos de escolas públicas de São Paulo, observaram que aquelas com sintomas de AN possuíam aversão a determinados grupos de alimentos, como balas, chocolates em barra, refrigerante, macarrão e batata frita, alimentos considerados preferenciais entre o grupo sem sintomas de AN. Quanto ao consumo de produtos dietéticos, 26,64% das alunas relataram consumi-los frequentemente e 73,36% esporadicamente. Quando questionadas sobre o papel da alimentação em suas vidas, 42,01% responderam que sentem que o alimento controla suas vidas em graus diferentes de intensidade. Este estudo é semelhante ao de Stracieri e Oliveira (2008) que ao verificarem o comportamento alimentar associado à ingestão de carboidratos perceberam que os alimentos ricos em carboidratos e açúcares são mais evitados pelas pacientes com AN devido ao fato destas pacientes acreditarem que este nutriente está associado ao ganho de peso.

As consequências da NA podem ser divididas em cardiovasculares, dermatológicas, digestivas e neuroendócrinas (BAPTISTA 2005). No aparelho cardiovascular ocorre redução da massa cardíaca, associada a diminuição da pressão arterial e frequência cardíaca. Uma das causas da internação do paciente com AN é a bradicardia que pode ser intensa e chegar a uma parada cardíaca.

No trato gastrointestinal a consequência se dá devido ao retardo do esvaziamento gástrico e constipação intestinal podendo ocorrer degeneração gordurosa do fígado, alterações das enzimas hepáticas e necrose hepática focal (CORDÁS; SEGALL, 2004).

A chamada disfunção hipotalâmica, com a presença da amenorreia, ocorre devido à instalação da AN no período pré - puberal, causando a baixa estatura e atraso da maturação sexual. A osteopenia também é consequência da AN, sendo secundária ao hipogonadismo hipotalâmico, com baixo estrogênio, levando nos casos mais graves a compressão vertebral e fraturas patológicas (NERY et al, 2002).

Em um estudo Santos et al, (2004) perceberam que por acometer mais adolescentes que estão passando por um período de formação do esqueleto, a redução da massa óssea é uma das complicações mais graves. Um terço dos adolescentes acometidos pela AN tem osteoporose e a incidência da osteopenia pode chegar a 90%.

Caracterizada por anormalidades dos fluidos e eletrólitos (principalmente do fósforo) a AN pode levar a complicações cardiológicas, hematológicas, neurológicas e até a morte súbita. Portanto, deve acontecer um monitoramento dos eletrólitos e uma cautelosa alimentação dando ênfase a correção dos eletrólitos (APA, 2000).

Bulimia Nervosa (BN)

O termo BN vem da união dos termos gregos *boul* (boi) ou *bol* (grande quantidade), com *lemos* (fome), ou seja, uma fome muito intensa ou suficiente para devorar “um boi”. Este termo foi criado por Russel em 1979. Os portadores de BN geralmente se apresentam com leve sobrepeso ou até se mantém próximo ao peso (VILELA et al., 2004).

De acordo com Abreu e Cangelli Filho (2004), a ingestão compulsiva de grande quantidade de alimentos e sensação de perda de controle ao se alimentar são características da BN. Estes episódios são acompanhados de métodos inadequados para o controle de peso como uso de medicamentos, dietas e exercícios físicos excessivos e o comer compulsivo. Assim como na AN, os bulímicos também apresentam percepção alterada da imagem corporal e insatisfação com o próprio corpo (ASSUNÇÃO, 2002).

O principal sintoma da BN é a compulsão alimentar, estado em que o bulímico alterna a exagerada ingestão de alimentos com estratégias para eliminação das calorias ingeridas. Dentre estas estratégias pode-se citar: uso de diuréticos, laxantes e autoindução de vômitos (ROMARO; ITOKAZU, 2002; APPOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000). Impulsividade, fácil desmotivação, tendências a extroversão e a modismo, baixa autoestima, nível de ansiedade elevado e baixo limiar à frustração são algumas das outras características psicológicas dos indivíduos bulímicos (ROMARO; ITOKAZU, 2002).

De fato, os estudos de tais autores concordam com as colocações de Abreu e Cangelli Filho (2004) que perceberam em seus estudos que dentre os mecanismos para a perda de peso utilizados pelos pacientes bulímicos, a autoindução ao vômito é o mais prevalente, estando presente em mais de 90% dos casos.

O bulímico pode apresentar algumas complicações em diferentes níveis, a saber: psiquiátricas: isolamento social, depressão e perda de oportunidades de convívio e profissionais; Metabólicas: hipoglicemia, distúrbios hidroeletrólíticos e aumento do colesterol; Cardiovasculares: pressão baixa, tonturas e problemas cardíacos; Neurológicos: neurite e Gastroenterológicos: lesão do estômago, cáries, constipação e obstrução intestinal (APA, 2000).

Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP)

O TCAP é um transtorno caracterizado por episódios de ingestão exagerada e compulsiva de alimentos, diferindo da BN devido ao fato das pessoas afetadas não forçarem a eliminação dos alimentos ingeridos, fazendo com que geralmente desenvolvam sobrepeso ou obesidade (ABREU; CANGELLI FILHO, 2004).

Os estudos epidemiológicos descrevem uma prevalência de TCAP em 2% da população em geral e cerca de 30% nos obesos que procuram tratamento para obesidade em serviços especializados. Apesar de estar presente em homens e mulheres há uma predominância no sexo feminino na proporção de 3/2 geralmente tendo início na adolescência (STEFANO; BORGES; CLAUDINO, 2002; OLIVEIRA; FONSECA, 2006).

Os pacientes que sofrem de compulsão alimentar vivem em meio de centenas de sentimentos conflituosos, episódios de compulsão alimentar, eles, além de possuírem sentimentos de autocondenação, medo e raiva são tomados por desconfortos físicos (ESPÍNDOLA; BLAY, 2006).

As principais causas para este distúrbio são desilusões amorosas, fracasso emocional ou perda de alguém querido. Como estratégia, esses indivíduos utilizam a comida para preencher tais vazios emocionais. Além disso, a comida é para essas pessoas como se fosse um presente, um sinônimo de felicidade, trazendo para os mesmos sentimentos de prazer e euforia (FONSECA; OLIVEIRA, 2006).

A orientação para o tratamento do TCAP deve centrar-se inicialmente na redução da frequência dos episódios de compulsão alimentar e complementada com medicamentos, psicoterapia e dietas enquadradas na realidade de cada paciente, além da incorporação de exercícios físicos da rotina (APPOLINÁRIO, 2004).

Fonseca e Oliveira (2006) verificaram em pacientes com TCAP os principais sintomas, a saber: baixa autoestima em 25% dos casos, seguido de culpa, vergonha e inferioridade com um percentual de 15%, e raiva, medo e angústia representaram 10%. Quanto à frequência da percepção do significado da comida para os pacientes, 60% comem por prazer e 40% para preencher um vazio emocional.

A principal consequência do TCAP é o ganho progressivo de peso, resultando em obesidade, por vezes mórbida. A maioria dos pacientes com TCAP é obesa e apresenta má resposta aos regimes de tratamento, podendo estar associado a obesidade em adolescentes (APA, 2000).

Shapira; Goldsmith; McEbroy (2000) relataram que 30% de um grupo de adolescentes obesas que procurou tratamento para emagrecer apresentava compulsão alimentar. O tratamento do TCAP deve envolver uma orientação dietética adequada com refeições regulares, psicoterapia cognitivo-comportamental.

Os maus hábitos alimentares decorrentes do TCAP, principalmente aqueles que acarretam a obesidade, produzem problemas de saúde imediatos e também em longo prazo, visto que cerca de 60% de adolescentes obesas já sofrem de Hipertensão Arterial, hiperlipidemia e/ou hiperinsulinemia (MONTEIRO; MONDINI; COSTA, 2000).

Vigorexia

A Vigorexia enquadra-se entre os transtornos dismórficos corporais e é conhecida também como Dismorfia Muscular (CHUNG, 2001).

O que caracteriza uma distorção de imagem corporal nos indivíduos afetados pela Vigorexia é a descrição que estes fazem de sua aparência corporal, apresentando uma musculatura desenvolvida em níveis acima da média da população masculina, julgam-se “fracos e pequenos” (GRIEVE, 2007). São pessoas extremamente preocupadas com sua massa muscular, o que pode levar ao excesso de levantamento de peso, prática de dietas hiperglicêmicas, hiperprotéicas e hipolipídicas e fazem uso de esteroides anabolizantes e de suplementos proteicos (CAFRI, VAN DE BERG e THOMPSON, 2006). Estas pessoas são frequentadores assíduos de academias que praticam exercícios físicos em excesso na busca de um corpo perfeito, passando horas nas academias, tornando-se obsessivas pelos exercícios e perfeccionistas consigo mesmo (BAPTISTA, 2005).

A vigorexia afeta com mais frequência homens, mas pode também ser detectada em mulheres. Os fatores determinantes para o surgimento da Vigorexia podem ser: cognitivos, comportamentais, ambientais, emocionais e psicológicos. Os pacientes mais frequentemente afetados pertencem à classe média baixa (GRIEVE, 2007).

Assunção (2002), com base em seu estudo, concluiu que para os homens o corpo perfeito, representando o ideal de imagem corporal masculina, seria aquela que é forte e musculoso. O corpo musculoso tem sido cada vez mais desejado, no entanto ainda existem homens que preferiam um corpo esguio, o que pode caracterizar mais tarde um quadro de dismorfia muscular ou AN (BRANCO; HILARIO; CINTRA, 2006).

Com a finalidade de compreender se o uso de anabolizantes está ligado à alteração da imagem corporal observou-se que homens avaliados faziam uso desses produtos não para fins atléticos e sim com a única finalidade de melhorar a aparência pessoal. O uso de anabolizantes em longo prazo pode levar a um quadro de dismorfia

muscular, assim como à alteração na autoestima e na imagem corporal (KANAYAMA, 2006).

Na vigorexia, o uso de esteroides, a utilização excessiva de peso durante os exercícios, sobrecarrega os ossos, músculos, tendões e articulações, principalmente dos membros inferiores (CAMARGO et al, 2008). Os transtornos metabólicos ocasionados aos indivíduos com Vigorexia são devido à dieta inadequada (rica em carboidratos e proteínas) e o consumo exagerado de suplementos proteicos, o que afeta de maneira especial os rins, o colesterol e a glicemia dos indivíduos (ALONSO, 2005).

Associado a uma série de problemas tanto físicos quanto psiquiátricos encontra-se o uso de esteroides anabolizantes. Além de causarem alterações físicas ainda contribuem para o desenvolvimento da Hipertensão Arterial, doenças coronarianas, hipertrofia prostática, tumores hepáticos, problemas de ereção, hipogonadismo, atrofia testicular, alteração da voz, atrofia mamária, hipertrofia do clitóris e amenorreia em mulheres, aumento dos pelos corporais e da incidência de aterosclerose. Sintomas depressivos quando de sua abstinência, comportamento agressivo, quadros psicóticos e hipomania estão entre alterações psiquiátricas (HARTENGS; KUIPERS, 2004).

Etiologia

A etiologia dos TAs por ser considerada como multifatorial é de difícil interpretação, identificação e manejo. Sabe-se que a interação entre fatores genéticos, ambientais, socioculturais, biológicos (somáticos) e psicológicos (emocionais) são as principais causas para o desenvolvimento dos TAs. No entanto, acredita-se que os fatores externos são mais relevantes em sua incidência do que os fatores genéticos (MORGAN; VECCHIATTI; NEGRÃO, 2002).

Cordás e Claudino (2002) afirmaram que o aumento da prevalência de TAs está intimamente ligado a questões sociais, culturais e econômicas do mundo moderno. No ocidente isso se dá de modo especial, onde o “belo deve ser magro”, crença esta amplamente divulgada pela mídia.

No entanto, Shimidt (2003) revela que até o momento a pesquisa etiológica nos permite afirmar que estamos diante de patologias multifatoriais, porém a genética pode contribuir com aproximadamente 30% a 80% do risco de desenvolver tais transtornos, informações estas advindas dos avanços biotecnológicos. Nos últimos 40 a 50 anos os achados de aumento de incidência desses transtornos nos fazem pensar sobre as mudanças socioculturais e o impacto que as mesmas exercem e sua colaboração como fatores desencadeantes e de manutenção.

Em estudos realizados por Strober et al, (2000) com o objetivo de identificar a contribuição dos fatores genéticos para o desenvolvimento de TAs, pode-se verificar que a incidência de TAs em irmãs de pacientes com TA é de 6%, aproximadamente, seis vezes maior que os valores mais altos encontrados em estudos populacionais. Estudo realizado com 45 pares de gêmeos observou que a concordância para a manifestação do TA em dizigóticos foi de 5%, enquanto que para monozigóticos foi de 56%. Estes achados evidenciaram que os fatores genéticos tem um papel importante na manifestação dos TAs.

Entidades de grande importância médico-social relatam que os TAs podem comprometer seriamente a saúde dos indivíduos sintomáticos. Atitudes de comportamento alimentar problemáticas em relação ao medo da “gordura” são bastante encontradas. Devido a sua importância epidemiológica, faz-se necessário um rastreamento utilizando instrumentos específicos com a finalidade de ampliar estes estudos para um processo efetivo na intervenção e prevenção desses transtornos (MAGALHÃES; MENDONÇA, 2005).

Influência da mídia nos transtornos alimentares

A influência da mídia promove distúrbios da imagem alimentar e corporal. Modelos, atrizes e outros ícones femininos ao longo das décadas vêm se tornando mais magras. A mídia gera um impacto negativo nos indivíduos com TAs ao veicular técnicas não-saudáveis de controle de peso (indução de vômitos, exercícios físicos rigorosos e dietas drásticas) o que faz com que os mesmos sintam-se pressionados para serem magros. Estudos revelam que adolescentes expostos à mídia em sua maioria são insatisfeitos com sua imagem corporal (BECKER et al, 2002).

O corpo humano sendo tomado com um referencial de status e sucesso a ser alcançado passou a ser extremamente valorizado e explorado pela mídia (CONTI; GAMBARDELLA; FRUTUOSO, 2006). Uma vez que representam ideais de beleza e sucesso, os padrões corporais de mulheres magras e homens musculosos vêm influenciando a vida das pessoas fazendo com que aumente cada vez mais a divulgação deste padrão de beleza na mídia através de comerciais, revistas e cinemas (BRANCO; HILARIO; CINTRA, 2006; TRICHES e GIUGLIANI, 2007).

A indústria corporal encarrega-se de reforçar imagens e criar desejos padronizando corpos que por se sentirem fora das medidas, sentem-se insatisfeitos e cobrados. Parte de nossa sociedade sai em busca de uma aparência física idealizada devido à influência que a mídia exerce ao mostrar corpos idealizados e considerados atraentes (RUSSO, 2005).

Adotar técnicas sugeridas que são mostradas como simples e acessíveis, estar no padrão midiático do magro, do jovem e do belo, faz com que cada vez o culto ao corpo ocorra de maneira crescente. No entanto, surge um paradoxo, a imagem corporal real da maioria das pessoas não corresponde à imagem corporal propagada, o que faz com que as pessoas se sacrifiquem na busca dos padrões de beleza publicados pela mídia, busca esta de um padrão ou modelo dito ideal que leva as pessoas à doença e até mesmo a morte (SERRA; SANTOS, 2003).

Em contrapartida, em pesquisa realizada por Almeida; Nascimento e Quaioti (2002) após analisarem 432 horas de programações em três principais redes de televisão do país, concluíram que das 1.395 propagandas veiculadas, 57,8% delas eram de alimentos do grupo dos óleos, gorduras e açúcares da pirâmide alimentar. O que é mais alarmante é que frutas e vegetais não foram mencionados sequer uma vez.

A indústria cultural através dos meios de comunicação encarrega-se de reforçar imagens e criar desejos padronizando corpos. Na contemporaneidade, olhares voltam-se ao corpo sendo moldado por atividades físicas, tecnologias estéticas e cirurgias plásticas (RUSSO, 2005).

Nas últimas três décadas, a mídia tem exercido de forma crítica e observadora influência sobre o corpo, classificando e rotulando pessoas de acordo com a sua imagem corporal, estabelecendo padrões estéticos, cultuando o perfeito e o belo. Estes procedimentos não agregam saúde, ao contrário, trazem transtornos

psicológicos e físicos que agravarão seu quadro de desconforto com sua imagem corporal e na procura do corpo idealizado (PORTO; LINS, 2009).

De acordo com Carrara; Russo e Faro (2009), a sociedade de consumo reflete as mudanças corporais ao atribuírem uma valorização a estética corporal, desta forma, através dos meios de comunicação a indústria corporal expõe imagens, cria desejos padronizando um determinado corpo. Os autores ainda afirmam que estes corpos são idealizados, cobrados e insatisfeitos.

O papel do profissional Nutricionista nos transtornos alimentares

Os TAs são considerados doenças complexas, cujo tratamento requer uma equipe de especialistas. Dentre estes se destaca o papel do nutricionista, pois ele é o único profissional qualificado para que a terapia nutricional seja implementada, no entanto, necessita de formação especial e experiência na área, além de saber interagir com os demais integrantes da equipe (ADA, 2001).

Para um nutricionista que trabalha com TAs os atributos mais importantes são: conhecimento amplo da ciência da nutrição, habilidade no aconselhamento, no comportamento educacional, uma atitude compreensiva e não de julgamento (ALVARENGA; LARINO, 2002).

Os pacientes com TAs são resistentes quanto a aceitação do que é proposto para melhorar sua qualidade de vida. Neste âmbito, é essencial que o nutricionista entenda que a resistência faz parte do tratamento. Os pacientes geralmente negam seu estado psicopatológico e não aceitam a mudança, o que faz com que a evolução do tratamento destes torne-se lenta. É necessário que o nutricionista busque o equilíbrio entre as preferências do paciente, levando em conta seus mitos, crenças e medos que os leva a acreditar serem hábitos saudáveis (Bighetti et al, 2007).

A *American Dietetic Association* (2001) além de reconhecer que as atividades do nutricionista são de grande importância no tratamento dos TAs, indica que a educação e a intervenção nutricionais sejam integradas ao tratamento e destaca a importância do nutricionista na equipe multiprofissional. Estudos indicam que os programas de abordagens nutricionais aplicados e avaliados apresentaram bons resultados em vários centros de estudo.

Em um primeiro momento, o atendimento clínico nutricional deve ser com o paciente e a família, posteriormente de forma individual. A realização da avaliação e seguimento nutricionais, cujas condutas devem estar em sintonia com as outras abordagens, é de responsabilidade do profissional nutricionista. Em um contexto de compreensão e respeito das dificuldades do paciente, o nutricionista, buscando melhor qualidade alimentar, negocia as possíveis mudanças em seus hábitos alimentares (BIGHETTI et al, 2007).

O nutricionista dentro da equipe multidisciplinar ao tratar de pacientes com TAs é o único capacitado a propor mudanças no comportamento e consumo alimentar uma vez que estes aspectos estão profundamente alterados nos TAs. Estas mudanças dividem-se em duas etapas: educacional e experimental. O tratamento nutricional deve ser conduzido com uma detalhada anamnese acerca dos hábitos alimentares do paciente e histórico da doença (ALVARENGA, 2001).

Avaliar medidas de peso, altura, restrições alimentares, relação com os alimentos e crenças nutricionais é de fundamental importância. A etapa educacional abrange conceitos de alimentação saudável, recomendações nutricionais, fontes dos nutrientes e consequências das purgações e restrições alimentares. A experimental é mais voltada para a relação que o paciente tem para com os alimentos e o seu corpo. Ajudar o paciente com TA a identificar os significados que a alimentação e o corpo possuem é de fundamental importância (ALVARENGA, 2001).

A piora do estado nutricional dos pacientes com TAs é acarretada pelo fato dos mesmos possuírem inadequações profundas no consumo, padrão e comportamento alimentar, além de diversas crenças equivocadas sobre alimentação. O nutricionista ao realizar o tratamento nutricional visa reverter tais alterações promovendo hábitos alimentares saudáveis e melhorando a relação do paciente com o alimento. As características e objetivos do tratamento diferem para a AN e BN, no entanto, em ambas, as principais metas são o aumento do conhecimento nutricional, a regularização do hábito alimentar, maior reabilitação nutricional e mudanças mais profundas no comportamento alimentar (LATTERZA et al , 2004).

De acordo com Ednos (2001), na terapia nutricional para TAs é de fundamental importância que o nutricionista trabalhe voltado para modificar os

comportamentos relacionados ao peso e a alimentação. A realimentação deve ser feita de forma gradativa envolvendo diretamente o paciente e seus responsáveis.

Conclusão

Os TAs na adolescência são considerados graves pois geram graves consequências no desenvolvimento e afetam o desenvolvimento dos adolescentes.

Estudos nesta área tornam-se relevantes, especialmente quando percebemos que a população mais atingida são os adolescentes que necessitam de assistência para viverem com uma boa qualidade de vida. Torna-se necessário, ainda, a criação de mecanismos regulatórios para a veiculação de propagandas que utilizam recursos manipuladores para apelação de imagens esteticamente perfeitas.

A participação dos profissionais de saúde dentre eles, de modo especial, o nutricionista é de extrema importância para promoção de hábitos saudáveis, acabando com comportamentos inadequados.

Referências

- ABREU, C; CANGELLI FILHO, R. Anorexia nervosa e bulimia nervosa: abordagem cognitivo-construtivista de psicoterapia. *Revista de Psiquiatria Clínica* 2004; 31(4): 177-183.
- ALMEIDA, GAN; LOUREIRO, SR; SANTOS, JE. A imagem corporal de mulheres morbidamente obesas avaliadas através do desenho da figura humana. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 2002; 15(2): 283-292.
- ALMEIDA, SS; NASCIMENTO, PCBD; QUAIOTI, TCB. Quantidade e qualidade de produtos alimentícios anunciados na televisão brasileira. *Revista de Saúde Pública* 2002; 36(3): 353-355.
- ALONSO, CAM. Vigorexia: enfermedad adaptacion. *Revista Digital*. Buenos Aires 2005; 11(99).
- ALVARENGA, M; LARINO, MA. Terapia nutricional na anorexia e bulimia nervosas. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2002; 24(3): 39-43.
- ALVARENGA, MS. *Bulimia nervosa avaliação do padrão e comportamento alimentares*. São Paulo 2001. Tese [doutorado]. Curso Interunidades em Nutrição Humana Aplicada, Universidade de São Paulo.

AMERICAM DIETETIC ASSOCIATION (ADA). Nutritional intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and eating disorders not otherwise specified. *J. Am. Diet. Assoc.* 2001; 101(7): 810-919.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. *Am J. Psychiatry* 2000; 157: 1-39.

APPOLINARIO, JC. Transtorno da compulsão alimentar periódica: uma entidade clínica emergente que responde ao tratamento farmacológico. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2004; 26(2): 75-76.

APPOLINÁRIO, JC; CLAUDINO, AM. Transtornos alimentares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo 2000; 22(3): 28-31.

ASSUNÇÃO, SSM. Dismorfia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo 2002; 24(3): 80-84.

BAPTISTA, AN. Distúrbios alimentares em frequentadores de academia. *Revista Digital*. Buenos Aires 2005; 10(82): 01.

BECKER, AE; BURWEL, RA; GILMAN, SE; HERZOG, DB, HAMBURG, P. Eating Behaviours and attitudes Following Prolonged Exposure to Television among Ethnic Fijian Adolescent Girls. *The British Journal of Psychiatry*, 2002; 180: 509-14.

BENNETT, DL; EISENSTEIN, E. Adolescent health in a globalised World: a picture of health inequalities. *Adolesc Med State of the Art Reviews*, 2001; 12: 411-426.

BIGHETTI, F; SANTOS, MA; RIBEIRO, RPP; OLIVEIRA, EA; UNAMUNO, MRL; DOS SANTOS, JE. Transtornos Alimentares: anorexia e bulimia nervosas. *Programa de atualização em enfermagem saúde do adulto*. 1ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007: 94-95.

BOSI, MLM; LUIZ, RR; MORGADO, CMC; COSTA, MLS; CARVALHO, RJ. Autopercepção da imagem corporal entre estudantes de nutrição: um estudo no município do Rio de Janeiro. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 2006; 55(2): 108-113.

BRANCO, LM; HILARIO, MOE; CINTRA, IP. Percepção e satisfação corporal em adolescentes e a relação com seu estado nutricional. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 2006; 33(6): 292-296.

CAFRI, G; VAN DE BERG, P; THOMPSON, JK. Pursuit of muscularity in adolescent boys: relations among biopsychosocial variables and clinical outcomes. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 2006; 35(2): 283-291.

CAMARGO, PPT; COSTA, VPS; UZUNIAN, GL; VIEBIG, FR. Vigorexia: revisão dos aspectos atuais deste distúrbio de imagem corporal. *Rev. Bras Psicol Esporte*, jun. 2008; 2(1): 01-15.

CARRARA, S; RUSSO, JÁ; FARO, L. A política de Atenção à Saúde do Homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. *Revista de Saúde Coletiva*, 2009; 19(3): 655-678.

CHUNG, B. Muscle dysmorphia: a critical review of the proposed criteria. *Perspect Bio Med* 2001; 44(4): 565-574.

CLAUDINO, AM; BORGES, MBF. Critérios diagnósticos para os transtornos alimentares: conceitos em evolução. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. São Paulo 2002; 24(3): 7-12.

CONTI, MA; GAMBARDELLA, AMD; FRUTUOSO, MFP. Insatisfação com a imagem corporal em adolescentes e sua relação com seu estado nutricional. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 2006; 33(6): 292-296.

CORDÁS, TA; CLAUDINO, AM. Transtornos alimentares: fundamentos históricos. *Revista de Psiquiatria*, São Paulo, 2002; 24(3): 3-6.

CORDÁS, TA; SEGALL, A. Transtorno alimentar e cirurgia bariátrica: relato de caso. In: *Arquivo Brasileiro Endócrino do Metabolismo*. São Paulo 2004; 48(4): 564-571.

DAMASCENO, VO. Tipo físico ideal e satisfação com a imagem corporal de praticantes de caminhada. *Rev. Bras. Med. Esporte*. 2005; 11(3): 181-186.

DENIZE, A; RAFAEL, RM; VERA, BZ. Imagem corporal de adolescentes escolares em Gravataí – RS. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, jul./set. 2010; 19(3): 283-291.

DUNKER, KLL; PHILIPPI, ST. Hábitos e comportamentos de adolescentes com sintomas de anorexia nervosa. *Revista de Nutrição*, Campinas, jan./mar. 2003; 16(1): 41-50.

EDNOS, J. Position of American Dietetic Association: Nutricional Intervention in the treatment of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, and Eating Disorders not otherwise Specified. *Am Diet Assoc*, 2001; 101(7): 810-9.

ESPÍNDOLA, CR; BLAY, SL. Bulimia e transtornos da compulsão alimentar periódica: revisão sistemática e metassíntese. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 2006; 28(3): 265-275.

FIATES, GMR; SALLES, RK. Fatores de risco para o desenvolvimento de distúrbios alimentares: um estudo em universitárias. *Revista de Nutrição*, Campinas, jan. 2001; 14(3): 3-6.

FONSECA, NP; OLIVEIRA, DAG. A compulsão alimentar na percepção dos profissionais de saúde. *Psicol. hosp.*, São Paulo 2006; 4(2): 1-18.

- FREITAS, S; GORENSTEIN, C; APPOLINÁRIO, JC. Instrumentos para a avaliação dos transtornos alimentares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. São Paulo 2002; 24(3): 34-38.
- GHAZAL, N; AGOUB, M; MOUSSAOUI, D; BATTAS, O. Prevalence of bulimia among secondary school students in Casablanca. *Encephale*, 2001; 27: 338-42.
- GRIEVE, FGA. Conceptual model of factors contributing to the development of muscle dysmorphia. *Eat Disord*, 2007; 15(1): 63-8.
- HARTENGS, F; KUIPERS, H. Effects of adrogenic anabolic steroid in athletes. *Sports M*, 2004; 34(8): 513-54.
- KANAYAMA, G. Body image and attitudes toward male roles in anabolic-androgenic steroid users. *American Journal Psychiatry*, 2006; 163(4): 697-703.
- KANNO, P; RABELO, M; MELO, GF; GIAVONI, A. Discrepância na imagem corporal e na dieta de obesos. *Revista de Nutrição*, 2008; 21(4): 423-430.
- LATTERZA, AR; DUNKER, KL; SCAGLIUSI, FB; KEMEN, E. Tratamento nutricional dos transtornos alimentares. *Rev. Psiquiatr. Clín.*, 2004; 31(4): 173-176.
- LOCK, J; LE GRANGE, D; AGRAS, SW; DARE, C. Treatment Manual for Anorexia Nervosa: A Family – Based Approach. *The Guilford Press*. New York. 2001.
- MAGALHÃES, VC; MENDONÇA, GAS. Transtornos alimentares em universitárias: estudo de confiabilidade da versão brasileira de questionários autopreenchíveis. *Rev. Bras. Epidemiol.*, 2005; 8(3): 236-45.
- McCABE, MP; RICCIARDELLI, LA. Sociocultural influences on body image and body changes among adolescent boys and girls. *J Soc Psychol*, 2003; 143(1): 5-26.
- MELIN, P; ARAÚJO, AM. Transtornos alimentares em homens um desafio diagnóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2002; 24(3): 73-76.
- MONTEIRO, CA; MONDINI, L; COSTA, RB. Mudanças na composição e adequação da dieta nutricional familiar nas áreas metropolitanas do Brasil. *Rev. Saúde Pública*, 2000; 34(3): 251-258.
- MORGAN, CM; VECCHIATTI, IR; NEGRÃO, AB. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. São Paulo 2002; 24(supl. 3): 18-23.
- NERY, FG; TEIXEIRA JR, AL; MIRANDA, GV; DAKER, MV. Anorexia nervosa e gravidez: relato de caso. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2002; 24(4): 186-188.

OLIVEIRA, FP; BOSI, MLM; VIGARIO, PS; VIEIRA, RS. Comportamento alimentar e imagem corporal em atletas. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, São Paulo 2003; 9(6): 348-356.

OLIVEIRA, GA; FONSECA, PN. A compulsão alimentar na recepção dos profissionais de saúde. *Psicol hosp*. São Paulo 2006; 4(2): 1-18.

PINHEIRO, AP; GIUGLIANI, ERJ. Quem são as crianças que se sentem gordas apesar de terem peso adequado? *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro 2006; 82(3): 232-235.

PINZON, V; GONZAGA, AP; COBELO, A; LABADDIA, E; BELLUZZO, P; FLEITLICH-BILYK, B. *Rev. Psiq. Clin.* 2004; 31(4): 167-169.

PORTO, AA; LINS, GR. Imagem corporal masculina e a mídia. *Revista Digital – Buenos Aires – Ano 14- nº 132*, mayo de 2009.

ROMARO, RSE; ITOKAZU, FM. Bulimia Nervosa: Revisão de literatura. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, 2002; 15(2): 407-412.

RUSSO, R. Imagem corporal: construção do belo. *Movimento & percepção*. Espírito Santo de Pinhal, São Paulo. Jan./jun 2005; 5(6): 80-89.

SAIKALI, CJ. Imagem corporal nos transtornos alimentares. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, 2004; 31(4): 164-166.

SANTOS, DE; RIBEIRO, PPR; SANTOS, DEJ; SILVA, RJCA; SÁ, SFM. *Massa óssea em Pacientes com Anorexia Nervosa*. RBGO 2004; 26(1): 71-75.

SERRA, GMA; SANTOS, EM. Saúde e mídia na construção da obesidade e do corpo perfeito. *Ciência e Saúde Coletiva* 2003; 8(3): 691-701.

SHAPIRA, NA; GOLDSMITH, TD; McEbroy, SL. Treatment of binge eating disorders with topiramate: a clinical case series. *J. Clin Psychiatry*. 2000; 61(5): 360-372.

SHIMIDT, V. A etiology of eating disorders in the 21st century. New answers to old question. *Eur Child & Adolesc Psychiatry* 2003; 12(suppl 1): 103-7.

SOUTO, S; FERRO-BUCHER; NSJ. Práticas indiscriminadas de dietas de emagrecimento e o desenvolvimento de transtornos alimentares. *Rev. Nutr.* Campinas, nov./dez. 2006; 19(6): 693-704.

SOUTO, SG. *Vivências e significados dos transtornos alimentares através da narrativa de mulheres*. [dissertação]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2002; 28: 72-74.

STEFANO, SC; BORGES, MBF; CLAUDINO, AM. Transtorno da compulsão alimentar periódica. *Psiq Prática Médica* 2002; 34: 118-20.

STRACIERI, MPA; OLIVEIRA, DCT. Fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares em universitárias. *Revista Digital de Nutrição – Ipatinga: Unileste - MG*, ago./dez. 2008; 2(3).

STROBER, M; LAMPERT, C; MORRELL, W; BURRROUGHS, J; JACOBS, C.A controlled family study of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 2000; 9: 239-53.

THIEL, CB; MELLO, ED. Tratamento nutricional da anorexia nervosa no hospital das clínicas de Porto Alegre. *Nutrição em Pauta*. São Paulo, jul./ago. 2005; 13(4): 32-37.

TRICHES, RM; GIUGLIANI, ERJ. Insatisfação corporal em escolares de dois municípios da região sul do Brasil. *Revista de Nutrição* 2007; 20(2): 1119-28.

VILELA, JEM; LAMOURIER, JA; DELARETTI FILHO, MA; BARROS NETO, JR; HORTA; GM. Transtornos alimentares em escolares. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, jan./fev. 2004; 80(1): 49-54.