**Transtornos alimentares na adolescência: Uma Revisão Integrativa da Literatura**

SANTOS, Eusane Ferreira\*; SANTOS, Jéssica Freitas\*; ALMEIDA, Bárbara LIMA\*; BRITO, Daiane da Silva\*; MARTINS, Jéssica Norean Dias\*; HIGINO, Jéssica Dannielly Alves\*; MOTA, Écila Campos\*\*

\* Discentes do curso de Enfermagem das FIPMoc

\*\* Doscente do curso de Enfermagem das FIPMoc

**RESUMO**

**OBJJETIVO:** Identificar, através da literatura, os principais transtornos da alimentação em adolescentes. **METODOLOGIA**: Trata-se de uma revisão integrativa, descritiva e exploratória, para isso foi realizada pesquisa nas bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde-BVS. Foi selecionado um total de 23 artigos, sendo utilizados artigos na integra em língua portuguesa e publicados nos anos de 2000 a 2012. **RESULTADOS**: De acordo com a pesquisa realizada foi encontrada como principal transtorno alimentar a Bulimia Nervosa, citada por 66,7% dos autores, seguido da Anorexia Nervosa referida por 33,3%, o tratamento deve incluir preferencialmente a associação de psicofármacos e psicoterapia, os sintomas mais frequentes são: compulsão alimentar, vômitos induzidos, queda de cabelo, dores abdominais, e constipação, os fatores psicossociais relacionadas a esses transtornos foram meio de comunicação, família, medo de engordar, insatisfação com a imagem corporal e distorção da imagem corporal. **CONCLUSÃO:** Conclui-se que apesar de “Transtornos Alimentares” ainda ser um tema pouco explorado nas pesquisas científicas no Brasil e no mundo, os autores destacam a Bulimia Nervosa como principal transtorno alimentar, seguido da Anorexia Nervosa.

**Descritores:** Adolescentes, Transtornos Alimentares, fatores de riscos, anorexia, bulimia.

**INTRODUÇÃO**

Transtornos alimentares (TA) constituem quadros psiquiátricos que se caracterizam por alterações de comportamento alimentar e podem estar associados à morbimortalidade, podendo ocasionar desde prejuízos emocionais e sociais até consequências fisiopatológicas relacionadas aos sistemas metabólico e endócrino. Dentre os transtornos alimentares mais conhecidos, destacam-se a Anorexia e a Bulimia Nervosa (SALZANO *et al*., 2011).

A anorexia nervosa é conceituada como inanição deliberada e auto-imposta e atitude psicopatológica distorcida em relação à imagem, à alimentação e ao peso, caracterizada de uma implacável busca de magreza e por um medo mórbido de engordar, levando a sérios graus de emagrecimento (MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS, 2002; CASTRO *et al*.,1995).

Já na Bulimia Nervosa, as características essenciais consistem em eventos recorrentes de ingestão compulsiva de grande quantidade de alimentos, seguidas do uso de métodos compensatórios inadequados para evitar o ganho de peso como condutas purgativas (autoindução de vômitos ou uso indiscriminado de laxantes, diuréticos, inibidores de apetite ou enemas) ou não purgativas (jejuns e exercícios físicos excessivos) (HUSE *et al*., 2003).

Os transtornos alimentares Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa compartilham aspectos psicopatológicos comuns, entre eles a preocupação com o peso e a imagem corporal, bem como o medo de engordar. Essa ideia leva os pacientes a se engajarem em dietas restritivas e a utilizarem métodos inapropriados para alcançar um corpo idealizado. Logo, os pacientes têm um controle considerado patológico do peso corporal, associado a distúrbios da percepção do formato de seus corpos, induzindo a um comportamento alimentar seriamente perturbado (CLAUDINO, 2002; SAIKALI, 2004).

Dos transtornos alimentares estudados, a Anorexia Nervosa foi a primeira a ser descrita já no século XIX e, igualmente, a pioneira a ser adequadamente classificada e ter critérios operacionais reconhecidos já na década de 1970. Historicamente os Transtornos Alimentares causavam curiosidade tanto nos médicos como na população por não conseguirem ter um entendimento maior do que aconteciam com essas jovens mulheres (CORDAS, 2002).

Atualmente, tem-se discutido a grande influência dos fatores socioculturais que impõem um ideal de beleza associado ao culto às dietas com restrição de energia e ao corpo esquálido, como gatilhos no desenvolvimento dos transtornos alimentares, porém apesar de ainda desconhecida, sabe-se que a etiologia dos transtornos alimentares traz em sua gênese uma associação de fatores sociais, psicológicos e biológicos.

A prevalência dos TA está entre mulheres jovens, afetando 3,2% daquelas entre 18 e 30 anos. As taxas de prevalência de TA, dependendo do quadro – síndromes completas ou parciais –, variam de 0,5% a 5%. A prevalência da anorexia e bulimia nervosas têm aumentado nos últimos anos 13, não existindo dados estatísticos para o Brasil. A bulimia nervosa é mais comum, com prevalência entre 1 e 2% entre meninas jovens, sendo que em relação ao sexo ocorre em uma proporção de 10:1 em favor do sexo feminino (CROW, 2009; AALTO-SETALA *et al*., 2001; WALDMAN, 1998).

No Brasil, os estudos que avaliaram comportamento de risco também acharam prevalências preocupantes. O único estudo nacional de base populacional é o de Nunes *et al.* (2003), que avaliou uma amostra representativa de mulheres de Porto Alegre por meio do Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26) e do Teste de Investigação Bulímica de Edinburgo (BITE), encontrando 16,5% da população com sintomas de TA, segundo o EAT-26, e 2,9%, segundo o BITE. Avaliando 1.807 crianças e adolescentes de 7 a 19 anos, em Minas Gerais, Vilela *et al.* encontraram 13,3% com sintomas de TA, segundo o EAT-26, e 1,1%, segundo o BITE (VILELLA *et al*., 2004; NUNES *et al*., 2003).

O DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual, IV edition) define que a idade média para o início da Anorexia nervosa é de 17 anos, com alguns picos aos 14 e aos 18 anos. O inicio do transtorno raramente ocorre em mulheres com mais de 40 anos. Já a Bulimia Nervosa, também segundo o DSM-IV começa no final da adolescência ou inicio da vida adulta (TASSIANA *et al*., 2010).

Os adolescentes é o principal alvo para o desenvolvimento dos Transtornos Alimentares. A adolescência é uma fase de transição entre criança e idade adulta, extremamente conturbada onde o mesmo irá lidar com conflitos de identidade e adaptações até mesmo comportamentais, nesse momento pode-se começar ou intensificar a preocupação com a estética corporal, medo de engordar ou o desejo de emagrecer. Por esse episódio ser bastante sensível ao surgimento da desordem, pode-se tornar um desequilíbrio exacerbado resultando em um transtorno influenciado por vários fatores biopsicossociais. O tratamento é muito impreciso, pois os transtornos envolvem o emocional do indivíduo e abrange os agravos decorrentes da doença, necessitando da intervenção multiprofissional, que são fundamentais para a reestruturação psicológica do individuo, levando-o a superar fatores sociais, culturais, biológicos que levaram à origem da desordem.

O elevado número de adolescentes realizando práticas alimentares inadequadas ressalta a atenção que este tema requer da comunidade acadêmica, reafirmando-o como questão emergente no cenário sanitário brasileiro. Por ser um tema relevante, o presente estudo tem o objetivo identificar através da literatura os principais transtornos da alimentação na adolescência**.**

**METODOLOGIA**

Trata-se de uma revisão integrativa, descritiva e exploratória, onde esse estudo representa uma mudança na revisão bibliográfica tradicional e tem como principal alcance integrar a informação existente sobre os principais transtornos da alimentação em adolescentes. O trabalho foi baseado em pesquisas de artigos disponíveis em bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde-BVS, através do agrupamento e análise de resultados procedentes de estudos em informações publicadas, permitindo a geração de suporte científico para o nosso estudo.

Para o desenvolvimento deste estudo, optou-se como fonte de levantamento, por quatro bases de dados e referências bibliográficas.

**Critérios de inclusão:**

* Artigos na íntegra que abordassem a temática proposta.
* Referências publicadas no período de 2000 a 2012.
* Artigos publicados na língua portuguesa.
* Bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde: Scielo, Lilacs e BDENF.

**Critérios de exclusão:**

* Resumo de pesquisa sem disponibilidade dos artigos na íntegra

**Coleta de dados**

A coleta de dados foi realizada no período de 20/09/2012 a 05/10/2012.

O levantamento literário foi através de consultas nas seguintes bases de dados: Lilacs (Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde), Scielo (Scientific Electronic Library Online) e BDENF (Base de Dados Bibliográficos Especializada na Área de Enfermagem do Brasil).

Foram definidos descritores para cada objetivo proposto no trabalho:

* **Descrever os principais fatores de risco para os transtornos alimentares na adolescência**

Descritores: Adolescência, fatores de risco, Transtornos Alimentares.

* **Identificar as principais manobras empregadas nas consequências clínicas dos transtornos alimentares na adolescência**

Descritores: Adolescência, patogênese, Transtornos Alimentares.

* **Avaliar o processo patológico da desnutrição relacionada aos transtornos alimentares**

Descritores: Adolescência, patogênese, Transtornos Alimentares.

* **Identificar os fatores psicossociais relacionados aos transtornos alimentares na adolescência**

Descritores: Adolescência, Fatores psicossocial, Transtornos Alimentares.

* **Avaliar os aspectos psicossociais pós-transtornos alimentares na adolescência**

Descritores: Adolescência, Fatores psicossocial, Transtornos Alimentares**.**

* **Identificar os principais sinais e sintomas dos transtornos alimentares na adolescência**

Descritores: Adolescência, Sintomas, Transtornos Alimentares.

A partir da leitura dos resumos dos artigos encontrados pode-se identificar e selecionar os que se referem ao tema proposto. Àqueles que atenderem os critérios de inclusão, foram lidos na íntegra e analisados quanto aos objetivos propostos. Em virtude da abrangência característica do tipo de pesquisa foi necessário tomar como eixo norteador o objetivo geral e os critérios de inclusão, previamente estabelecidos para manter a coerência na busca dos artigos e evitar possíveis vieses. O instrumento de coleta de dados constou de um quadro sinóptico com dados de identificação dos artigos, descrição do número de autores, dados para análise do estudo, como título da obra, tipo de pesquisa, material, procedimento e método de análise, resultados encontrados e conclusão. A busca foi realizada pelo acesso online.

**Análise de dados**

Foi utilizada a análise descritiva que contemplou os seguintes aspectos, considerados pertinentes: ano de publicação, área de atuação e titulação dos autores, tipo de estudo, tema principal. Foram construídos quadros sinópticos com os objetivos, resultados e conclusão dos estudos para análise e discussão baseada nos resultados dos estudos.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO**

**Tabela 01- Número de Artigos Encontrados e Selecionados segundo Bases de Dados e Descritores no período de Setembro e Outubro de 2012.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Descritores** | **Número de Artigos Encontrados**  **LILACS** | **Número de artigos Selecionados**  **LILACS** | **Número de Artigos Encontrados**  **SCIELO** | **Número de artigos Selecionados**  **SCIELO** | **Total de Artigos Selecionados** |
| **Transtornos Alimentares Adolescentes** | 56 | 05 | 11 | 02 | 07 |
| **Adolescente Sintomas Fatores Risco Transtornos Alimentares** | 56 | 07 | 67 | 05 | 12 |
| **Transtornos Alimentares Fatores Psicossocial Adolescente** | 06 | 01 | 08 | 02 | 03 |
| **Adolescente Patogênese Transtornos Alimentares Tratamento** | 0 | 0 | 03 | 01 | 01 |
| **TOTAL** | **118** | **13** | **89** | **10** | **23** |

**Fonte:** Coleta de Dados BVS Setembro e Outubro de 2012

De acordo com os objetivos e os descritores, foi selecionado um total de 23 artigos sendo 13(57,5%) na Lilacs e 10(43,5%) na Scielo. Os artigos descritos em mais de uma base de dados foram incluídos somente em uma base.

**Tabela 02- Principais Transtornos Alimentares Identificados nas Bases de dados segundo Autor**

|  |  |
| --- | --- |
| **Principais Transtornos Alimentares** | **Autores** |
| **Bulimia Nervosa** | Traibert (2001); Silva (2012); Vale (2011); Vilela (2004). |
| **Anorexia Nervosa** | Alves (2012); Alves (2008)**;** Turkiewicz (2010). |

**Fonte:** Coleta de Dados BVS Setembro e Outubro de 2012

Na pesquisa realizada, foi encontrada como principal transtorno alimentar a Bulimia Nervosa, citada por 66,7% dos autores, seguido da Anorexia Nervosa referida por 33,3%. Segundo Vilela *et al.* (2004), anorexia nervosa e bulimia nervosa são transtornos alimentares frequentemente crônicos e associados com um alto índice de comorbidade, sendo a Bulimia mais frequente que a Anorexia. A Bulimia Nervosa afeta a população jovem, podendo influenciar na qualidade de vida e, em casos extremos, levar a óbitos. De acordo com o Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV (APA, 1994), o consumo alimentar compulsivo, caracterizado pela ingestão de grande quantidade de alimentos; ou a sensação de perda do controle do comportamento alimentar; ou a utilização de métodos compensatórios inadequados para prevenir ganho de peso são alguns critérios que auxiliam no seu diagnóstico. Ainda de acordo com o DSM-IV, quando o paciente utiliza métodos compensatórios invasivos como vômito auto-induzido, uso abusivo de laxantes ou diuréticos, este é designado como do tipo purgativo; mas, nos casos em que faz apenas o uso de dietas ou jejuns juntamente com os exercícios, então, o paciente é classificado como do tipo não purgativo (KANESHIMA *et al*., 2008).

Os bulímicos na maioria das vezes se mantêm próximos ao peso normal ou até mesmo com um leve sobrepeso, alternando crises de hiperfagia com vômitos auto-induzidos.

Com isso, Silva *et al*., (2012) afirma que, a prevalência da Bulimia Nervosa acontece pela insatisfação com a imagem corporal, o qual foi comprovado pelos seguintes fatores: descontentamento com a imagem corporal, preocupação com o peso e métodos para perda de peso que são prejudiciais à saúde.

No tocante à Anorexia Nervosa, Kaplan (2002) e Fairburn (1999) descreve que é um fenômeno amplamente investigado, não só dado o acréscimo da sua incidência na atualidade, mas também pela significativa morbidade e mortalidade a ela associadas, sendo ainda atualmente considerada por alguns autores como uma das mais frustrantes formas de psicopatologia.

Segundo o DSM-IV (1994), aAN é um transtorno alimentar onde está presente o medo intensode ganhar peso, além de negação da própria condição patológica. A anorexia nervosa leva à inanição, com exagerada perda de peso (auto-imposta) e com amplo desgaste físico e psicológico. Em função de uma distorção da imagem corporal, os indivíduos com AN não se percebem magros, mas sempre gordos, persistindo a restringir suas refeições de modo ritualizadas (ALVES, 2008; VILELA *et al*., 2004). Com a progressão da restrição alimentar e a eliminação de certos tipos de alimentos associados ao ganho de peso (carboidratos simples e gorduras), o emagrecimento torna-se acentuado e mais perceptível, podendo dessa forma, comprometer a saúde do indivíduo (NAKAMURA, 2004).

**Tabela 03- Principais Tratamentos Identificados para os Transtornos Alimentares segundo Autor**

|  |  |
| --- | --- |
| **Principais Tratamentos** | **Autor** |
| **Fármacos**  **Neurolépticos**  **Inibidores da receptação de serotonina**  **Noradrenalina**  **Estabilizadores de humor;** | Martins e Sassi Jr. (2004) |
| **Paleativo**  **Anorexia**  **- Diminuição de restrição alimentar**  **- Diminuição e frequência de atividade física**  **- Abordagem do distúrbio da imagem corporal**  **- Modificação do sistema de crença**  **- Abordagem da auto-estima** |  |
| **Bulimia**  **- Controle dos episódios de compulsão alimentar e da indução de vômito**  **- Eliminação do uso de laxantes e diuréticos**  **- Modificação do sistema de crenças**  **- Modificação de hábitos alimentares**  **- Aumento da atividade física** | Duchesne e Almeida (2002) |

**Fonte:** Coleta de Dados BVS Setembro e Outubro de 2012

O tratamento dos transtornos alimentares deve incluir a redução dos episódios bulímicos, diminuição do peso corporal para pacientes obesos e melhora da psicopatologia associada (sintomas depressivos e ansiosos), preferencialmente com associação de psicofármacos e de psicoterapia. As três classes de medicamentos são: antidepressivos, inibidores de apetite com ação no sistema nervoso central e anticonvulsivantes. (SALZANO *et al.,* 2003).

O uso de antidepressivos ou ansiolíticos pode ser adequado em pacientes que desenvolvem uma comorbidade psiquiátrica associada. O emprego destas substâncias em pacientes com Anorexia Nervosa deve ser cauteloso, tendo em vista as freqüentes anormalidades clínicas associadas. Os agentes inibidores da recaptação da serotonina (ISRS) parecem mais seguros. Existem evidências de que a fluoxetina poderia auxiliar na manutenção do peso pós-internação em alguns pacientes. A psicoterapia em suas diversas modalidades (cognitivo-comportamental, interpessoal e a terapia de família) ainda é um dos pilares centrais do tratamento (APPOLINARIO & BACALTCHUK, 2002).

A estratégia de tratamento combinado também parece adequada para os pacientes com TCAP, muito embora tenha sido pouco explorada através de ECRs. Tendo em vista a eficácia apresentada por alguns agentes farmacológicos no tratamento do transtorno é razoável pensarmos que a abordagem medicamentosa associada a psicoterápica possa representar um interessante campo de pesquisas futuras no TCAP (APPOLINARIO & BACALTCHUK , 2002).

**Tabela 04- Patogênese dos Transtornos Alimentares segundo Autor**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Sistemas** | **Sinais e Sintomas** | **Autor** |
| **Sistema Metabólico** | Hipocalemia  Hiponatremia  Hipoglicemia  Desidratação | BORGES, Nádia Juliana Beraldo Goular. *et al*., 2006. |
| **Sistema Endócrino** | Amenorréia  Diminuição de gonadotrofina, hormônio luteinizante e estrogênio  Aumento do hormônio de crescimento e cortisol, Diminuição do T3 reverso  Hipercolesterolemia | BORGES, Nádia Juliana Beraldo Goulart e*t al*., 2006. |
| **Outras Alterações** | Hipotermia  Convulsões  Osteopenia/osteoporose | BORGES, Nádia Juliana Beraldo Goulart *et al*., 2006. |

**Fonte:** Coleta de Dados BVS Setembro e Outubro de 2012

Alguns pacientes relatam ter iniciado o quadro após fatores estressantes, na maioria deles término de relacionamento, perdas e comentários sobre seu corpo. Os sintomas mais frequentes são: compulsão alimentar, vômitos induzidos, queda de cabelo, dores abdominais, e constipação (BORGES, 2006).

Segundo Borges (2006), no exame físico desses pacientes percebe-se também a desnutrição e a disfunção hipotalâmica e incluem também pele seca, hipotermia, bradicardia, hipotensão, bradipnéia e edema nos membros.

ASSUMPÇÃO e CABRAL (2002) também descreve que as complicações que ocorrem na Anorexia Nervosa e Bulimia são: hipocalemia, hipoglicemia, atrofia cerebral, catarata, amenorréia, infertilidade, esofagite, prolapso retal, cálculo renal, cáries dentárias, acrocianose, taquipnéia, edema pulmonar, anemia, leucopenia, dentre outros.

Dentre os distúrbios neurológicos, a anorexia nervosa apresenta a maior taxa de mortalidade. As principais causas de óbito são: complicações cardiovasculares, insuficiência renal e suicídio (ASSUMPÇÃO E CABRAL, 2002).

A hipoglicemia e a hipercolesterolemia são principais alterações metabólicas que ocorrem em pacientes com transtornos alimentares. A hipoglicemia ocorre após jejuns prolongados, como resposta de um episódio compulsivo alimentar seguido de vômitos. A hipercolesterolemia decorre da redução de níveis T3 e da globulina carreadora de colesterol e/ou diminuição da excreção fecal de ácidos biliares e colesterol, ou seja, ocorre acúmulo de colesterol (ASSUMPÇÃO E CABRAL, 2002).

A amenorréia é umas das complicações da anorexia, que também pode ocorrer em pacientes com bulimia. O hipotálamo-hipófise gonadal encontra se alterado devido a redução da gonadorelina, hormônios luteinizantes, folículo estimulante e estradiol amenorréia também esta relacionada com a concentração anormal do neurotransmissor serotonina (ASSUMPÇÃO E CABRAL, 2002).

**Tabela 05- Principais Fatores Psicossociais Relacionados aos Transtornos Alimentares segundo Autor**

|  |  |
| --- | --- |
| **Fatores Psicossociais** | **Autor** |
| **Meios de Comunicação (mídia)** | Alvarenga; Dunker, (2004)  Cochrane; Dalgalarrondo; dsm-iv, (2001) |
| **Família** | (Grando; Rolim, 2006) |
| **Medo de Engordar** | (ALVES *et al.*, 2008). |
| **Insatisfação com a Imagem Corporal** | (Alvarenga; Dunker, 2004)  (Alves et al., 2008). |
| **Distorção da Imagem Corporal** | (Dalgalarrondo, 2000). |

**Fonte:** Coleta de Dados BVS Setembro e Outubro de 2012

A adolescência é um período de transformações biológicas e psicossociais, em que alterações no corpo ocorrem paralelamente à constituição da personalidade, refletindo assim no desenvolvimento afetivo-emocional (DUNKER *et al.*, 2009).

A diferença entre o peso atual e o ideal promovido pela mídia, associada com a necessidade de adaptação junto à sociedade e uma baixa autoestima, são fatores que determinam uma insatisfação corporal, em adolescentes, levando a comportamentos de risco para transtornos alimentares (ALVARENGA; DUNKER, 2004)

Através dos meios de comunicação impõe-se a cultura do belo mantida por uma "indústria do belo" levando, especialmente, as adolescentes aos assim denominados comportamentos e práticas inadequadas para o controle de peso (COCHRANE; DALGALARRONDO; DSM-IV, 2001).

Os Transtornos Alimentares (TA), geralmente, ocorrem na adolescência devido às preocupações com a nova forma e o novo peso do corpo, exigindo uma readaptação à imagem corporal. Cerca de 90% dos indivíduos atingidos são do sexo feminino. Assim, supõe-se, que a pressão social, pautada no ideal de beleza feminina regido pela magreza, exerça participação na anorexia e na bulimia nervosa (CASTRO; GOLDSTEIN, 1995 & STICE *et al.*, 1994).

Os valores e crenças da família, também, influenciaram, de forma direta ou indireta, na origem do transtorno, interferindo na construção da imagem corporal (GRANDO; ROLIM, 2006).

Considerando a família como um grupo social primário, os depoentes a concebem ancorados principalmente em uma perspectiva social, na qual está embutido um padrão estético determinado culturalmente e veiculado pela mídia e, em qualquer processo de socialização, a influência da família desempenha papel primordial (GRANDO; ROLIM, 2006).

Outro fator psicossocial é o medo de engordar e o desejo persistente de emagrecer desencadeiam uma preocupação excessiva com os alimentos e, conseqüentemente, uma alteração do comportamento alimentar (ALVES *et al*., 2008).

A presença de índices elevados de insatisfação com o corpo durante a adolescência, especialmente no sexo feminino, tanto na dimensão emocional (insatisfação) como na dimensão perceptiva (superestimação) (ALVES *et al*., 2008).

Dentre os transtornos da alimentação duas síndromes importantes são descritas: a anorexia nervosa e a bulimia (OMS, 1996). A perda de peso fica em torno de 15% ou mais do peso total e a redução extrema da ingestão alimentar pode chegar a um consumo de 500 a 700 calorias por dia, podendo ingerir menos que 200 calorias ou não comer por dias. Afeta cerca de 1% a 2% da população feminina, entre as idades de 13 a 20 anos, mas pode ocorrer em qualquer grupo etário. Também é vista em homens, numa estimativa de apenas 5% a 10% da população com anorexia nervosa. A mortalidade foi estimada em 5,6% por década (COCHRANE, 2001).

Do ponto de vista psicopatológico, o que é característico da anorexia nervosa é a distorção da imagem corporal: apesar de muito emagrecida, a paciente percebe-se gorda, sente que algumas partes de seu corpo, como o abdômen, as coxas e as nádegas, estão muito gordas. O pavor de engordar persiste como uma idéia permanente, mesmo o indivíduo estando com seu peso bem abaixo do normal (DALGALARRONDO, 2000).

A bulimia é caracterizada pela ingestão de grande quantidade de alimentos muito rapidamente (“binge”), acompanhada de métodos compensatórios inadequados para controle do peso como vômitos, abuso de laxantes, diuréticos, dietas e exercícios físicos (STUART, SUNDEEN, 1995).

Stuart e Sundeen (1995), citam que sua incidência é de 2% a 4% da população feminina, com início entre 16 e 18 anos, numa proporção que vai de 1:6 a 1:10 (mulher: homem). A estimativa de incidência ou prevalência desses transtornos varia dependendo da amostra e do método de avaliação (APA, 2002).

A morte pode ocorrer tanto na bulimia como na anorexia e são responsáveis pela maior taxa de letalidade, 20% entre todos os tipos de morbidades psíquicas (NUNES; RAMOS, 1998).

**Tabela 06- Principais Fatores de Risco Relacionados aos Transtornos Alimentares segundo Autor**

|  |  |
| --- | --- |
| **Fatores de Risco** | **Autor** |
|  |  |
| Não ter religião | VALE (2011); |
| Estudar em colégio particular | VALE (2011); DUNKER (2009); |
| IMC abaixo do normal | NUNES (2010); VALE (2011); |
| Alterações no sono | ARAÚJO (2009); |
| Insatisfação com imagem corporal | ALVES (2012); ALVARENGA (2011); SILVA (2012); |
| Sexo Feminino | INSTITUTO de NUTRIÇÃO (2008) |
| Obesidade e Sobrepeso | ALVES (2008) |
| Idade | HONORATO (2012) |

**Fonte:** Coleta de Dados BVS Setembro e Outubro de 2012

Diante do exposto no que se refere aos principais fatores de risco a insatisfação com a imagem corporal apresentou 33,3% na citação dos autores. Enfatizam que devido à grande era de informações e tecnologia, as adolescentes visam um ideal de beleza como magreza e dietas.

Alvarenga *et al*. descreve que a mídia tem uma grande influencia sobre o padrão de beleza e magreza, o que predispõe ao desenvolvimento de distúrbios alimentares. Alves e Silva (2012) abordam que a mídia e a cobrança da sociedade contribuem para iniciar e posteriormente agravar os quadros de transtorno alimentares. Constituem fatores de risco para transtorno alimentares 22,2% adolescentes com IMC abaixo do normal e estudar em colégio particular. Segundo Nunes *et a.l* o ideal de magreza predispõe ao baixo peso e consequentemente um IMC baixo, uma vez que as adolescentes escolhe seu tipo de comida e a frequência de consumo

**Tabela 07- Principais Sinais e Sintomas Relacionados aos Transtornos Alimentares segundo Autor**

|  |  |
| --- | --- |
| **Sinais e Sintomas** | **Autor** |
|  |  |
| Vômitos e Regurgitação | TRAEBERT (2001) |
| Xerostomia | SILVA (2012) |
| Irritação da mucosa oral | SILVA (2012) |
| Sensibilidade Dental | SILVA (2012) |
| Dor de Cabeça | ARAÚJO (2009) |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Fonte:** Coleta de Dados BVS Setembro e Outubro de 2012

No presente estudo Nunes (2010) nos mostra que adolescentes com diagnóstico de transtorno alimentar apresenta um índice de IMC abaixo de 18,5 Kg , para Cordás (1995) o IMC abaixo de 18,5 em mulheres é um fator de risco para desenvolvimento de doenças como anorexia nervosa. Nunes (1998) enfatiza que adolescentes que estudam em colégios particulares por pertencerem a um nível socioeconômico mais alto tem maiores informações sobre dietas e outras práticas para controlar e perder peso sendo assim são mais estimuladas a se voltarem a práticas restritivas. Para Vilela (2004) a prevalência de sintomas de transtornos alimentares identificado entre os escolares da rede pública de ensino de Salvador pode ser considerando uma das maiores entre as registradas na literatura nacional (23 %). Segundo Vale (2010) em estudos realizados apresentou uma gravidade de sintomas em estudantes de escolas particulares (p<0,01) quando comparado com os resultados em escolas públicas. Estudos evidenciam que não ter religião e estudar em colégio particular apresenta condições que aumentam risco para a presença de práticas e comportamentos alimentares anormais.Vale *et al.* (2010) e Volcan *et al.* (2003) enfatiza que práticas alimentares de risco é menor entre adolescentes que declaram ter religião ,entre a população de jovens universitários o bem- estar espiritual atua como fator de proteção para tais transtornos. Matos *et al*. (1998) enfatiza que os adolescentes apresentam como distúrbios da alimentação alterações do sono principalmente devido as pressões psicológicas em meninas para emagrecer.

Na pesquisa realizada foi encontrada como principal transtorno alimentar a Bulimia Nervosa citada por 66,7% dos autores e Anorexia Nervosa por 33,3%. Segundo Vilela (2004) Anorexia nervosa e bulimia nervosa são transtornos alimentares frequentemente crônicos e associados com um alto índice de comorbidade, sendo a bulimia mais frequente que a anorexia. A bulimia nervosa afeta a população jovem, podendo influenciar na qualidade de vida e, em casos extremos, levar a óbitos. De acordo com o Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV (APA, 1994), o consumo alimentar compulsivo, caracterizado pela ingestão de grande quantidade de alimentos; ou a sensação de perda do controle do comportamento alimentar; ou a utilização de métodos compensatórios inapropriados para prevenir ganho de peso são alguns critérios que auxiliam no seu diagnóstico. Ainda de acordo com o DSM-IV, quando o paciente utiliza métodos compensatórios invasivos como vômito auto-induzido, uso abusivo de laxantes ou diuréticos, este é denominado como do tipo purgativo; mas, nos casos em que faz apenas o uso de dietas ou jejuns associados com os exercícios, então, o paciente é classificado como do tipo nãopurgativo.

Os bulímicos na maioria das vezes se mantêm próximos ao peso normal ou até mesmo com um leve sobrepeso, alternando crises de hiperfagia com vômitos auto-induzidos.

De acordo com Silva *et.al.*, (2012), a prevalência da Bulimia Nervosa acontece pela a insatisfação com a imagem corporal, o qual foi comprovado pelos seguinte fatores: descontentamento com a imagem corporal, preocupação com o peso e métodos para perda de peso que são prejudiciais à saúde.

Na presente pesquisa integrativa observa-se que adolescentes do sexo feminino apresentam maior chance de desenvolver transtornos alimentares. Tais comportamentos são provenientes do medo de engordar e por intervenção da mídia e sociedade em relação a um ideal de magreza.

A adolescência é uma fase em que ocorrem mudanças morfológicas, psicológicas e comportamentais, sendo a preocupação com o corpo muito evidente, a qual exerce forte influencia sobre a saúde do individuo.

Busse e Silva (2004) relatam que tais comportamentos são em decorrência da preocupação excessiva de engordar, levando as adolescentes a adotar medidas extremas a fim de se evitar grande ganho de peso.

Appolinário *et al*. (2002) cita que ainda há grande desafio em abordar e identificar fatores de risco e sinais de que adolescentes estão em processo de desenvolvimento de transtornos alimentares como a Anorexia nervosa e Bulimia nervosa.

**Principais Fatores de Risco**

**Alterações do Sono**

Araújo (2009) adolescentes do sexo feminino tem mais pré-disposição a problemas de sono, dores de cabeça, ansiedade, diferentes dos homens, devido ao estilo de vida e os hábitos de alimentação inadequados.

**Insatisfação Corporal**

Morgan (2002) descreve que jovens ocidentais sofrem com o padrão da magreza, onde o risco de desenvolver Transtornos Alimentares é maior, devido à cobrança da sociedade, levando a elas há um quadro grave de desnutrição, distorção da imagem e o medo de engordar.

A insatisfação corporal leva as adolescentes a se preocupar excessivamente com o peso, forma do corpo e a gordura corporal. Silva (2012) relata que muito desde problemas acarreta a mudanças no comportamento alimentar devido a sua baixa autoestima e desempenhos psicossociais.

**Sexo Feminino**

Segundo Alves (2008) o sexo feminino são as que mais sofrem transtornos alimentares, devido à cobrança pelo corpo perfeito que a sociedade impõe a elas.

Para Vale (2010) adolescentes entre 12 a 28 anos, são as maiores atingidas pela “indústria da magreza”, onde a idéia da mulher bonita socialmente aceita teria de ser muito magra, o que leva estas adolescentes a terem Transtornos alimentares e complicações orgânicas e comportamentais tais como: vômito autoinduzidos e uso contínuo de laxantes e purgativos.

**Obesidade e Sobrepeso**

Morgan (2002) relaciona a obesidade e o sobrepeso em adolescentes como grande conseqüência na sua auto-estima e que cria uma imagem negativa, o que os leva a ter Bulimia Nervosa e Transtornos Alimentares, que indica a fazerem dietas restritas ou a compulsão alimentar periódica.

Muitos jovens são ridicularizados em decorrência da obesidade e se sentem culpados ou inferiorizados pelo aspecto corporal. Almeida (2001) descreve que estes adolescentes devem buscar um equilíbrio mental e corporal para alcançar o peso, formato corporal e a auto-aceitação do formato ideal do seu corpo

**Idade**

Para Honorato (2012) adolescentes com idade escolar de 12anos já pré-dispõe a terem Transtornos Alimentares, com isso cultuando um corpo excessivamente magro que a sociedade impõe.

Martins (2004) relaciona a idade precoce a pré-disposição aos Transtornos Alimentares, onde eles criam uma personalidade diferente da média populacional, o que acarreta a problema de relacionamentos entre si e os que os cercam.

Sinais e Sintomas

Segundo Angermann (1998) como o foco fica com os comportamentos comer, vomitar, contar calorias, a pessoa se desapropria de questões subjetivas que, muitas vezes, são o cerne do conflito, como o enfrentamento do cotidiano, angústias e ansiedades, sexualidade, etc., usando os esses comportamentos como um muro protetor entre a pessoa e o mundo.

Rodrigues (2000) uma vez que o indivíduo é visto como um todo, ele é tratado como um todo, não como um sintoma apenas: não será tratada então, apenas uma dor de cabeça, mas uma pessoa com queixa de dor de cabeça. Uma vez que não há problemas isolados em nosso corpo, não deveria haver tratamentos isolados. Esse sintoma fala alguma coisa a respeito da vida da pessoa, como se fosse uma “mensagem”; então é importante que a pessoa compreenda a serviço do que ele se instalou e está presente em sua vida neste momento de sua existência, que lugar ele está ocupando em sua vida.

**CONCLUSÃO**

Conclui-se que apesar de “Transtornos Alimentares” ainda ser um tema pouco explorado nas pesquisas científicas no Brasil e no mundo, os autores destacam a Bulimia Nervosa como principal transtorno alimentar, seguido da Anorexia Nervosa. Os principais tratamentos mencionados foram psicofarmacos e psicoterapia, tendo como principais sinais e sintomas a compulsão alimentar, vômitos induzidos, desidratação e insatisfação da imagem corporal. Percebe-se que há uma preocupação com a influência do modelo cultural nos padrões de beleza, no sentido de aumentar a incidência de transtornos alimentares, dessa forma, o principal fator psicossocial relacionado aos transtornos Alimentares encontrados foi a Mídia, seguido de família.

Pode-se através dessa pesquisa, conhecer a situação dos TA no espaço acadêmico, possibilitando para os profissionais e estudantes de saúde um norteamento das principais informações sobre as desordens, como sinais e sintomas e prevalência, para dessa forma, estarem atentos na atenção á saúde do adolescente e identificarem precocemente fatores de risco para o desencadeamento dos TA, visando a qualidade de vida dos mesmos.

**REFERÊNCIAS**

ALVARENGA, M,; DUNKER, K.L.L. Padrão e comportamento alimentar na anorexia e na bulimia nervosa. **In:** PHILIPPI, S.T.; ALVARENGA, M. Transtornos alimentares: uma visão nutricional**.** São Paulo: **Manole**, 2004. p.131-48.

ALVES, E.; VASCONCELOS, F.A.G.; CALVO, M.C.M,.;NEVES, J. Prevalência de sintomas de anorexia nervosa e insatisfação com a imagem corporal em adolescentes do sexo feminino do município de Florianópolis, Brasil. **Cad Saude Publica**. Santa Catarina, 24(3):503-12. 2008.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS – DSM-IV. Washington DC: **American Psychiatric Association**; 1994.

AALTO-SETALA, T.; MARTTUNEN, M.; TUULIO-MENRIKSON, A.; POIKOLAINEN, K.; LONNQVIST, J. One-month prevalence of depression and other DSM-IV disorders among young adults. **Psychol Med**.;31:791-801. 2001.

APPOLINARIO JC & BACALTCHUK J. Tratamento farmacológico dos transtornos alimentares. **Rev Bras Psiquiatr**;24(Supl III):54-9. 2002.

CASTRO, J. M.; GOLDSTEIN, S. J. Eating attitudes and behaviors of pre- and postpuberal females: clues to the etiology of eating disorders. **Physiol Behav**, v. 58, n. 1, p. 15-23, Jan. 1995.

CLAUDINO, A.M.; BORGES, M.B.F. Critérios diagnósticos para os transtornos alimentares: conceitos em evolução. **Rev Bras Psiquiatr**.24 (Supl III):7-12. 2002.

CORDÁS, T.A.; CLAUDINO, A.M. Transtornos alimentares: fundamentos históricos. **Rev Bras Psiquiatr**. 24 (Supl III):3-6. 2002.

COCHRANE, C.E. Respostas de regulagem alimentar e transtornos alimentares. **In:** STUART, G.W.; LARAIA, M.T. **Enfermagem psiquiátrica: princípios e prática**. 6a ed. Porto Alegre: Artmed. p.559-80. 2001.

CROW, S.J.; PETERSON, C.B.; SWANSON, S.A.; RAYMOND, N.C.; SPECKER, S.; ECHERT, E.D. Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorders. **Am J Psychiatry**. 166:1342-6. 2009

DALGALARRONDO, P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. Porto Alegre: **Artes Médicas**; 2000.

DUNKER, K.L.L.; FERNANDES, C.P.B.; CARREIRA, D.F. Influência do nível socioeconômico sobre comportamentos de risco para transtornos alimentares em adolescentes**. J Bras Psiquiatr**. 58(3):156-161. São Paulo, 2009.

FAIRBURN, C.G.; SHAFFRAN, R.; COOPER, Z. A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa. **Behav Res Ther**. 37:1-13. 1999

GRANDO, L. H.; ROLIM, M. A.. Os transtornos da alimentação sob a ótica dos profissionais de enfermagem. **Acta Paul Enferm**, 19(3):265-70*.* Pinheiros/SP, 2006.

HUSE, D.M.; LUCAS, A.R. Transtornos comportamentais que afetam a ingestão de n alimentos: anorexia nervosa, bulimia nervosa, e outras condições psiquiátricas. **In:** SHILS, M.E.; OLSON, J.A.; SHIKE, M.; ROSS, A.C. **Tratado de nutrição moderna na saúde e na doença**. Barueri: Manole; 2003.

KAPLAN, A.S. Psychological treatments for anorexia nervosa: a review of published studies and promising new directions. **Can J Psychiatry**.47(3):235-43. 2002

MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS. Porto Alegre: Artmed; 2002.

Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-IV. 4a ed. Traduzido por Batista D. Porto Alegre: Artes Médicas. p. 511-22. 2001.

NAKAMURA E. Representações sobre o corpo e hábitos alimentares: o olhar antropológico sobre aspectos relacionados aos transtornos alimentares. **In:** Busse, S.R, organizador. Anorexia, bulimia, obesidade. Barueri: **Editora Manole.** p. 12-29. 2004.

NUNES, M.A.; BARROS, F.C.; OLINTO, M.T.A.,; CAMEY, S.; MARI, J.D.J. Prevalence of abnormal eating behaviors and inappropriate methods for weight control in young women from Brazil: a population – based study. **Eat Weight Disord**.p.100-6. 2003.

NUNES, A.L.; VASCONCELOS, F.A.G.. Transtornos Alimentares na visão de meninas adolescentes de Florianópolis: uma abordagem fenomenológica. **Ciencia e Saude Coletiv**a,15(2):539-550,2010.

NUNES, M.A.A.; RAMOS, D.C. Anorexia nervosa: classificação diagnóstica e quadro clínico. Transtornos alimentares e obesidade. **In:** NUNES, M.A.A.; APPOLINÁRIO, J.C.; ABUCHAIM, A.L.G.; COUTINHO, W.; RAMOS, D.C.; AZEVEDO, A.M.C. **Transtornos alimentares e obesidade**. Porto Alegre: Artmed; p.21-30. 1998.

Organização Mundial de Saúde - OMS. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - **CID-10**. São Paulo: EDUSP; 1996.

SAIKALI, C.J.; SOUBHIA, C.S.; SCALFARO, B.M.; CORDÁS, T.A. Imagem corporal nos transtornos alimentares. **Rev Psiquiatr Clín**. 31(4):164-6. 2004

SALZANO, F.T.; ARATANGY, E.W.; AZEVEDO, A.P.; PISCIOLARO, F.; MACIEL, A.M.B.; CORDAS, T.A. Transtornos alimentares. **In:** MIGUEL, E.C.; GENTIL, V.; GATAZZ, W.F. **Clínica psiquiátrica**. Barueri (SP): Manole; p. 931-52. 2011.

SALZANO, F.T.; CORDÁS, T.A. Transtornos da Alimentação. **In:** ABREU, C.N.; SALZANO, F.T.; VASQUES, F.; CANGELLI, R.F.; CORDÁS, T.A., organizadores. **Síndromes psiquiátricas: diagnóstico e entrevista para profissionais de saúde**. Porto Alegre: Artmed; 2006. p.111-7.

SILVA, T.A. B.. Frequência de comportamentos alimentares inadequados e sua relação com a insatisfação corporal em adolescentes.**J. bras. psiquiatr***.* [online]. vol.61, n.3, pp. 154-158. ISSN 0047-2085. 2012.

STICE, E.; SHOUPAK-NEUBERG, E.; SHAW HE, S.R.I. Relation of media exposure to eating disorder symptomatology: an examination of mediating mechanisms. **J AbnormPsychol**. 103:836-40. 1994.

STUART, G.W.; SUNDEEN, S.J. Pocket guide to psychiatric nursing. St. Louis: **Mosby**; p. 357-74. 1995.

VALE, A.M.O.; KERR, L.R.S.; BOSI, M.L.M. Comportamentos de risco para transtornos do comportamento alimentar entre adolescentes do sexo feminino de diferentes estratos sociais do Nordeste do Brasil.**Ciência & Saúde Coletiva**, 16(1):121-132, 2011

VILELLA, J.E.M.; LAMOUNIER, J.A.; DELLARET, M.A.F.; NETO, J.R.B.; HORTA, G.M. Transtornos alimentares em escolares. **J Pediatr**. 80:49-54. 2004

WALDMAN, H. B. Is your next young patient pre-anorexic or pre-bulimic**? ASCD J Dent Child**, v. 65, n. 1, p. 52-56, Jan./Feb. 1998.