

PRÁTICAS PSICOLÓGICAS NA CONSCIENTIZAÇÃO DE ADOLESCENTES SOBRE ANOREXIA E BULIMIA

AUANY FERNANDES MONTEIRO*¹

MICHELLE BERNARDES MALTA*¹

BERENICE BOLZANI *²

RESUMO: O presente artigo justifica-se como uma pesquisa bibliográfica a respeito da atuação do psicólogo da área da saúde em conjunto com a psicologia escolar, para que haja dentro das escolas uma maior conscientização com os adolescentes sobre os transtornos alimentares, anorexia nervosa e bulimia. Uma vez que a adolescência segundo Papalia; Olds; Feldmam (2006) é uma fase de transição, de novas descobertas e de intensos conflitos devido à formação da identidade, esta fase é marcada pela formação de grupos que auxiliam na formação das representações sociais. Estas influenciam diretamente na formação da imagem corporal nessa fase o que pode culminar nos transtornos alimentares, anorexia e bulimia, que mais acometem esse público. Dessa forma o psicólogo, junto com uma equipe multidisciplinar, torna-se peça fundamental para prevenção e se necessário, no tratamento.

PALAVRAS – CHAVE: Adolescência; Psicologia; Transtornos Alimentares.

ABSTRACT: This Article is justified as a bibliographic research on the performance of health psychologist in conjunction with the school psychology , so there within schools greater awareness with teens about eating disorders , anorexia nervosa and bulimia. Once adolescence second Papalia ; Olds ; Feldmam (2006) is a transition phase , new discoveries and intense conflicts due to the formation of identity, this phase is marked by the formation of groups that assist in the formation of social representations. These directly influence the formation of body image at this stage which may result in eating disorders , anorexia and bulimia , which most affect the public. Thus the psychologist, along with a multidisciplinary team , it is a key to preventing and if necessary , treatment.

KEY - WORDS: Adolescence; Psychology; Eating Disorders.

*¹Alunos do 5º sem. A do curso de Psicologia da Universidade de Franca

*² Professora e orientadora do projeto, graduada em Psicologia pela Universidade de Franca, mestre em Serviço Social pela Unesp e docente no curso de Psicologia da Unifran.

I – INTRODUÇÃO

Este artigo baseou-se numa pesquisa bibliográfica sobre a psicologia escolar, a psicologia na área da saúde e suas implicações no auxílio da prevenção e no tratamento de transtornos alimentares, especificamente a anorexia nervosa e a bulimia nervosa, na adolescência.

Uma vez que adolescência é um período de transição entre a infância e a fase adulta, este período marca-se por mudanças físicas e psicológicas que vão auxiliando na formação da personalidade e na identidade do ser humano. É marcado também pela formação de grupos, em que buscam agradar ao outro para tornarem-se parte e assim se identificar. Dessa forma vão entrando em contato com novos conceitos e formando suas representações sociais.

Houve enfoque na pesquisa a respeito da conscientização dos transtornos alimentares, anorexia nervosa e bulimia nervosa, uma vez que estes tem início principalmente na fase descrita anteriormente, a adolescência.

Buscou-se então definições e práticas da psicologia na saúde e escolar, para integrar uma a outra, trazendo a conscientização sobre esses transtornos para a área escolar. Área essa em que o jovem adolescente disponibiliza grande parte do seu tempo e onde há maior formação dos grupos para essa fase da vida.

II – REFERENCIAL TEÓRICO

Papalia; Olds; Feldmam (2006) definem a adolescência como longo período de transição no desenvolvimento entre a infância e a idade adulta que envolve grandes mudanças físicas, cognitivas e psicossociais inter-relacionadas, durando aproximadamente 10 anos, dos 11 ou 12 anos até pouco antes ou depois dos 20 anos. Seu ponto de início ou de término não é claramente definido, considera-se que a adolescência começa com a puberdade, processo que conduz à maturidade sexual ou fertilidade. Na adolescência a aparência dos jovens muda, como resultado dos eventos hormonais da puberdade, adquirindo corpos de adultos. Seu pensamento também muda, sendo capazes de pensar em termos abstratos e hipotéticos. Os sentimentos mudam sobre quase tudo. Todas as áreas de desenvolvimento convergem à medida que os adolescentes confrontam sua principal tarefa: formar uma identidade - inclusive uma identidade sexual - que será levada à idade adulta.

A adolescência é envolvida por constantes conflitos de identidade, devido à falta de ritos de passagem que nos dias atuais estão inexistentes. Diante disso podemos observar crianças que tentam agir precocemente como adultos, devido à convivência social e a influencia da mídia.

A busca de identidade, que Erikson (1950) definiu como a confiança em nossa continuidade interior em meio à mudança, entra em foco durante os anos de adolescência. O desenvolvimento cognitivo dos adolescentes agora lhes permite construir uma "teoria do *Self*" (ELKIND, 1998). Como salientou Erikson (1950), o esforço do adolescente para compreender sua identidade não é "um tipo de enfermidade do amadurecimento". Ele faz parte de um processo saudável e vital baseado nas realizações dos estágios anteriores - na confiança, na autonomia, na iniciativa e na produtividade - e estabelece as bases para enfrentar as crises da vida adulta (PAPALIA; OLDS; FELDMAM, 2006).

Essa construção da identidade varia muito de cultura para cultura, sendo então uma discussão complexa para a Psicologia, devido a essa instabilidade e individualidade dessa respectiva fase. Tanto que é uma área de estudo recente.

As crianças que são estimadas pelos amigos tendem a ser bem adaptadas na adolescência. Aquelas que têm dificuldade de relacionamento com os amigos são mais propensas a desenvolver problemas psicológicos, a abandonar os estudos ou a tornarem-se delinquentes (HARTUP, 1992 apud PAPALIA; OLDS; FELDMAM, 2006).

A adolescência, ainda segundo Papalia; Olds; Feldmam (2006), é uma época de oportunidades e de riscos. Os adolescentes estão no limiar do amor, da vida profissional e da participação na sociedade adulta. Mas a adolescência também é uma época em que alguns jovens comportam-se de maneira que excluem opções e limitam suas possibilidades. Podendo ser considerada por muitos, como uma "fase de rebeldia".

O problema da origem, natureza e desenvolvimento do EU, segundo Morrish (1975), é um problema central em Psicologia, Filosofia e Teologia, assim como nos campos da psicologia social e da Sociologia. Os modelos do EU do homem, ou personalidade, equivalem, em

última análise, a descrição corrente da atividade e função do homem, os papéis que ele desempenha e a modificação de suas atitudes e comportamento, através da socialização e educação. Como disse Durkheim, “O homem só é homem, de fato, porque vive em sociedade”. O homem descobre-se a si mesmo à medida que descobre a sociedade. Em termos sociológicos, não existe qualquer pressuposto de que o homem é bom ou mau, ele é simplesmente um ser com certas potencialidades, que são despertadas numa variedade de direções, nas relações com outras pessoas.

O *self* nessa fase do desenvolvimento está em construção, explicando a fase conflituosa que o adolescente se encontra, pois não se compreende ainda como um ser total.

Em relação à formação de grupos Offer; Church (1991) dizem que a idade torna-se então um poderoso agente de ligação na adolescência. Os adolescentes passam mais tempo com os amigos e menos com a família. Entretanto, os valores fundamentais da maioria dos adolescentes permanecem mais parecidos com os de seus pais do que geralmente se percebe. Mesmo quando os adolescentes buscam a companhia e a intimidade com seus pares, Laursen (1996) diz que eles ainda procuram nos pais uma "base segura" da qual possam experimentar suas asas. A preocupação com a imagem corporal ditada pelos grupos e pela mídia, vista como sendo a aparência que buscamos ter, passa a ser importante próximo ao final da terceira infância, especialmente para as moças, e pode dar origem a transtornos alimentares que se tornam mais comuns na adolescência (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006).

Os distúrbios alimentares comuns dessa fase envolvem a ingestão de muitas calorias e hábitos alimentares ruins, tendo uma dieta geralmente rica em colesterol e carboidratos e uma vida na maioria dos casos, sedentária. Este acúmulo de gordura torna-se um dos fatores que desencadeiam a obesidade nessa fase da vida do indivíduo podendo torná-lo um adulto obeso.

Com a determinação em não se tornar um obeso, o adolescente pode acabar desenvolvendo distúrbios alimentares como Anorexia Nervosa e/ou Bulimia Nervosa. Estes distúrbios envolvem padrões anormais de ingestão alimentar, ligados a uma preocupação excessiva com a imagem corporal e controle do peso.

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-5 (2014), a anorexia nervosa começa geralmente durante a adolescência ou na idade adulta jovem. Raramente se inicia antes da puberdade ou depois dos 40 anos, porém casos com início precoce e tardio já foram descritos. O início desse transtorno costuma estar associado a um evento estressante na vida.

A Anorexia Nervosa é caracterizada pela restrição de ingestão calórica em relação às necessidades, levando o indivíduo a um peso corporal significativamente baixo no contexto de idade, gênero, trajetória de desenvolvimento e saúde física. É ligado a um medo intenso de ganhar peso ou de engordar, ou comportamento persistente que interfere no ganho de peso, mesmo estando com o peso significativamente baixo. Há uma perturbação no modo como o próprio peso ou a forma corporal são vivenciados, influência indevida do peso ou da forma corporal na autoavaliação ou ausência persistente de reconhecimento da gravidade do baixo peso corporal atual. A anorexia nervosa tem três características essenciais: restrição persistente da ingestão calórica; medo intenso de ganhar peso ou de engordar ou comportamento que interfere no ganho de peso; e perturbação na percepção do próprio peso ou da própria forma. O comprometimento nutricional associado a esse transtorno afeta a maioria dos sistemas corporais e pode produzir uma variedade de perturbações, podendo

ser fisiológicas, que inclui amenorreia (ausência do fluxo menstrual) e anormalidades nos sinais vitais. Comportamentos como vômitos autoinduzidos e uso indevido de laxantes, diuréticos podem causar uma série de distúrbios que levam a achados laboratoriais anormais; entretanto existem alguns indivíduos com anorexia nervosa que não exibem tais anormalidades. Quando gravemente abaixo do peso, indivíduos com anorexia nervosa apresentam sinais e sintomas depressivos, com humor deprimido, isolamento social, irritabilidade, insônia e diminuição da libido.

Outros aspectos por vezes associados à anorexia nervosa incluem angústia de alimentar-se publicamente, sentimentos de espontaneidade social e expressão emocional excessivamente contida. E podem exibir uma gama de limitações funcionais associadas ao transtorno.

A anorexia em alguns casos pode levar a hospitalização, para recuperar o peso e tratar complicações clínicas. Ficar hospitalizado na maioria das vezes pode ser um agente comumente propenso ao estresse. A maioria dos indivíduos com anorexia nervosa sofre remissão dentro de cinco anos depois da manifestação, e a taxa bruta de mortalidade para esse transtorno é de cerca de 5% por década. A morte resulta mais comumente de complicações clínicas associadas ao próprio transtorno ou de suicídio. Existindo o risco de suicídio elevado, com taxas de 12 por 100.000 por ano.

Esse transtorno pode ser uma reação à pressão imposta pela sociedade, que nos induz à busca pela beleza padrão e corpo perfeito.

Outro transtorno alimentar também muito recorrente na adolescência, que pode ter base biológica e parece estar relacionado com baixos níveis de serotonina no cérebro, é a bulimia nervosa, onde o indivíduo ingere alimentos em grande quantidade e depois induz vômitos ou utiliza de laxantes, jejum ou excesso de exercícios físicos em prol de uma boa forma física, obcecados por se tornarem magros e dentro dos padrões de beleza impostos pela mídia e aceitos pela sociedade.

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-5 (2014), Bulimia Nervosa trata-se de episódios recorrentes de compulsão alimentar, caracterizados por uma quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria dos indivíduos consumiria no mesmo período sob circunstâncias semelhantes. Sensação de falta de controle sobre a ingestão durante o episódio, sentimento de não conseguir parar de comer ou controlar o que e o quanto se está ingerido são frequentes.

Há comportamentos compensatórios inapropriados recorrentes a fim de impedir o ganho de peso, como vômitos autoinduzidos; uso indevido de laxantes, diuréticos ou outros medicamentos; jejum; ou exercício físico em excesso. Esses comportamentos ou compulsões ocorrem em média, no mínimo uma vez por semana durante três meses. O indivíduo tem uma autoavaliação indevida influenciada pelo seu peso e forma corporal. A perturbação não ocorre exclusivamente durante períodos de anorexia nervosa.

Indivíduos com bulimia nervosa estão geralmente dentro da faixa normal de peso ou com sobrepeso ($IMC \geq 18,5 \text{ kg} / \text{m}^2$ e < 30 em adultos). O transtorno ocorre, mas é incomum entre indivíduos obesos.

Bulimia nervosa pode desencadear irregularidade menstrual ou amenorreia ocorrendo com frequência em mulheres com o transtorno; não é claro se tais perturbações estão relacionadas a oscilações no peso, a deficiências nutricionais ou sofrimento emocional. Os distúrbios hidroeletrolíticos, que é os principais eletrólitos do corpo humano (sódio, potássio, cálcio, magnésio, cloro, fosfato, sulfato, bicarbonato, entre outros) não estarem dentro das

taxas fixas necessárias para que possam exercer normalmente suas funções, ocorrem em decorrência do comportamento purgativo, por vezes graves o suficiente para constituírem problemas clinicamente sérios. Complicações raras podem ser fatais, incluindo lacerações esofágicas, ruptura gástrica e arritmias cardíacas. Miopatias, que são doenças que afetam os tecidos musculares, foram relatados em indivíduos depois do uso de xarope de ipeca para induzir o vômito. Indivíduos que abusam cronicamente de laxantes podem tornar-se dependentes do seu uso para estimular movimentos intestinais. Sintomas gastrintestinais e prolapso retal, que é o extravasamento de parte do intestino para fora do organismo pelo ânus, já foram relatados entre indivíduos com esse transtorno.

A prevalência é maior entre adultos, mas esse transtorno atinge seu pico no fim da adolescência e início da vida adulta. Atingindo mais comumente o sexo feminino, com proporção feminino/masculino de aproximadamente 10:1. A manifestação inicial antes da puberdade ou depois dos 40 anos é incomum. A compulsão alimentar com frequência começa durante ou depois de um episódio de dieta para perder peso. A vivência de múltiplos eventos estressantes na vida desse jovem pode propiciar o aparecimento dessa doença. A perturbação do comportamento alimentar persiste por no mínimo muitos anos em uma porcentagem elevada de amostras clínicas. O curso pode ser crônico ou intermitente, com períodos de remissão alternando com recorrência de compulsão alimentar. Há um risco significativamente maior de mortalidade (por todas as causas e por suicídio) relatado para indivíduos com esse transtorno.

Mudanças diagnósticas de bulimia nervosa inicial para anorexia nervosa ocorrem em uma minoria dos casos (10 a 15%). Indivíduos que evoluem para a anorexia nervosa comumente reverterão para bulimia nervosa ou terão múltiplas ocorrências de alternância entre esses dois transtornos.

Indivíduos com bulimia nervosa podem exibir uma gama de limitações funcionais associadas ao transtorno. Uma minoria de pessoas relata prejuízos graves no desempenho de papéis, sendo o domínio social da vida o mais provavelmente afetado de maneira adversa pela bulimia nervosa. (DSM-5, 2014).

Os transtornos alimentares ao serem definidos como quadros de etiologia multifatorial, nos quais aspectos biológicos, psicológicos, familiares e socioculturais se somam, devem ser tratados por uma equipe multiprofissional. A existência de psiquiatra, psicólogo e nutricionista é fundamental. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2006).

O terapeuta nutricional, segundo Galisa et al., (2014), tem papel importante no tratamento dos transtornos alimentares e é essencial na equipe multiprofissional. O bom estado nutricional, segundo a American Dietetic Association, 2011; Polacow et al., (2010), é o objetivo básico a ser alcançado em todos os quadros diagnósticos, mas outros aspectos devem ser também considerados, em uma visão mais ampla sobre a mudança de atitudes dos pacientes para com os alimentos e a nutrição. Atitudes alimentares, segundo Alvarenga et al., (2010) são definidas como crença, pensamento, sentimento, comportamento e relacionamento com os alimentos. Para mudar comportamentos alimentares, é necessário identificar e desmistificar crenças disfuncionais sobre alimentação e o corpo. Sabe-se que apenas a educação nutricional não muda crenças, pensamentos ou sentimentos.

Com o foco mais específico nas questões próprias de transtornos alimentares, é importante discutir também os efeitos negativos da restrição alimentar, a ineficácia e o risco das dietas da moda e as consequências e a ineficiência dos métodos compensatórios. Discussões sobre imagem corporal também fazem parte da educação para pacientes com transtornos

alimentares. Uma reflexão crítica sobre os atuais padrões de beleza e significados da magreza pode ser útil, uma vez que essas representações sociais impostas pela mídia devem ser reformuladas, podendo ter o auxílio da escola nessa conscientização. Outro item bastante específico é discutir o uso da alimentação para lidar com sentimentos difíceis, uma vez que na maioria dos casos esse desconto se dá devido à ansiedade, que pode ser trabalhada e redirecionada de forma menos destrutiva (ALVARENGA; LARINO et al., 2002 apud GALISA et al., 2014).

Segundo Straub (2014) o psicólogo procura apenas um fator causal produtor de uma imagem incompleta da saúde e da doença de uma pessoa. Portanto, os psicólogos da saúde trabalham a partir da perspectiva biopsicossocial (mente – corpo). Essa perspectiva reconhece que forças biológicas, psicológicas e socioculturais agem em conjunto para determinar a saúde e a vulnerabilidade do indivíduo à doença; ou seja, a saúde e a doença devem ser explicadas em relação a contextos múltiplos, incluindo a educação.

Segundo Araujo; Almeida (2008), a educação é um fenômeno social complexo, pois toda a organização e funcionamento da sociedade constituem-se em uma situação educativa, na medida em que representam as manifestações das produções e criações humanas veiculadas por meio das relações sociais. Também na cultura e nos processos de socialização, o fenômeno educativo está presente, em dimensões diferentes, em virtude das finalidades e da natureza dos contextos.

Araujo; Almeida (2008) dizem também que relação entre educação e escola é estreita, porém, não dependente, havendo distinção entre educação escolar e aquela que ocorre fora da escola, apesar de fazerem parte de um processo social amplo que é influenciado e influencia a relações sociais. E que historicamente, a relação entre a Psicologia e a Educação tem sido articulada a partir de ideologias, objetivos, teorias e práticas que perpassam e influenciam essas duas áreas.

Autoras como Patto (1984), Maluf (1994), Meira (2000) e Tanamachi (2000) remetem o início da aproximação da Psicologia com a Educação às influências europeias que se instalaram no país à época da 1ª República (ARAUJO; ALMEIDA, 2008).

A partir da década de 1960, segundo Tinamachi (2000), houve a ampliação do sistema educacional em suas diversas modalidades e as consequentes solicitações por serviços de atendimento aos alunos, a psicologia passou a constituir-se como uma prática profissional mais sistematicamente presente nas escolas, ainda que marcada por objetivos fortemente adaptacionais. Surgiu, de acordo com Maluf (1992, 1994), como uma identidade pouco definida, a figura do psicólogo escolar, chamado a resolver ou enfrentar as situações-problemas oriundas na escola.

Unir o psicólogo a saúde e a escola, constituiria um trabalho de conscientização de forma mais completa e integrada dando assim um respaldo maior a estes adolescentes, prevenindo possíveis transtornos.

Compreende-se a partir de Straub (2014) que os psicólogos da saúde também podem trabalhar como professores, cientistas pesquisadores e/ou clínicos. Como professores, treinam estudantes em campos relacionados com a saúde, como a psicologia, a fisioterapia e a medicina. Como pesquisadores, identificam os processos psicológicos que contribuem para a saúde e a doença, investigam questões relacionadas com o porquê de as pessoas adotarem práticas que não são saudáveis e avaliam a efetividade de determinadas intervenções terapêuticas. Os psicólogos da saúde clínicos, que em geral focalizam intervenções visando à promoção da saúde, utilizando a ampla variedade de técnicas

terapêuticas, educacionais e de avaliação diagnóstica existentes na psicologia para promover a saúde e auxiliar doentes físicos. As abordagens de avaliação com frequência envolvem medidas do funcionamento cognitivo, avaliação psicofisiológica, pesquisas demográficas e análises do estilo de vida ou da personalidade. As intervenções podem envolver manejo do estresse, terapias de relaxamento, biofeedback, educação sobre o papel dos processos psicológicas na doença e intervenções cognitivo – comportamentais. A identidade profissional do psicólogo, de acordo com Prette (2011), parece situar-se entre dois modelos, oscilando de forma pendular entre o clínico (de caráter curativo-terapêutico) e o preventivo (de caráter mais educacional e pedagógico). Cabendo ao psicólogo escolar, de acordo com Araujo; Almeida (2008), a responsabilidade pelo diagnóstico de crianças excepcionais, a identificação e o tratamento das dificuldades educacionais, a implantação de programas educacionais que incluíssem testes, métodos e programas pré-vocacionais e a discussão sobre a influência dos grupos na formação das representações sociais a respeito da autoimagem e as consequências disso, como forma de prevenção dos transtornos alimentares ligados a essa questão.

Pode-se constatar, então, que as teorias psicológicas do desenvolvimento e da aprendizagem, que compõem a grade curricular da formação em Psicologia, pouca influência têm exercido na prática profissional dos psicólogos inseridos no contexto educativo escolar. Assim sendo, é fundamental se redimensionar a própria formação em Psicologia Escolar, tanto em termos da produção e apropriação do conhecimento quanto de sua articulação e aplicação ao campo específico das atuações práticas (PRETTEE, 2011). Atrelar essas duas áreas de atuação do psicólogo dentro do âmbito escolar, será um grande benefício para esses jovens que terão essa prevenção e uma gama de informações privilegiadas.

III – METODOLOGIA

A metodologia tem o intuito de facilitar a realização dos objetivos. Sendo necessário descrevê-la, esclarecendo quais os caminhos percorridos para o estudo e sua sistematização, ou seja, delineando as possibilidades pretendidas (HORN, 2003).

Utilizamos a pesquisa bibliográfica que é de acordo com Horn (2001), a que se desenvolve tentando explicar um problema, utilizando o conhecimento disponível a partir de livros e obras congêneres. Foi feita a partir do levantamento de referências teóricas já analisadas e publicadas, uma vez que, qualquer trabalho científico inicia-se com uma pesquisa bibliográfica, permitindo ao pesquisador conhecer o que já se estudou sobre o assunto.

IV – CONSIDERAÇÕES FINAIS

A adolescência caracteriza-se por um período da vida que compreende uma transição no desenvolvimento entre a infância e a idade adulta e envolve grandes mudanças físicas, cognitivas e psicossociais inter-relacionadas. Essa fase de transição é comandada por hormônios e denominada adolescência, tendo a puberdade como um marco inicial nessas mudanças que antecedem a vida adulta.

Atualmente a adolescência é envolvida por constantes conflitos de identidade, devido à falta de ritos de passagens, podemos observar na contemporaneidade que crianças tentam agir precocemente como adultos, devido à convivência social e a influencia da mídia.

Nessa fase o jovem faz um grande esforço para compreender sua identidade e para construí-la, sendo essa etapa bastante complexa na vida do indivíduo fazendo necessário um olhar atendo da família e dos profissionais envolvidos na área, para saber compreender

a instabilidade a individualidade dos jovens nesse período de amadurecimento em que o *self* está em construção. Explicando assim, a fase conflituosa em que o indivíduo se encontra, pois não se compreende ainda como um ser total.

Tendem a iniciar uma preocupação com a imagem corporal, devido às informações ditada pelos grupos e pela mídia, e pelo momento de construção de identidade que se encontram, onde as diferenças de estatura e peso entre adolescentes de ambos os sexos, originam implicações para o desenvolvimento emocional, psíquico e interrelacional.

Dos problemas mais comuns dessa fase, estão os transtornos alimentares (obesidade, anorexia nervosa e bulimia nervosa), esses distúrbios alimentares comuns dessa fase, envolvem a ingestão de muitas calorias e hábitos alimentares ruins, pouco nutritivos que comprometem a saúde como um todo, tendo uma dieta geralmente rica em colesterol e carboidratos. Este acúmulo de gordura torna-se então um dos fatores que desencadeiam a obesidade nessa fase da vida do indivíduo podendo torná-lo um adulto obeso.

Com a determinação em não se tornar um obeso, o adolescente pode acabar desenvolvendo distúrbios alimentares como Anorexia Nervosa e/ou Bulimia Nervosa, podendo levá-los em casos mais graves até a hospitalização, que na maioria das vezes podem ser um agente causador de estresse.

A prevalência desses transtornos alimentares é maior entre adultos, já que esses transtornos atingem seu pico no fim da adolescência e início da vida adulta. Atingindo mais comumente o sexo feminino.

Devido à compreensão desses fatores que ocorrem na adolescência e podem ser totalmente prejudiciais na vida desses jovens, afetando-os de forma física e psicológica, a parceria entre psicólogo e escola seria muito conveniente para a população ao atrelar a atuação do psicólogo dentro do âmbito escolar, levando um grande benefício para esses jovens que teriam previamente uma gama de informações privilegiadas. Seriam assim, conscientizados sobre esses perigos provenientes desses transtornos característicos dessa fase da vida antes que os mesmos se desenvolvessem, e contariam com o respaldo especializado e um acompanhamento psicológico eficiente quando necessário. Dessa forma o psicólogo, unido a uma equipe multidisciplinar, torna-se peça fundamental para prevenção e se necessário para o tratamento.

V – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION (ADA). **Position of the American Dietetic Association: nutrition intervention in the treatment of eating disorders**. J Am Diet Assoc, 2011.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders**. 3. ed. Virginia: American Psychiatric Publishing, 2006.
- ALVARENGA, M. S.; SCAGLIUSI, F. B.; PHILIPPI, S. T. **Nutrição e transtornos alimentares – avaliação e tratamento**. São Paulo: Manole, 2010.
- ARAUJO, C. M. M.; ALMEIDA, S. F. C. **Psicologia escolar: construção e consolidação da identidade profissional**. 2. ed. Campinas: Alínea, 2008.
- DSM-5® - **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento...et al. - 5.ed. - Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ELKIND, D. **All grown up and no place to go**. Reading, MA: Perseus Books, 1998.
- ERIKSON, E. H. **Childhood and society**. New York: Norton, 1950.

GALISA, M.; NUNES, A. P.; GARCIA, L.; CHEMIN, S. **Educação alimentar e nutricional: da teoria à prática**. 1. ed. São Paulo: Roca, 2014.

HORN, G. B. **Diretrizes para produção de trabalhos monográficos**. Curitiba: FIES, 2001.

HORN, G.B. **Metodologia de pesquisa**. Curitiba: IESDE Brasil, 2003.

LAURSEN, B. (1996). **Closeness and conflict in adolescent peer relationships: Interdependence with friends and romantic partners**. In W. M. Bukowski, A. F. Newcomb, & W. W. Hartup (Eds.), *The company they keep: Friendship in childhood and adolescence*. New York: Cambridge University Press.

MALUF, M. R. **Formação e atuação do psicólogo na educação: Dinâmicas de transformação**. In CFP. *Psicólogo brasileiro – Práticas emergentes e desafios para a formação*. São Paulo: Casa do psicólogo, 1994.

MEIRA, M. E. M. **Psicologia escolar: Pensamento crítico e práticas profissionais**. In E. de R. Tanamachi, M. Proença & M. L. da Rocha (Orgs). *Psicologia e educação: Desafios teórico-práticos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

MORRISH, I. **Sociologia da educação**. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1975.

OFFER, D.; CHURCH, R. B. Generation gap. In R. M. Lerner, A. C. Petersen, & J. Brooks-Gunn (Eds.), *Encyclopedia of adolescence*. New York: Garland, 1991.

PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento Humano**. 8. ed. São Paulo: ArtMed, 2006.

PATTO, M. H. S. **Psicologia e ideologia: Uma introdução crítica à psicologia escolar**. São Paulo: T.A. Queiroz Ed. 1984.

POLACOW, V. O.; AQUINO, R. C.; SCAGLIUSI, F. B. **Aspectos gerais de terapia nutricional para os transtornos alimentares: avaliação nutricional, objetivos, modalidades e alta**. In: ALVARENGA, M. S.; SCAGLIUSI, F. B.; PHILIPPI, S. T. *Nutrição e transtornos alimentares – avaliação e tratamento*. São Paulo: Manole, 2010.

PRETTE, Z. A. P. D. **Psicologia escolar e educacional: saúde e qualidade de vida**. 4. ed. Campinas: Alínea, 2011.

STRAUB, R. O. **Psicologia da saúde: uma abordagem psicossocial**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

TANAMACHI, E. R. **Mediações teórico-práticas de uma visão crítica em psicologia escolar**. In E. de R. Tanamachi, M. Proença & M. L. da Rocha (Orgs.). *Psicologia da educação: Desafios teóricos-práticos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.