

CENTRO UNIVERSITÁRIO BRASILEIRO  
NÚCLEO DE SAÚDE  
CURSO DE NUTRIÇÃO

CATHYA ANDREZA DOS SANTOS PONTES

DÉBORA MILENA RODRIGUES DA SILVA

**RELAÇÃO ENTRE NUTRIÇÃO E A DISTORÇÃO DE IMAGEM  
CORPORAL E RISCO DE DESENVOLVIMENTO DE TRANSTORNOS  
ALIMENTARES EM ADOLESCENTES**

RECIFE-PE  
JUNHO, 2022

CENTRO UNIVERSITÁRIO BRASILEIRO

NÚCLEO DE SAÚDE

CURSO DE NUTRIÇÃO

CATHYA ANDREZA DOS SANTOS PONTES

DÉBORA MILENA RODRIGUES DA SILVA

**RELAÇÃO ENTRE NUTRIÇÃO E A DISTORÇÃO DE IMAGEM  
CORPORAL E RISCO DE DESENVOLVIMENTO DE TRANSTORNOS  
ALIMENTARES EM ADOLESCENTES**

Artigo apresentado como requisito parcial, para  
conclusão do curso de Bacharelado em Nutrição  
do Centro Universitário Brasileiro, sob a orientação  
da Prof. Me. Camila Lima Chagas.

RECIFE, PE

JUNHO, 2022

Ficha catalográfica elaborada pela  
bibliotecária: Dayane Apolinário, CRB4- 2338/ O.

P814r Pontes, Cathya Andreza dos Santos  
Relação entre nutrição e a distorção de imagem corporal e risco de desenvolvimento de transtornos alimentares em adolescentes / Cathya Andreza dos Santos Pontes, Débora Milena Rodrigues da Silva. - Recife: O Autor, 2022.  
34 p.  
  
Orientador(a): Me. Camila Lima Chagas.  
  
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Centro Universitário Brasileiro – UNIBRA. Bacharelado em Nutrição, 2022.  
  
Inclui Referências.  
  
1. Transtorno de comportamento alimentar. 2. Adolescentes. 3. Prevenção. 4. Terapia comportamental. I. Silva, Débora Milena Rodrigues da. II. Centro Universitário Brasileiro - UNIBRA. III. Título.

CDU: 612.39

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, pelo amor e pela misericórdia derramada sobre nossas vidas, bem como por iluminar nossas mentes nos momentos difíceis, nos dando força, coragem e discernimento para seguir.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>07</b>
<b>2. REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>09</b>
2.1 A CONSTRUÇÃO E A MEDICALIZAÇÃO DO CORPO.....	09
2.2 TRANSTORNO ALIMENTAR.....	14
<b>2.2.1 FATORES QUE INFLUENCIAM NO DESENVOLVIMENTO DE TRANSTORNOS ALIMENTARES.....</b>	<b>16</b>
<b>2.2.2 IMPORTÂNCIAS DA NUTRIÇÃO NA PREVENÇÃO E CONTROLE DOS SINTOMAS DOS TRANSTORNOS.....</b>	<b>16</b>
2.3 O USO DE PRODUTOS COMERCIALIZADOS PARA PERDA DE PESO E SEUS RISCOS.....	17
<b>3. METODO.....</b>	<b>21</b>
3.1 DESENHO DE ESTUDO.....	21
3.2 LOCAL DE PESQUISA.....	21
3.3 PERÍODO DO ESTUDO.....	21
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	21
3.5 ANÁLISE DOS ARTIGOS.....	21
3.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	21
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>22</b>
<b>5. CONCLUSÃO.....</b>	<b>31</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>31</b>

## RESUMO

Os transtornos do comportamento alimentar têm aumentado sua prevalência na população adolescente nos últimos anos. Uma das principais causas que ensejam esse fato é o desenvolvimento do modelo estético feminino na mídia atual. Ante isso, o objetivo geral investigar as causas que favorecem o aparecimento de transtornos do comportamento alimentar em adolescentes. Para isso, foi realizada uma revisão narrativa em bases de dados, encontrando-se resultados em seis delas: PubMed, Dialnet, dentre outros. Após a análise dos artigos, encontramos os fatores de risco que exercem maior influência nos adolescentes para desenvolver um transtorno do comportamento alimentar. Dentro das funções desempenhadas relacionadas as doenças de saúde mental, destaca-se a criação de programas psicoeducativos para a população saudável cujo objetivo é a prevenção destes distúrbios, trabalhando os principais fatores de risco, bem como a realização de terapias cognitivo-comportamentais aos pacientes já diagnosticados, como um tratamento eficaz. Como conclusão, aponta-se uma necessidade de educação em saúde voltada para a população adolescente e suas famílias. Além disso, o objetivo dessa educação deve ser melhorar o padrão alimentar pessoal e reduzir a influência do modelo estético de perfeição promovido pela mídia.

**Palavras-chave:** Transtorno de comportamento alimentar; Adolescentes; Prevenção; Terapia comportamental.

## 1. INTRODUÇÃO

A adolescência é um período de vida de um indivíduo marcado pelo processo de transição da infância para a fase adulta, sendo associada a diversas mudanças sociais, emocionais, física e biológicas que refletem em modificações de comportamento. É durante essa fase de vida que ocorrem as transformações mais evidentes no corpo, sendo um período crítico no desenvolvimento da imagem corporal (BRAGA et al., 2007).

A imagem corporal pode ser definida como uma construção complexa associada a crenças, percepções, sentimentos, avaliações e comportamentos relacionados ao corpo. A percepção equivocada da imagem corporal é um componente central de várias doenças graves (SPRECKELSEN et al., 2018; SADIBOLOVA et al., 2019; GAUDIO et al., 2014).

Na adolescência, o processo de distorção da imagem corporal pode ser responsável pela busca incontrolável do emagrecimento, sendo assim, considerado um fator importante no desencadeamento de transtorno alimentares, a exemplo da anorexia e a bulimia nervosa (SAIKALI et al., 2004). Segundo Cavalcanti et al. (2016), os transtornos alimentares são condições patológicas de etiologia multidimensional que determinam uma relação distorcida entre o indivíduo, seu comportamento alimentar e a forma corporal, podendo ser considerada doenças complexas, portanto, alvo comum para os esforços de prevenção.

O corpo desempenha um papel da maior relevância quando se trata de distúrbios alimentares (doravante TCA). O corpo assume a forma de uma estrutura biológica que em determinado momento da vida das pessoas pode ser alterada, adoecer. Isso se mostra por meio de um corpo deteriorado, mas, ao mesmo tempo, o fará por meio de uma autoimagem e um autoconceito alterados (COSTA, 2009).

Essa percepção alterada do próprio corpo é o que é "jogado" nos processos terapêuticos e sociais que cercam e desencadeiam os TAs. Um jogo que assume uma estrutura complexa, e em que tanto o corpo do paciente como o corpo do terapeuta ou profissional social participam de alguma forma, bem como dos imaginários sociais que os orientam, e de alguma forma como constroem a percepção do corpo, tanto social quanto individualmente (COSTA, 2009).

Se voltar o foco com o qual observamos o corpo, além de ser uma estrutura biológica, ele pode ser analisado como uma entidade social, veremos toda uma série

de processos sociais que o determinam e influenciam. Especialmente em sociedades ocidentais contemporâneas, altamente complexas e hiperconectadas (COSTA, 2009).

Nesse sentido, será possível observar como as novas tecnologias e as possibilidades de conexão constante e contínua dotam as mensagens da mídia de locutores que saturam a sociedade de significados que podem influenciar tanto uma pessoa que ela se sinta mal com seu corpo, sendo que eles podem ter dificuldades em desenvolver uma identidade pessoal com a qual se sintam confortáveis e reconhecidos, ou que, por sua vez, podem determinar a alteração dos padrões de comportamento alimentar que acabam fazendo a fúrcula da patologia pular (COSTA, 2009).

Diante desse contexto, o objetivo desse estudo será fazer um levantamento bibliográfico sobre distorção de imagem e o risco de desenvolvimento de transtornos alimentares em adolescentes utilizando as principais bases de dados, tais como, Lilacs, Scielo, Pubmed, Web of Science, Medline e Pepsic.

Em relação aos transtornos alimentares, será utilizada a definição operacional proposta pelo DSM-5, ou seja, o Manual de Diagnóstico da American Psychiatric Association, que define esses transtornos como uma alteração persistente da alimentação ou comportamento relacionado a dieta que leva a uma alteração no consumo ou absorção dos alimentos e que provoca uma deterioração significativa da saúde física ou do funcionamento psicossocial, diferenciando como tipos deste tipo de alterações: transtorno de ruminação, transtorno de restrição alimentar, anorexia, bulimia e transtorno da compulsão alimentar periódica. Diante do exposto, foi realizada uma investigação para determinar os sentidos vinculados ao corpo nos profissionais que tratam e intervêm nos transtornos alimentares.

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 A CONSTRUÇÃO E A MEDICALIZAÇÃO DO CORPO

O século XVIII será o momento em que o corpo será objeto de tentativas de dominá-lo para torná-lo dócil. É o momento em que aparecerá o olhar médico de que fala Foucault (2007). O filósofo francês diz que neste século existe um processo que tem duas faces. Na origem do processo, Foucault (2007) enfoca a problemática do corpo, ou seja, uma instância que doravante entra na esfera da política-biopolítica, para ser mais exata-, como elemento a dominar e objeto de gestão política.

Para Foucault (2007), o corpo aparece como portador de novas variáveis: não simplesmente corpos escassos ou numerosos, sujeitos ou insubmissos, ricos ou pobres, válidos ou inválidos, fortes ou fracos, mas também mais ou menos utilizáveis, mais ou menos suscetíveis a investimentos lucrativos, dotados de maior ou menor chance de sobrevivência, morte ou doença, mais ou menos capaz de um aprendizado eficaz. As características biológicas de uma população tornam-se assim elementos pertinentes para a gestão económica, sendo necessário organizar em torno delas um dispositivo que garanta a sua submissão e, sobretudo, o aumento constante da sua utilidade.

A medicina deixa de ser uma prática individual para ser uma prática social, o que deixa cada vez menos as coisas fora de seu controle. Ao mesmo tempo, surge a dimensão clínica do hospital, ou seja, “o hospital como lugar de formação e transmissão de saberes (FOUCAULT, 2010, p. 782)”.

Esta dimensão clínica gira em vários eixos, sendo um deles a sobreposição da doença nos corpos, mas situando os sintomas num jogo de relações, subordinações, divisões e semelhanças, que passam a obscurecer e ocultar a presença da pessoa. Assim, o olhar do médico não se dirige inicialmente àquele corpo específico, àquele conjunto visível, àquela plenitude positiva que está à sua frente, o paciente; mas a intervalos da natureza, lagoas e distâncias, onde aparecem como negativos (FOUCAULT, 2010).

A partir desse momento, a ciência médica incorpora o poder social de atribuir a certas pessoas o “rótulo” de doença mental com tudo o que isso significa: confinamento, limitação de direitos subjetivos ou sociais, estigma, dificuldades em relação a outros e isolamento, etc. Esse domínio da medicina sobre a identidade e

definição do corpo acaba permeando a percepção de assistentes sociais e psicólogos, dada a hierarquia social da medicina dentro do esquema organizacional das profissões nas diferentes instituições e organizações em que fornecidos por esses profissionais.

Em relação a construção do corpo, o primeiro a explicar claramente sobre o estatuto do corpo como construção sociocultural estava Marcel Mauss. Mauss introduz o conceito de técnica corporal, definindo-a como a forma como o homem, sociedade por sociedade, faz uso de seu corpo de forma tradicional. É o primeiro a avançar que através da socialização se estrutura a nossa forma de movimento, descanso e uso do nosso corpo (BOCK, 2012).

Bock (2012) diz que “Temos corpos, mas também somos, em um sentido específico, corpos; nossa corporeidade é condição necessária de nossa identificação social, por isso seria absurdo dizer “cheguei e trouxe meu corpo comigo (BOCK, 2012, p. 32)”. Em suma, Bock (2012) reivindica para a sociologia o sujeito do corpo que afirma que naquele momento é colonizado pelo biólogo imaginário, pois considera que o corpo é matéria de especial importância para a reflexão sociológica desde na corporeidade, como se diz na última nomeação, a identidade social dos indivíduos está em jogo.

Pode-se dizer que, na realidade, Bock (2012) reivindica a tematização do corpo feita a partir da sociologia, uma vez que, segundo este sociólogo o corpo na teoria sociológica tinha uma história furtiva e secreta, e não nenhuma. Mas Bock (2012) reconhece que o corpo na pós-modernidade atinge altos níveis de complexidade, pois se apresenta ao mesmo tempo como a coisa mais sólida, elusiva, ilusória, concreta, metafórica, sempre presente e sempre distante: um lugar, um instrumento, um ambiente, uma singularidade e uma multiplicidade.

Essas características e traços, inicialmente paradoxais, são explicados por meio dos processos que afetaram o corpo na contemporaneidade. Se na antiguidade ou na modernidade o corpo era considerado uma entidade natural e por ser tal era uma âncora a que se agarrar, pois, em princípio, não variaria com o tempo, hoje o corpo adquiriu o caráter de uma ficção culturalmente operativa e viva (NETO, 2016).

Isso significa que o corpo está inserido em uma teia de significados e significados, o que permite sua diversificação por meio da aplicação de técnicas de

modificação corporal, e mais ainda, atualmente permitindo a reconstrução corporal no sentido biológico (aumento dos seios, alongamento da perna para ficar mais alto, cirurgias estéticas de todos os tipos, mudança de nariz, até ter nariz da atriz x ou do ator y, etc.) (FREITAS, 2008).

Diante do corpo tradicional caracterizado pelo seu caráter liminar, unificado, ininterrupto e que nos distingue ou exclui do outro, o corpo pós-moderno aparece caracterizado como um elemento de identidade individual, diversificado, interrompido e que pode funcionar como elemento de conexão com os outros (FREITAS, 2008).

Desse ponto de vista, o corpo é uma estrutura especialmente permeável aos significados, podendo ser utilizado como instrumento de garantia da ordem social por meio de sua construção em diferentes imaginários sociais. Costa (2009) comenta que se um olhar superficial for dado à questão do corpo na pós-modernidade, o discurso sobre ele pode parecer colonizado pela medicina e pela biologia, mas ambas as disciplinas dariam conta de um conhecimento oficial de natureza formal ditado por instâncias acadêmicas das universidades; e que legitimaria as práticas de ambas as ciências.

Essa construção social do corpo, sem dúvida, influencia os processos terapêuticos e de intervenção social. E é preciso levar em conta que os próprios profissionais têm/são um corpo e são afetados pelos imaginários sociais dessa estrutura (COSTA, 2009).

É preciso, portanto, olhar o corpo como um reservatório inesgotável do imaginário social, pois, como aponta Greenfeld (2001), o corpo permite a emergência dos imaginários. Dentro do tema das representações sociais, as primeiras análises referem-se a Emilio Durkheim, que passou a tipificá-las a partir do conceito de consciência coletiva. Um de seus primeiros conceitos foi “trazer as coisas à mente”. Só até o seu primeiro livro é que teria um conceito mais concreto baseado no psicólogo alemão Wundt “uma representação não é, de fato, uma simples imagem da realidade, uma sombra inerte projetada sobre nós pelas coisas; é uma força que provoca um turbilhão de fenômenos orgânicos e físicos ao seu redor dentro do corpo (GREENFELD, 2001).

Assim, a religião, sendo a mídia áreas onde a popularidade emerge, é estruturada a partir de um conjunto de crenças da sociedade. É por isso que nas palavras de Durkheim, eles são fenômenos mentais que são compartilhados pelos

principais expoentes da teoria de Durkheim estão Moscovici e Denise Jodelet. Para Serge Moscovici, as representações sociais incluem conteúdos cognitivos, afetivos e simbólicos que desempenham um papel significativo nos sujeitos, mas também na organização dos grupos em que vivem e que teriam características próprias, como menciona Xavier (2013):

- a- Característica social de sua gênese;
- b- Ser compartilhada e amplamente distribuída na comunidade, como forma específica de pensar, sentir e agir de grupos sociais.
- c- Estrutura interna e processos sociais envolvidos.

Sendo neste sentido as representações sociais para Serge Moscovici, em uma modalidade particular do conhecimento, cuja função é a elaboração dos comportamentos e a comunicação entre os indivíduos. A representação é um corpus organizado de conhecimentos e uma das atividades psíquicas graças às quais os homens tornam inteligíveis a realidade física e social, integram um grupo, uma relação cotidiana de trocas, liberam os poderes de sua imaginação. Ou seja, as representações sociais visam a comunicação, o sentimento dentro do meio social, que permite uma troca social, um diálogo existir ou originar, e a partir daí uma construção social.

Para tanto, Xavier (2013) analisa três dimensões das representações sociais: informação, campo de representação e atitude. Quanto à informação, está relacionada ao que o indivíduo sabe. Essas informações são coletadas por meio de ações individuais ou coletivas. Em outras palavras, a experiência que os grupos sociais com os quais interagiu lhe deixaram. O campo de representação é a organização do conteúdo, dando origem às ideias ou conceitos com os quais há concordância. Por fim, existe a dimensão da atitude, que é o que o indivíduo sente, seja uma orientação favorável ou desfavorável. Nas palavras do próprio Moscovici “ele conclui que nos informamos e representamos algo somente depois de ter assumido uma posição e com base na posição assumida”. Essas dimensões o servem bem para o ser humano como guia para fazer uma análise da informação obtida que finalmente lhe permite expressar-se com certo sentido e propriedade sobre a realidade que percebe.

Para Maria Laiz Damasceno (2010), outra investigadora que tem realizado trabalhos e contribuições sobre o tema das representações sociais, criou como uma

definição de representações sociais que "são uma forma de conhecimento e também uma estratégia para adquirir e comunicar o mesmo saber (DAMASCENO, 2010, p. 85)". Além disso, a autora caracteriza as sociedades modernas como "bombardeadas" firmemente pela mídia. Os dois autores citados concordam nesses aspectos, pois encontram na mídia uma afinidade na linguagem cotidiana de cada grupo.

Já Costa (2009), em seus estudos, enriqueceu esta teoria com diferentes contribuições e elementos, pois suas representações sociais são imagens condensadas de um conjunto de significados; sistemas de referência que nos permitem interpretar o que nos acontece, e até dar sentido ao inesperado; categorias que servem para classificar circunstâncias, fenômenos e indivíduos com os quais temos algo a ver formas de conhecimento social que nos permitem interpretar a realidade cotidiana do conhecimento prático que forja as evidências de nossa realidade consensual.

A pesquisadora Damasceno (2010) fundamenta-se nas teorias de Moscovici e enfatiza o aprofundamento dessa teoria, embora haja um alto grau de complexidade quando se trata de teorizar a partir de experiências empíricas, uma vez que os fatos comprovam na análise teórica das representações sociais por meio do método qualitativo para acessar o universo simbólico e significativo dos sujeitos.

Olhando para as teorias dos imaginários e representações, é possível perceber a importância dessas duas questões, pois, graças a esses dois processos, dá-se origem ao comportamento coletivo, é importante continuar estudando e contribuindo para esses dois modelos que não são sinônimos, senão que se complementam e fazem uso desta ferramenta útil para compreender a realidade social, e não apenas compreendê-la, mas intervir na busca do desenvolvimento humano (CLAUDINO, 2014).

Vale mencionar, por fim, que as imagens biológicas do corpo estão enraizadas nas ideias que Darwin desenvolveu. A ponto de, seguindo Claudino (2014), poder-se falar em darwinismo psiquiátrico que defenderia que a doença mental deixa marcas na aparência física das pessoas. Vale mencionar que ideias desse tipo seriam o ponto de partida para Lombroso, que chegou a publicar um estudo fotográfico dos rostos de algumas mulheres que cometeram um crime. Essas teorias são transferidas para a sociobiologia por meio do entomologista E. Wilson,

que, por sua vez, influenciaria toda a etologia.

Já no imaginário do corpo sexuado pode-se mencionar que Margaret Mead assinalava que o corpo sexuado de todas as culturas não coincidia, mas que alguns imaginários determinavam a construção social de certos fatos biológico-sexuais. Hoje as teorias sobre a diferença sexual entre homens e mulheres adquiriram grande complexidade. Diante da tradicional dicotomia do homem e-homem, atualmente outras se sobrepõem, forçando o que se chamou de heteronormatividade (TAKAHASHI, 2020).

Diferentes orientações sexuais entram em jogo, amplificadas por novos fenômenos: heterossexualidade, homossexualidade (e suas diferentes manifestações: ursos, papais, gatinhos, lontras, lobos etc.), bissexualidade, assexualidade, polissexualidade, etc. e a isso se somam o travesti, a transexualidade e diferentes gostos sexuais: sadismo, masoquismo, diferentes fetichismos e novas situações ou configurações como masculinidades diversas (BERNARDES, 2010).

Neste contexto, como aponta Shore (2011): "As qualidades morais e físicas atribuídas ao homem ou à mulher já não são inerentes aos atributos do corpo, pertencem ao significado social que este lhes confere e às normas de comportamento que isso implica (SHORE, 2011, p. 72)".

## 2.2 TRANSTORNO ALIMENTAR

O comportamento alimentar é definido segundo BVS (2011) como "respostas sequenciais ou comportamentais associadas ao ato de comer, maneira ou modo de comer, padrões rítmicos de alimentação". Podendo esse ser influenciado por diversos fatores, tais como, condições sociais, percepção individual etc, e alguns casos pode ser considerado irregular (OLIVEIRA et al., 2010).

Os transtornos alimentares são doenças graves e frequentemente fatais, considerados comportamentais alimentares irregulares por expressar distorção corporal, imagem e peso, portanto, constituem um importante problema de saúde pública. A bulimia, anorexia nervosa, transtorno de compulsão alimentar periódica e o transtorno alimentar evitativa/restrita são os mais comumente conhecidos (OLIVEIRA et al., 2010; CUBRELATI et al., 2014; WISSAM et al., 2018).

A incidência de transtornos alimentares dobrou nestes últimos 20 anos. Esse tipo de transtorno pode se desenvolver em ambos os sexos e são comumente vistos

no período da adolescência. Essa fase de vida traz consigo a subvalorização ou estereotipagem negativa por terem sobrepeso ou obesidade, acometendo hábitos alimentares incorretos que podem prejudicar o bem-estar do indivíduo resultando em depressão, ansiedade, isolamento social, desnutrição e colocando sua vida em risco (DUNKER, e PHILIPPI, 2003; CUBRELATI et al., 2014).

Estudos desenvolvidos por Dunker, e Philippi (2003), com adolescentes na região urbana e central, no município de São Paulo, encontraram que das 279 alunas estudadas, 21,1% apresentaram sintomas de anorexia nervosa.

Quando a maioria das pessoas pensam em um distúrbio alimentar, o que vem à mente é uma jovem extremamente magra que não come quase nada. Mas na verdade existem três distúrbios alimentares comuns. Nem todas as pessoas com transtorno alimentar estão abaixo do peso e nem todas são mulheres. Três dos transtornos alimentares mais comuns em crianças e adolescentes são anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno da compulsão alimentar periódica.

Outros problemas alimentares que podem ser diagnosticados em crianças incluem transtorno de ingestão alimentar restritiva, transtorno de ruminação e pica. Crianças com problemas alimentares graves que não são consistentes com qualquer um desses transtornos descritos abaixo (OLIVEIRA et al., 2010):

- a. **Anorexia nervosa:** A anorexia nervosa é um transtorno alimentar que pode levar as crianças a se privarem de alimentos. Crianças e adolescentes com anorexia acreditam que são muito gordos, mesmo que todos os vejam como muito magros. Para manter um peso muito baixo, eles comem muito pouco e podem propositalmente induzir vômitos ou exercícios vigorosos. Eles podem não entender que sua visão de seu corpo é distorcida e que suas escolhas não são saudáveis;
- b. **Bulimia nervosa:** É um transtorno alimentar em que a criança tem períodos de alimentação descontrolada chamados de compulsão alimentar. Depois de comer demais, a criança tenta reverter a compulsão fazendo o que é chamado de purgação: vomitar de propósito, usar laxantes, não comer ou se exercitar demais;
- c. **Transtorno de compulsão alimentar:** É um transtorno alimentar em que as crianças geralmente comem muito rapidamente. Muitas vezes fazem isso em segredo e se sentem culpados e envergonhados. As crianças e adolescentes

com transtorno de compulsão alimentar não conseguem controlar sua alimentação.

### **2.2.1 Fatores que influenciam no desenvolvimento de transtornos alimentares**

Os transtornos alimentares são tradicionalmente vistos como de origem sociocultural. No entanto, outros fatores podem ser associados, como a composição genética fatores ambientais, vulnerabilidade biológica, predisposição psicológica (WADE, 2004).

Em relação aos fatores sociais, segundo Krch (2010), vários tipos podem afetar o surgimento de transtornos alimentares, tais como: “pressão da mídia (via internet e televisão) sobre as ideias e modelos de vida, necessidade alimentar específica, obesidade não tolerada pela sociedade, foco excessivo na aparência física”, em destaque para imposição de definições estreitas de beleza.

Em relação aos fatores psicológicos, destaca-se depressão, ansiedade, raiva, estresse ou solidão, sentimentos de inadequação ou falta de controle na vida. Dentro desse contexto, os transtornos alimentares são mais comuns na adolescência, por ser esse um período desafiador em termos do número de mudanças biológicas, sociais e comportamentais que ocorrem durante essa fase de vida (STRIEGEL-MOORE, 2007).

### **2.2.2 Importâncias da nutrição na prevenção e controle dos sintomas dos transtornos**

Os tratamentos dos transtornos alimentares devem ser realizados por profissionais de diferentes áreas, incluído a nutrição. Para cada transtorno a psicopatologia alimentar é variada e com isso a necessidade de uma avaliação correta para a identificação dos comportamentos alterados, sendo identificados e o tratamento realizado adequadamente (MORAES et al., 2019).

Segundo Alvarenga e Larino, (2002):

O aconselhamento nutricional não é uma fase isolada do tratamento, mas sim uma abordagem a ser aplicada desde o início e durante o programa educacional. Para atender as necessidades e trabalhar os medos e crenças de cada um, o aconselhamento deve ser um trabalho individual. O aconselhamento nutricional foca o desenvolvimento de uma relação colaborativa com os pacientes, que deve ser mantida para que haja informação e intervenções corretas. O aconselhamento nutricional para os Transtornos alimentares é uma técnica especializada que foca a correção

dos comportamentos e crenças alteradas nas áreas de alimentação, corpo e atividade física.

Dentro da equipe multidisciplinar responsável pelo tratamento dos pacientes diagnosticados com transtornos alimentares, o nutricionista é o profissional responsável por propor modificações no processo de consumo. Devendo para cada transtorno alimentar um aconselhamento nutricional específico. O tratamento é dividido normalmente em duas etapas, conhecidas como educacional e experimental (LATTERZA et al., 2004).

### 2.3 O USO DE PRODUTOS COMERCIALIZADOS PARA PERDA DE PESO E SEUS RISCOS

Atualmente existem crenças e percepções sobre o efeito dos alimentos no corpo e, conseqüentemente, na imagem corporal. Magreza, obesidade, vigor, força, aparência da pele, cabelo e beleza são produtos do tipo e da quantidade dos alimentos e constituem um elemento que entra em jogo na hora de escolher o que comer.

A cultura da “perda de peso”, aliada às pressões sociais e modas, têm contribuído para o aumento desnecessário da adesão a dietas nocivas à saúde, principalmente entre as mulheres. O ideal de uma figura corporal muito esguia proposto pela cultura de hoje é impossível para a maioria de alcançar. Isso gera insatisfação e culpa, e gera estratégias que visam reduzir o peso e o volume corporal, mas que às vezes se revelam contraproducentes, como dietas frequentes e mal orientadas. Quando os indivíduos estão em regimes dietéticos para perder peso, muitas vezes são estabelecidas metas inatingíveis para eles próprios. As dietas se tornam populares quanto mais rápido os quilos são perdidos (FARIA, 2008).

Esta nova consciência alimentar também atingiu mulheres e homens nas áreas rurais do país. A indústria da moda, os fabricantes de produtos emagrecedores, alimentos e bebidas dietéticas, as mensagens contidas em apresentações desses produtos, editoras de livros e revistas sobre dietas e especialistas em dietas "mágicas" para emagrecer, entre tantos outros fatores, atingiram várias comunidades do país e transformaram as práticas e representações alimentares, bem como sua linguagem. Agora, as mulheres também se preocupam com sua figura, ao contrário do que consta em pesquisas realizadas entre as décadas de 50 e 80 (FARIA, 2008).

Este qualificador se refere às dietas que, sem qualquer embasamento científico, afirmam ter qualidades não comprovadas que não são consistentes com o conhecimento atual da Ciência da Nutrição. Eles prometem perda rápida de peso por meio de orientações dietéticas fáceis de seguir, são aparentemente diferentes do que a pessoa tentou anteriormente (e provavelmente falhou) e muitas vezes são promovidos com o acréscimo de serem "naturais", totalmente seguros e sem riscos à saúde.

Embora qualquer dieta e provavelmente as mais desequilibradas possam dar resultados em curto prazo, não parecem as mais convenientes, do ponto de vista nutricional, e podem ser arriscadas do ponto de vista da saúde, sendo difíceis de manter por muito tempo. tempo, o que significa que sua eficácia pode ser questionados.

Modesto (2020) define produtos milagrosos como aqueles que se caracterizam por exaltar uma ou mais qualidades terapêuticas, visando erradicar males. São feitos com plantas, nutrientes, produtos sintéticos e outros ingredientes que geram efeitos ainda desconhecidos e que possuem ação farmacológica sem serem medicamentos. Sua publicidade está associada à promoção, distribuição ou venda fraudulenta de artigos que se apresentam como eficazes para o diagnóstico, prevenção, cura, tratamento ou erradicação de uma doença, sem que sua eficácia e segurança tenham sido comprovadas cientificamente.

Vale mencionar que os chamados produtos "naturais", acessíveis à população e costumam ser acompanhados de grandes campanhas de marketing que divulgam suas enormes vantagens, embora sua qualidade, segurança e eficácia não tenham sido comprovadas. A maioria dos produtos comercializados como auxiliares de emagrecimento trazem em sua composição plantas medicinais, que o paciente demanda diretamente, sem orientação profissional adequada, apenas por ter ouvido ou lido seus hipotéticos efeitos benéficos (MODESTO, 2020).

Os suplementos alimentícios, por sua vez, são produtos fitoterápicos, extratos vegetais, alimentos tradicionais, desidratados ou concentrados de frutas, adicionados ou não de vitaminas ou minerais que podem se apresentar na forma farmacêutica e cuja finalidade é aumentar a ingestão alimentar total, complementá-la ou suplementar algum de seus componentes (MODESTO, 2020).

Existe uma tendência a acreditar na segurança e eficácia das plantas

medicinais. No caso dos produtos emagrecedores, sua preferência parece estar ligada à dificuldade de sustentar uma mudança no estilo de vida que inclua uma dieta rica em fibras e mais tempo gasto em atividades físicas.

Para Faria (2008), o principal risco à saúde detectado no conteúdo da propaganda de suplementos alimentares é a atribuição de propriedades terapêuticas correspondentes aos medicamentos, para fins de marketing, visto que existe um nicho de mercado ávido por produtos com essas características. Sua propaganda também inclui rótulos com nomes, textos e /ou gráficos que remetem sugestivamente à perda de peso imediata, sem esforço, sem riscos ou indiscutível.

Como parte do fenômeno da propaganda de diversos produtos, principalmente suplementos alimentares, e do impacto e risco que sua divulgação implica, a CONAR (Conselho Nacional de Autorregulamentação Publicitária) definiu como um de seus cinco projetos prioritários a regulamentação dos produtos chamados produtos milagrosos.

Um fato importante a destacar, se deve ao fato de que muitas das pílulas dietéticas não são devidamente regulamentadas por nenhuma instituição, como o FDA, Food and Drug Administration, nos Estados Unidos. Além disso, algumas empresas deste tipo de medicamentos têm sido sancionadas por publicidade enganosa, e a verdade é que isso acontece em todo o mundo.

Dias (2017) ressalta que as pílulas dietéticas possuem componentes químicos que podem causar diversas reações no estado de saúde de cada pessoa. Estes podem ser alguns dos efeitos colaterais das pílulas dietéticas (DIAS, 2017):

- Hipertensão;
- Aumento da frequência cardíaca;
- Dor de cabeça;
- Dor de estomago.

Muitas pílulas dietéticas foram pesquisadas e a verdade é que na maioria dos casos não é muito provável que o ajudem a perder peso. Alguns comprimidos criados a partir de ervas e fontes naturais não ajudam, precisamente, a queimar gordura. Portanto, o individuo pode estar perdendo dinheiro em vez de calorias. Em alguns casos, as pílulas dietéticas podem causar problemas no sistema digestivo porque contêm bloqueadores de gordura que diminuem a absorção de nutrientes , o

que pode causar diarreia , dor abdominal ou inflamação do estômago. Mesmo sua ingestão a longo prazo pode causar efeitos colaterais piores do que os já mencionados (TAKAHASHI, 2020).

Possivelmente quem se droga com esse tipo de medicamento corre o risco de ter maus hábitos alimentares de sofrer de doenças cardíacas, mas talvez tomar pílulas dietéticas aumente o risco de ataque cardíaco e de sofrer acidentes cardiovasculares ou derrame . Isso ocorre porque os componentes estimulantes são encontrados na maioria dessas drogas que não são endossadas (MODESTO, 2020).

Em alguns casos, essas pílulas dietéticas são simplesmente uma combinação de cafeína e outros diuréticos que causam perda de água. O que pode parecer bom no início pode eventualmente causar sinais de desidratação grave. A verdade é que o principal risco das pílulas dietéticas é que se espera que funcione como um método para perder tamanhos e possivelmente acreditará que esta é a única solução para perder peso (MODESTO, 2020).

### **3. METODO**

#### **3.1 DESENHO DE ESTUDO**

Para a busca bibliográfica da literatura científica foi realizado uma seleção e definição das palavras-chave. Foram eles: transtornos do comportamento alimentar, adolescência, família, etiologia, prevenção, terapias e nutrição. Após a escolha dos termos, eles foram traduzidos de linguagem livre para linguagem controlada.

#### **3.2 LOCAL DE PESQUISA**

Para busca de material científico serão utilizadas as bases de dados Lilacs, Scielo, Pubmed, Web of Science, Medline e Pepsic.

#### **3.3 PERÍODO DO ESTUDO**

A busca será realizada entre os meses de fevereiro a março de 2022.

#### **3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO**

Serão considerados como critério de inclusão publicações no período de 2000 a 2021, nos idiomas português, inglês e espanhol. As consultas serão realizadas nas bases de dados utilizando as palavras chaves: “adolescentes”, “transtorno alimentar”, “distorção de imagem”, “anorexia nervosa”, “nutricionista”, “equipe multiprofissional”, bem como as possíveis combinações entre elas. Serão excluídas as pesquisas que não atenderam a temática e as que não contemplaram os grupos alvos do estudo.

#### **3.5 ANÁLISE DOS ARTIGOS**

A estratégia empregada para selecionar o material constituirá de: condução de pesquisas em artigos publicados entre os anos de 2000 e 2021 que atendam os objetivos da pesquisa.

#### **3.6 ASPECTOS ÉTICOS**

Esta revisão não apresenta necessidade de submissão e aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, visto que os artigos manipulados são de livre acesso e não apresentam dados sigilosos.

#### 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados obtidos a partir da pesquisa bibliográfica foram classificados nas seguintes seções de acordo com os objetivos propostos: Risco que condiciona significativamente o desenvolvimento de transtorno alimentar, função do nutricionista e uso de terapias cognitivo-comportamentais. Desta forma, são descritos os objetivos propostos.

<b>Autor</b>	<b>Objetivo do trabalho</b>	<b>Resultados</b>
Appolinário et. al. (2001)	Apontar como os transtornos alimentares geralmente apresentam as suas primeiras manifestações na infância e na adolescência.	Com base no objeto do trabalho, aponta-se que o profissional de saúde envolvido com o atendimento deste grupo etário deve estar bem familiarizado com suas principais diretrizes clínicas. Além disso, o diagnóstico precoce e uma abordagem terapêutica adequada dos transtornos alimentares são fundamentais para o manejo clínico e o prognóstico destas condições.
Moraes (2019)	Analisar o comportamento alimentar e seus transtornos decorrentes, através de um estudo bibliográfico com base no tratamento de pessoas com Transtornos alimentares.	Aponta a importância do nutricionista em relação a equipe multiprofissional para tratamentos dos TA.
Freitas (2008)	Pretende expor e discutir os principais instrumentos e métodos utilizados para mensurar os aspectos psicopatológicos gerais e específicos dos transtornos alimentares.	É colocada como solução com base em um protocolo psicométrico para anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno da compulsão alimentar periódica.

Fonte: O autor (2022).

A etiologia que dá origem ao desenvolvimento de transtornos alimentares é multifatorial. É condicionada biologicamente, social e psicologicamente. E pode ser

estabelecido pela combinação de vários fatores (CLAUDINO, 2014). Em seguida, se irá expor os fatores que, segundo diversos autores, representam mais risco na iniciação e gestão de transtornos alimentares em adolescentes. Esses fatores são: família, sociocultural e psicológica:

#### a. Família

Ao estudar a estrutura familiar e a dinâmica dos pacientes com transtorno alimentar, é possível observar que há uma controvérsia entre os autores em relação às causas que definem a família como fator de risco. Por um lado, existem diversos artigos que mostram que a estrutura familiar disfuncional é o principal fator de risco. Isso significa que famílias separadas, interrompidas ou não são os gatilhos do transtorno alimentar em crianças. Além disso, a dinâmica familiar entre os membros é caracterizada por comportamentos de negligência e evasão que favorecem a independência total das crianças. Como resultado da falta de supervisão durante a hora da refeição, aumenta-se o risco de crianças desenvolverem comportamentos desordenados.

Por outro lado, encontrou-se artigos que estabelecem que o risco de desenvolver esses transtornos deve-se unicamente à existência de problemas na dinâmica familiar. São famílias estruturadas. No entanto, neles os pais exercem alto poder sobre o comportamento de seus filhos. A pressão familiar dos pais abrange diversas áreas, entre elas destacaremos as relacionadas à alimentação e ao exercício. Por serem aqueles que afetam significativamente a aparência física. Como consequência dessa pressão familiar, as crianças enfrentam dificuldades na autorregulação de sua ingestão de energia. Aumento: restrição a certos alimentos, desejo de atender às expectativas dos pais e preocupação com o peso.

Como foi possível ver, podemos dizer que a influência da família é muito importante no desenvolvimento de transtornos. Seja pela existência de alterações na estrutura familiar ou sem a presença delas, mas com alterações na dinâmica entre os membros. Freitas (2008) realizou um estudo onde analisaram dois grupos de adolescentes. O primeiro grupo foi caracterizado por adolescentes diagnosticados com transtorno alimentar. Enquanto o segundo grupo era composto por adolescentes que mantinham um padrão alimentar saudável. Os resultados

mostraram que os adolescentes diagnosticados com transtorno alimentar compulsivo pertenciam a uma família mais disfuncional.

Como resultado do estresse psicológico familiar, esses adolescentes foram caracterizados por maior compulsividade no consumo de alimentos ricos em carboidratos, gorduras e refrigerantes. No entanto, ao fazer uma comparação com o segundo grupo, descobriu-se que neste padrão dietético era composto principalmente de vegetais, frutas e proteínas. Também foi possível encontrar artigos que afirmam que promover a comunicação e o vínculo afetivo entre os membros favorece que a família se torne um fator protetor na prevenção de transtornos alimentares em crianças (FREITAS, 2008).

#### b. Socioculturais

Em alguns dos artigos encontrados, foi possível observar a presença de transtornos alimentares em adolescentes cujas famílias são funcionais em todos os sentidos. A explicação para esse fenômeno pode ser devido ao desenvolvimento da mídia em nossa sociedade, bem como à pressão social exercida por eles.

Atualmente, a transmissão de ideias, crenças e valores nessas mídias incentiva a adoração e adoração da magreza. Vários estudos têm demonstrado a influência que a mídia exerce sobre os adolescentes. Entre eles, destacam-se a intervenção realizada por Sadibolova et. al. (2019), que utilizou o Teste atitudes alimentares, como principal ferramenta de medição para conhecer sua influência. Os achados encontrados nesta intervenção demonstraram a existência de correlação positiva entre; a influência da mídia sobre a aparência física e o desenvolvimento de distúrbios alimentares em meninas adolescentes.

Por sua vez, no artigo escrito por Neto (2016), apontam que a maneira mais rápida de detectar essa correlação positiva é observar a presença de insatisfação corporal nos adolescentes. E então analisar suas opiniões sobre o ideal corporal que eles desejam alcançar. Em geral, o ideal definido pelos adolescentes é simular a figura fina mostrada pelas diferentes mídias em campanhas publicitárias.

Já Wade (2004) propôs, em suas pesquisas, a visualizar a influência que o modelo estético feminino tinha no nível publicitário. Para isso, analisaram sete anúncios, que apresentaram uma mensagem básica que incentivava o consumo de alimentos dietéticos. Os protagonistas do anúncio eram mulheres magras e

atraentes. Os resultados do estudo refletiram que para aumentar a compra e o consumo dos produtos anunciados foi necessário fazer uso do modelo estético feminino como símbolo de sucesso social.

### c. Psicológico

Em muitos dos estudos analisados, foi possível observar que os fatores de risco mencionados acima geralmente exercem seu maior grau de influência sobre aqueles adolescentes que apresentam traços de personalidade, tais como: baixa autoestima, perfeccionismo, ansiedade ou depressão.

O estudo transversal realizado por Moraes et. al. (2019) também utilizou o questionário *Eating Attitudes Test (ChEAT-26)*. Neste caso, com o objetivo de conhecer o risco de desenvolver um transtorno alimentar, em estudantes de 11 a 19 anos de duas escolas públicas e uma privada. Os resultados obtidos mostraram que a presença de sintomas como baixa autoestima aumentou o desejo de magreza, principalmente nas meninas.

Gaudio et. al. (2014) também utilizou o ChEAT em seu estudo, além de outras ferramentas de medição, como a Escala de Apreciação corporal (BAS), o Inventário do Transtorno Alimentar (ODI) ou a Escala de Autoestima de Rosenberg (SES), entre outras. Este autor obteve resultados semelhantes ao estudo anterior. Além disso, ele introduziu o termo "percepção equivocada do próprio peso", que é considerado um sintoma secundário de baixa autoestima nas mulheres. Esse sintoma secundário aumenta a necessidade de dietas hipocalóricas e exercícios físicos em mulheres que verbalizam que seu peso está acima do real, apesar de ter um índice normal de massa corporal.

Outros autores introduziram novos termos que seguem a mesma linha da anterior. Ou seja, chama-se, pela primeira vez, o aparecimento de sintomas psicologicamente negativos na pessoa e que aumentam consideravelmente o risco de sofrer de um transtorno alimentar. Um exemplo é o termo introduzido por Modesto (2020) como "descontentamento normativo". Esse termo surge quando as mulheres, ao tentar definir seu próprio corpo, verbalizam apenas aquelas áreas menos atraentes como um gesto de preocupação.

Outro exemplo é o "sofrimento psíquico geral" introduzido por Bryant-Waugh (2018), que é consequência da combinação de fatores depressivos e baixa

autoestima na pessoa. A pesquisa realizada por esses autores conclui que essa angústia está presente em pessoas que realizam uma dieta altamente restritiva. A detecção precoce de todos esses sintomas pela família e pelos nutricionistas melhorará a recuperação a curto prazo dos transtornos alimentares.

Uma vez realizada a busca bibliográfica, pudemos observar que apenas 12 dos documentos encontrados falam do papel desempenhado pelo profissional de nutrição nesses transtornos. Eles mostram que as intervenções preventivas diminuem o risco de desenvolver um transtorno alimentar em adolescentes.

Levando em conta os fatores de risco que acabamos de expor, é necessário que o profissional de nutrição realize uma avaliação geral da pessoa, onde as informações são coletadas sobre (MORAES et. al., 2019):

- Comportamento alimentar e atividade física: vários estudos têm demonstrado que um alto percentual de mulheres jovens (até 65%), que realizam dietas hipocalóricas e exercícios intensos para fins estéticos, são mulheres com alto risco de desenvolver um transtorno alimentar;
- A percepção da imagem corporal: o estudo realizado por Ruiz e seus colaboradores mostrou que 67% das mulheres que participaram do projeto consideravam sua condição física como deficiente ou com sobrepeso, apesar de apresentarem índice normal de massa corporal.

Além disso, entre os diagnósticos mais prevalentes em pacientes com transtorno alimentar, destaca-se a "Insatisfação da imagem corporal". O nutricionista na escola, por sua vez, é quem mantém uma relação mais próxima com os adolescentes. Portanto, você deve estar familiarizado com os fatores de risco que podem causar o aparecimento de comportamentos desordenados ou sintomas psicológicos negativos neles.

Uma das funções mais características do nutricionista escolar é a realização de oficinas ou intervenções em escolas e institutos que buscam melhorar a qualidade de vida dos adolescentes. As sessões ministradas nessas oficinas podem ser organizadas e apresentadas de diferentes formas, dependendo do programa e dos objetivos propostos.

A organização deste programa deu a oportunidade para que os alunos sejam os líderes na entrega das atividades planejadas de educação em saúde. Os alunos

foram divididos em grupos e realizaram um trabalho sobre um tema específico de saúde fornecido pelos profissionais de nutrição. Cada grupo tinha um tema diferente. Os alunos prepararam o material em casa e depois o expuseram na sala de aula ao resto de seus colegas de classe, adquirindo o papel de professor. Os resultados obtidos a partir dessa intervenção mostraram aumento do interesse dos adolescentes nos temas apresentados em sala de aula. E graças a isso, um aumento em seu desejo de melhorar a dieta pessoal de cada um.

Por outro lado, encontramos estudos que não se concentram apenas na educação escolar para aumentar o conhecimento dos adolescentes. Eles também visam melhorar a gestão emocional deles, evitando assim, o risco de desenvolver um transtorno de saúde mental no futuro. Grandó (2005), em seus estudos, se propôs a diminuir os níveis de ansiedade dos adolescentes. A ansiedade é um fator de risco que pode levar a um transtorno alimentar.

Para alcançar seu objetivo, eles ministraram um programa de Prevenção de Transtornos Alimentares. Este programa incluiu múltiplas sessões voltadas para: aumentar a conscientização dos adolescentes sobre a influência exercida pela mídia e a importância dada ao modelo estético feminino. Os resultados do estudo mostraram que, graças às sessões dadas, os adolescentes reduziram consideravelmente os níveis de ansiedade relacionados aos alimentos e se preocupam com o peso (GRANDÓ, 2005).

Nesta intervenção, foram ministradas seis sessões com o objetivo de melhorar as habilidades sociais entre os adolescentes e o controle de emoções negativas relacionadas ao meio social. Os resultados foram satisfatórios, foi possível aumentar as habilidades de enfrentamento diante das dificuldades e melhorar a autoestima dos adolescentes.

As terapias cognitivo-comportamentais tornaram-se uma ferramenta de uso multidisciplinar, sendo realizado por profissionais de diferentes disciplinas, como psiquiatria, nutrição, psicologia e serviço social. São voltados para o atendimento de pacientes com transtorno alimentar, caso permitam atender individualmente às características da pessoa, ajustando-se aos seus fatores biológicos, emocionais e sociais. Essas terapias podem ser de diferentes tipos: individual, em grupo ou familiar (NILLES, 1991).

De acordo com os artigos encontrados, foi possível observar que as terapias realizadas que possuem maior efetividade, são as terapias familiares. Dentre elas, destaca-se a terapia familiar voltada para adolescentes com transtorno alimentar, conforme apontado por Almeida (2007). O objetivo desta intervenção foi melhorar a relação entre pais e filhos, envolvendo ambos no tratamento familiar. Durante o processo, foram realizadas entrevistas separadas com os adolescentes e seus familiares, a fim de conhecer a evolução antes, durante e depois da terapia. As entrevistas mostraram que, antes da terapia, os adolescentes identificavam seus pais como um estressor que teve impacto em seus comportamentos.

Durante a terapia, os adolescentes começam a verbalizar sinais de confiança e segurança com seus pais e, como consequência, aumentaram seu envolvimento no tratamento. Após a terapia, a última entrevista com os adolescentes mostrou melhora na comunicação e proximidade com seus pais. Além dos resultados positivos no tratamento realizado. Os achados dessa intervenção refletiram que há uma relação direta entre: a melhoria dos vínculos familiares e o prognóstico terapêutico da doença (ALMEIDA, 2007).

Entre os estudos encontrados, foi possível observar que a maioria das terapias familiares realizadas tem como foco aumentar o conhecimento dos pais sobre alimentação saudável, dando-lhes a responsabilidade de monitorar e supervisionar as refeições de seus filhos. Por exemplo, a terapia familiar de Sweeney, citado por Almeida (2007), é voltada para adolescentes com transtornos alimentares restritivos, destacando a anorexia nervosa em primeiro lugar, e seus pais.

Entre as recomendações feitas aos pais predomina: a realização de um mínimo de três refeições por dia como família e a restrição do exercício, entre outras. Se os familiares implementassem corretamente as recomendações dadas, elas foram incluídas no grupo de "*compliers*". Pelo contrário, eles seriam "incompatíveis". Após um acompanhamento de 3 meses dos participantes da terapia, observou-se que o grupo "compatível", ao contrário do outro grupo, obteve um ganho de peso de curto prazo de seus filhos e uma remissão completa do transtorno restritivo a longo prazo (ALMEIDA, 2007).

A revisão narrativa realizada por Niles et. al. (1991) também argumenta que quando os pais estão envolvidos no tratamento e seus conhecimentos nutricionais são melhorados, por sua vez o prognóstico da doença também é melhorado. Nesta

revisão, os autores propõem a realização de uma intervenção dividida em fases. Na primeira fase, os pais são informados das consequências fisiológicas e psicológicas dos transtornos alimentares.

Para aumentar a conscientização e a preocupação que vem com a doença. A segunda fase relata as diretrizes alimentares saudáveis, a importância do apego e a efetividade da melhoria da comunicação entre diferentes membros da família. Após ter observado os resultados das fases anteriores, a última fase é realizada. Aqui é recomendado que os pais incentivem a independência do jovem fora da família. Para que aprenda com seus erros e evite recaídas. Entre os achados dessa terapia educacional familiar, destaca-se sua flexibilidade. Bem, ele se adapta às situações pessoais dos membros.

No estudo de Bemis et. al. (1985), uma das recomendações dirigidas aos pais que é mais importante é a organização das refeições onde todos os membros da família estão presentes. Esta atividade deve ser incorporada como um ritual diário e simbólico. Os resultados da realização desse ritual incluem efeitos psicológicos e fisiológicos positivos sobre os adolescentes.

Dentro das terapias psicoeducacionais estudadas, encontramos um estudo da realização da terapia de grupo entre iguais. Não incluindo a família. Esta intervenção foi realizada por Appolinário et. al. (2001), que estudaram os ganhos da realização de terapia cognitivo-comportamental em grupo em adolescentes com anorexia nervosa. Uma vez que esses autores consideram que a terapia familiar não precisa ser eficaz em todos os pacientes. Uma vez que aqueles adolescentes que manifestam sintomas de ansiedade ou depressão podem não se beneficiar da terapia. Entre seus achados, obtiveram que a aquisição de habilidades sociais por adolescentes melhora seu conhecimento sobre técnicas de enfrentamento da doença.

Por outro lado, também foram observados efeitos positivos em adolescentes que receberam terapia individual. Como Almeida et. al. (2007) mostraram, eles realizaram um estudo no qual 7 anúncios foram mostrados a dois grupos de adolescentes. Uma vez que os anúncios foram vistos, eles foram então solicitados a analisar o conteúdo e as mensagens dos anúncios. O primeiro grupo consistiu em adolescentes não diagnosticados com TCC e o segundo por adolescentes

diagnosticados com TCC que receberam terapia individual. Os anúncios eram principalmente para alimentação e estética e saúde promulgadas.

Portanto, os resultados revelaram que os adolescentes em TCC foram capazes de reconhecer as estratégias de negócios dos anúncios. Eles entenderam as mensagens implícitas e negativas que promulgaram a magreza. Enquanto aqueles não diagnosticados com transtorno alimentar só conseguiram entender a mensagem explícita, sem estar ciente dos efeitos nocivos dos interesses publicitários. A conclusão dos autores foi que, com essa intervenção, a terapia individual aumentou a conscientização dos adolescentes sobre as influências ambientais no desenvolvimento de transtornos alimentares.

## 5. CONCLUSÃO

De acordo com os dados apresentados pelos estudos revisados, a família é um fator determinante na aquisição de pensamentos, valores e comportamentos que podem ser positivos ou negativos para a saúde de seus filhos. Entre os fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares, também predominam a influência da mídia e a disseminação do modelo estético feminino. Isso tem um impacto importante na autoestima das adolescentes.

As intervenções de nutricionista voltadas para a prevenção precoce desses transtornos têm sido eficazes por meio da realização de programas psicoeducativos para adolescentes. No entanto, a maioria deles é destinada à população de adolescentes na escola. Sem levar em conta adolescentes que abandonaram a escola.

O melhor tratamento utilizado em adolescentes com transtorno alimentar são as terapias cognitivas comportamentais. Existem diferentes tipos de terapias, e dentro delas, segundo os estudos analisados, as terapias familiares são as mais utilizadas. Uma vez que melhoram o prognóstico da doença. Além da comunicação e vínculo afetivo entre os membros. Também foram encontrados benefícios em intervenções com terapias cognitivo-comportamentais em grupo e individuais. Devido aos resultados positivos que oferecem na aquisição de habilidades sociais e comportamentos saudáveis em adolescentes.

Portanto, as intervenções clínicas voltadas à prevenção precoce desses distúrbios também têm se mostrado eficazes por meio de programas psicoeducativos para adolescentes. No entanto, a maioria deles destina-se a uma população de adolescentes em idade escolar. Não considero adolescentes que abandonam a escola.

Nesse sentido, o melhor tratamento utilizado em adolescentes com transtorno do comportamento alimentar é a terapia cognitivo-comportamental. Existem diferentes tipos de terapias, e dentre estas, de acordo com os estudos analisados, as terapias familiares são as mais utilizadas. Uma vez que melhor ou prognóstico dá doença. Além da comunicação e do vínculo emocional entre os membros. Também encontramos benefícios em intervenções com terapias cognitivo-comportamentais em grupos e individuais. Os resultados positivos que oferecemos na aquisição de habilidades sociais e comportamentos saudáveis em adolescentes.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P.E.M. **Terapia comportamental para transtornos alimentares: um estudo exploratório das possíveis variáveis envolvidas na origem e manutenção das chamadas anorexia e bulimia nervosa** [Tese de mestrado]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Departamento de Psicologia experimental: Análise do Comportamento; 2007.

ALVARENGA, M; LARINO, M. A. Terapia nutricional na anorexia e bulimia nervosas. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 24, supl. 3, p. 2000;

APPOLINÁRIO J.C. et. al. **Tratamento dos transtornos alimentares**. In: Rangé B, editor. Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria. São Paulo: Artmed; 2001. p. 317-31.

BEMIS K.M. et. al. **Cognitive therapy for anorexia nervosa**. In: Garner DM, Garfinkel PE, editors. Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa e bulimia. New York: The Guilford Press; 1985.

BERNARDES, T. Adolescência, Mídia **E Transtornos alimentares: Uma Revisão Bibliográfica**. 2010. 34 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Pampa, Uruguaiana, 2010.

BITTAR, C. E SOARES, A. Mídia e comportamento alimentar na adolescência. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional [online]**. v. 28, n. 1, pp. 291-308, 2020.

BOCK, Ana Maria. **A adolescência como construção social: estudo sobre livros destinados a pais e educadores**. Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 63-76, jan./jul. 2012.

BVS [homepage on the Internet]. São Paulo: **Descritores em ciências da saúde** [Acesso em 21 de novembro de 2021. Available from: <http://decs.bvs.br/>].

BRYANT-WAUGH R. Feeding and Eating Disorders in Children. **Psychiatr Clin North Am**. Mar;42(1):157-167, 2019. doi: 10.1016/j.psc.2018.10.005. PMID: 30704636.

CAVALCANTI, A. M. T. S. I. K. G. DE ARRUDA, E. A. C. M. de Lima et al. "Characterization of eating behavior disorders in school-aged children and adolescents: a population-based study," **International Journal of Adolescent Medicine and Health**, vol. 29, no. 3, pp. 1–8. 2016.

CLAUDINO, Angélica M. **Transtornos Alimentares**. Ver. Brás. Psiquiatr. Vol.22 s.2 São Paulo Dec. 2014.

COPETTI, A V S; QUIROGA, C V. A influência da mídia nos transtornos alimentares e na autoimagem em adolescentes. **Rev. Psicol. IMED**, Passo Fundo , v. 10, n. 2, p. 161-177, dez. 2018.

COSTA, J.F. **O vestígio e a aura: o corpo e consumismo na moral do espetáculo**. Rio de Janeiro: Garamond, 2009.

CUBRELATI, B. S., RIGONI, P. A., & VIEIRA L. F. Relação entre distorção de imagem corporal e risco de desenvolvimento de transtornos alimentares em adolescentes. **Revista da Faculdade de Educação Física da UNICAMP**, 12(1), 1-15. 2014. Retrived from <https://publons.com/journal/73763/conexoes-revista-da-faculdade-de-educacao-fisica-d>

DAMASCENO, Maria Laiz. **Transtornos alimentares: consequências da busca do corpo magro e desempenho esportivo**. Revista Hórus, v. 4, n. 1, p. 254-271. 2010.

FARIA, MPS. **Estudo sobre consumo de psicotrópicos anorexígenos em Belo Horizonte (MG) [monografia]**. Belo Horizonte: Centro Universitário Newton Paiva; 2008.

FREITAS, S. et. al. **Instrumentos para a avaliação dos transtornos alimentares**. Brazilian Journal of Psychiatry, 24(Suppl. 3), 34-38, 2008.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade: a vontade de saber**. 20ª. ed. São Paulo: Edições Graal, 2010.

\_\_\_\_\_. **História da sexualidade: O cuidado de si**. 9ª ed. São Paulo: Edições Graal, 2007.

GAUDIO S, BROOKS SJ, RIVA G. Nonvisual multisensory impairment of body perception in anorexia nervosa: a systematic review of neuropsychological studies. **PLoS One**.4;9(10):e110087. 2014.

GRANDO, L H E ROLIM, M A. Família e transtornos alimentares: as representações dos profissionais de enfermagem de uma instituição universitária de atenção à saúde mental. **Revista Latino-Americana de Enfermagem [online]**. v. 13, n. 6, 2005.

KRCH, FD. **Anorexia mentální**. Praha: Portál. ISBN 978-80-73678074. 2010.

LATTERZA, A., R. et al. Tratamento nutricional dos transtornos alimentares. **Revista de Psiquiatria Clínica**. Vol. 31, n. 4, p. 173-176. 2004

MORAES CEF DE MARAVALHAS R DE A, MOURILHE C. **O papel do nutricionista na avaliação e tratamento dos transtornos alimentares**. Debates

em Psiquiatria [Internet]. 30º de setembro de 2019 [citado 19º de novembro de 2021];9(3):24-30. Disponível em: <https://revistardp.org.br/revista/article/view/51>

MODESTO, K. R. **Perigo dos medicamentos para emagrecer**. Revista de Iniciação Científica e Extensão, v. 2, n. 1, p. 37-45, 2020.

NETO, J. G. de O. **Triagem de transtornos alimentares em estudantes universitários na área da saúde**. Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria. Rio de Janeiro, 2016.

NILES, B. et. al. **Cognitive-behavioural treatment of bulimia nervosa: a controlled evaluation**. Bev Res Ther 1991; 29:575-83.

OLIVEIRA, L. & HUTZ, S. Transtornos alimentares: o papel dos aspectos culturais no mundo contemporâneo, **Psicologia em Estudo**, 15(3),575-582, 2010.

OLIVEIRA, M. R. E MACHADO, J. S. A. O insustentável peso da autoimagem: (re)apresentações na sociedade do espetáculo. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. v. 26, n. 07, pp. 2663-2672, 2021.

SADIBOLOVA R, FERRÈ ER, LINKENAUER SA, LONGO MR. Distortions of perceived volume and length of body parts. **Cortex**, 111:74-86. 2019.

SAIKALI, C.J.; SOUBHIA, C.S.; SCALFARO, B.M.; CORDAS, T.A. Imagem corporal nos transtornos alimentares. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.31, n.4, p. 164-166, 2004.

TINETTI, Mary E. **Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients**. Journal of the American Geriatrics Society, New York, v. 34, n. 2, p. 119-126, 1986. Disponível em: <http://www.mendeley.com/research/performanceoriented-assessment-of-mobility-problems-in-elderly-patients/#>. Acesso em: 10 novembro. 2021.

SAUL JS, RODGERS RF. Adolescent Eating Disorder Risk and the Online World. Child Adolesc **Psychiatr Clin N Am**. Apr;27(2):221-228, 2018

SHORE, A. **Desenvolvimento das preocupações com o peso e a forma na etiologia dos transtornos alimentares**. Jornal britânico de medicina hospitalar. Londres, v. 42, p. 179-236. 2011.

SPRECKELSEN PV, GLASHOUWER KA, BENNIK EC, WESSEL I, DE JONG PJ. Negative body image: Relationships with heightened disgust propensity, disgust sensitivity, and self-directed disgust. **PLoS One**;13(6): e019853,. 2018.

STRIEGEL-MOORE, R. H., & BULIK, C. M. Risk factors for eating disorders. **American Psychologist**, 62(3), 181–198. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.3.181>, 2007

TAKAHASHI, Andressa Yumi. **Problemas psicológicos derivados da busca do corpo belo no contexto da maioria social**. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Ano 05, Ed. 09, Vol. 09, pp. 23-34. Setembro 2020.

WADE B. The Genetics of Eating Disorders. **Psychiatry (Edgmont)**.; 1(3): 18-25, 2004

WISSAM ZAM, REHAM SAIJARI, ZIAD SIJARI. **Overview on eating disorders. Progress in Nutrition**; Vol. 20, Supplement 2: 29-35 DOI: 10.23751/pn.v20i2-S.6970, 2018.

XAVIER, C. C. **O uso de escalas de silhuetas na avaliação da satisfação corporal de adolescentes: revisão sistemática da literatura**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29(3):427-444, 2013.