

# O Papel da Enfermagem no Tratamento dos Transtornos Alimentares do Tipo Anorexia e Bulimia Nervosas

## Nursing's Role in the Treatment of Eating Disorders such as Anorexia and Bulimia Nervosa

Priscila Melo Coras<sup>a</sup>; Ana Paula Serra de Araújo<sup>b\*</sup>

<sup>a</sup>Universidade Paranaense, PR, Brasil

<sup>b</sup>Faculdade Estadual de Educação Física e Fisioterapia de Jacarezinho Paraná, PR, Brasil

\* E-mail: anaps\_araujo@hotmail.com

Recebido: 24 de junho de 2011; Aceito: 26 de setembro de 2011.

### Resumo

Os transtornos alimentares são desvios do comportamento alimentar que podem levar à caquexia e à obesidade, entre outros problemas físicos, os quais se destacam: a osteoporose, a desnutrição grave e a arritmia cardíaca. Dentre os principais tipos de transtornos alimentares existentes temos a anorexia e a bulimia nervosas. Essas duas patologias nas últimas décadas têm tido incidência aumentada de forma alarmante e vem representando na atualidade importante causa de morbimortalidade que requer intervenção terapêutica multiprofissional. Nesse contexto, o presente estudo tem por objetivo realizar revisão de literatura sobre a anorexia e bulimia nervosas, dando ênfase ao papel da enfermagem. A literatura pesquisada permitiu a constatação de que é de fundamental importância que o enfermeiro possua conhecimentos sobre esses transtornos, e que esse profissional esteja preparado para orientar e realizar acompanhamento clínico de qualidade e eficiência para os doentes e seus familiares, com ênfase na criação de vínculos de confiança, apoio emocional e em orientações sobre a patologia e suas consequências para o organismo.

**Palavras-chave:** Transtorno da Compulsão Alimentar. Bulimia Nervosa. Anorexia Nervosa. Avaliação em Enfermagem.

### Abstract

*Eating disorders are deviations in eating behavior that can lead to cachexia, obesity, and other physical problems, among which: osteoporosis, malnutrition and cardiac arrhythmia. Among the existent main types of eating disorders we have anorexia and bulimia. In the last few decades both pathologies have had its effect increased at an alarming rate, and they have been currently representing a major cause of morbidity and mortality, that requires multidisciplinary therapeutic intervention. In this context, this study aims to carry out a literature review on anorexia and bulimia, emphasizing the role of nursing. The literature allowed us to find out that it is crucial that nurses have knowledge about these disorders, and that this professional is prepared to provide guidance and monitoring of clinical quality and efficiency for patients and their families, emphasizing the creation of bonds of trust, emotional support, and guidance about the disease and its consequences for the organism.*

**Keywords:** Binge-Eating Disorder. Bulimia Nervosa. Anorexia Nervosa. Nursing Assessment.

### 1 Introdução

Os transtornos alimentares são desvios do comportamento alimentar que podem levar ao emagrecimento extremo (caquexia), obesidade entre outros problemas físicos, psíquicos e incapacidades<sup>1,2</sup>. Dentre os principais transtornos alimentares existentes temos a anorexia e a bulimia nervosas<sup>3-9</sup>. Essas duas patologias estão intimamente relacionadas por apresentarem em comum a mesma patogenia, que leva a redução significativa do peso corporal<sup>2,5,10</sup>.

No caso específico da anorexia nervosa, autores relatam<sup>4-6,8,11-13</sup> que esta é uma patologia bastante comum na puberdade, que tende a se manifestar principalmente no sexo feminino, tendo como principal sintoma a perda de peso em decorrência da redução significativa de ingestão de alimentos, não por falta de apetite, mas devido à resistência a ingestão de alimentos, em virtude da preocupação excessiva com o peso corporal (medo de engordar), mesmo o peso estando abaixo do considerado normal para a altura do indivíduo. Ao

passo que a bulimia nervosa se caracteriza pela presença de episódios de excesso de apetite, seguido de vômitos induzidos, uso constante de diuréticos e/ou laxantes para controlar e/ou reduzir o peso corporal em virtude de medo mórbido de engordar<sup>5,6,8,11,14,15</sup>. Assim sendo, tanto na anorexia como na bulimia nervosas a preocupação excessiva com o peso corporal acaba levando o indivíduo à perseguição implacável em busca da magreza extrema.

Em geral, sabe-se que muito antes do quadro clínico da anorexia e bulimia nervosas se estabelecer, os anoréticos e os bulímicos já apresentavam alguma alteração emocional/comportamental. Porém, com a evolução da patologia a pessoa desenvolve distúrbios menstruais, osteoporose, arritmia cardíaca e um quadro grave de desnutrição, entre outros problemas físicos e psicológicos<sup>14,15</sup>.

Em decorrência dos fatos supracitados, a anorexia e a bulimia nervosas são transtornos alimentares cujo tratamento clínico requer a intervenção de uma equipe multiprofissional da área de saúde, composta por médicos, nutricionistas,

psicólogos, profissionais de enfermagem entre outros, que dentro de suas áreas de atuação irão prestar atendimento e fornecer orientações aos pacientes e seus familiares<sup>10,13</sup>.

Nesse contexto, o presente estudo tem por objetivo realizar revisão de literatura sobre a anorexia e a bulimia nervosas dando-se ênfase ao papel da enfermagem no tratamento destes transtornos alimentares.

## 2 Desenvolvimento

A metodologia empregada para a realização do estudo foi revisão de literatura com coleta de dados secundários em livros, teses, dissertações e artigos científicos publicados em periódicos científicos impressos e disponibilizados em bases de dados eletrônicos (*Scientific Electronic Library Online - SCIELO*, Biblioteca Virtual em Saúde – BIREME), site de acesso livre e gratuito Google e no acervo bibliográfico da Universidade Paranaense – UNIPAR, campus sede.

Para a localização das publicações que compõem o estudo elaborou-se uma estratégia de busca específica nas bases de dados eletrônicos e site Google o cruzamento dos seguintes descritores: Transtorno alimentar; bulimia nervosa; anorexia nervosa; diagnóstico; tratamento; e assistência de enfermagem.

Para a realização do estudo somente foi selecionado material publicado no período compreendido entre os anos de 2000 e 2009, nos idiomas português e inglês, disponibilizado na íntegra e de forma gratuita. Sendo excluídas todas as publicações que não atendiam a esses critérios e não tinham relação com a temática em questão.

Baseado na semelhança entre as publicações localizadas, as informações contidas na literatura foram coletadas e organizadas e a discussão apresentada a seguir foi realizada à luz da literatura pertinente.

A alimentação é necessidade humana vital, na qual a comida e o ato de se alimentar representam elementos de interação humana familiar e social, com conotações simbólicas, que vão além do ato de comer<sup>7</sup>. Conforme Romaro e Itokazu<sup>16</sup> a alimentação além de fazer parte do nosso dia-a-dia, ocupa grande parte do nosso tempo. Pois, desde que nascemos somos alimentados para que possamos nos desenvolver e manter o equilíbrio, conviver e sobreviver. Igualmente, a alimentação faz parte da vida social e afetiva de forma tão natural que, facilmente, esquecemos de que esse é um ato necessário à sobrevivência.

Embora a alimentação represente essa importância ao ser humano, à sobrevivência e à convivência social, vivemos em uma época em que a mídia e o imaginário coletivo parecem estabelecer estreita relação entre a forma do corpo (magro) e a saúde, como se todos os regimes, dietas, exercícios físicos pudessem ser utilizados no sentido de tornar o indivíduo mais saudável<sup>16</sup>. Com isso, a ênfase dada pela sociedade contemporânea à aparência do corpo magro, com as imagens de sucesso, de controle, de aceitação, de conquistas de amor

e de estabilidade psicológica e de sucesso profissional tem levado muitas pessoas, principalmente mulheres, a verdadeiros sacrifícios que podem comprometer a saúde, como dietas radicais (que proliferam a cada semana) e exercícios físicos em excesso, com o intuito de chegar ao corpo “ideal”, ou seja, ao corpo magro<sup>10,16-17</sup>. Nessa busca desenfreada pelo corpo perfeito, muitas pessoas desenvolverem anorexia e bulimia nervosas<sup>16</sup>.

### 2.1 Transtornos alimentares

Na atualidade, os transtornos alimentares constituem verdadeira “epidemia” que assola as sociedades industrializadas, desenvolvidas e em desenvolvimento. Eles são considerados como desvios do comportamento alimentar que podem levar ao emagrecimento extremo (caquexia), obesidade entre outros problemas físicos e psíquicos<sup>12</sup>.

Autores como Abreu e Cangelli-Filho<sup>11</sup> relatam que os transtornos alimentares são um conjunto de doenças que afetam, principalmente, adolescentes e adultos jovens do sexo feminino, provocando marcantes prejuízos biológicos, psicológicos e sociais, caracterizados principalmente pela grave perturbação do comportamento alimentar.

De acordo com os manuais de classificação diagnóstica internacional, da Associação Psiquiátrica Americana (APA) e da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CDI-10) são considerados atualmente como transtornos alimentares, a anorexia nervosa, a bulimia nervosa, o transtorno de compulsão alimentar periódica, a perda de apetite, a hiperfagia ou vômitos de origem psicogênica<sup>19</sup>. Entretanto, segundo Sicchieri *et al.*<sup>9</sup> os dois principais transtornos alimentares encontrados na sociedade e os mais conhecidos e estudados são a anorexia e a bulimia nervosas. Frequentemente esses dois transtornos têm surgimento associado à modernidade, porém, não são patologias recentes, haja vista que existem relatos de casos de anorexia e bulimia nervosas que datam do ano de 106-43 a.C.

Segundo Piacentini<sup>17</sup> desde as suas primeiras descrições clínicas a anorexia nervosa vem sendo caracterizada pela presença de jejum auto-imposto, objetivando a perda de deliberada de peso e principalmente por “pavor” enorme de engordar mesmo estando abaixo do peso normal; perturbação da imagem corporal e desejo incontrolável de possuir corpo magro e esbelto. Ao passo que, a bulimia nervosa vem sendo caracterizada por episódios de compulsão alimentar, seguido de sentimento de culpa, vômito induzido, uso de diuréticos, laxantes e medicamentos que inibem o apetite, além da prática excessiva de atividade física<sup>8, 11,13,17</sup>.

Segundo explicações de Abreu e Cangelli-Filho<sup>11</sup> tanto a anorexia quanto a bulimia nervosas são ocasionadas por uma desorganização na maneira como os indivíduos acometidos por esses transtornos alimentares constroem a sua realidade, ou seja, na maneira como vêem seu próprio corpo e a sua imagem corporal.

Embora ainda não se saiba ao certo a causa etiológica dos transtornos alimentares, autores como Morgan *et al.*<sup>10</sup> e Mattos<sup>19</sup> relatam que esses transtornos possuem causa multifatorial, determinada por fatores: psicológicos, sociais, familiares entre outros que interagem entre si de modo complexo, para produzir e, muitas vezes, perpetuar a doença. Além disso, conforme Mattos<sup>19</sup> e Piacentini<sup>17</sup> os transtornos alimentares podem se manifestar de diversas formas, intensidades e gravidades, mas sempre estão relacionados à perda ou ao ganho de peso corporal e às dificuldades emocionais. Os sintomas dos transtornos alimentares, especialmente do tipo anorexia e bulimia nervosas, são variáveis e são representados pela preocupação excessiva com o peso e com a forma corpórea, por compulsão alimentar para saciar a fome e por estados emocionais estressantes.

Na clínica médica, embora a anorexia e a bulimia nervosas sejam vistas de modo distinto, elas encontram-se intimamente relacionadas por apresentarem a mesma patogenia<sup>5,10</sup>. Entretanto, ambas possuem características distintas, que permitem o seu correto diagnóstico<sup>10</sup>.

Segundo Morgan *et al.*<sup>10</sup> não basta o profissional de saúde ter conhecimentos e saber descrever todos os elementos envolvidos na gênese dos transtornos alimentares, é preciso que também compreenda que os fatores desencadeantes e mantenedores da doença interagem entre si e que cada caso ou situação é única. Tal fato, portanto, evidencia a necessidade de tratamento multiprofissional e do fornecimento de orientações e esclarecimentos a respeito da patologia tanto para o doente quanto para os seus familiares<sup>10, 13</sup>. Nesse sentido, serão discutidos os aspectos gerais da anorexia e bulimia nervosas dando ênfase ao papel do profissional de enfermagem frente ao tratamento clínico desses doentes.

### 2.1.1 Anorexia nervosa

De acordo com Abreu e Cangelli-Filho<sup>11</sup> a anorexia nervosa foi identificada como patologia em 1874, por William Gull e Lasègue. Mas ela somente foi descrita na literatura médica no ano de 1964 pelo doutor Richard Morton, em seu livro intitulado “Tisiologia sobre a doença da consunção”, o qual versa sobre doenças compulsivas e descreve a anorexia nervosa como uma doença caracterizada por emagrecimento, amenorréia e perda do apetite, devido a influência mental, física e emocional<sup>2,20</sup>.

Mesmo tendo sido somente descrita na literatura médica há cerca de 50 anos, desde a idade média existem relatos de jovens principalmente do sexo feminino que provocam emagrecimento autoinduzido em decorrência do medo mórbido de engordar, apresentando feições cadavéricas<sup>20</sup>. Além disso, ao longo da história diversas terminologias foram utilizadas para designar e classificar esse transtorno alimentar como os termos: “neurose das funções nutritivas”, “anorexia histérica” e “anorexia nervosa”<sup>2</sup>.

Desde os relatos iniciais da doença, a anorexia nervosa

vem sendo caracterizada como transtorno alimentar que envolve severas perturbações no comportamento alimentar e estratégias intencionais para se obter perda intensa de peso, como por exemplo: dietas extremamente rígidas<sup>2</sup>.

Segundo Ribeiro *et al.*<sup>20</sup> a anorexia nervosa também é classificada como psicossomática, haja vista que os anoréxicos apresentam distorção grosseira da sua imagem corporal, o que altera a forma de visualização real do corpo e estimula sentimento errôneo da realidade, que faz com que o doente se veja mais gordo do que de fato é, além de causar também outros distúrbios como: depressão, fobias, compulsões, preocupação obsessiva com os alimentos e com o peso corporal, alterações somáticas importantes como a desnutrição protéica e a amenorréia<sup>2,6,12,17,20</sup>.

Do ponto de vista etimológico e psicopatológico, o termo anorexia nervosa não é o mais adequado para denominar esse transtorno alimentar, uma vez que a palavra anorexia deriva do latim *orexís* que significa “apetite” com a preposição do grego *na*, que significa “não”, ou seja, falta de apetite<sup>1,2,17,21</sup>. Assim, o termo anorexia é errôneo já que esse transtorno é caracterizado pela restrição alimentar autoimposta, sendo raros os casos nos quais há falta de apetite real. Além disso, muitos doentes apesar de sentirem fome acabam negando essa sensação e, com isso, ocorre perda irreal de apetite, principalmente nos estágios iniciais da doença<sup>21</sup>. Fato este que faz com que o termo alemão “*pubertaetsmagersucht*”, que em português significa “busca da magreza por adolescentes”, seja o mais adequado para se denominar esse transtorno alimentar<sup>1,2,15,21</sup>.

Para Paccola<sup>22</sup> normalmente a anorexia nervosa tem início com um jejum progressivo, sem o consumo de alimentos calóricos (carboidratos simples e gorduras) e que, posteriormente, se estende a outros tipos de alimentos. Portanto, a primeira manifestação clínica desse transtorno é a restrição dietética autoimposta e insidiosa, acompanhada de exercícios físicos planejados para a redução do peso, quase sempre despercebidos pelos familiares. Porém, com a progressão da restrição alimentar e a eliminação de certos alimentos associados ao ganho de peso, o emagrecimento torna-se acentuado e mais perceptível<sup>12</sup>. Isso faz com que a anorexia nervosa seja uma patologia caracterizada pela recusa do doente em manter o peso corporal adequado para a sua estatura, não só pelo medo intenso de engordar, mas também devido à distorção da sua imagem corporal e da negação da própria condição patológica<sup>12,21</sup>.

No que diz respeito à classificação clínica da anorexia nervosa estudos a descrevem como: restritiva (perda de peso devido à prática de dietas, jejuns e exercícios excessivos); ou compulsiva periódico-purgativa (episódios regulares de compulsão alimentar, seguida de purgação e vômitos autoinduzidos mesmo após consumo de pequenas quantidades de alimentos)<sup>4,5,11,17,21</sup>.

### 2.1.2 Bulimia nervosa

Estudos<sup>1,5,15</sup> apontam que a bulimia nervosa frequentemente encontra-se associada à anorexia nervosa. Porém, esse transtorno alimentar leva o doente a ingerir grandes quantidades de alimentos, a sentir-se culpado por isso e então a provocar vômito. Historicamente, a bulimia nervosa foi inicialmente descrita na literatura médica no ano de 1979 por Gerald Russell<sup>1,2,13,24</sup>. Porém, somente a partir do ano de 1980, quando foi descrita no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais III (DSM III) como um distúrbio psiquiátrico, que o interesse por descrições científicas específicas sobre esse transtorno alimentar passou a crescer de forma significativa em nível mundial<sup>13,25</sup>. Todavia, a bulimia nervosa não é uma doença recente, haja vista que o comportamento bulímico conforme relatos de Balata *et al.*<sup>13</sup> foi descrito por Galeno, médico e filósofo grego nascido no ano 130 d.C., como “*kynos orexia*”, ou seja, “fome canina”, considerando-a como consequência de um estado de ânimo anormal.

Nos dicionários médicos o termo bulimia começou a surgir nos séculos XVII e XIX como um achado curioso; nos anos de 1970, era denominada de “bulimarexia” e, a partir dos anos 1980, passou a ser chamada de “bulimia” e, posteriormente, como bulimia nervosa, sendo atualmente o termo mais adequado<sup>1,2,13,24</sup>.

Na atualidade, o aspecto principal da bulimia nervosa é a presença de episódios bulímicos com relatos de ingestão média de 3000 a 4000 mil calorias, podendo chegar à ingestão alimentar de 20 mil calorias<sup>11</sup>.

Clinicamente, a bulimia nervosa é classificada como: purgativa (vômitos induzidos, uso de eméticos, diuréticos, laxantes e/ou anorexígenos); e não purgativa (dieta e exercícios para compensar a alta ingestão calórica durante os episódios de compulsão alimentar)<sup>1,26</sup>. Além disso, clinicamente a bulimia é vista como transtorno alimentar que possui as mesmas causas etiologias e consequências psicofisiológicas que a anorexia nervosa. Entretanto, ao contrário do que acontece com as pessoas anoréxicas que normalmente são magras, as bulímicas nem sempre são magras, algumas são obesas e

outras possuem o peso normal para a sua estatura<sup>15</sup>.

Do ponto de vista psicológico, os bulímicos apresentam uma série de pensamentos e emoções não adaptativas a respeito de seus hábitos alimentares e do seu peso corporal. Normalmente possuem autoestima flutuante, que os fazem acreditar que uma das maneiras de resolver todos os seus problemas de insegurança pessoal é com a obtenção de um corpo bem delineado<sup>11</sup>.

Para Abreu e Cangelli-Filho<sup>11</sup> os bulímicos costumam se envergonhar de seus problemas alimentares e, assim, buscam ocultar seus sintomas. Dessa forma, os episódios bulímicos normalmente ocorrem sem o conhecimento dos familiares e dos amigos. Mas, alguns sinais podem indicar que uma pessoa é bulímica, como por exemplo: uso frequente de laxantes e diuréticos; frequentar o banheiro logo após uma refeição e exercitar-se exageradamente. Entretanto, com a persistência dos episódios bulímicos, os doentes passam a não ser mais caracterizados pelo sentimento agudo de perda de controle alimentar (compulsão), mas sim por indicadores comportamentais de prejuízo do controle, tais como dificuldade na resistência em ingerir excesso de alimentos ou na dificuldade para cessar um episódio compulsivo, uma vez iniciado<sup>11</sup>.

### 2.2 Critérios de diagnóstico

O diagnóstico da anorexia e da bulimia nervosas não é fácil, primeiro porque nem sempre os sintomas são evidentes, ou por que em alguns casos os sintomas se confundem com o de outras doenças e, por fim, porque muitos doentes negam a doença e os seus sintomas<sup>1,2</sup>. Portanto, na tentativa de se diagnosticar esses transtornos, estudos<sup>1-3,5,6,22,23,25,26</sup> apontam que, baseado no DSM-IV e na CID-10, foram criados critérios específicos para o diagnóstico desses transtornos, apresentados na Tabela 1.

Conforme é possível observar na Tabela 1, a anorexia e a bulimia nervosas apresentam características e/ou sintomas comuns dentre os quais se destacam: a recusa em manter o peso na proporção normal para idade e estatura; o medo intenso de engordar e a autoestima influenciada pelo peso e pela forma do corpo.

**Tabela 1:** Critérios para o diagnóstico da anorexia e bulimia nervosas segundo o DSM-IV e a CID-10

	DSM-IV	CID-10
<b>Anorexia</b>	a) Recusa em manter o peso dentro ou acima do mínimo normal adequado à idade e à altura. Manutenção do peso corporal abaixo de 85% do esperado; b) Medo mórbido de engordar; c) Perturbação no modo de vivenciar o peso, tamanho ou forma corporais; excessiva influência do peso ou forma corporal na maneira de se autoavaliar; negação da gravidade do baixo peso; d) Nas mulheres, a ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos. Considera-se que uma mulher tem amenorréia se os seus períodos menstruais ocorrerem somente após o uso de hormônios; por exemplo, estrógeno administrado.	a) Perda de peso, falta de ganho de peso, peso corporal 15% abaixo do esperado; b) A perda de peso é autoinduzida por evitar “alimentos que engordam”; c) Distorção na imagem corporal na forma de uma psicopatologia específica de um pavor de engordar; e d) Um transtorno endócrino generalizado envolvendo o eixo hipotalâmico-hipofisário-gonadal é manifestado em mulheres como amenorréia e em homens como perda de interesse e potência sexuais (uma exceção aparente é a persistência de sangramentos vaginais em mulheres anoréxicas que estão recebendo terapia de reposição hormonal, mais comumente tomada como uma pílula contraceptiva).

Continua

	DSM-IV	CID-10
<b>Bulimia</b>	<p>a) Episódios recorrentes de compulsão alimentar com as seguintes características: ingestão em pequeno intervalo de tempo de uma quantidade de comida claramente maior do que a maioria das pessoas comeria no mesmo tempo; e sensação de perda de controle sobre o comportamento alimentar;</p> <p>b) Comportamentos para prevenir ganho de peso (vômito autoinduzido, abuso de laxantes, diuréticos, dieta restrita ou jejum e exercícios vigorosos); e</p> <p>c) Os episódios bulímicos e comportamentos compensatórios, duas vezes por semana, por três meses; e</p> <p>d) Autoavaliação indevidamente influenciada pela forma e peso corporais.</p>	<p>a) Sucumbição de episódios de hiperfagia pelo menos 2 vezes por semana durante 3 meses;</p> <p>b) Preocupação persistente com o que comer e um forte desejo de compulsão a comer;</p> <p>c) O paciente tenta neutralizar os efeitos “de engordar” dos alimentos por meio de vômitos autoinduzidos, purgação autoinduzida, períodos de alternância de inanição, uso de drogas tais como anorexígenos, preparados tireoidianos ou diuréticos. Quando a bulimia ocorre em pacientes diabéticos, eles podem negligenciar seu tratamento insulínico; e</p> <p>d) Autopercepção de estar gordo, com pavor de engordar e com uso de exercícios excessivos ou jejuns.</p>

### 2.3 Sintomas comuns

Segundo Baptista, Pandini<sup>4</sup> e Fleitlich *et al.*<sup>23</sup> os sintomas apresentados na Tabela 1, levam à consequências físicas semelhantes há de um estado de desnutrição crônica. A maioria dessas características favorece o desenvolvimento de mecanismos compensatórios para tentar ajustar o organismo à diminuição da ingestão alimentar. Dentre eles se destacam: a

minimização do gasto de energia corporal, a diminuição das funções orgânicas essenciais e a alteração das funções vitais.

### 2.4 Alterações fisiológicas

De acordo com estudos<sup>3,4,23,26</sup> existe uma série de riscos e consequências psicofisiológicas associados à anorexia e à bulimia nervosas, que facilmente podem ser visualizadas na Tabela 2.

**Tabela 2:** Consequências físicas da anorexia e bulimia nervosas para o corpo humano

	ANOREXIA	BULIMIA
<b>Sinais vitais</b>	Bradycardia; hipotensão; hipotermia	Bradycardia; hipotensão; hipotermia
<b>SNC</b>	Atrofia cerebral difusa/regional;	
<b>Cardiovascular</b>	Edema periférico; bradicardia; arritmias; hipotrofia e parada cardíaca	Arritmia, insuficiência e hipotrofia cardíaca; maior tendência ao infarto agudo do miocárdio.
<b>Renal</b>	Uremia pré-renal	Deficiência de eletrólitos e doença renal
<b>Hematológico</b>	Anemia e problemas de coagulação.	Anemia relacionada à nutrição inadequada.
<b>Gastrointestinal</b>	Esvaziamento gástrico lentificado; dilatação gástrica lactase e lipase intestinais diminuídas; problemas dentários; constipação; dor e distensão abdominais, níveis baixos de serotonina e de adrenalina.	Refluxo gastroesofágico; úlceras estomacais; inchaço e problemas de esôfago; constipação; azia; problemas odontológicos; irregularidades digestivas; dor e distensão abdominal.
<b>Metabólico</b>	Hipercolesterolemia; hipercarotenemia; hipoglicemia aumento das enzimas hepáticas; taxa metabólica basal baixa; baixa na gordura e temperatura corporal.	Alcalose metabólica
<b>Endocrinológico</b>	Amenorréia; hipotiroidismo; baixos níveis de estrogênio, progesterona, hormônio luteinizante, folículo estimulante e tiroxina, osteoporose, fraturas; aumento da triiodotironina reversa do cortisol e do hormônio de crescimento; e diabetes.	Irregularidade menstrual; diminuição da produção de hormônios pelas glândulas adrenais; produção de hormônios sexuais pelos ovários em quantidades insuficientes; imunodepressão; menores níveis de serotonina e de adrenalina.
<b>Dermatológico</b>	Pele seca, escamosa; pêlos finos, ásperos e quebradiços; unhas secas e quebradiças; pele amarelada; lanugem na face e braços.	Arranhões ou escoriações vermelhas na parte de cima das mãos ou nos nós dos dedos.
<b>Pulmonar</b>	Pneumonia por aspiração devido à regurgitação.	Pneumonia
<b>Psicológicos</b>	Ansiedade; depressão; tristeza; desânimo e tentativas de suicídio.	Dificuldade de concentração, mudanças de humor; depressão, desânimo e compulsões.
<b>Outros</b>	Não desenvolvem os caracteres sexuais secundários; perda muito rápida de peso; Desgaste emocional; preocupação excessiva pela alimentação; desidratação.	Bolsas abaixo dos olhos; vasos sanguíneos faciais quebrados; fraqueza muscular; desmaios; dores no peito, câimbras musculares fadiga; hérnias, sinal de Russell e dores de garganta.

## 2.5 Fatores predisponentes e mantenedores dos transtornos alimentares

Em virtude da gama de aspectos envolvidos na etiologia da anorexia e bulimia nervosas e as suas consequências para o organismo humano Morgan *et al.*<sup>10</sup>, relatam que esses transtornos alimentares representam enorme desafio para os profissionais que trabalham prestando serviços de atenção

à pesquisa de informações para lidar com essas doenças e, também, à saúde dos doentes. Pois, esses transtornos não emergem abruptamente, mas se desenvolvem ao longo da vida do indivíduo, a partir de predisposições presentes desde o nascimento, ou em decorrência de vulnerabilidades que emergem nas primeiras etapas da vida ou em etapas mais tardias (Tabela 3).

**Tabela 3:** Fatores predisponentes e mantenedores dos transtornos alimentares

<b>Fatores predisponentes</b>	<b>Individuais</b>	Traços de Personalidade: Baixa autoestima; Traços obsessivos e perfeccionistas; Impulsividade e instabilidade afetiva
	<b>Familiares</b>	História de Transtornos Psiquiátricos: Depressão; Transtornos da ansiedade; dependência de substâncias
		Tendência à Obesidade
<b>Fatores Mantenedores</b>	<b>Fisiológicos</b>	Alterações da Neurotransmissão: Vias noradrenérgicas; Vias serotoninérgicas
		Eventos Adversos: Abuso sexual
	<b>Psicológicos</b>	Agregação Familiar; Hereditariedade
Padrões de Interação Familiar: Rigidez, intrusividade e evitação de conflitos; desorganização e falta de cuidados		
	<b>Socioculturais</b>	Ideal cultural de magreza
<b>Fatores Mantenedores</b>	<b>Fisiológicos</b>	Privação alimentar favorece episódios de compulsão alimentar; episódios de compulsão alimentar interferem no metabolismo da glicose e insulina.
	<b>Psicológicos</b>	Privação alimentar desencadeia pensamentos obsessivos sobre comida e maior necessidade de controle
	<b>Culturais</b>	Magreza vista como símbolo de sucesso

Morgan *et al.*<sup>10</sup> ressaltam ainda que as alterações fisiológicas e psicológicas produzidas pela desnutrição e pelos constantes episódios de compulsão alimentar e purgação, que tendem a perpetuar o transtorno, são diferentes daqueles que foram responsáveis pelo seu desenvolvimento inicial da doença, conforme evidenciado na tabela 3.

## 2.6 Tratamento dos transtornos alimentares

De acordo com Grando<sup>3</sup> e Grando; Rolim<sup>6</sup> a anorexia e a bulimia nervosas podem levar à graves complicações físicas e, conseqüentemente, à morte. Devido a tal fato Piacentini<sup>17</sup> relata que o tratamento desses transtornos alimentares deve ser iniciado o mais precoce possível e que deve ser feito através do uso de programa intensivo e abrangente de tratamento que envolva a participação de equipe multiprofissional especializada, que busque o atendimento holístico dos pacientes, a fim de desenvolver estratégias eficazes de tratamento. Entretanto, dependendo da gravidade do estado de saúde e do estágio de evolução do transtorno alimentar, algumas estratégias terapêuticas ambulatoriais podem surtir o efeito desejado que, por sua vez, gera necessidade da realização de internação hospitalar para promoção da recuperação clínica do doente de modo que permita a realização de tratamento adequado, ambulatorial e com equipe multiprofissional<sup>3,6,17</sup>. No entanto, durante o tratamento ambulatorial ou hospitalar é de fundamental importância, senão essencial, a cooperação da família do doente para se obter sucesso<sup>17</sup>.

Conforme estudos<sup>3,17,27</sup> para se obter sucesso terapêutico no tratamento de indivíduos com transtornos alimentares, é preciso que todos os envolvidos no atendimento desses doentes compreendam que os transtornos alimentares não são uma nova mania ou um estilo de vida e que a melhora não depende apenas da vontade do paciente. É necessário que todos compreendam e tenham conhecimentos a respeito dos prejuízos que esses transtornos trazem para a saúde do doente. Por isso, a intervenção clínica e terapêutica, através da ajuda de especialistas em transtornos alimentares, deve ser procurada o mais rápido possível<sup>17</sup>.

Em se tratando especificamente do tratamento clínico da anorexia e bulimia nervosas Piacentini<sup>17</sup> relata que há necessidade de tratamento medicamentoso, psicológico e/ou psiquiátrico e nutricional em associação. O tratamento psicológico é de fundamental importância para que o doente entenda o seu transtorno alimentar, seus sinais, sintomas e consequências e que entendam a importância de seguirem de maneira adequada as orientações nutricionais e clínicas fornecidas pela equipe multiprofissional que os atende. De modo geral, é possível verificar que a literatura sobre a anorexia e bulimia nervosas é bastante vasta, principalmente devido ao fato desses transtornos serem assunto que abrange o interesse de diversos profissionais das áreas da saúde. Entretanto, grande parte das publicações sobre o assunto provém da área médica psiquiátrica e da nutrição. De modo geral, essas áreas tendem a evidenciar a atuação desses profissionais frente ao

tratamento dessas doenças, uma vez que são raros os estudos que evidenciam a atuação de profissionais da área de saúde no tratamento desses transtornos, como é o caso dos profissionais de enfermagem. Devido a tal fato será discutido a seguir a atuação dos profissionais de enfermagem na prevenção e tratamento dessas doenças.

## 2.7 O papel da enfermagem frente os transtornos alimentares

A literatura a respeito do papel do profissional de enfermagem no tratamento dos transtornos alimentares evidência a importância da atuação da enfermagem e destaca que é de fundamental importância estudos e pesquisas que discutam e reflitam sobre a qualidade da assistência de enfermagem e sobre o seu papel no tratamento desses pacientes, a fim de se ampliar as dimensões do cuidar, amenizando o sofrimento e a dor dessas pessoas e dos seus familiares<sup>3</sup>. Além disso, estudos<sup>3,21,27</sup> evidenciam a importância de se ampliar e intensificar o conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre o tema, com a finalidade de facilitar o diagnóstico precoce da doença e, assim, reduzir os danos que causados à saúde dos pacientes. No geral, a maioria dos estudos sobre o papel da enfermagem frente os transtornos alimentares do tipo anorexia e bulimia nervosas destacam a atuação do profissional em nível hospitalar.

No que diz respeito especificamente ao papel da enfermagem no tratamento dos transtornos alimentares, autores<sup>3,6,21,27</sup> afirmam que o profissional de enfermagem, pelo seu perfil de cuidador, educador e pesquisador, é elemento importante no trabalho da equipe multidisciplinar que atende a pacientes com anorexia e bulimia nervosas, uma vez que tenta buscar estratégias que favoreçam a recuperação do doente, de sua família e da sociedade em geral.

Para Lima e Knupp<sup>28</sup> a enfermagem ocupa posição estratégica no enfrentamento dos transtornos alimentares, pois frequentemente encontra-se à frente da comunidade realizando ações de prevenção e promoção de saúde. Além de ser composta por profissionais capazes de conhecer o perfil da população, sob sua área de abrangência, propõe-se a favorecer o diagnóstico precoce desses transtornos e a prevenção de agravos. Como os profissionais que compõem a equipe de enfermagem encontram-se em vias de preocupação constante diante da atenção básica a saúde prestada aos pacientes sob seu cuidado, é primordial que eles possuam visão holística do paciente; que considerem e compreendam o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural.

Uma das ferramentas utilizadas pelos profissionais de enfermagem no tratamento dos transtornos alimentares é a implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), a qual permite que esses profissionais ofereçam assistência individualizada e holística aos pacientes sob seus cuidados. Pois, a SAE é capaz de atuar como norteadora nos

cuidados de enfermagem destinados aos doentes.

De acordo com alguns autores<sup>3,27,29</sup> esses profissionais também podem utilizar e adotar estratégias de cuidados conforme a necessidade individual e criatividade de cada paciente sob seus cuidados. Dentre elas destacam-se: estratégias de relacionamento interpessoal, confiança mútua, apoio, estabelecimento de limites e ajuda na expressão de pensamentos e sentimentos, entre outras. Uma vez que o objetivo da assistência de enfermagem é o de maximizar as interações positivas do outro com seu ambiente, promover seu nível de bem-estar e intensificar seu grau de autonomia, os profissionais de enfermagem acabam conseguindo promover no paciente a manutenção de um comportamento positivo.

Através da SAE, os profissionais de enfermagem conseguem avaliar a autonomia dos seus pacientes e sua liberdade para tomada de decisões com relação aos próprios objetivos, conseguem envolvê-los em todo o processo de seu próprio cuidado e a sua recuperação<sup>27</sup>.

### 2.7.1 Cuidados e orientações da enfermagem

De acordo com Grandó<sup>3</sup> até a década de 80, o tratamento clínico dos transtornos alimentares incluía: uso de medicamentos como antipsicóticos (clorpromazina) e antidepressivos prescritos por médicos e, também, a execução de normas de conduta do pessoal de enfermagem, principalmente em relação à alimentação. Entretanto, desde a década de 70, os cuidados de enfermagem incluem período de observação dos pacientes de uma hora, posterior as refeições para evitar o vômito autoinduzido; a prática de exercícios físicos ou automutilação, em virtude do aumento da ansiedade e de sentimentos de culpa que ocorrem logo após a alimentação.

A conduta de enfermagem supracitada conforme Lima e Knupp<sup>28</sup> é preconizada, pois, os profissionais de enfermagem são os que permanecem maior tempo em contato com os pacientes sob tratamento clínico do tipo internação hospitalar ou clínica, principalmente durante horários críticos relativos às atividades de vida diária (refeições) o que acaba favorecendo o estabelecimento de forte vínculo de confiança. A partir do contato direto com os pacientes e de relacionamento interpessoal mais próximo, a equipe de enfermagem consegue ajudar os pacientes com transtornos alimentares durante a difícil etapa que compreende a internação hospitalar e o tratamento ambulatorial para o restabelecimento e manutenção do estado de saúde deles em nível considerado aceitável (90% do peso corporal ideal)<sup>3</sup>. Porém, essa proximidade com o paciente gera tendência natural no profissional de enfermagem condenar alguns comportamentos alimentares aberrantes nos pacientes sob seus cuidados, além do estresse que eles causam em decorrência dos doentes mostrarem-se aparentemente manipulativos e autodestrutivos. O que, por sua vez, requer que esses profissionais sejam orientados e que detenham conhecimentos específicos sobre os transtornos

alimentares, a fim de que possam orientar tanto os pacientes e seus familiares a respeito da doença quanto prestar assistência de enfermagem de qualidade a todos os envolvidos.

Para alguns autores<sup>3,27</sup> a assistência de enfermagem para pacientes com transtornos alimentares apresenta como objetivo não somente administrar medicamentos ou o supervisionamento dos doentes após as refeições como já relatado. Atualmente, os profissionais de enfermagem têm por objetivo maximizar as interações positivas do outro com o ambiente, promover nível satisfatório de bem-estar e

intensificar o grau de autonomia dos doentes, além de realizar diagnóstico específico de Enfermagem.

A respeito do diagnóstico realizado pela equipe de enfermagem, Grando<sup>3</sup> e Silva<sup>27</sup> relatam que esse tipo de diagnóstico inclui: realização de exames biológicos, psicológicos, socioculturais e físicos, dentre os quais se destacam a observação de desvios de comportamento (uso de laxantes, diuréticos, inibidores de apetite e vômitos) e a avaliação familiar, entre outros aspectos evidenciados na Tabela 4.

**Tabela 4:** Diagnóstico e intervenção de enfermagem nos transtornos alimentares

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenção de Enfermagem
Nutrição alterada pelo não atendimento das necessidades que o corpo requer, causada pela recusa alimentar, atividades purgativas e exercícios físicos intensos	Estabelecer com o cliente e a equipe multidisciplinar o peso “alvo” (90% do peso corporal ideal, com índice de massa corporal igual ou superior a 19 Kg/m <sup>2</sup> e determinar as calorias necessárias para a nutrição; Firmar contrato de aceitação mútua com o cliente para atingir essa meta; Estabelecer programa de atividades apropriadas onde são incluídos: verificação diária de peso, do controle hídrico (líquidos ingeridos e eliminados) e sinais vitais; planejamento e supervisão das atividades físicas; Explorar o medo que o paciente tem de ganhar peso, oferecer apoio e tranquilização; orientá-lo a buscar ajuda e a usar técnicas de relaxamento quando sentir necessidade de vomitar ou de usar laxantes; encorajá-lo a participar de grupos de apoio.
Distúrbios de imagem corporal, observados pela supervalorização da aparência física	Evitar discutir e comentar sobre o ganho de peso; Pedir para o paciente identificar a forma e número do manequim ideal e pontuar os pontos positivos; reconhecer e discutir os valores familiares, culturais, crenças e estereotípicos que dizem respeito à magreza e atratividade.
Sistema familiar disfuncional evidenciado por senso de perfeccionismo invasivo e superprotetor	Explorar o grau de dependência e envolvimento entre os membros da família. Discutir com o paciente e a família as funções, papéis e limites adequados, bem como formas de comunicação mais efetivas. Identificar as regras dentro da família que reforçam o comportamento inadequado do paciente, juntamente com a família, buscar mecanismos de adequá-las; ajudar o cliente a desenvolver habilidades na resolução de problemas; encaminhá-lo a grupos de terapia familiar.
Pouco conhecimento sobre nutrição e transtornos alimentares	Colaborar com a nutricionista para que o paciente e sua família adquiram conhecimento sobre nutrição, calorias, valores dos alimentos, dieta balanceada e alimentos que promovam função intestinal normal (fibras); Permitir e encorajar o paciente a preparar cardápio normal e balanceado;
Interação social prejudicada	Em grupo ou individualmente, promover comunicação interpessoal e socialização; Identificar e promover lazer e atividades que gratifiquem o paciente.
Potencial para injúria consequente a autoagressão, exercícios físicos intensos e comportamento potencial perigoso	Intervenção: esclarecer sobre os danos do impacto físico causado pelos exercícios físicos intensos; estabelecer com o paciente e equipe multidisciplinar plano de atividades apropriado e monitorá-lo; ajudá-lo a desenvolver atividades diversificadas que possa realizar quando sentir necessidade de exercícios físicos intensos.

Conforme mostra a Tabela 4, os cuidados de enfermagem requerem o desenvolvimento de habilidades para assistir tanto aos doentes quanto aos seus familiares. No entanto, quando o paciente não responde de maneira adequada às intervenções de enfermagem, ou quando o enfermeiro busca a prevenção desses transtornos, é necessária a utilização de um protocolo de prevenção que é composto pela sequência de ações de enfermagem, demonstradas na Tabela 5.

No que se refere especificamente às orientações de enfermagem fornecidas aos pacientes com transtornos

alimentares e aos seus familiares, Lima e Knupp<sup>28</sup> relatam que elas são um conjunto de ações prestadas à comunidade com vistas às orientações educativas para a manutenção da promoção da saúde e prevenção de agravos, conforme evidenciado nas Tabelas 4 e 5. Além disso, de acordo com os autores essas orientações são pautadas nas metas que esses profissionais e os demais profissionais da área de saúde têm em relação à promoções de mudanças positivas de atitudes e hábitos de vida das pessoas, para a melhora do seu bem-estar físico.

**Tabela 5:** Protocolo e sequência de ações de enfermagem no tratamento dos transtornos alimentares

Protocolo de enfermagem	Sequência de ações de enfermagem
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encaminhar os pacientes com respostas que apontam desvio de regulação alimentar e uma avaliação de enfermagem completa, incluindo exames biológicos, psicológicos e socioculturais.</li> <li>• Realizar um exame físico completo, com especial atenção para os sinais vitais, pele, sistema cardiovascular e evidências de abuso de laxantes ou diuréticos e vômitos.</li> <li>• Avaliar os indicadores de crescimento, desenvolvimento sexual e desenvolvimento físico.</li> <li>• Explorar a compreensão da paciente sobre o seu impacto nos relacionamentos sociais, procurando identificar fatores que influenciam o tipo e a quantidade de alimento que a paciente consome e sua percepção sobre o tamanho corporal ideal.</li> <li>• Verificar a história psiquiátrica de uso de substâncias e avaliação familiar.</li> <li>• Diagnosticar a estrutura familiar, eventuais mudanças nas alianças de poder, padrões e rituais, relacionados aos membros da família e ao estado de saúde de um de seus membros.</li> <li>• Explorar o grau de dependência e envolvimento familiar.</li> <li>• Fazer as seguintes perguntas, as quais podem ser mais eficientes do que qualquer questionário extenso para identificar se a paciente tem predisposição para desenvolver transtorno alimentar: a) Você está satisfeita com seus padrões de alimentação? b) Você já comeu em segredo?</li> <li>• Ressaltar os aspectos positivos, mantendo observação e escuta sensíveis capazes de perceber e acompanhar pequenos movimentos. Auxiliar para que a adolescente perceba os seus limites, colocados de maneira firme, carinhosa e coerente por parte da enfermagem.</li> <li>• Registrar no prontuário todo e qualquer tipo de informação adquirida. Pois o que não está escrito pode ser por esquecimento.</li> <li>• Encaminhar, quando necessário, para grupos de terapia familiar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reunir os familiares</li> <li>• Reunir adolescentes</li> <li>• Realizar consulta de enfermagem</li> <li>• Alertar os familiares sobre as principais características da doença.</li> <li>• Realizar palestras (escolas, unidades de saúde...)</li> <li>• Realizar terapia de grupo, psicopedagógico, psicodinâmico e interpessoal, entre outras (prevenção).</li> </ul>

Quando se trata de orientações e intervenções de enfermagem para pacientes com anoréxicos e/ou bulímicos, essas não são somente direcionadas aos pacientes, mas também aos seus familiares, especialmente pelo fato de que profissionais atuam em contato direto com os pacientes por longos períodos de tempo, forma direta ou indireta com os seus familiares<sup>29</sup>.

De acordo com Grando e Rolim<sup>29</sup> o enfermeiro, ao planejar intervir com os membros da família do paciente com transtornos alimentares e com os próprios doentes, deve considerar a necessidade de preparo profissional que inclua a educação sobre o transtorno para si mesmo, a fim de que possa ajudar a família a criar habilidades para assisti-lo, apoiá-lo e para que consiga impor limites ao paciente quando necessário. Essas são premissas básicas que devem nortear todo o processo de cuidar de doentes. Ainda de acordo com os autores<sup>29</sup> é necessário que esses profissionais estejam convictos de que o ser humano está intrinsecamente ligado à sua família e ao seu meio social e que esses são a fonte primordial, não só das pressões, mas também de recursos de apoio.

Com relação ao plano de tratamento de enfermagem é ressaltada em vários estudos a importância da inclusão de familiares na avaliação e no processo de planejamento do tratamento, bem como é evidenciado a necessidade de se avaliar a família como sistema e qual o impacto do transtorno alimentar nessa situação. A terapia de grupo, por sua vez, mobiliza o apoio social e reforça respostas adaptadas<sup>3,27-29</sup>. Para Grando<sup>3</sup> esses pacientes beneficiam-se do envolvimento dos familiares e do

trabalho com um grupo que ofereça apoio. Assim, a assistência à família, por intermédio de terapia familiar, aconselhamento ou orientação, ocorre de forma que facilite a construção de contextos mais flexíveis, favorecedores de expressão e aceitação de diferenças relativas às ideias, sentimentos e ações sem a ameaça de perda da pertinência ao grupo familiar, de algum membro ou da dissolução do próprio grupo<sup>3,28,29</sup>.

Ao considerar as peculiaridades dinâmicas que se estabelecem durante o desenvolvimento e o tratamento clínico da anorexia e bulimia nervosas já evidenciadas anteriormente<sup>3,29</sup> recomendam-se como principais intervenções de enfermagem os seguintes procedimentos:

- Explorar o grau de dependência e envolvimento entre os membros da família;
- Discutir com o paciente e a família as funções, papéis e limites adequados, bem como formas de comunicação mais efetivas;
- Identificar as regras dentro da família que reforçam o comportamento inadequado do paciente e, juntamente com a mesma, buscar mecanismos para adequá-las;
- Ajudar o paciente a desenvolver habilidades na resolução de problemas e proporcionar condições para que teste os resultados; e
- Realizar ou encaminhar os familiares a grupos de terapia ou de psicodrama familiar.

Portanto, pode-se perceber com base nos procedimentos supracitados que o papel da enfermagem, assim como dos

demais profissionais da área de saúde na atenção básica e no tratamento de pacientes com transtornos alimentares há um conjunto de ações prestadas à comunidade como um todo, em especial ao doente e a sua família<sup>3</sup>. Além disso, ressalta-se que, durante o tratamento e a prevenção desses transtornos, os enfermeiros devem realizar palestras informativas em postos de saúde e hospitais que sejam abertas aos funcionários, pacientes e a comunidade em geral.

### 3 Conclusão

Mediante a análise da literatura pesquisada, constatou-se que é necessário que todo profissional da área de saúde, em especial o enfermeiro, bem como o próprio paciente e seus familiares compreendam que o tratamento clínico dos transtornos alimentares não se encerra com a alta hospitalar, no caso daqueles pacientes hospitalizados, mas que ele se mantém em ambulatório ou em outra instituição extra-hospitalar; e que, a atenção voltada para o tratamento desses distúrbios não deve priorizar somente o paciente, mas também sua família no contexto saúde-doença-saúde, pois ambos necessitam de ajuda.

Conclui-se que, em se tratando de transtornos alimentares do tipo anorexia e bulimia nervosas, a melhora e a cura somente acontecem quando o alimento e o peso deixarem de ser preocupação constante na vida dos pacientes; e que a contribuição do profissional de enfermagem é essencial para que o doente e seus familiares compreendam que o ser humano vai além de características físicas ditadas por padrões únicos e que a busca por uma vida saudável é o que realmente importa.

### Referências

1. Claudino AM, Borges MBF. Critérios diagnósticos para os transtornos alimentares: conceitos em evolução. *Rev Psiquiatr Clín* 2002;24(3):7-12.
2. Cordás TA. Transtornos alimentares: classificação e Diagnóstico. *Rev Psiquiatr Clín* 2004;31(4):154-7.
3. Grandó LH. Representações sociais e transtornos alimentares: as faces do cuidar em enfermagem. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2000.
4. Baptista AP, Pandini EV. Distúrbios alimentares em frequentadores de academia. *Rev Efdeportes* 2005;10(82):1-1.
5. Borges NJBG, Sicchieri JMF, Ribeiro RPP, Marchini JS, Santos JE. Transtornos alimentares - quadro clínico. *Medicina* 2006;39(3):340-8.
6. Grandó LH, Rolim MA. Os transtornos da alimentação sob a ótica dos profissionais de enfermagem. *Acta Paul Enferm* 2006;19(3):265-70.
7. Souto S, Ferro-Bucher JSN. Práticas indiscriminadas de dietas de emagrecimento e o desenvolvimento de transtornos alimentares. *Nutr Clín* 2006;19(6):693-704.
8. Fernandes CAM, Rodrigues AP, Nozaki VT, Marcon SS. Fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares: um estudo universitários de uma instituição de ensino particular. *Arq Ciênc Saúde UNIPAR* 2007;11(1):33-8.
9. Sicchieri JMF, Santos MA, Santos JE, Ribeiro RPP. Avaliação nutricional de portadores de transtornos alimentares: resultados após a alta hospitalar. *Ciênc Cuid Saúde* 2007;6(1):68-75.

10. Morgan CM, Vecchiatti IR, Negrão AB. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. *Rev Bras Psiquiatr* 2002;24(3):18-23.
11. Abreu CN, Cangelli-Filho R. Anorexia nervosa e bulimia nervosa- abordagem cognitivo-construtivista de Psicoterapia. *Rev Psiquiatr Clín* 2004; 31(4):177-89.
12. Alves E, Vasconcelos FAG, Calvo MCM, Neves J. Prevalência de sintomas de anorexia nervosa e insatisfação com a imagem corporal em adolescentes do sexo feminino do Município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008;24(3):503-12.
13. Balata P, Colares V, Petribu K, Leal MC. Bulimia nervosa as a risk factor for voice disorders - literature review. *Rev Bras Otorrinol* 2008;74(3):447-51.
14. Amaral TM, Ferreira RA. Anorexia e bulimia: um transtorno alimentar: não se trata disso. *Rev Méd Minas Gerais* 2008;18(4):5-12.
15. Souza JN. Anorexia: filosofia da morte social. *Rev Teol Cul* 2009;2(13):58-60.
16. Romaro RA, Tokazu FM. Bulimia nervosa: revisão da literatura. *Psicol Reflex Crít* 2002;15(2):407-12.
17. Piacentini S. Transtornos alimentares: uma revisão bibliográfica. Itajai: Universidade do Vale do Itajai; 2008.
18. Rocha FO, Vagetti GC. Prevalência de transtornos alimentares em adolescentes de um colégio privado do município de Marialva – PR. Disponível em [http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/diaadia/diadia/arquivos/File/conteudo/artigos\\_teses/EDUCACAO\\_FISICA/artigos/Prevalencia\\_Transtornos\\_Alimentares.pdf](http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/diaadia/diadia/arquivos/File/conteudo/artigos_teses/EDUCACAO_FISICA/artigos/Prevalencia_Transtornos_Alimentares.pdf).
19. Mattos MIP. Os transtornos alimentares e a obesidade numa perspectiva contemporânea: psicanálise e interdisciplinaridade. *Contemp Psicanál Transdisciplinaridade* 2007;1(2):78-98.
20. Ribeiro RPP, Santos PCM, Santo SJE. Distúrbios da conduta alimentar: anorexia e bulimia nervosas. *Medicina* 1998;31(1):45-53.
21. Teotônio LM, Piler MC. Análise da produção científica de enfermeiros brasileiros sobre a temática anorexia nervosa na adolescência. *Enferm Integ* 2009;2(1):213-24.
22. Paccola ATF. Escuta do psiquiatra: sinais e sintomas de anorexia nervosa e bulimia nervosa. *Medicina* 2006;39(3):349-52.
23. Fleitlich BW, Larino MA, Cobelo A, Cordás TA. Anorexia nervosa na adolescência. *J Pediatría* 2000;76(3):S323-S9.
24. Goulart RMM, Bafille SN. Identificação de fatores de risco para bulimia nervosa em universitárias. *Integração* 2009;15(57):177-83.
25. Freitas S, Gorenstein C, Appolinário JC. Instrumentos para a avaliação dos transtornos alimentares. *Rev Bras Psiquiatr* 2002;24(3):34-8.
26. Pontieri FM, Lopes PF, Eça VB. Avaliação da presença de fatores de para o desenvolvimento de transtornos alimentares em acadêmicos de um curso de Educação Física. *Rev Ensaios Ciênc* 2007;2(2):29-37.
27. Silva EDB. Assistência de enfermagem nos transtornos alimentares. Tupã: Escola Superior de Educação Física da Alta Paulista; 2009.
28. Lima KF, Knupp KA. Cuidados de enfermagem na prevenção da anorexia na adolescência: como identificar fatores predisponentes. *Rev Meio Ambient Saúde* 2007;2(1):166-80.
29. Grandó LH, Rolim MA. Família e transtornos alimentares: as representações dos profissionais de enfermagem de uma instituição universitária de atenção à saúde mental. *Rev Latinoam Enferm* 2005;13(6):989-95.