



**UNIVERSIDADE TIRADENTES
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE NUTRIÇÃO**

**ÍTALO JOSÉ MOTA DE ARAÚJO OLIVEIRA
LUCAS MASCARENHAS BARRETO SOARES
VITÓRIA DAYSE SANTOS TEIXEIRA**

**TRANSTORNOS ALIMENTARES EM ADOLESCENTES E JOVENS: DO CORPO
PERFEITO ÀS DISTORÇÕES E PERTURBAÇÕES NO COMPORTAMENTO
ALIMENTAR: UMA BREVE REVISÃO DE LITERATURA**

**ARACAJU
2021**

ÍTALO JOSÉ MOTA DE ARAÚJO OLIVEIRA
LUCAS MASCARENHAS BARRETO SOARES
VITÓRIA DAYSE SANTOS TEIXEIRA

TRANSTORNOS ALIMENTARES EM ADOLESCENTES E JOVENS: DO CORPO
PERFEITO ÀS DISTORÇÕES E PERTURBAÇÕES NO COMPORTAMENTO
ALIMENTAR: UMA BREVE REVISÃO DE LITERATURA

Trabalho de Conclusão do Curso
apresentado ao curso de Nutrição da
Universidade Tiradentes- Unit, como
requisito para obtenção do grau de
Bacharel em Nutrição.

Orientadora: Prof. Mestre em Saúde
Pública Alaide Guilherme dos Santos

ARACAJU

2021

ÍTALO JOSÉ MOTA DE ARAÚJO OLIVEIRA
LUCAS MASCARENHAS BARRETO SOARES
VITÓRIA DAYSE SANTOS TEIXEIRA

TRANSTORNOS ALIMENTARES EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES DE AMBOS
OS SEXOS: DO CORPO PERFEITO ÀS DISTORÇÕES E PERTURBAÇÕES NO
COMPORTAMENTO ALIMENTAR: UMA BREVE REVISÃO DE LITERATURA

Revisão Literária final, apresentado
a Universidade Tiradentes- UNIT como
parte das exigências para a obtenção do
título de Nutricionista.

Aprovado, ____ de _____ de ____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. MsAlaide Guilherme dos Santos
Universidade Tiradentes- UNIT

Prof. (Nome do professor avaliador)
Afiliações

Prof. (Nome do professor avaliador)
Afiliações

ARACAJU
2021

Esse trabalho é dedicado a todos os Mestres,
famílias e amigos que contribuíram na nossa

caminhada, vocês tornaram tudo mais fácil.

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter nos dado sabedoria, força e coragem para continuar e alcançar nosso objetivo.

A essa instituição, seu corpo docente por ofertarem o melhor para nossa construção profissional.

Aos nossos familiares por apoiarem e acreditarem em nós, vocês possuem total importância em nossas vitórias.

Aos colegas de classe por compartilharem essa experiência conosco, serão eternos em nossos corações.

A todos, o nosso Muito Obrigado!

RESUMO

Introdução: Ter um rosto bonito, ser jovem, magro (a) e esbelto virou uma constante busca social. As meninas ficam facilmente insatisfeitas por desejarem serem mais magras, e os meninos por buscarem um corpo com maior definição muscular. Frente a este cenário, é comum que sejam lançadas mão de algumas estratégias de cunho comportamental, adotadas na esperança de uma mudança na imagem corporal. O **objetivo** deste trabalho é discutir os transtornos alimentares em crianças e adolescentes de ambos os sexos enfatizando às suas características e fatores de risco na busca do corpo perfeito que por vez leva às distorções e perturbações no comportamento alimentar. No que diz respeito a **metodologia** utilizada para a realização desse estudo ela é classificada como uma revisão integrativa, por agregar variadas literaturas acerca do tema discutido. E também, do tipo bibliográfica, por induzir o pesquisador a conectar-se com obras que foram publicadas sobre a temática. Em frente a este contexto de análises, reflexões e **discussões** apresentam-se os **resultados** acerca do transtorno alimentar, definindo-o como uma ingestão oral prejudicada, que é inapropriada para uma determinada idade e está associada com uma disfunção clínica, nutricional, habilidade alimentar e ou psicossocial. Os TA's podem provocar um grande impacto negativo nas funções físicas, sociais, emocionais e cognitivas do indivíduo. **Conclui-se**, portanto que não só os pais, mas também os meios de comunicação têm um papel relevante no processo da aprendizagem das preferências e dos hábitos alimentares do ser humano, podendo estimulá-los a uma prática alimentar saudável.

Palavra-Chave-Transtornos alimentares; Influência; Mídia; Crianças; Adolescentes;

ABSTRACT

Introduction: Having a pretty face, being young, thin and slender has become a constant social pursuit. Girls are easily dissatisfied for wanting to be thinner, and boys for looking for a body with greater muscle definition. Faced with this scenario, it is common that some behavioral strategies are used, adopted in the hope of a change in body image. The aim of this paper is to discuss eating disorders in children and adolescents of both sexes, emphasizing their characteristics and risk factors in the search for the perfect body, which in turn leads to distortions and disturbances in eating behavior. Regarding the methodology used to carry out this study, it is classified as an integrative review, as it aggregates various literatures on the topic discussed. And also, of the bibliographic type, for inducing the researcher to connect with works that have been published on the subject. In front of this context of analyses, reflections and discussions, the results about the eating disorder are presented, defining it as an impaired oral intake, which is inappropriate for a certain age and is associated with a clinical, nutritional, eating ability and or psychosocial. TA's can have a great negative impact on the individual's physical, social, emotional and cognitive functions. Therefore, it is concluded that not only parents, but also the media have a relevant role in the process of learning about human preferences and eating habits, which can encourage them to practice healthy eating.

Keyword-Eating disorders; Influence; Media; Kids; Teenagers;

ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES

TABELAS

Tabela 1.....	16
---------------	----

QUADROS

Quadro 1-	22
Quadro 2-	23
Quadro 3-	24
Quadro 4-	24

SUMÁRIO

1-INTRODUÇÃO.....	10
2-OBJETIVO GERAL.....	13
2.1-Objetivos específicos.....	13
3-MATERIAIS E MÉTODOS.....	14
4-RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	16
5-CONCLUSÃO.....	27
6-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	23
ANEXOS.....	31

1. INTRODUÇÃO

Diante do atual cenário, faz-se necessário a percepção acerca da valorização exagerada da estética corpórea enquanto fator de representação social. Ter um rosto bonito, ser jovem, magro(a) e esbelto virou uma constante busca social. No final de século XX e começo do século XXI o culto ao corpo perfeito é obsessivamente adquirido e seguido como estilo de vida. Percebe-se que as meninas ficam facilmente insatisfeitas por desejarem serem mais magras, e os meninos por buscarem um corpo com maior definição muscular. Frente a este cenário, é comum que sejam lançadas mão de algumas estratégias de cunho comportamental, adotadas na esperança de uma mudança na imagem corporal (Moreira, Boff, Pessa, Oliveira, &Neufeld, 2017).

É percebido que no mundo social, notavelmente são discriminados os indivíduos com menos predicados de beleza, numa série de situações cotidianas importantes. Na opinião do site portal da juventude (2017), o conceito de belo e de beleza é muito subjetivo. Ele varia de pessoa para pessoa e, também, de época para época. Aquilo que é desagradável para um pode ser altamente sedutor e encantador para outro.

Os padrões de beleza impostos dos dias atuais impõem homens e mulheres um corpo magro e torneado vindo a divergir com o modelo de anos atrás. Neste contexto, percebe-se que o uso da internet se disseminou entre os adolescentes de forma acelerada, em um ambiente onde vivencia-se uma nova forma de comunicação que vem revolucionado as possibilidades de estabelecimento de relações entre as pessoas.

Diante do que fora exposto compreende-se, portanto que todos estes comportamentos aflorados na fase da adolescência que visam a manutenção de padrões arbitrários de beleza corpórea trazem severas consequências no que concerne à saúde psíquica, desencadeando uma das ocorrências dos transtornos alimentares mais comuns na atual sociedade: a anorexia e a bulimia, que ocasionam distorções e perturbações no comportamento alimentar, que, por sua vez, traz, como definições respostas comportamentais ou sequenciais associadas ao ato, maneira ou modos de se alimentar, induzindo a padrões rítmicos da alimentação.

Na maioria dos casos, o perfil dos pacientes com TA's são crianças e adolescentes de ambos os sexos, caucasianas, e alto nível socioeconômico-cultural. Entretanto, no cenário contemporâneo, o diagnóstico também é dado para menores do sexo masculino, raça negra, pré-adolescentes, em pacientes com nível sócio econômico-cultural baixo, com idades entre 12 e 25 anos (Ludewig, Rech, Halpern, Zanol, & Frata, 2017).

Diversos estudos apontam o grupo de adolescentes do sexo feminino como de risco para início da NA (anorexia nervosa), sendo cerca de 90%, sinalizando uma grande preocupação dessas adolescentes que passam por um processo de múltiplas mudanças dentre as quais: psicológicas, sociais e corporais em conquistar um corpo magro passando a controlar o peso com restrição alimentar traiçoeira, todos os alimentos consumidos retirando carboidratos simples e gorduras, exercícios físicos exaustivos, levando a um emagrecimento aparente e um quadro de AN.

Esta fase é marcada pelo estabelecimento dos valores que guiarão os comportamentos ao longo da vida, além da constituição de relações mais maduras com seus pares e sua identidade pessoal. É o período onde ocorre o desenvolvimento da capacidade de regular melhor suas emoções, mas que, concomitantemente, os adolescentes devem pensar no seu futuro e nas suas escolhas em longo prazo (Lopes, 2017). Frente a todas as mudanças decorrentes do período, transtornos no ambiente familiar, a auto aceitação na adolescência está condicionada a critérios formulados pelo grupo de amigos que são motivados pelos modelos sociais. Nessa perspectiva, na tentativa de conseguir um corpo considerado atraente e socialmente aceito, os TAs se desenvolvem. (Ludewig et al., 2017).

Ao utilizar seus estudos a metodologia da revisão bibliográfica Cruz (2018), assim como Barreto e Rabelo (2015) mostram que os mesmos possuem similaridade quando abordam questão família e distúrbio alimentar, ambos evidenciam que os fatores familiares seriam provocadores para o aparecimento da patologia, mas não sua causa isolada. A família está diretamente ligada aos problemas na anorexia, podendo assim transmitir preocupações alimentares. No entanto, outros fatores se tornam um risco para agravar esse e demais transtornos, como déficit de autoestima, características específicas da personalidade, fatores estressantes da história de vida, aspectos cognitivos, influências biológicas, além de humor depressivo e irritabilidade, entre outros.

Partindo desse pressuposto compreende-se, portanto que os meios de comunicação em massa assim como o ambiente familiar exercem forte influência sobre o comportamento alimentar tanto em crianças quanto em adolescentes. Desse modo, o presente estudo procurou discutir os transtornos alimentares em crianças e adolescentes de ambos os sexos, com suas consequências que vão desde o corpo perfeito às distorções e perturbações no comportamento alimentar.

2. OBJETIVOS GERAL

Discutir os transtornos alimentares em crianças e adolescentes de ambos os sexos enfatizando às suas características e fatores de risco na busca do corpo perfeito que por vez leva às distorções e perturbações no comportamento alimentar.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Reconhecer a influência do ambiente familiar e dos meios de comunicação para determinar o comportamento alimentar de crianças e adolescentes.

Identificar entre as crianças e os adolescentes os possíveis motivos que os levam a buscar um corpo bonito e o que pensam sobre a imagem corporal de outros indivíduos.

Compreender que os transtornos alimentares podem começar na infância, iniciados, geralmente, como reflexo de um problema psicológico e emocional.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

No que diz respeito a metodologia utilizada para a realização desse estudo ela é classificada como uma revisão integrativa, por agregar variadas literaturas acerca do tema discutido. E também, do tipo bibliográfica, pois conforme Baruffi (2004) “a pesquisa bibliográfica busca explicações a partir de referências teóricas publicadas anteriormente” visto que esta induz o pesquisador a conectar-se com obras que foram publicadas sobre a temática em estudo exigindo uma atitude mais crítica do acadêmico para melhor selecionar os materiais que servirão para o seu embasamento teórico. A mesma busca tornar mais fácil e compreensíveis os resultados das pesquisas realizadas sobre a temática, de maneira organizada, respaldando os conhecimentos adquiridos para a elaboração da mesma, pois segundo Oliveira (2010):

Normalmente esse método é comumente empregado na análise de conceitos, revisão de teorias ou evidências e síntese do conhecimento sobre determinado assunto, permitindo identificar lacunas que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos, sendo também bastante plausível na busca de evidências para a prática clínica dos profissionais da área de saúde (OLIVEIRA, 2008; FARIA, 2010).

Em concordância Souza et al. (2010) complementa destacando que,

As etapas do procedimento de preparação da revisão integrativa foram: construção do problema e problemática, justificativa e estabelecimento dos objetivos, critérios de inclusão e exclusão dos artigos e atenção ao tamanho dos parágrafos; definição das informações a serem removidas das pesquisas; seleção dos artigos na literatura; análise dos resultados e discussão dos achados.(SOUZA et al. 2010).

A organização desta revisão foi feita a partir da elaboração do tema que apresenta uma discussão acerca dos transtornos alimentares; crianças e

adolescentes de ambos os sexos; padrões de beleza arbitrários, por vezes influenciados principalmente no ambiente familiar e à exposição aos meios de comunicação, ignoram às distorções e perturbações que por ventura ocorrem no seu comportamento alimentar.

Na seleção dos artigos foram utilizados materiais de acesso online (artigos, monografias, livros, pesquisas e documentários publicados na internet), que tratam da temática. Ressaltando que a pesquisa pelos artigos de periódicos foi realizada nas bases de dados da PubMed e SciELO, numa combinação coerente entre os termos Crianças/adolescentes; Ambos os sexos; Influência midiática/familiar; Transtorno alimentar todos escritos nos idiomas português e inglês. Faz-se necessário ressaltar, ainda que para o enriquecimento do desenvolvimento desta produção acadêmica foi fundamental acrescentar alguns fundamentos embasados em estudos e pesquisas de obras realizadas pelos mais renomados teóricos, dentre eles destacam-se: Frois, E. Moreira, J. Stengel, M; Gibim; Neves; Valente; Almeida; Barreto M. J. e Rabello A. A.; Castro & Brandão; Dunker; Ferreira; Santo & Oliveira; Silva A. M. B. entre outros.

Para tanto, foram considerados algumas obras e os artigos publicados nos respectivos anos de 2016, 2017 e 2018. A pesquisa foi realizada de março a novembro de 2021 e selecionados alguns estudos que apresentam, também os critérios dos diagnósticos segundo o DSM-5 e o CID-11 para NA, BN e os TA's, como nos mostra a Tabela 1 (em anexo) que serviram de embasamento para uma breve revisão literária que versa acerca do desenvolvimento do comportamento alimentar e de seus transtornos, a anorexia nervosa (AN), a bulimia nervosa (BN) e os TA's não especificados em crianças e adolescentes de ambos os sexos.

4-RESULTADO E DISCUSSÃO

O transtorno alimentar é definido como uma ingestão oral prejudicada, que é inapropriada para uma determinada idade e está associada com uma disfunção clínica, nutricional, habilidade alimentar e ou psicossocial.

Faz-se importante assinalar que os transtornos alimentares podem provocar um grande impacto negativo nas funções físicas, sociais, emocionais e cognitivas da criança e do adolescente e, também, provocar um elevado estresse nas pessoas que integram a sua família. E quando o assunto é criança, não é exagero. Recentemente, um estudo da Universidade *Newcastle*, no Reino Unido, identificou sinais de desordem alimentar em voluntários de apenas 9 anos de idade. Portanto, deve-se ficar atentos a determinados comportamentos da criança, como preocupação exacerbada com o próprio corpo. Pois vivemos hoje em meio à cultura da magreza. E as crianças estão ligadas nisso.

Na tabela 1 abaixo, estão listados os critérios diagnósticos propostos dos transtornos alimentares, os quais podem ser classificados em agudos (menores de três meses de duração) e crônicos (igual ou maior a três meses de duração).

Tabela 1– Critérios diagnósticos propostos para os Transtornos Alimentares na infância

01	Anormalidade na ingestão oral de nutrientes, inapropriada para a idade, com duração de pelo menos duas semanas e associada com 1 ou mais dos seguintes fatores:
02	Disfunção clínica, a saber:
03	Comprometimento cardiorrespiratório durante a alimentação oral.
04	Aspiração ou pneumonite aspirativa recorrente.
05	Anormalidade nutricional, a saber:
06	Desnutrição
07	Deficiência nutricional específica ou ingestão significativamente restringida de um ou mais nutrientes resultantes de uma diversidade dietética diminuída.
08	Dependência exclusiva da alimentação enteral ou de suplementos orais para manter o estado nutricional e ou de hidratação.

09	Habilidade prejudicada para se alimentar, a saber:
10	Necessidade de modificação da textura de líquidos ou sólidos.
11	Uso de modificação da posição da criança ou do equipamento para a alimentação.
12	Uso de estratégias modificadas para a alimentação.
13	Disfunção psicossocial durante o processo de alimentação da criança, a saber:
14	Comportamentos de recusa alimentar ativa ou passiva.
15	Manejo inapropriado do cuidador.
16	Ruptura do funcionamento social.
17	Ruptura da relação cuidador/criança associada ao processo de alimentação.
18	Ausência da consistência dos processos cognitivos nos transtornos alimentares e padrão de ingestão oral que não estão relacionados com escassez de alimento ou que contrariam as normas culturais da família.

Estudos apontam que diversos fatores influenciam e determinam o desenvolvimento da imagem corporal e predispõem a transtornos alimentares. O estudo do comportamento alimentar tem despertado grande interesse por se tratar de um fenômeno complexo que envolve aspectos fisiológicos, psicológicos e socioculturais. A modernidade trouxe mudanças no comportamento alimentar da população levando ao estado de obesidade. As profundas transformações corporais, psicológicas e sociais ocorridas na adolescência têm efeito sobre o comportamento alimentar.

Verifica-se que nos trabalhos de revisão de literatura de Almeida et al (2018) e Ferreira (2018) ambos evidenciam que o comportamento alimentar, apesar de sua aparente banalidade na vida cotidiana, é um fenômeno humano complexo e de importância fundamental. Todos se alimentam e a maioria tira grande prazer nisso. Entretanto, para muitas pessoas, comer se torna fonte de sérios problemas pessoais e de saúde. Ramos et al (2018) apresenta resultados semelhantes, entretanto usou o estudo qualitativo com o objetivo de compreender as percepções de nove adolescentes anoréxicas, onde foi possível investigar a total insatisfação corporal, sendo esse um fator de risco para comportamentos alimentares inadequados como na anorexia.

Os autores afirmam que a insatisfação corporal e a influência das mídias também devem ser consideradas como fatores de risco, dada a pressão social para se atingir um padrão corporal de magreza.

SegundoDunker et al (2018) ao realizarem seus estudos sobre distúrbios alimentares, fez uso do programa *New Moves* que tem como objetivo prevenir a obesidade e os Transtornos Alimentares (TA), ainda que sua metodologia seja diferente da utilizada por Ferreira (2018) ambos, possuem opiniões parecidas, afirmando que a anorexia e a bulimia nervosas são transtornos alimentares que vem crescendo mundialmente e a cada dia são decorrentes não apenas de um, mas de uma multiplicidade de fatores que influenciam o seu aparecimento no indivíduo.

É sabido que diversas mudanças ocorrem nas fases da idade infantil e principalmente na adolescência dentre as quais, com o corpo e a forma física sendo observado com maior destaque em meninas quando na fase de desenvolvimento ocorre um acúmulo de tecido adiposo na puberdade podendo desencadear fatores de insatisfação com o corpo. Os adolescentes estão sendo influenciados por fortes tendências sociais e culturais, que promovem a busca pelo corpo ideal. Esse perfil socialmente aceito pode introduzir no púbere uma alimentação inadequada e, futuramente, propiciar o desenvolvimento de TAs (Ludewig et al., 2017).

As mensagens trocadas entre usuárias incentivam uma valorização social dentro desta comunidade, impulsionando os membros para realização de práticas anoréxicas e bulímicas. Como são movimentos que defendem um estilo de vida no qual a restrição alimentar é assumida com o objetivo de alcançar um padrão corporal de magreza extrema, as integrantes costumam reforçar os comportamentos não saudáveis das usuárias. Observa-se nesses ciberespaços a presença de adolescentes com baixa autoestima e inseguras, que buscam nos meios de comunicação validação e pertencimento grupal. (Bittencourt & Almeida, 2013; Petroski, Pelegrini, & Glaner, 2016).

Embora seja uma preocupação mais frequente em mulheres, o estudo aponta que até 5,5% dos jovens do sexo masculino possuem risco de TAs, e muitas vezes não relatam sintomas por receio do estigma social deste ser um transtorno feminino. Assim, os cuidados físicos ganham destaque e se revelam, reiteradamente, como forma de estar preparado para enfrentar julgamentos e expectativas sociais (Ribeiro, 2016).

Pesquisas recentes têm tentado mudar esse panorama na tentativa de explicar o fenômeno da diferenciação da prevalência entre os sexos. Valente et al. (2017), por exemplo, em um estudo com 267 participantes (44 homens; 223 mulheres), pacientes de um ambulatório universitário italiano especializado no tratamento de transtornos alimentares, o Adult-StudyandAssistance Unit for

Eating Disorders of Bologna University, concluíram que homens com Anorexia tendem a apresentar mais o tipo purgativo do transtorno, com comportamentos de jejum e hiperatividade física. Mulheres com anorexia de tipo purgativo apresentariam comportamentos de vômito autoinduzido e uso de laxantes e diuréticos. No que tange à obesidade, essa seria mais prevalente em homens também, e estaria associada à Bulimia Nervosa e à Compulsão Alimentar.

Como mantenedores, encontram-se os fatores socioculturais, distorção da imagem corporal, alterações neuroendócrinas, práticas purgativas e distorções cognitivas (Lima et al., 2012; Ornelas & Santos, 2016). Acredita-se que alguns desses fatores podem estar presentes no estabelecimento ou na gênese de transtornos alimentares (TAs) como a anorexia e a bulimia, são eles: a mudança dos padrões de beleza ao longo dos anos, as modificações do papel da mulher na sociedade, bem como suas consequências na formação da identidade e as importantes complicações, juntamente com a desnutrição, encontram-se presentes na AN, como: comprometimento cardiovascular, desidratação, distúrbios eletrolíticos, distúrbios na movimentação gastrointestinal, infertilidade, hipotermia e relatos de diminuição do metabolismo.

Assim, os TAs estão presentes nos principais sistemas classificatórios mais utilizados atualmente: a classificação da Associação Americana de Psiquiatria publicada em 2013 (5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5) e a 11ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID11)³, publicada em 2018.

Partindo desse pressuposto deve-se ressaltar a importância para a prática clínica de se conhecer e dominar as categorias diagnósticas, bem como suas principais diferenças, a fim de se diagnosticar e possibilitar uma correta e precoce abordagem terapêutica. Haja visto que, as interações carregadas de emoções, a grande sensibilidade à rejeição e à influência dos pares nos meios midiáticos em parte se deve ao subdesenvolvimento dos sistemas neuronais e das diferentes mudanças significativas que estes estão sofrendo no período da adolescência (Crone & Konijn, 2018).

Com relação à influência das mídias, em um estudo itinerário terapêutico de adolescentes com transtornos alimentares evidenciou que as adolescentes buscam qualquer informação sobre formas de emagrecimento em sites e blogs de qualquer natureza. Essas informações muitas vezes orientavam práticas de vida saudável,

mas acabava influenciando também a comportamentos patológicos em relação ao comportamento alimentar. (GIBIN, 2017).

Nesta perspectiva, um estudo recente sobre síndromes de alteração de percepção sobre o próprio corpo de atletas fisiculturistas, vem contribuir com a presente revisão no sentido de que a busca pela perfeição corporal tem produzido alteração de percepção, como vigorexia, bulimia e anorexia nervosa em consequência do culto ao corpo bem definido. (CARVALHO et. al, 2016).

Apesar das diferenças existentes em alguns critérios diagnósticos, os dois sistemas possuem categorias diagnósticas semelhantes, incluindo, no grupamento dos TA's, as três principais categorias diagnósticas: a anorexia nervosa (AN), a bulimia nervosa (BN) e o recém incluído transtorno da compulsão alimentar (TCA).

Ao analisar os critérios diagnósticos do DSM-5 expostos na Tabela 1 em comparação com os da CID-11, compreende-se que de forma geral, os sistemas classificatórios relatados incluem os diagnósticos centrais de TAs: AN, BN e TCA, além de incluir outros TA,s menos comuns (como, por exemplo, o TA evitativo/restritivo) e outras duas categorias adicionais (outros TA especificados e TA não especificado). Portanto, existe atualmente uma correspondência entre os dois sistemas de classificação.

Um estudo relacionado aos TAs destacou que os veículos midiáticos têm contribuído no sentido de traçar perfis corporais inatingíveis e que isso tem aumentado o índice de depressão e desenvolvimento de transtornos alimentares, visto que influencia na distorção corporal, principalmente na adolescência.(NEVES, 2016).

Assim, Silva et al (2018) descrevem que os adolescentes ao entrar nessa fase de rebeldia de auto se avaliar, a partir disso, passa a existir uma forte tendência do adolescente em desenvolver transtornos da autoimagem corporal, merecendo uma atenção especial para amenizar a ocorrência desses transtornos que acarretam diversos problemas como o surgimento de transtornos alimentares, sendo imprescindíveis a valorização e conscientização no desenvolvimento da autoestima, isso diminuirá os grandes índices de transtornos da auto imagem nessas faixas etárias.

Por conseguinte, Almeida et al (2018) utiliza a revisão de literatura para concordar com Dunker et al (2018) e realizam uma pesquisa com adolescentes de ambos os sexos, enfatizando que entre essas modificações do corpo que o adolescente passa, pode surgir o aumento da gordura corporal e da massa magra

em meninas e meninos, respectivamente. A não aceitação destas características pubertárias pode repercutir em problemas na construção da imagem corporal do jovem. Logo, Dunker et al (2018) mencionam que a maior incidência de transtornos alimentares (TA's) na adolescência permite considerar esta fase da vida como propícia ao desencadeamento da doença.

Ainda citando Silva et al (2018) que realizaram uma pesquisa de revisão de literatura assim como Almeida et al (2018) destacam similaridade em seus estudos relacionados ao de Dunker et al (2018) referentes aos distúrbios alimentares, enfatizando que as diversas transformações que ocorrem no corpo dos adolescentes relacionados ao desenvolvimento puberal e a edificação da própria identidade acarretam uma espécie de sofrimento e ansiedade com a imagem corporal. A fantasia multidimensional do corpo perfeito possui várias influências por inúmeros aspectos, como cultura, mídia e meio social, geram um padrão de beleza que está diretamente relacionado com o aparecimento de distúrbios da autoimagem corporal.

Os estudos de Dunker et al (2018) também possuem harmonia com as pesquisas de Castro e Brandão (2018) que do mesmo modo realizaram uma pesquisa de campo em uma instituição de serviço público de saúde especializado no atendimento aos transtornos alimentares, onde a pesquisa proporcionou conhecimento a respeito da atenção prestada aos adolescentes e seus familiares. Ambos esclarecem que entre os comportamentos que caracterizam transtornos alimentares incluem o pavor intenso de engordar, ansiedade elevada com o peso e a forma física, diminuição do volume do consumo nutricional com perda de peso progressiva, consumo maciço de alimentos, seguida de vômitos e uso abusivo de laxantes/diuréticos.

Os autores acrescentam também que em campo, foi provável seguir casos de TA's complexos de serem tratados em que as tentativas de suicídio e os cortes/mutilações corporais eram constantes. Algumas vezes, essas ocasiões eram identificadas como maneiras de os adolescentes atraírem a atenção dos adultos. Dunker et al (2018) divulgam que diversos países como na França, Alemanha, Estados Unidos, tem sido constatado a insatisfação dos adolescentes com a imagem corporal (IC) e sintomas de Transtorno Alimentar (TA), inclusive o Brasil. Esse momento pode estar associado a insatisfação da IC em crianças que se comportam como adolescentes e adolescentes, além de outros fatores, uma vez que essa causa um aumento no depósito de gordura corporal.

Silva et al (2018) e Castro e Brandão (2018) concordam que o adolescente que se recusa em manter um peso corporal adequado para a sua estatura, mostra medo intenso de ganhar peso corporal e uma distorção da imagem corporal, além da negação da própria condição patológica. Bravo e Domingues (2018) completam a questão expondo que os indivíduos com esse transtorno são descritos como resistentes às intervenções, o que contribui para um dos mais altos índices de recusa e desistência prematura do tratamento.

Uma das razões para a resistência no tratamento, é o fato de que muitas pessoas com Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa ou Transtorno Compulsivo negam estar doentes, pois consideram que buscam o emagrecimento por “contapropria”.

Almeida et al (2018) assim como Ferreira (2018) deixam claro em suas revisões que para um melhor tratamento destes transtornos alimentar, não basta apenas uma abordagem terapêutica, é preciso que haja uma equipe multidisciplinar trabalhando em conjunto, com médicos, psicólogos e nutricionistas, para que se obtenha um diagnóstico mais adequado, alcançando assim um prognóstico efetivo para estes indivíduos.

Em um estudo realizado por Santos e Oliveira (2016) utilizaram como instrumento diagnóstico, uma metodologia investigativa aplicada em 3 turmas do 8º ano do ensino fundamental de duas escolas públicas do Rio de Janeiro/RJ. Seus estudos possuem semelhança com os efetivados por Cubrelati et al., (2014) onde afirmam que em geral os adolescentes com distúrbio alimentar, muito antes da doença estabelecida, já apresentavam alguma alteração no comportamento como, hábito de fazer dieta mesmo quando o peso é proporcionalà estatura, crítica constante a alguma parte do corpo e insatisfação, mesmo ao perderem peso, com diminuição gradativa de suas atividades sociais.

Atualmente essas características são denominadas comportamentos de risco para desenvolvimento de transtornos alimentares. Os autores Santos e Oliveira (2016) como Cubrelati et al., (2014) elucidam que o estudo do distúrbio alimentar tem gerado grande interesse por se tratar de um acontecimento complicado que abrange fatores fisiológicos, psicológicos e socioculturais. A disfunção alimentar ou transtorno alimentar (TA), é um transtorno mental que se determina por um modelo de comportamentos alimentares desviantes comprometendo de modo negativo a saúde física ou mental do indivíduo. São avaliados como patologias e descritos de forma detalhada pelo CID10, DSM IV e pela Organização Mundial da saúde (OMS). Vejamos o exemplo da Anorexia Nervosa (NA):

Quadro 1- Critérios diagnósticos segundo DSM-IV para anorexia nervosa.

Segundo o DSM-IV
<p>Perda de peso e recusa em manter o peso dentro da faixa normal (menor que 85% do peso esperado);</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medo mórbido de engordar mesmo estando abaixo do peso; • Perturbação na forma de vivenciar o baixo peso, influência indevida do peso sobre a auto-avaliação e negação do baixo peso; • Amenorréia por 3 ciclos consecutivos; • Subtipos: 1- restritivo: dieta e exercícios apenas. 2- compulsão periódica/purgativo <p>(presença de episódios de compulsão e/ou purgação além da dieta e exercícios).</p>

Fonte: CLAUDINO; BORGES, 2002 apud RIBEIRO, 2007, p.17.

A seguir encontram-se os critérios diagnósticos segundo o CID-10 para anorexia nervosa (Quadro 2).

Quadro 2- Critérios diagnósticos segundo o CID-10 para anorexia nervosa.

Segundo o CID-10
<ul style="list-style-type: none"> • Perda de peso e manutenção abaixo do normal (IMC menor que 17 kg/m²); • Perda de peso auto-induzida pela restrição de alimentos que engordam. Medo de engordar e percepção de estar muito gordo (a); • Distúrbio endócrino envolvendo o eixo hipotálamo-hipofisário-gonadal manifestado em mulheres como amenorréia e em homens como perda do interesse e potencia sexual. E atraso no desenvolvimento puberal; • Vômitos auto-induzidos, purgação e uso de inibidores do apetite e/ou diuréticos podem estar presentes.

Fonte: CLAUDINO; BORGES, 2002 apud RIBEIRO, 2007, p.17.

O manual de diagnóstico e estatístico na quarta edição (DSM-IV) (apud ALVES et al., 2008) conceitua a “anorexia nervosa é uma condição psiquiátrica, cujos sintomas surgem mais frequentemente na adolescência”. De acordo com o *Diagnostic and Statistical Manual, IV edition* (DSM-IV-APA, 1994), citado por Giordani (2009), define a AN desde sua descoberta por pesquisadores remotos até as descobertas mais novas. Na doença referida os pacientes apresentam uma

deformidade doentia da imagem corporal com um incômodo excessivo de sua aparência podendo ser real ou irreal levando a um quadro de sofrimento e angústias.

A doença pode ser determinada como uma negação insistente em preservar o peso mínimo adequado à altura e idade, sendo seguido de uma preocupação intensa com a forma física e peso (PIRES et al., 2010).

Segundo Ribeiro (2007), o DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual, IV edition) e o CID-10 (Código Internacional de Doenças, na décima edição) são os dois sistemas usados para classificar transtornos mentais. Utilizados para diagnosticar transtorno alimentar como a bulimia nervosa. A seguir estão estabelecidos segundo o DSM-IV e o CID-10 critérios de diagnóstico para bulimia nervosa (Quadro 3) e (Quadro 4).

Quadro 3- Critérios diagnósticos para bulimia nervosa pelo DSM-IV.

DSM-IV
<ul style="list-style-type: none"> • Episódios recorrentes de compulsão alimentar (excesso alimentar + perda de controle); • Métodos compensatórios para prevenção de ganho de peso: indução de vômito, uso de laxantes, diuréticos, enemas, jejum, exercícios excessivos ou outros; • Frequência dos episódios compulsivos e compensatórios: em média pelo menos duas vezes/ semana por três meses; • Influência indevida do peso/forma corporal sobre a auto-avaliação; • Diagnóstico de anorexia nervosa ausente; • Subtipos: 1- Purgativo: vômitos induzidos, abuso de laxantes, diuréticos ou enemas. 2- Não- purgativo: apenas jejum e exercícios para compensar ingestão calórica.

Fonte: CLAUDINO; BORGES, 2002 apud RIBEIRO, 2007, p.17.

Quadro 4- Critérios diagnósticos para bulimia nervosa pelo CID-10.

CID-10
<ul style="list-style-type: none"> • Episódios recorrentes de hiperfagia (duas vezes/semana por três meses), preocupação persistente com o comer e desejo irresistível de comida; • Uso de métodos compensatórios para neutralizar ingestão calórica: vômitos, abuso de laxantes, jejuns ou uso de drogas (anorexígenos, hormônios tireoidianos ou

diuréticos). Diabéticas podem negligenciar o tratamento insulínico (evitando a absorção da glicose sanguínea);

- Medo de engordar que leva a busca de um peso abaixo do limiar ótimo ou saudável.

Fonte: CLAUDINO; BORGES, 2002 apud RIBEIRO, 2007, p.17.

Santos e Oliveira (2016) apresentaram resultados semelhantes ainda que seu método de pesquisa foi a de campo, os quais evidenciam o adolescente como uma pessoa em total crise de crescimento, encontrando-se dentro de um processo de transformação, onde acabam entrando em depressão, problemas com corpo, afetando assim sobretudo a sua imagem, fazendo com que tenha episódios e alterações de humor e sempre em mente a obsessão por emagrecer.

Castro e Brandão et al (2018) também destacam que está presente, na anorexia nervosa ou na bulimia, um inexplicável medo de ganhar peso ou detornar-se obeso, mesmo estando abaixo do peso, ou mais intensamente, uma supervalorização da forma corporal como um todo ou de suas partes, classicamente descrito como distorção da imagem corporal.

Ainda sobre as pesquisas de Santos e Oliveira (2016) faz-se necessário destacar que elas possuem relação com as realizada por Ferreira (2018) onde ambos concordam ser indispensável desenvolver medidas as quais possam ser adotadas para diminuir os números de distúrbios alimentares em adolescentes como a constituição de campanhas governamentais alertando os adolescentes, tendo em vista a prevenção dos distúrbios alimentares, que seja formado uma equipe multidisciplinar trabalhando em conjugado, com médicos, psicólogos e nutricionistas, para que se consiga um diagnóstico mais apropriado, fazer divulgação de condutas alimentares saudáveis, solicitar um debate em meio as vários campos da sociedade a respeito do modelo estético vigorante ,excessivamente buscado, difícil de ser alcançado e maléfico à saúde física e mental. Em seguida, Almeida et al (2018) apresentaram resultados em conformidade com Santos e Oliveira (2016) e Ferreira (2018) complementando que existem muitas medidas as quais podem ser tomadas, afim de impedir os distúrbios alimentares, ações que pudesse oferecer um maior conhecimento e sensibilização da população desconhecadora em relação aos distúrbios e por conseguinte um acréscimo na procura por apoio.

Os trabalhos de Ramos et al (2018) e Silva et al(2018) também estão em conformidade com as ideias dos autores acima mencionados, enfatizando que a

família é de grande importância nesse processo. O entorno familiar é apontado como contexto importante para a compreensão da anorexia em adolescentes e tem sido observado desde as primeiras descrições da doença, associado às causas do transtorno. Percebe-se que o envolvimento familiar é uma ferramenta indispensável para a melhora do paciente em todos os casos de transtornos mentais, independentemente de estar ou não associada à gênese dos transtornos. Os autores Ramos et al (2018) e Silva et al (2018) expressam que a família precisa ser analisada sob a ótica de que também necessita de atenção especializada e que pode servir como parceira nas intervenções junto à adolescente com anorexia nervosa. A prática parental positiva é um recurso promissor para qualquer tratamento, pois disponibiliza apoio e cuidados necessários para a recuperação da pessoa doente.

Dunker et al (2018) e Cubrelati et al (2014) apresentam semelhança quando falam que seria apropriado o desenvolvimento, em âmbito situação nacional, de programas que instigassem a importância de treinar profissionais de diferentes áreas da educação, saúde, esportes, moda, beleza e comunicação, para que possam enfrentar situações difíceis como a preocupação excessiva com a estética corporal na época presente.

Nos estudos de Cruz (2018) e Almeida et al (2018) há semelhança quando se relatam a importância de ser feitas orientações sobre práticas adequadas de exercício físico e estímulo à alimentação e nutrição adequada. Espera-se que intervir nas variáveis mais centrais indicadas pelas análises impacte nas variáveis de desfecho (IMC, comportamento alimentar), evitando a evolução para os transtornos alimentares. Logo, descrevem que um dos sinais evidentes de melhora se apresenta quando o indivíduo começa por reconhecer suas dificuldades, associando o passado e pensando em como demonstrar modificações em suas relações tanto num plano futuro como no presente momento.

5. CONCLUSÃO

Embora a família seja um importante determinante na formação dos hábitos alimentares não se pode deixar de mencionar que outros fatores que foram abordados nesta revisão, como as redes sociais, as condições socioeconômicas e culturais, que são potencialmente modificáveis e influenciam no processo de construção dos hábitos alimentares da criança e, conseqüentemente, do indivíduo adulto.

Todo indivíduo possui em mente um ideal de corpo, e o quanto mais longe do que ele se encontra, o real, maior o conflito que compromete sua autoestima. Quando essa está baixa, a imagem corporal pode tornar-se deturpada, com esse distúrbio podem ocorrer as induções de vômito, exercícios físicos rigorosos e dietas drásticas como é o caso dos transtornos alimentares descritos no decorrer desse estudo.

Os TAs são patologias graves, de etiologia complexa e multifatorial. Os aspectos culturais e a forma com que o corpo é pensado hoje influenciam drasticamente na perspectiva que os jovens possuem de si próprios. Percebe-se um vasto campo de investigação no que se refere ao mundo globalizado, à sociedade e a mídia, principal disseminador de padrões estéticos. Entretanto é um campo relativamente novo e que se modifica constantemente, necessitando maiores pesquisas, principalmente quanto à relação que se estabelece entre a influência da mídia e o desenvolvimento dessas patologias nas adolescentes.

Partindo desse pressuposto compreende-se que os distúrbios alimentares aqui estudados se revelam como um sério risco à saúde dos adolescentes e jovens adultos, independente do gênero sexual a que pertencem. E na maioria das vezes escondem a condição que estão vivendo de suas famílias, amigos e até dos médicos. Geralmente, isso ocorre até que os distúrbios apresentem danos sérios e os adolescentes se tornem elevadamente resistentes ao tratamento. É necessário um conjunto de profissionais da saúde, psicólogos, médicos, nutricionistas para tratar o problema como um todo, pois apenas o envolvimento dessas especializações será possível adequar o tratamento a cada paciente.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R.S et al. **A influência dos aspectos emocionais na anorexia nervosa: o olhar da psicossomática.** Ciências Humanas e Sociais, Alagoa, vol. 5, n.1, p. 137-150, novembro,19 2018.

BARRETO, M.J; RABELO, A.A. **A família e o papel desafiador dos pais de adolescentes na contemporaneidade.** Pensando fam. Periódicos Eletrônicos em Psicologia - Pespccic, vol.19,22 n.2, pp. 34-42, 2015.

BITTENCOURT, L.J., & Almeida, R.A. (2013). **Transtornos Alimentares: patologia ou estilo de vida?**.Psicologia & Sociedade, 25(1), 220-229. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822013000100024>

CALLIGARIS, C. **A adolescência.** São Paulo: Publifolha, 2014.

CARVALHO. MB, Val AC, Ribeiro MM, Santos LG. **Itinerários terapêuticos de sujeitos com sintomas anoréxicos e bulímicos.** Ciência & Saúde Coletiva, 21(8):2463-2473, 2016. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63046744016>.

CASTRO, P.S. BRANDÃO, E.R. **Desafios da atenção à anorexia nervosa na adolescência: etnografia em serviço público de saúde no Rio de Janeiro, Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva, vol. 23, nº 9, p.2917-2926, 2018.

CLAUDINO; BORGES, 2002 apud RIBEIRO, 2007, p.17.

CRONE, E. A., & KONIJN, E. A. (2018). **Media use and brain development during adolescence.** Nature Communications, 588(9), 1-10. doi: <https://doi.org/10.1038/s41467-018-03126-x>. [Links]

CRUZ, S.M. A relação mãe e filha e suas implicações na anorexia. Revista UNINGÁ

CUBRELATI, B.S et al. **Relação entre distorção de imagem corporal e risco de desenvolvimento de transtornos alimentares em adolescentes.** Conexões, v. 12, n. 1, p. 1-15, 35 2014.

DUNKER, K.L.L et al. **Prevenção de transtornos alimentares e obesidade: relato de experiência da implementação do programa New Moves.** Saúde debate, Rio de Janeiro, vol. 42, n. 116, p. 331-342, jan-mar 2018.

FERREIRA, T.D. **Transtornos alimentares: principais sintomas e características psíquicas.** Rev. UNINGÁ, Maringá, v. 55, n. 2, p. 169-176, abr./jun. 2018.

FROIS, E. MOREIRA, J. STENGEL, M. 2011. **Mídias e a imagem corporal na adolescência: o corpo em discussão. Maringá: psicologia em estudo.** (www.scielo.br/pdf/pe/v16n1/a09v16n1.pdf). Acesso: 29/09/21.

GIBIM KCR, Pinheiro, LHN, Castro C, Pinheiro AM, Vespa-siano BS. **Síndromes de alteração de percepção em atletas fisiculturistas.** Revista Corpoconsciência, 2017; 21 (1): 12-19. Disponível em: <http://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/corpoconsciencia/article/view/4554>.

<https://saude.abril.com.br/familia/transtorno-alimentar-pode-surgir-na-infancia/>

LUDEWIG, A. M., Rech, R. R., Halpern, R., Zanol, F., & Frata, B. (2017). **Prevalência de sintomas para transtornos alimentares em escolares de 11 a 15 anos da rede municipal de ensino da cidade de Nova Petrópolis, RS.** Revista da AMRIGS, 61(1), 35-39. [Links]

MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS [recurso eletrônico]: DSM-5 / [American Psychiatric Association; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento... et al.] ; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli ... [et al.]. – 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: Artmed, 2014. Disponível em: <https://aempreendedora.com.br/wp-content/uploads/2017/04/ManualDiagn%C3%B3stico-e-Estat%C3%ADstico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5.pdf>.

MOREIRA, G. S. X., Boff, R. M., Pessa, R. P., Oliveira, M. S., & Neufeld, C. B. (2017). Alimentação e Imagem Corporal. In C. B. Neufeld (Org), **Terapia Cognitivo-Comportamental para adolescentes: uma perspectiva transdiagnóstica e desenvolvimental**(pp. 150-187). Porto Alegre: Artmed. [Links]

NEVES CM, Meireles JFF, Costa JL, Pereira LCR, Ferreira MEC. **Influência da mídia e comportamento alimentar de adolescentes atletas e não atletas de ginástica artística.** R. bras. Ci. eMov 2016;24(2):129-137. Disponível em: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/view/6158>.

VALENTE, S., Di Girolamo, G., Forlani, M., Biondini, A., Scudellari, P., De Ronchi, D., & Attina, R. (2017). **Sex-specific issues in eating disorders: a clinical and psychopathological investigation.** Eat Weight Disord, 22(4), 707-715. doi: 10.1007/s40519-017-0432-7

RAMOS, F.N.N et al. **Adolescentes Anoréxicas e suas Percepções das Relações familiares.** Boletim Academia Paulista de Psicologia, São Paulo, Brasil - V. 38, nº94, 2018.

SANTOS, M.A.P; OLIVEIRA, M.F.A. **Uma metodologia investigativa para o ensino do distúrbio alimentar anorexia.** Revista Electrónica de Enseñanza de las Ciencias Vol. 15, Nº21 2, 215-239, 2016.

SILVA, A.M.B et al. **Jovens Insatisfeitos com a Imagem Corporal: Estresse, Autoestima e Problemas Alimentares**. Psico-USF, Bragança Paulista, v. 23, n. 3, p. 483-495, jul./set. 2018.

SILVA, A.M.B. **Jovens Insatisfeitos com a Imagem Corporal: Estresse, Autoestima e Problemas Alimentares**. Psico-USF, Bragança Paulista, v. 23, n. 3, p. 483-495, jul./set. 2018.

UZUNIAN, L.G; VITALLE, M.S.S. **Habilidades sociais: fator de proteção contra transtornos alimentares em adolescentes**. Ciênc. Saúde coletiva, vol.20, n.11, pp.3495-3508, 2018.

ANEXOS

Tabela 1 - Critérios diagnósticos para anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno da compulsão alimentar no DSM-5 e CID-11

Anorexia nervosa	
DSM-5	CID-11
<p>A. Restrição da ingestão alimentar relacionada às necessidades, levando a um peso corporal significativamente baixo, no contexto da idade, sexo, etapa do desenvolvimento e saúde física. Um peso significativamente baixo é definido como o peso que é menor que o minimamente normal, ou para as crianças e adolescentes, menor do que o mínimo esperado.</p> <p>B. Medo intenso de ganhar peso ou se tornar gordo, ou comportamentos persistentes que interferem com o ganho de peso, mesmo com o peso significativamente baixo.</p> <p>C. Perturbação na forma que vivencia o peso e a forma corporal. Influência indevida do peso ou forma corporal sobre a sua auto avaliação ou persistente falta de reconhecimento da gravidade do baixo peso atual.</p> <p>Especificar o tipo atual: Tipo restritivo – durante os últimos 3 meses, o indivíduo não apresentou episódios de compulsão alimentar ou comportamentos purgativos (vômitos auto induzidos ou uso inapropriado de laxativos, diuréticos ou enemas).</p> <p>Tipo compulsão alimentar/purgação – durante os últimos 3 meses, o indivíduo apresentou episódios de compulsão alimentar ou comportamento purgativos (vômitos auto induzidos ou uso inapropriado de laxativos, diuréticos ou enemas).</p> <p>Especificar se: Em remissão parcial: Depois de preencher todos os critérios de anorexia nervosa, o critério A (baixo peso corporal) não está sendo preenchido por um período de tempo mantido, porém, ou o critério B (intenso medo de ganhar peso ou se tornar gordo ou comportamento que interfira com o ganho de peso) ou o critério C (distúrbio na auto percepção do peso ou forma) é ainda preenchido.</p> <p>Em remissão completa: Depois de preencher todos os critérios de anorexia nervosa, nenhum critério tem sido preenchido por um período de tempo mantido.</p> <p>Especificar gravidade atual (o nível mínimo de gravidade é baseado, para adultos, no IMC, ou, para crianças e adolescentes, no percentil de IMC; o nível de gravidade pode ser aumentado para refletir os sintomas clínicos, o grau de comprometimento funcional e a necessidade de supervisão): Leve: IMC \geq 17 kg/m² Moderada: IMC = 16-16,99 kg/m² Grave: IMC = 15-15,99 kg/m² Extrema: IMC < 15 kg/m²</p>	<p>Peso corporal significativamente baixo para a altura, idade, estágio de desenvolvimento e histórico de peso do indivíduo que não se deve à indisponibilidade de alimentos e não é mais bem explicado por outra condição médica. Uma diretriz comumente usada é o IMC menor que 18,5 kg/m² em adultos e IMC para idade abaixo do percentil 5 em crianças e adolescentes.</p> <p>A rápida perda de peso (por exemplo, mais de 20% do peso corporal total em 6 meses) pode substituir a diretriz de baixo peso corporal, desde que outros requisitos de diagnóstico sejam atendidos. Crianças e adolescentes podem apresentar falha no ganho de peso conforme o esperado, com base na trajetória de desenvolvimento individual e não na perda de peso.</p> <p>Padrão persistente de comer restritivo ou outros comportamentos que visam estabelecer ou manter um peso corporal anormalmente baixo, geralmente associado ao medo extremo do ganho de peso. Os comportamentos podem ter como objetivo reduzir a ingestão de energia, em jejum, escolhendo alimentos de baixa caloria, comendo excessivamente devagar pequenas quantidades de alimentos e ocultando ou cuspiendo alimentos, bem como comportamentos de purga, como vômitos autoinduzidos e uso de laxantes, diuréticos, enemas ou omissão de doses de insulina em indivíduos com diabetes. Os comportamentos também podem ter como objetivo aumentar o gasto de energia por meio de exercícios excessivos, hiperatividade motora, exposição deliberada ao frio e uso de medicamentos que aumentam o gasto de energia (por exemplo, estimulantes, medicamentos para perda de peso, produtos à base de plantas para redução de peso, hormônios da tireoide). O baixo peso ou forma corporal é supervalorizado e é central para a autoavaliação da pessoa, ou o baixo peso ou a forma corporal da pessoa são incorretamente percebidos como normais ou até excessivos. A preocupação com o peso e a forma, quando não declarada explicitamente, pode se manifestar por comportamentos como verificar repetidamente o peso corporal usando balanças, verificar o formato do corpo usando fitas métricas ou reflexos em espelhos, monitorar constantemente o conteúdo calórico dos alimentos e buscar informações sobre como perder peso ou comportamentos extremos de esquiava, como se recusar a ter espelhos em casa, evitar roupas apertadas ou recusar-se a saber o peso ou comprar roupas com o tamanho especificado. Classificação: AN com IMC significativamente baixo: IMC = 14-18,5 kg/m² ou 0,3-5^o percentil) AN com IMC perigosamente baixo: IMC < 14 kg/m² ou < 0,3 percentil AN em recuperação com peso corporal normal: IMC > 18,5 kg/m² ou > 5^o percentil, associado à manutenção de um peso saudável e ausência de comportamentos destinados a reduzir o peso corporal</p> <p>Outra AN especificada AN inespecífica Tipos: Padrão restritivo: restrição da ingestão alimentar ou jejum associado ou não a aumento do gasto energético. Padrão de compulsão-purgação: o baixo peso corporal é</p>

	mantido através de restrição alimentar, comumente acompanhado de comportamentos purgativos no intuito de se livrar do alimento ingerido (i.e., autoindução de vômitos, abuso de laxantes ou enemas).
--	--

Bulimia nervosa	Continuação tabela 1
DSM-5	CID-11
<p>A. Episódios recorrentes de compulsão alimentar. Um episódio de compulsão alimentar é caracterizado por ambos: 1. comer, num período de tempo definido (por exemplo, dentro de um período de 2 horas), um montante de comida que é definitivamente maior do que a maioria pessoas come durante o mesmo período de tempo e em circunstâncias semelhantes. 2. um sentimento de falta de controle sobre a alimentação durante o episódio (por exemplo, um sentimento de que não consegue parar de comer ou controlar o que ou quanto está comendo).</p> <p>B. Recorrentes comportamentos compensatórios inadequados, a fim de evitar o ganho de peso, tais como a autoindução de vômitos; consumo de laxantes, diuréticos, enemas ou outros medicamentos; jejum ou exercício excessivo.</p> <p>C. Ambos, a compulsão alimentar e os comportamentos compensatórios inadequados, ocorrem, em média, pelo menos uma vez por semana durante 3 meses.</p> <p>D. A autoavaliação é indevidamente influenciada pela forma e peso corporal.</p> <p>E. A perturbação não ocorre exclusivamente durante episódios de anorexia nervosa.</p> <p>Especificar se: Em remissão parcial: Depois de preencher todos os critérios de bulimia nervosa, alguns, mas não todos os critérios têm sido preenchidos por um período de tempo mantido.</p> <p>Em remissão completa: Depois de preencher todos os critérios de bulimia nervosa, nenhum critério tem sido preenchido por um período de tempo mantido. Especificar gravidade atual (o nível mínimo de gravidade é baseado na frequência de comportamentos compensatórios inadequados; pode ser aumentado para refletir outros sintomas e o grau de comprometimento funcional):</p> <p>Leve: Uma média de 1-3 episódios de comportamentos compensatórios inadequados por semana.</p> <p>Frequentes e recorrentes episódios de compulsão alimentar (pelo menos uma vez por semana, por pelo menos 1 mês). O episódio de compulsão alimentar é definido como um distinto período de tempo no qual o indivíduo experiência uma perda do controle sobre seu comportamento alimentar. O episódio de compulsão alimentar é presente quando o indivíduo come notadamente mais e/ou diferentemente do que o usual e se sente incapaz de parar de comer ou limitar o tipo ou quantidade de comida ingerida. Outras características dos episódios de compulsão alimentar podem incluir comer sozinho por vergonha, comer alimentos que não são parte de sua dieta regular, comer grandes quantidades de comida sem estar fisicamente com fome e comer mais rápido que o usual.</p>	<p>Repetidos comportamentos compensatórios inapropriados no intuito de prevenir o ganho de peso (i.e., uma vez por semana ou mais por um período mínimo de 1 mês). O comportamento compensatório mais comum são vômitos autoinduzidos, que tipicamente ocorrem dentro de 1 hora após o episódio de compulsão alimentar. Outros comportamentos compensatórios inapropriados incluem jejum ou uso de diuréticos para induzir perda de peso, uso de laxantes ou enemas para reduzir a absorção de comida, pular doses de insulina em indivíduos com diabetes e exercícios físicos extenuantes para aumentar o gasto energético.</p> <p>Preocupação excessiva com peso e forma corporais. Quando não explicitamente declarada, essa preocupação pode ser manifestada por comportamentos como checar repetidamente o peso corporal usando balanças, verificar a forma corporal usando fitas de medida ou reflexo no espelho, monitorar constantemente a quantidade de calorias dos alimentos e procurar por informações sobre como perder peso, ou por comportamentos evitativos extremos, como recusar-se a ter espelhos em casa, evitar o uso de roupas justas ou se recusar a saber o seu peso ou adquirir roupas com tamanho específico. Há uma acentuada angústia quanto ao padrão de compulsão alimentar e comportamento compensatório inadequado ou prejuízo significativo nas áreas moderada: Uma média de 4-7 episódios de comportamentos compensatórios inadequados por semana.</p> <p>Grave: Uma média de 8-13 episódios de comportamentos compensatórios inadequados por semana.</p> <p>Extrema: Uma média de 14 ou mais episódios de comportamentos compensatórios inadequados por semana. De funcionamento pessoal, familiar, social, educacional, ocupacional ou outras áreas importantes do funcionamento o indivíduo não preenche critérios diagnósticos para anorexia nervosa.</p>

Transtorno da compulsão alimentar	Continuação tabela 1
DSM-5	CID-11
<p>A. Episódios recorrentes de compulsão alimentar. Um episódio de compulsão alimentar é caracterizado por ambos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. comer, num período de tempo definido (por exemplo, dentro de um período de 2 horas), um montante de comida que é definitivamente maior do que a maioria pessoas come durante o mesmo período de tempo e em circunstâncias semelhantes; 2. um sentimento de falta de controle sobre a alimentação durante o episódio (por exemplo, um sentimento de que não consegue parar de comer ou controlar o que ou quanto está comendo). <p>B. Os episódios de compulsão alimentar estão associados a três (ou mais) dos seguintes: 1. Comer muito mais rapidamente do que o normal; 2. Comer até sentir-se incomodamente repleto; 3. Comer grandes quantidades de alimentos, quando não está fisicamente faminto; 4. Comer sozinho por embaraço devido à quantidade de alimentos que consome; 5. Sentir repulsa por si mesmo, depressão ou demasiada culpa após comer</p>	<p>Frequentes e recorrentes episódios de compulsão alimentar (uma vez por semana ou mais, por um período 3 meses).</p> <p>O episódio de compulsão alimentar é definido como um distinto período de tempo no qual o indivíduo experiência uma perda do controle sobre seu comportamento alimentar. O episódio de compulsão alimentar está presente quando o indivíduo come notadamente mais e/ou diferentemente do que o usual e se sente incapaz de parar de comer ou limitar o tipo ou quantidade de comida ingerida. Outras características dos episódios de compulsão alimentar podem incluir comer sozinho por vergonha ou comer alimentos que não são parte de sua dieta regular.</p> <p>Os episódios de compulsão alimentar não são regularmente acompanhados por comportamentos compensatórios inapropriados visando prevenir o ganho</p>

<p>excessivamente.</p> <p>C. Angústia acentuada relativa à presença de compulsão alimentar.</p> <p>D. A compulsão alimentar ocorre, na média, pelo menos uma vez por semana por 3 meses.</p> <p>E. A compulsão alimentar não está associada ao uso recorrente de comportamentos compensatórios inadequados como na bulimia nervosa e nem ocorre durante o curso de bulimia nervosa ou anorexia nervosa.</p> <p>Especificar se: Em remissão parcial: Depois de preencher todos os critérios do transtorno da compulsão alimentar periódica, os episódios de compulsão alimentar ocorrem numa frequência média menor que um episódio por semana por um período de tempo mantido.</p> <p>Em remissão completa: Depois de preencher todos os critérios de transtornos da compulsão alimentar, nenhum critério tem sido preenchido por um período de tempo mantido.</p> <p>Especificar gravidade atual (o nível de gravidade pode ser aumentado para refletir outros sintomas e o grau de comprometimento funcional): Leve: 1-3 episódios de compulsão alimentar por semana. Moderada: 4-7 episódios de compulsão alimentar por semana.</p> <p>Grave: 8-13 episódios de compulsão alimentar por semana.</p> <p>Extrema: 14 ou mais episódios de compulsão alimentar por semana.</p>	<p>de peso.</p> <p>Os sintomas e comportamentos não são mais bem explicados por outra condição médica (como Síndrome de Prader-Willi) ou outro transtorno mental (por exemplo, transtorno depressivo) e não se deve ao efeito de uma substância ou medicação no sistema nervoso central, incluindo sintomas de retirada/ abstinência.</p> <p>Há uma acentuada angústia sobre o padrão de compulsão alimentar ou prejuízo significativo nas áreas pessoal, familiar, social, educacional, ocupacional ou outras áreas importantes do funcionamento.</p>
--	--

DSM-5 = 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais; CID-11 = 10ª edição da Classificação Internacional de Doenças; IMC = índice de massa corporal; AN = anorexia nervosa.