
Revisão crítica da terapia nutricional na anorexia nervosa na fase da adolescência

Critical Review of Nutritional therapy in anorexia nervosa at the stage of adolescence

Débora Tarcinalli Souza¹
Cristiane Guilherme Silva²
Jaqueline Lima dos Santos³

RESUMO

A anorexia nervosa (AN) é conceituada como um transtorno alimentar gerado pela insatisfação com a imagem corporal, no qual a busca pela magreza leva a pessoa a recorrer às táticas para perda de peso, causando importante emagrecimento. Nas últimas décadas tem aumentado muito, apresentando-se como um transtorno alimentar mais incidente no sexo feminino, doença esta com riscos clínicos que podem levar à morte por desnutrição. Este trabalho justifica-se pelo aumento do número de casos de anorexia nervosa em jovens de várias classes sociais, objetivando abordar a terapia e o cuidado nutricional na anorexia nervosa em todos os seus aspectos. Além disso, tem como objetivos específicos: definir a anorexia nervosa, apresentar as causas, critérios diagnósticos, sinais, sintomas e complicações que porventura os portadores da anorexia nervosa podem apresentar, mostrando a importância da equipe interdisciplinar no tratamento da doença, além de discorrer sobre a terapia nutricional no tratamento

1. Mestre em Saúde Coletiva, nutricionista, coordenadora do curso de nutrição da FIB-Bauru
2. Mestre em Saúde Coletiva, nutricionista, coordenadora do curso de nutrição das Faculdades ESEFAP/UNIESP-Tupã
3. Graduada em nutrição pelas Faculdades ESEFAP/UNIESP-Tupã

da AN. Todos estes pontos serão abordados através de uma revisão de literatura baseada em artigos científicos, revistas e livros sobre o assunto. Conclui-se então, que a terapia nutricional apresenta grande importância no tratamento de adolescentes acometidos com a anorexia nervosa, visto que o profissional nutricionista é de suma importância na equipe multiprofissional.

Palavras-chave: Transtornos Dismórficos Corporais; Anorexia Nervosa; Dietoterapia

ABSTRACT

Nervous anorexy, is regarded as an eating disorder caused by dissatisfaction with body image, in which the pursuit of thinness leads the person to resort to tactics for weight loss, causing significant weight loss. In the last decades has increased a lot, presenting itself as an eating disorder more incident female literacy, this disease with clinical risks, which can lead to death by malnutrition. This work is justified by the increase in the number of cases of anorexia nervosa in young people from various social classes, aiming at addressing the nutritional care and therapy in anorexia nervosa in all the aspects. In addition, specific objectives are: to define anorexia nervosa, present diagnostic criteria, causes, signs, symptoms and complications, that the bearers of anorexia nervosa may show, showing the importance of the interdisciplinary team in the treatment of the disease, in addition to expatiate on the nutritional therapy in relaxation treatments from NA. All these points will be addressed through a review of literature based on scientific articles, magazines and books on the subject. It appears then, that nutritional therapy has great importance in the treatment of adolescents suffering with anorexia nervosa, whereas the professional dietitian is of paramount importance in the multidisciplinary team.

Keywords: Body Dysmorphic Disorders; Anorexia Nervosa; DietTherapy

INTRODUÇÃO

Os transtornos alimentares estão geralmente associados a uma distorção da imagem corporal, no qual, os indivíduos, principalmente adolescentes se sentem insatisfeitos com seu corpo, podendo deixar de se alimentar, além de utilizarem de métodos purgativos.

Por isso, este trabalho teve por objetivo apresentar: definição da anorexia nervosa, apresentar as causas, critérios diagnóstico, sinais, sintomas e complicações que porventura os portadores da anorexia nervosa podem apresentar, mostrando a importância da equipe interdisciplinar no tratamento da doença, além de discorrer sobre a terapia nutricional no tratamento da NA.

Foi desenvolvido através da pesquisa exploratória, utilizando a técnica de revisão de literatura através de livros e artigos científicos, buscando favorecer a familiarização, reflexão e assistência prestada aos pacientes portadores desse transtorno alimentar. A pesquisa procurou acompanhar as normas de Vancouver quanto à formatação e as citações foram feitas de forma direta e indireta. O trabalho foi dividido em várias etapas como: *adolescência: TA e insatisfação corporal; considerações sobre a AN; e terapia nutricional na anorexia nervosa.*

ADOLESCÊNCIA: TRANSTORNO ALIMENTAR E INSATISFAÇÃO CORPORAL

A adolescência e a puberdade são conceitos diferentes, embora interligados, enquanto a puberdade diz respeito ao amadurecimento dos órgãos sexuais com o aparecimento da menstruação, ou seja, aos processos biológicos; a adolescência, além de compreender os processos biológicos, compreende também os psicológicos e sociais. É uma fase de intensas transformações e transição nutricional, ocorrendo uma reformulação da imagem corporal, processo este mais complexo na contemporaneidade, com o aumento da idealização do corpo feminino, sendo mais difícil, elaborar uma imagem de si própria, havendo insatisfação, insegurança e ansiedade em relação à aparência do seu corpo(1).

Os transtornos alimentares de uma forma geral são considerados um conjunto de síndromes, cuja característica principal é a relação anormal da pessoa com a alimentação(2).

“A imagem corporal é considerada como a forma com que o corpo se apresenta para cada sujeito”. É uma postura que ocorre tanto em relação às outras pessoas como em relação a si mesmo(3).

A imagem corporal que o adolescente faz de seu corpo envolve não só as suas sensações como também suas experiências imediatas (4). O adolescente acaba fazendo de sua aparência física uma espécie de “retrato mental”, mediada pelo seu sistema nervoso central. “Inúmeros locais do cérebro influenciam a expressão do comportamento alimentar” (5).

A estima e a insatisfação corporais são avaliadas por alguns autores como os dois componentes eleitores da imagem corporal. A primeira compreende os aspectos gerais da pessoa, como cabelo, pernas, rosto, peso e forma do corpo, ou seja, refere-se ao aspecto global do corpo. Já a insatisfação corporal está inteiramente ligada a preocupações com o peso, forma do corpo e com a gordura corporal. Assim, a insatisfação pode afetar aspectos da vida do indivíduo no que diz respeito à sua conduta alimentar, autoestima e comportamentos psicossocial, físico e cognitivo(3).

Por isso, estes adolescentes necessitam cada vez mais de atenção de profissionais da saúde por apresentarem elevados graus de morbidade e mortalidade, afetando assim o comportamento pessoal e o social dos mesmos (6,7).

Atualmente o modelo de beleza imposto pela sociedade prioriza o corpo magro, sem levar em consideração a saúde e a constituição física da população. Esse padrão imposto e distorcido da beleza aumenta cada vez mais o número de mulheres jovens submetendo-se a dietas restritivas para controlar o peso, praticando exercícios físicos em excesso, fazendo uso de drogas anorexígenas e diuréticos. Isso, para a

saúde passa a ser muito preocupante, pois os casos com internações e tratamentos ambulatoriais muitas vezes acabam sendo necessários (8).

Para encerrar esta etapa sobre transtornos alimentares, alguns autores destacam que a principal característica desses transtornos é a alteração no comportamento alimentar, desde a restrição intencional de alimentos, ou seja, uma dieta extrema, até o consumo exagerado, chegando à compulsão alimentar. Dietas extremas, omitir refeições, vômito auto-induzido, exercício excessivo e uso indevido de laxantes e diuréticos com a finalidade de manter ou reduzir o peso corporal são formas características de comportamento compensatório de pacientes com transtornos alimentares(9).

O termo Anorexia Nervosa (AN) deriva do grego, onde “an” - significa sem e “orexis” –apetite e literalmente designa falta ou ausência de apetite. As pacientes acometidas por este transtorno não apresentam falta de apetite, mas sim controlam a fome ingerindo baixa quantidade de alimentos ou submetem-se ao jejum total, em busca do emagrecimento. A falta de fome pode surgir, mas no final da doença(10).

[.....] a anorexia nervosa é um transtorno alimentar caracterizado pela recusa do indivíduo em manter um peso adequado para a sua estatura, medo intenso de ganhar peso e uma distorção da imagem corporal, além de negação da própria condição patológica(11)

Estudos mostram que, devido ao excesso de preocupação com a imagem corporal, nove a cada dez indivíduos com AN é do sexo feminino. Em virtude de se considerar que no sexo masculino o corpo é mais musculoso, essa incidência é menor (12).

Caracteriza-se a AN tanto pela recusa da alimentação e alteração na percepção do peso e forma corporal, quanto pelo medo e preocupação excessiva com a possibilidade de ganho de peso (2).

“Não gosto de comer na frente dos outros, fico incomodada. Tenho nojo de imaginar a comida se desfazendo na boca das pessoas [...]” Esta frase mostra a dificuldade sentida pelas anoréxicas em relação ao alimento e ao ato de comer, motivo pelo qual a pessoa nega-se a participar do rito social da alimentação. Na AN esta negação alimentar seria uma negação da comensalidade social, uma tentativa de quebrar o vínculo com a sociedade que nos humaniza. A dieta será um ato de sucesso pessoal ante as dificuldades, as crises familiares e a incompetência para lidar com os seus problemas(13).

As adolescentes com AN sentem-se famintas, mas abandonam todo estilo de vida em busca do controle de peso, controle sobre a alimentação e a forma corporal. Elas desenvolvem estratégias para a perda de peso, tais como exercícios físicos em excesso, uso de diuréticos, laxantes e, em muitos casos, de vômitos autoinduzidos (14).

Outros autores concordam com os anteriores, ressaltando que AN é considerada um transtorno alimentar caracterizado por inanição autoimposta grave, excesso de exercício e também ansiedade. Seu início geralmente ocorre na puberdade, sugerindo que as flutuações hormonais gonadais podem contribuir para uma vulnerabilidade desta faixa etária(15).

Para Schmidt e Mata (2008), a AN atinge cerca de 95% do sexo feminino na idade entre 14 e 17 anos, surgindo tanto precocemente (dos 10 aos 11 anos), como tardiamente (após os 23 anos). Trata-se de uma doença grave, com taxa de mortalidade de 5 % quando associado ao tratamento e diagnóstico tardio(2).

O quadro 1 apresenta a classificação da anorexia nervosa (16):

Quadro 1 – Classificação da anorexia nervosa

RESTRITIVO	BULÍMICO (binge-eating / purging)
<p>Controle da ingestão alimentar, como:</p> <ul style="list-style-type: none">- refeições restritivas (ex.: hipocalóricas, hipolipídica, hipoproteicas);- redução do número de refeições diárias, ou jejum, que pode ser de algumas horas ou períodos mais longos	<p>Comportamentos purgativos, como:</p> <ul style="list-style-type: none">- vômitos;- diarreia decorrente do abuso de laxantes;- uso/abuso de inibidores do apetite e laxantes,- prática de exercício excessivo voltado à perda de peso; além dos- comportamentos restritivos que também podem estar presentes.

Fonte: Fleitlich BW, Larino MA, Cobelo A, Cordás TÁki A. Anorexia nervosa na adolescência. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, 2000; 76 (Supl3): S323-329.

A representação mental que a adolescente faz do seu corpo sai fora de sua realidade, vendo-se gorda, tencionando um tipo de lipofobia e prazer pela magreza. Neste sentido, um trabalho apresenta o depoimento de uma adolescente sobre o período em que esteve doente(13):

Não lembro se foi um período que eu me sentia muito mal. Me sentia bem em estar magra! Excessivamente magra! Tanto que eu usava calça trinta e quatro, calça infantil e ainda sobrava... Era legal... E eu tinha umas coisas de deitar na cama e medir, o buraco da perna... o buraco da perna não podia aumentar. Não me sentia doente, até na verdade, mais no final, quando eu tava emagrecendo bastante, eu até achava meio perigoso assim de repente, né! ... Eu sentia... às vezes me sentia feia, me sentia gorda! (aumenta a voz) Chegava a me sentir gorda mesmo estando magra... mas por falta de estar emagrecendo!

... Mas aí eu me sentia gorda, chegava a me sentir gorda várias vezes, daí eu me sentia mal assim... ‘Tô me sentindo gorda, mas eu já emagreço!’ – ‘Minha barriga tá grande!’; nunca tive barriga, imagine se naquela época minha barriga ia estar grande! Daí eu via pelanca aqui (mostra os dedos), via pelanca na mão, era uma coisa absurda assim, tudo tinha gordura... E nada era o suficiente... Mas eu me olhava muito no espelho, muito, todo dia, toda hora, né; então tinha aquela obsessão: qualquer coisa que parecesse fora do lugar, eu já me sentia gorda, né, falava: – “Ai, que que é isso?” tipo “Uma gordurinha, vou emagrecer mais!”, entendeu, “Vô emagrecer pra tirar isso aqui!” Tinha o prazer físico de se tocar, entendeu? De sentir as costelinhas aparecendo, de ver os buracos do corpo aparecendo, afundando mais, então essa era uma sensação corporal que... que era agradável sim. Por mim eu emagreceria em uma semana, emagreceria cinco quilos na outra semana, mais cinco na outra, mais cinco na outra, mais cinco... até zerar, entendeu, virar uma formiguinha!

Desta forma, as anoréxicas não apresentam uma atitude positiva com os alimentos, passam então a desenvolver mitos e rituais onde só as calorias importam (17).

De acordo com o histórico já comentado da AN, esta foi por, várias vezes, confundida com outras doenças, desde as psiquiátricas até as hormonais e hipotalâmicas. Para impedir a conclusão de diagnósticos errôneos, a abordagem atual deve ser baseada na análise desses diversos campos simultaneamente (18).

Assim, a etiologia da AN é multifatorial, pois há interação de fatores biológicos, socioculturais, psicológicos, individuais e familiares. Os componentes socioculturais têm grande influência no desenvolvimento da AN, uma vez que são considerados como fator predisponente, precipitante ou mesmo perpetuador(19).

O desenvolvimento do transtorno inicia-se com a exposição aos fatores de risco (hereditariedade), mas que ainda não o tornam inevitável. A segunda etapa caracteriza-se pelos fatores que precipitam a doença (dieta, eventos, estresse), o que marca o aparecimento dos sintomas alimentares. Na terceira etapa, encontram-se os fatores mantenedores (alterações fisiológicas e psicológicas), determinando se o transtorno vai ou não se perpetuar. Cada fator tem uma forma e função específica para cada paciente, de acordo com a etapa que se apresenta(19).

A restrição alimentar parece ser o principal fator de risco, embora somente uma pequena porcentagem de pessoas que fazem dietas totalmente restritivas apresente um transtorno alimentar clínico, sugerindo assim a importância dos fatores etiológicos. Outros fatores de risco incluem história de obesidade, baixa autoestima e perfeccionismo(20).

Para encerrar esta parte da etiologia e discorrer sobre as manifestações clínicas, outros autores comentam que a causa da doença ainda é desconhecida, mas parece ser multifatorial, pois os pacientes com AN podem desenvolver complicações em muitos órgãos, além de desenvolver distúrbios endócrinos que afetam várias etapas do metabolismo energético. Eles ressaltam ainda que o sintoma persistente predominante na AN é o esforço que as pacientes fazem para conseguir a perda de peso iniciada e/ou mantida, levando a um quadro de caquexia(21).

Quanto às manifestações clínicas e complicações, observa-se que a reverência à magreza e a obsessão por dietas acarretam consequências negativas e problemáticas aos pacientes acometidos pelos transtornos alimentares, especialmente por ocorrerem na fase da adolescência, em que há o crescimento, o estirão da puberdade e o acúmulo de tecido adiposo, que favorecerá a forma contornada do corpo feminino. Como não há ingestão apropriada de alimentos ou há compulsão alimentar descontrolada, os aspectos propostos podem ficar prejudicados e o paciente pode correr risco de morte(10).

No começo da doença, os sintomas tendem a consolar a paciente, pois acarretam uma sensação de domínio sobre o próprio corpo. Gradualmente, a relação com o ato de tentar perder peso torna-se foco fundamental da vida da paciente, fazendo com que a própria sofra um desligamento da sua vida social: inicia-se um afastamento de amigos e familiares, fazendo com que a paciente se sinta sozinha, de modo a encontrar em sua doença uma companheira estável. Por muitas vezes a AN é diagnosticada e tratada como uma companheira presente em qualquer e vários momentos. Esse isolamento constante pode ser avaliado como um dos fatores para a provável existência de outros transtornos psiquiátricos, como depressão(18).

O Quadro 2 apresenta outras complicações deste distúrbio alimentar, mostrando o que acontece com um indivíduo que possui anorexia nervosa ou bulimia nervosa.

Quadro 2 – Complicações da anorexia nervosa e bulimia nervosa

METABÓLICAS E HIDROELETROLÍTICAS	NEUROLÓGICAS	OFTALMOLÓGICAS
<ul style="list-style-type: none"> - Hipocalcemia, hiponatremia, hipernatremia, hipomagneseemia, hiperfosfatemia - Hipoglicemia, hipercolesterolemia - Alcalose e acidose metabólica 	<ul style="list-style-type: none"> - Alargamento dos sulcos cerebrais - Dilatação dos ventrículos - Atrofia cerebral (reversível) 	<ul style="list-style-type: none"> - Catarata - Atrofia do nervo óptico - Degeneração da retina - Diminuição da acuidade visual
ENDÓCRINAS	GASTROINTESTINAIS	RENAIS
<ul style="list-style-type: none"> - Síndrome do eutiroidiano doente - Pseudocushing - Amenorreia, oligomenorreia - Diminuição da libido - Infertilidade - Atraso ou retardo do desenvolvimento puberal - Osteopenia ou osteoporose 	<ul style="list-style-type: none"> - Esofagite, hematêmese - Retardo do esvaziamento gástrico, redução da motilidade intestinal - Constipação - Prolapso retal - Dilatação gástrica - Alteração da função hepática - Hiperamilasemia - Hipertrofia das glândulas parótidas e submandibulares 	<ul style="list-style-type: none"> - Cálculo renal - Azotemiapré-renal - Insuficiência renal
BUCOMAXILARES E FÂNEROS	PULMONARES	HEMATOLÓGICAS
<ul style="list-style-type: none"> - Cáries dentárias - Queilose - Ressecamento cutâneo, pele fria e pálida - Hiper胡萝卜素emia - Calosidade nos dedos ou no dorso das mãos - Acrocianose 	<ul style="list-style-type: none"> - Taquipneia, bradipneia - Edema pulmonar - Pneumomediastino 	<ul style="list-style-type: none"> - Anemia, leucopenia, trombocitopenia, neutropenia

Fonte: adaptado de Assumpção Carmen Leal de, Cabral Mônica D. Complicações clínicas da anorexia nervosa e bulimia nervosa. *Rev.Bras Psiquiatr.* 2002, 24 (24): 29-33

FORMAS DE TRATAMENTO

As pacientes com AN precisam de uma intervenção acelerada e eficaz para que seja garantido o bom andamento do tratamento, especialmente quando o estágio de inanição já tenha sido atingido. Como essa doença envolve diversas áreas mentais e físicas, seu tratamento deve ser abrangente, a ponto de garantir multidimensionalidade e interdisciplinaridade, expandindo até mesmo o tratamento à família, por meio da terapia familiar (18).

Os programas de tratamento da AN normalmente englobam equipe multidisciplinar que visa, a princípio, a restaurar o peso do paciente(23).

É fundamental que o tratamento seja diferenciado, de acordo com as características e necessidades de cada indivíduo. A primeira preferência deve ser a de melhorar o estado clínico e suavizar os riscos para a saúde física(24).

Quando o tratamento voluntário não é bem vindo ou a vida do paciente está sob risco, os clínicos sabem que devem recorrer à lei para submeter o paciente com AN ao tratamento ou consentir os programas involuntários de alimentação (nutrição enteral ou parenteral) para que o peso do paciente seja restaurado(23).

Mesmo com todo acompanhamento e dedicação, o tratamento da AN tende a ser árduo e demorado. Isso se deve, em parte, às condições próprias da doença que, na sua complexidade e rebeldia, representa um desafio a todo e qualquer esforço terapêutico. Por outro lado, existem os atos de negação, incorporados pelos pacientes e seus familiares, no sentido de recusar a gravidade, quando não, a própria essência do problema. Com isso, falta a colaboração para o auxílio e a probabilidade de sucesso(25).

O quadro 3 apresenta algumas formas de tratamento da anorexia nervosa, envolvendo um trabalho psicoeducacional, reeducação alimentar, uso de medicação, terapia cognitivo-comportamental, terapia individual e familiar, entre outros.

Quadro 3 – Tratamento da anorexia nervosa

-
- a) **psico-educação (pacientes e familiares):** apresentação e discussão de conceitos como a diversidade dos fatores etiológicos, o quadro clínico e o tratamento;
 - b) **reeducação alimentar:** aulas teóricas, abordagens práticas e acompanhamento dos pacientes em suas refeições;
 - c) **uso de medicação:** baseado na presença de quadros psiquiátricos associados com a depressão;
 - d) **terapia cognitivo-comportamental:** técnicas de alteração de cognições e comportamentos inadequados, através de reforços positivos e negativos;
 - e) **psicoterapia individual:** associada a outras abordagens (geralmente não deve ser utilizada isoladamente);
 - f) **orientação e/ou terapia familiar:** abordagem de aspectos da dinâmica familiar (importante no tratamento de anorexia nervosa com início na adolescência)
-

Fonte: Fleitlich BW, Larino MA, Cobelo A, Cordás Táki A. Anorexia nervosa na adolescência. *Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro*, 2000; 76 (Supl3): S323-329.

TERAPIA NUTRICIONAL NA ANOREXIA NERVOSA

A alimentação e a dieta inadequadas têm um enorme papel no desenvolvimento e sustentação dos transtornos alimentares. Deste modo, devem ser integrados nos programas de tratamento dessas condições clínicas. Pacientes com transtornos alimentares oferecem enormes restrições dietéticas, padrões alimentares inadequados e hábitos errôneos devido a falsos mitos e crenças e a uma percepção de incapacidade para lidar com o alimento e a forma de se alimentar. Tais alterações levam a modificações em seu estado nutricional, que precisa de cuidados dietéticos exclusivos, como reabilitação nutricional e orientação sobre uma dieta adequada. Além disto, o aconselhamento nutricional é indispensável para explicar e desmistificar crenças impróprias e para instituir uma adequada afinidade com o alimento(26).

Dentro da equipe multidisciplinar responsável por tratar do paciente com TA, o nutricionista é capacitado e habilitado para propor transformações do consumo, padrão e condutas alimentares, aspectos estes que estão intensamente alterados nos TA (27).

A avaliação nutricional precisa, além de focar as dificuldades diretamente ligadas à alimentação, abordar os eventos de compulsão/purgação e os hábitos e condições sociais que procedam destes comportamentos (18).

Outros autores completam que o nutricionista compartilha de todo processo de plano das refeições, auxiliando o paciente a ingerir uma dieta adequada e monitorando o balanço energético, do mesmo modo como auxilia no ganho de peso. Deve-se amparar o paciente no sentido de regularizar o seu padrão alimentar e instruir-se que a mudança de comportamento necessita sempre envolver planejamento e o contato com os alimentos(27).

A reabilitação nutricional é um objetivo primário, contudo, devido à relação distorcida com o alimento, normalmente esses pacientes expõem que não necessitam de nutricionista. O objetivo do profissional é auxiliar a voltar a um peso normal, por meio de hábitos saudáveis, suspender o uso de laxantes e diuréticos, esboçar metas realistas, benéficas e saudáveis em relação à alimentação e exercícios, ajudando a reconhecer pensamentos relacionados à alimentação e peso, além de apontar o risco que esses comportamentos podem causar para a saúde(24).

Assim, o tratamento nutricional dos transtornos alimentares é dividido em duas etapas - experimental e educacional. Deve ser conduzida uma detalhada anamnese envolvendo os hábitos alimentares do paciente e histórico da doença. É necessário avaliar medidas de peso e altura, restrições alimentares, crenças

nutricionais e a afinidade com os alimentos. A educação nutricional compreende alimentação saudável, tipos de alimentos, funções e as fontes dos nutrientes, sugestões nutricionais, implicações da restrição alimentar e das purgações. Na etapa experimental, trabalha-se mais profundamente a afinidade que o paciente apresenta com os alimentos e com o seu corpo, ajudando-o a coligar os sentidos que o corpo e a alimentação possuem(27).

A meta para a adequada reabilitação deve ser estabelecida através do balanço positivo de energia que procede em ganho de peso. Para se alcançar isso, a ingestão de energia deve ser gradativamente aumentada enquanto o gasto de energia deve se tornar mínimo(28).

Os alimentos considerados pesados vão sendo retirados e evitados, e é comum que o paciente se torne vegetariano. “A ingestão energética média varia de 600 a 900 kcal/dia, e o percentual de energia obtido da gordura é especialmente baixo” (29).

A terapia nutricional precisa ser principiada com oferta de 1.000 a 1.600 kcal/dia ou 30 kcal/kg/dia, com acréscimo gradativo. O ganho ponderal sugerido é de 200 g a 500 g por semana e no máximo de 1 kg por semana para as pacientes que se encontram internada. “Este aumento gradual pode ajudar a reduzir a ansiedade quanto ao ganho de peso, e permite que o trato gastrointestinal se adapte à realimentação”(27).

Schebendach e Reichert-Anderson (2005), citam vários autores sobre recomendações energéticas, enfatizando que, em geral, as determinações calóricas na faixa de 3.000 a 4.000Kcal/dia podem ser necessárias após o curso da restauração de peso. Os pacientes que carecem de ingestões de energia maiores necessitam serem analisados quanto à rejeição de alimentos, vômito, exercícios e maior atividade motora (isto é, inquietação) (28).

Os mesmos autores anteriores, discorrem sobre a ingestão de carboidrato na faixa de 50 a 55% das calorias é recomendada e bem tolerada. Fontes de fibras insolúveis necessitam ser incluídas para uma ótima saúde, e também para aliviar a constipação comumente observada nessa população(28).

É recomendada uma ingestão de proteína na faixa de 15 a 20% do total de calorias. Para garantir a adequada ingestão, a determinação mínima de proteína deverá ser igual à recomendação nutricional (RDA) para idade e sexo em gramas por quilo de peso corporal ideal (28). “A, inadequada ingestão de alimentos gera quadro de desnutrição energético-calórica em diferentes graus”(19).

Os pacientes podem desenvolver muitas aversões alimentares. A privação total de gorduras dietéticas é uma delas, e a omissão contínua fará com que seja muito

difícil ministrar as fontes necessárias de energia para recuperação de peso. Uma ingestão de gordura na dieta na faixa de 25% a 30% de calorias é aconselhada. Alguns pacientes aceitarão pequenas quantias de gorduras acrescentadas, como nos molhos de salada ou manteiga. Outros se darão melhor quando a fonte de gordura for menos óbvia, como as que estão presentes no leite integral ou na pasta de amendoim(28).

Desta forma, outros autores afirmam que deve ser evitada qualquer medida de cobrança para recuperação do peso através de dietas hipercalóricas. A recomendação adequada deve restabelecer os hábitos alimentares saudáveis, de forma a respeitar as preferências alimentares do indivíduo, aumentando lenta e gradativamente as porções e número de refeições(30).

Encontra-se nas pacientes com AN um padrão alimentar baixo em calorias e em nutrientes em geral; além disso, costumam não ter regularidade para realizar refeições. Apesar desse padrão errôneo de alimentação, as carências de vitaminas e minerais são raras devido ao uso habitual de suplementos e à diminuição das necessidades(26).

Embora se apresente essa baixa carência de vitaminas e minerais, deve-se considerar potencialmente as maiores necessidades durante os processos anabólicos. Um suplemento de vitaminas e minerais que forneça 100% da RDA pode ser recomendado, mas aquelas que contêm ferro podem agravar a constipação em algumas anoréxicas (28).

No entanto, já se encontraram deficiências de ácido fólico e de zinco em adolescentes com AN que não se reverteram posteriormente ao tratamento, de tal forma recomenda-se a suplementação desses nutrientes. A suplementação com zinco causa maior ganho de peso e diminuição da ansiedade e depressão(19). “É possível que a deficiência de zinco contribua para a manutenção do problema ao influenciar o apetite e o paladar” (29).

Na avaliação do Índice de Massa Corporal (IMC), percebe-se que muitas pacientes se encontram abaixo do valor mínimo da faixa de normalidade, podendo estar associado a quadros carenciais graves de vitaminas e minerais, destacando-se o cálcio como um dos minerais. A ingestão insuficiente prolongada de cálcio faz com que este mineral seja retirado de estruturas que os contêm como os ossos, podendo provocar prejuízos de graus variáveis na densidade mineral. Desta forma a realimentação com alimentos deve ser a primeira escolha a ser feita para a recuperação do peso, visto que é bem mais sucedida do que a realimentação com suplementos na recuperação em longo prazo (19).

No entanto, quando não há evolução expressiva da ingestão alimentar, dos vômitos e do uso de laxantes e diuréticos, com continuidade na perda do peso

corporal e agravamento do quadro clínico, a internação integral é aconselhada, com emprego de nutrição enteral, na forma de suplementação por via oral ou por sonda nasoentérica conduzida por bomba de infusão durante a noite. Esse plano visa garantir que a dieta por via oral tenha uma melhor aceitação pelo paciente. Caso essa combinação não proporcione os resultados esperados e satisfatórios, como última opção a nutrição parenteral é estabelecida para corrigir distúrbios hidroeletrolíticos, hipoalbuminemia, desidratação e outras complicações metabólicas decorrentes de graves quadros de desnutrição e ainda o alto risco de infecção (31).

A nutrição enteral precisará ser iniciada com um pequeno aporte nutricional em torno de 20 kcal/kg/dia (800 a 1.200 Kcal/dia). Sua progressão deverá ser lenta e cuidadosa, para prevenir o episódio da síndrome de realimentação. Esta síndrome tem relação com a passagem da condição de catabolismo para o de anabolismo, em que o consumo aumentado, especialmente dos íons de grande concentração intracelular (K, Ca, P e Mg), induz a uma redução nas suas concentrações séricas, podendo até levar à morte (14).

A realimentação de pacientes com AN em estado de desnutrição pode ser associada à hipofosfatemia, delírio e arritmia cardíaca com risco de vida. Os pacientes que pesam menos de 70% do peso corporal ideal permanecem expostos ao risco. As prescrições calóricas devem ser inicialmente baixas, aumentando-se gradativamente (28).

Existem pacientes que podem recusar-se em receber a dieta enteral, estes por motivos mal compreendidos, demonstram ampla intolerância à nutrição enteral, tendo sido expostos à distensão abdominal, vômitos, distensão gástrica com sensação de empachamento, íleo adinâmico e, também, pancreatite aguda. Para estes pacientes muitas vezes deve-se utilizar a nutrição parenteral (14).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho mostrou que o aumento do número de adolescentes diagnosticados com anorexia nervosa é atribuído a diversos fatores, tais como: fisiológicos, socioculturais, familiares e psicológicos, porém os estudos mostraram que os fatores socioculturais exercem uma grande importância no aparecimento desse transtorno alimentar, uma vez que reforça e cultua o corpo magro como sinônimo de sucesso pessoal.

Em meio à necessidade que os adolescentes apresentam de integrar-se à sociedade, cedem à influência externa de adquirir um corpo ideal culturalmente moldado, a qualquer custo, sem se preocupar com a saúde.

A magreza extrema acarreta consequências negativas aos adolescentes acometidos pela doença, especialmente por acontecer em uma fase de desenvolvimento e crescimento, visto que a puberdade pode ser prejudicada devido à baixa ingestão ou ausência de alimentos.

Assim, o prognóstico de um paciente com anorexia nervosa, além das condições da doença, depende também do diagnóstico precoce e do planejamento terapêutico e nutricional, devido à complexidade clínica exigindo uma abordagem integrada e multiprofissional. Essas condições são indispensáveis para melhorar a qualidade de vida e para aumentar a probabilidade de cura.

Muitas vezes é necessária a internação hospitalar, com o uso ou não de dieta enteral ou parenteral, quando o tratamento ambulatorial não alcança os resultados esperados, principalmente quando as complicações começam a surgir.

Como a anorexia nervosa é um transtorno alimentar relacionado a restrições dietéticas, é pertinente destacar que a terapia nutricional é de extrema importância no tratamento da anorexia nervosa, uma vez que ajuda o paciente a se relacionar de uma forma positiva com os alimentos e com o peso, auxiliando na recuperação do mesmo e nas mudanças do comportamento alimentar.

Nesse contexto, a anamnese alimentar, a educação nutricional, o uso de instrumentos como os guias alimentares, a roda dos alimentos com enfoque em todos os grupos alimentares e o registro alimentar para o contínuo controle da evolução dietética e da reabilitação do paciente devem ser implantados no protocolo de tratamento da anorexia nervosa.

Sendo assim, foi visto que a AN, por envolver um transtorno psicológico, precisa ser acompanhada por diversos profissionais da saúde, incluindo o nutricionista, que precisa atuar de forma incisiva. Entretanto, é preciso ganhar a confiança do paciente para que o mesmo consiga seguir as orientações propostas mesmo fora do hospital, ou seja, como é uma doença que muitas vezes pode ter recaída, precisa de acompanhamento periódico e contínuo não só do nutricionista, mas também do psicoterapeuta, entre outros profissionais envolvidos no tratamento.

REFERÊNCIAS

1. Campagna VN, Souza ASL. Corpo e imagem corporal no início da adolescência feminina. *Boletim de Psicologia*, 2006 Jun;55(124):9- 35.
2. Schmidt E, Mata GF. Anorexia nervosa: uma revisão. *Revista de Psicologia*, 2008 Jul/Dez;20(2):387-400.

3. Silva TAB, Ximenes RCC, Holanda MA, Melo MG, Sougey EB, Couto GBL. Frequência de comportamentos alimentares inadequados e sua relação com a insatisfação corporal em adolescentes. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 2012;61(3):154-158.
4. Conti MA, Slater B, Latorre MRDO. Validação e reprodutibilidade da escala de evaluación de insatisfacción corporal para adolescentes. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2009;43(3):515-524.
5. Halford JCG. Psicobiologia do apetite: a regulação episódica do comportamento alimentar. In: Nunes MA, Appolinario JC, Galvão AL, Coutinho W e colaboradores. *Transtornos Alimentares e obesidade*. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 17-29
6. Pizon V, Nogueira FC. Epidemiologia, curso e evolução dos transtornos alimentares. *Revista de Psiquiatria Clínica, São Paulo*, 2004;31(4):158-160.
7. Beling MTC, Ferreira MFR, Araújo AMM, Barros AFS, Beling G, Lamounier JIA. Alterações na imagem corporal entre adolescentes do sexo feminino e fatores associados. *Revista Adolescência e Saúde, Rio de Janeiro*, 2012 Out/Dez;9(4):11-18.
8. Gonçalves TD, Barbosa MP, Rosa LCL, Rodrigues AM. Comportamento anoréxico e percepção corporal em universitários. *Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo*, 2008;57(3):166-170.
9. Kontic O, Vasiljevic N, Trisovic M, Jorga J, Lakic A, Gasic MJ. Eating disorders. *Srp. Arh Celok Lek*, 2012 Sep/Oct;40(9-10):673-8.
10. Bernardi JLD. Terapia nutricional na anorexia nervosa e na bulimia. In: Silva SCS, Mura JD. *Tratado de Alimentação, Nutrição e Dietoterapia*. São Paulo: Roca, 2007. p. 655-667.
11. 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* [online]. 2008;24(3):503-512
12. Toledo VP, Ramos NA, Woperels F. Processo de enfermagem para pacientes com anorexia nervosa. *Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília*, 2011 Jan/Fev;64(1):193-197.
13. Giordani RCF. A auto-imagem corporal na anorexia nervosa: uma abordagem sociológica. *Psicol. Soc.* [online]. 2006;18(2):81-88.

14. Tavares BVC, Teixeira F. Transtornos alimentares. In:Teixeira Neto Faustino. Nutrição clínica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003, p. 431-440.
15. Wable GS, Barbarich-Marsteller NC, Chowdhury TG, Sabaliauskas NA, Farb CR, Aoki C. Excitatory synapses on dendritic shafts of the caudal basal amygdala exhibit elevated levels of gaba a receptora 4 subunits following the induction of activity-based anorexia. *Synapse*, 2014 Jan;68(1):1-15.
16. Fleitlich BW, Larino MA, Cobelo A, Cordás TA. Anorexia nervosa na adolescência. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, 2000;76Supl3:S323-329
17. Silva SCS, Mura JD. Tratado de Alimentação, Nutrição e Dietoterapia. São Paulo: Roca, 2007. p. 655-667.
18. Almeida ACV. Anorexia nervosa e a percepção da auto-imagem corporal em adolescente. [Conclusão do Curso de Ensino Médio e Técnico em Laboratório de Biodiagnósticos em Saúde]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de saúde Joaquim Venâncio, Ensino Médio 2005. 90 p.
19. Jorge SRF, Vitalle MSS. Entendendo a Anorexia Nervosa: foco no cuidado à saúde do adolescente. *Arquivos Sanny de Pesquisa em Saúde*, São Paulo,2008;1(1):57-71.
20. Mann J, Truswell SA. Nutrição humana.3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011, p. 377-387.
21. Niedzwiedzka B, Karowicz-Bilinska A. Assessment of neuropeptide Y, leptin and leptin-receptor concentrations in teenagers suffering from anorexia nervosa. *Ginekol Pol*, 2013 Apr;84(4):268-76.
22. Assumpção CL,Cabral MD. Complicações clínicas da anorexia nervosa e bulimia nervosa. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2002;24(24)Supl3,29-33.
23. Moreira LAC, Oliveira IR. Algumas questões éticas no tratamento da anorexia nervosa. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, Salvador, 2008;57(3):161-165.
24. Pedrinola F. Nutrição e transtornos alimentares na adolescência. *Moreira Jr.*, São Paulo, 2013 maio;48(7):290-295.
25. Ribeiro RPP, Santos PCM, Santos JE. Distúrbios da conduta alimentar: anorexia e bulimia nervosa. *Nutrição Clínica*, Ribeirão Preto, 1998 Jan-Mar;31,45-53.
26. Alvarenga M, Larino M. Terapia nutricional na anorexia e bulimia nervosa. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo; 2002; 24(3):39-43.

27. Latterza AR, Dunker KLL, Scagliusi FB, Kemen E. Tratamento nutricional dos transtornos alimentares. *Rev. psiquiatr. clín.* [online]. 2004; 31(4):173-176.
28. Schebendach JE, Anderson PR. Nutrição nos distúrbios alimentares. In: Mahan LK, Escott-Stump S. *Krause: alimentos, nutrição e dietoterapia*. 11 ed. São Paulo: Roca, 2005, p. 568-588.
29. Turner H, Peveler R. Os transtornos alimentares: anorexia nervosa, bulimia nervosa e casos. In: Mann JA, Truswell S. *Nutrição Humana*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011, p. 377-387.
30. Monteiro JP, Camelo JS. *Nutrição e metabolismo: caminho da nutrição e terapia nutricional da concepção à adolescência*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.
31. Sicchieri JMF, Bightti F, Borges NJBG, Santos JE, Ribeiro RPP. Manejo nutricional nos transtornos alimentares. *Medicina*, Ribeirão Preto, 2006 Jul-Set;39(3):371-374.