

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Medicina

**AVALIAÇÃO DOS ASPECTOS CLÍNICO-NUTRICIONAIS E DA
AUTOPERCEPÇÃO CORPORAL E ALIMENTAR DE
ADOLESCENTES ATENDIDOS NO NÚCLEO DE INVESTIGAÇÃO EM
ANOREXIA E BULIMIA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS -
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

Mariana Ribeiro de Almeida Lana

Belo Horizonte
2011

MARIANA RIBEIRO DE ALMEIDA LANA

**AVALIAÇÃO DOS ASPECTOS CLÍNICO-NUTRICIONAIS E DA
AUTOPERCEPÇÃO CORPORAL E ALIMENTAR DE
ADOLESCENTES ATENDIDOS NO NÚCLEO DE INVESTIGAÇÃO EM
ANOREXIA E BULIMIA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS -
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais; como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre. Área de Concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.

Orientadora: Prof^a. Dra. Cristiane de Freitas Cunha

Coorientador: Prof. Dr. Henrique Oswaldo da Gama Torres

**BELO HORIZONTE
2011**

Lana, Mariana Ribeiro de Almeida.
L243a Avaliação dos aspectos clínico-nutricionais e da auto-percepção corporal e alimentar de adolescentes atendidos no Núcleo de Investigação em Anorexia e Bulimia do Hospital das Clínicas... [manuscrito]. / Mariana Ribeiro de Almeida Lana. - - Belo Horizonte: 2011.
136f.
Orientadora: Cristiane de Freitas Cunha.
Co-Orientador: Henrique Oswaldo da Gama Torres.
Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Transtornos da Alimentação. 2. Hábitos Alimentares. 3. Auto-Imagem. 4. Imagem Corporal. 5. Dissertações Acadêmicas. I. Cunha, Cristiane de Freitas. II. Torres, Henrique Oswaldo da Gama. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.
NLM: WS 115

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde
Área de Concentração em Saúde da Criança e do Adolescente

Reitor: Prof. Clélio Campolina Diniz

Vice-Reitora: Profa. Rocksane de Carvalho Norton

Pró-Reitor de Pós-Graduação: Prof. Ricardo Santiago Gomez

Pró-Reitor de Pesquisa: Prof. Renato de Lima dos Santos

Diretor da Faculdade de Medicina: Prof. Francisco José Penna

Vice-Diretor da Faculdade de Medicina: Prof. Tarcizo Afonso Nunes

Coordenador do Centro de Pós-Graduação: Prof. Manoel Otávio da Costa Rocha

Subcoordenadora do Centro de Pós-Graduação: Profa. Teresa Cristina de Abreu Ferrari

Chefe do Departamento de Pediatria: Profa. Benigna Maria de Oliveira

Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Saúde da Criança e do Adolescente: Prof^a. Ana Cristina Simões e Silva

Subcoordenador do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Saúde da Criança e do Adolescente: Prof. Eduardo Araújo Oliveira

Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Saúde da Criança e do Adolescente:

Prof^a. Ana Cristina Simões e Silva -Titular

Prof^a. Benigna Maria de Oliveira - Suplente

Prof. Cássio da Cunha Ibiapina -Titular

Prof^a.Cristina Gonçalves Alvim - Suplente

Prof. Eduardo Araújo de Oliveira -Titular

Prof^a. Eleonora M. Lima - Suplente

Prof. Francisco José Penna -Titular

Prof. Alexandre Rodrigues Ferreira – Suplente

Prof. Jorge Andrade Pinto -Titular

Prof. Vitor Haase - Suplente

Prof^a. Ivani Novato Silva –Titular

Prof^a. Juliana Gurgel - Suplente

Prof. Marcos José Burle de Aguiar –Titular

Prof^a. Lúcia Maria Horta de Figueiredo Goulart - Suplente

Prof^a. Maria Cândida Ferrarez Bouzada Viana –Titular

Prof^a. Cláudia Regina Lindgren - Suplente

Prof^a. Michelle Ralil da Costa (Disc. Titular)

Prof^a. Marcela Guimarães Cortes (Disc. Suplente)

BELO HORIZONTE

2011

*“...O mais importante e bonito, do mundo, é isto:
que as pessoas não estão sempre iguais,
ainda não foram terminadas,
mas que elas vão sempre mudando...”*

Guimarães Rosa

AGRADECIMENTOS

Ao sublime Deus que existe dentro de mim, sempre pulsante, agradecer é apenas o mínimo; Este que me estimula e me cativa a cada dia acreditar que o segredo para conquistar a sabedoria de viver, está apenas na simplicidade em que se vive.

Aos colegas, pacientes e funcionários do NIAB (Núcleo de Investigação em Anorexia e Bulimia) que acolheram meu projeto, meus ideais e me ensinaram tanto nesta jornada de quase quatro anos de convivência! Ao professor Roberto Assis, um especial carinho, por me ensinar tanto com o “*comer pelas beradas*”!!!

Agradeço muito à Cris, minha querida orientadora e ao Henrique, meu querido co-orientador, que com dedicação, empenho e disponibilidade, sempre estiveram dispostos a me ajudar, me orientando e oferecendo uma palavra amiga que me acalmasse!

Aos professores e funcionários do programa de pós-graduação em Ciências da Saúde da área de concentração: Saúde da Criança e Adolescente, pelo aprendizado e pela disponibilidade prestada.

À todos amigos e colegas da Prefeitura de Belo Horizonte que compartilharam comigo esse trabalho, me acolhendo e não medindo esforços para me ajudar.

Ao meu gerente, Toninho, que com muito carinho, atenção sempre me estendeu a mão quando precisei;

Dizer apenas obrigada seria pouco por tamanha ajuda que tive de tantos que nutrem diariamente minha vida com carinho, amor, dedicação, paz, confiança e etc. Desta forma, nesta nova etapa que concluo em minha vida, agradeço à Deus por todo dia saber que vocês fazem parte da minha história!!

Ao meu maridão!!! Que puxa, ficaria até amanhã agradecendo pela força, pela coragem, pelo amor, carinho e por me ensinar a facilitar as coisas das quais acreditava que seriam difíceis!

Agradeço ao meu paizão, meu exemplo de sabedoria, aquele que sempre me incentivou, apoiou e ensinou que mesmo diante das dificuldades, não se deve desistir jamais de meus sonhos;

À minha mãe, minha amiga, minha irmã, aquela que faz da minha vida mais doce, pelo simples fato de nela existir !

À meus irmãos Dani e Léo, sempre parceiros, pérolas da minha vida, que me cativam e estão ao meu lado sempre que eu preciso. À meus amados sobrinhos, minhas cunhadas, cunhados e amigos de todas as horas!! A todos que não estão no papel, mas permanecem na minha vida e na minha alma: Muito Obrigada!

A todos vocês, sem palavras, apenas lágrimas e emoção, daquele pulo de alegria, do brinde em família do champanhe guardado para conquista!!!

E não poderia deixar de fechar esse agradecimento ao meu amor eterno, à minha grande, pequena Cecília, que faz minha vida e tudo isso hoje, valer a pena!!!

RESUMO

Os transtornos alimentares, em especial, a anorexia nervosa e bulimia nervosa, são apresentados na literatura científica como doenças psiquiátricas de etiologia multifatorial, que acometem principalmente jovens do sexo feminino. As alterações clínico-nutricionais e psíquicas podem comprometer a qualidade de vida de portadores dessas doenças. Ainda são escassos os estudos sobre o perfil clínico-nutricional e as percepções corporais e alimentares de pacientes que chegam a serviços especializados em transtornos alimentares. Esta pesquisa teve como objetivo principal avaliar aspectos clínico-nutricionais, bem como a autopercepção corporal e alimentar de pacientes admitidos no Núcleo de Investigação em Anorexia e Bulimia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (NIAB - HC - UFMG). Tratou-se de um estudo observacional de corte transversal que utilizou metodologia de triangulação quali-quantitativa. Todos os pacientes que chegaram ao acolhimento do NIAB no período entre março e agosto de 2010 foram convidados a participar do estudo. Trinta e oito pacientes foram submetidos à avaliação clínico-nutricional e entrevistas semi-estruturadas foram conduzidas. Os resultados mostraram que a maioria dos pacientes eram adolescentes (52,8%), do sexo feminino (94,4%), que não praticavam atividade física, não consumiam bebidas alcoólicas e não fumavam. A maioria delas (47,4%) apresentavam-se eutróficas e com o percentual de gordura adequado (40%). A pesquisa revelou que a questão motivacional para procura do serviço foi predominantemente devido a questões psíquicas acerca da singularidade da doença. A maioria desses indivíduos apresentou distorções da imagem corporal. Dessa forma, ressaltamos a importância da avaliação clínico-nutricional e da valorização dos aspectos subjetivos, vinculados ao corpo e à alimentação, em pacientes com TA. Atentamos também quanto à necessidade de novas pesquisas no intuito de validar os métodos de avaliação clínico-nutricional, bem como consideramos de extrema importância a ampliação de estudos que permitam levar em conta a fala do paciente, promovendo, assim, reflexões mais aprofundadas acerca dos transtornos alimentares.

Palavras-chave: Transtornos alimentares. Anorexia nervosa. Bulimia nervosa. Adolescência.

ABSTRACT

Eating Disorders, especially Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa, are presented in scientific literature as psychiatric diseases of multifactorial etiology, affecting mainly young females. The clinical nutritional and psychological changes can compromise the quality of life of patients with these diseases. However there are few studies on the clinical and nutritional food and bodily perceptions of patients who come to services specialize in eating disorders. This study aimed at assessing clinical and nutritional aspects as well as self-perception of body image and diet of patients admitted to the Center for Research in Anorexia and Bulimia, Hospital das Clinicas, Universidade Federal de Minas Gerais (NIAB - HC - UFMG). This was a cross-sectional, observational study that also used methodology of qualitative-quantitative triangulation to account for qualitative data. All patients who came to welcome the NIAB in the period between March and August 2010 were invited to participate. Thirty-eight patients underwent clinical and nutritional evaluation, and semi-structured interviews were conducted. The results showed that most patients were adolescents (52.8%), females (94.4%) who did not exercise, did not consume alcohol and did not smoke. Most of them (47.4%) were well-nourished and with ae proper fat distribution (40%). The survey revealed that the motivational issue for attending a specialized service was predominantly due to psychological questions about the uniqueness of the disease. Most of these individuals showed distortions of body image. Thus, we emphasize the importance of clinical and nutritional assessment and recovery of subjective aspects, linked to the body and feeding in patients with ED. The study also draws attention to the need for further research in order to validate the methods for assessing clinical and nutritional status as well as considers of utmost importance the expansion of the scope of EDstudies to take in consideration what patients tell about their condition, , thus promoting further discussion about eating disorders.

Keywords: Eating disorders. Anorexia nervosa. Bulimia nervosa. Adolescent

LISTA QUADROS

Quadro 1	Comparação das características clínicas da anorexia nervosa e bulimia nervosa.....	34
-----------------	--	----

LISTA TABELAS

Tabela 1	Caracterização da população estudada segundo variáveis socioeconômicas e demográficas (n=36).....	50
Tabela 2	Caracterização da população estudada segundo variáveis hábitos de vida (n=36).....	51
Tabela 3	Estatísticas descritivas da avaliação nutricional.....	51
Tabela 4	Distribuição de frequências do diagnóstico, tempo de doença e idade de início da doença.....	52
Tabela 5	Estatísticas descritivas da avaliação subjetiva global.....	53
Tabela 6	Relação entre percentual de gordura, circunferência do braço e percentual de perda de peso atua/usual com IMC.....	53
Tabela 7	Associação entre avaliação nutricional, amenorreia, capacidade funcional e duração da doença com IMC.....	55
Tabela 8	Associação entre avaliação final e tempo de doença com amenorreia.....	55
Tabela 9	Associação entre avaliação final e idade com tempo de doença..	56
Tabela 10	Associação entre amenorreia com o diagnóstico final.....	56

LISTA DE SIGLAS

- ADA – Associação Americana de Dietistas
- AN – Anorexia Nervosa
- ASG – Avaliação Subjetiva Global
- BN – Bulimia Nervosa
- CID – Classificação Internacional de Doenças
- COEP – Comissão de Ética em Pesquisa
- CB – Circunferência do Braço
- CMB – Circunferência Muscular do Braço
- DPC – Desnutrição Proteica Calórica
- DSM – Manual Diagnóstico e Estatístico
- EAT – *Eating Attitudes Test*
- EDI – *Eating Disorders Inventory*
- EDE – *Eating Disorders Examination*
- FAO – *Food Agriculture Organization*
- HC – Hospital das Clínicas
- IMC – Índice de Massa Corporal
- PCT – Prega Cutânea Tricipital
- PCB – Prega Cutânea Bicipital
- PCSE – Prega Cutânea Subescapular
- PCSI – Prega Cutânea Supra-Iliaca
- TA – Transtornos Alimentares
- TCC – Terapia Cognitiva Comportamental
- NIAB – Núcleo de Investigação em Anorexia e Bulimia
- UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- ONU – Organização das Nações Unidas
- WHO – *World Health Organization*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 Transtornos alimentares.....	15
1.2 Núcleo de investigação em anorexia e bulimia	17
1.3 Abordagem diagnóstica.....	19
2 REVISÃO DA LITERATURA	22
2.1 Fenomenologia do comer.....	22
2.2 Transtorno alimentar na adolescência.....	23
2.3 Anorexia nervosa	26
2.4 Bulimia nervosa.....	28
2.5 Epidemiologia dos transtornos alimentares.....	30
2.6 O papel do nutricionista	34
2.7 Justificativa.....	36
3 OBJETIVOS	38
3.1 Objetivos gerais	38
3.2 Objetivos específicos.....	38
4 CASUÍSTICA E MÉTODO	39
4.1 Desenho do estudo	39
4.2 Técnica da entrevista e roteiro de campo.....	40
4.3 Procedimentos (instrumentos de coleta de dados)	41
4.3.1 <i>Questionário inicial</i>	41
4.3.2 <i>Avaliação do estado nutricional</i>	41
4.3.3 <i>Dados clínicos complementares</i>	45
4.3.4 <i>Avaliação subjetiva global</i>	45
4.3.5 <i>Autopercepção corporal e alimentares e os motivos que levaram os participantes a procurar o serviço</i>	46
4.4 Métodos estatísticos	46
4.4.1 <i>Organização e tratamento dos dados quantitativos</i>	46
4.4.1.1 <u>Estatísticas descritivas</u>	46

4.4.1.2 Cruzamentos	47
4.4.2 Organização e tratamento dos dados qualitativos	47
5 ASPECTOS ÉTICOS	49
6 RESULTADOS	50
6.1 Avaliação clínico-nutricional	50
6.2 Cruzamento dos dados quantitativos	53
6.3 Percepção da imagem corporal e da alimentação e demanda de tratamento	56
6.3.1 Demanda de tratamento	57
6.3.2 Autopercepção da imagem corpora	59
6.3.3 Autopercepção alimentar	62
7 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	65
7.1 Aspectos epidemiológicos	65
7.2 Aspectos antropométricos	68
7.3 Percepção corporal, alimentar e demanda de tratamento	70
7.4 Percepção corporal, alimentar e demanda de tratamento	71
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77
ANEXO A – Termo de esclarecimento.....	87
ANEXO B – Questionário inicial.....	95
ANEXO C – Avaliação do estado nutricional.....	96
ANEXO D – Tabela de dados clínicos complementares	97
ANEXO E – Avaliação subjetiva global	98
ANEXO F – Autopercepção corporal e alimentar e os motivos que levaram os adolescentes a procurar o serviço.....	99
ANEXO G – Classificação do Índice de Massa Corporal de adultos com idade entre 19 aos 64 anos e 11 meses.....	100

ANEXO H – Gráfico do Índice de Massa Corporal por idade (5 aos 18 anos e 11 meses) – sexo masculino (WHO,2007).....	101
ANEXO I – Gráfico do Índice de Massa Corporal por Idade (5 aos 18 anos e 11 meses) – sexo feminino (WHO,2007).....	102
ANEXO J – Classificação do Índice de Massa Corporal de Criança e Adolescente com idade entre 5 aos 18 anos e 11 meses.....	103
ANEXO K – Classificação do Percentual de Perda de Peso – Razão entre Peso Atual/Peso Ideal - (%PP: A/I)	104
ANEXO L – Classificação do Percentual de Perda de Peso – Razão entre Peso Atual/Peso Usual - (%PP: A/U)	105
ANEXO M – Classificação do Percentual de Gordura Corpóreo de Adultos do Sexo Masculino (20 a 79 anos)	106
ANEXO N – Classificação do Percentual de Gordura Corpóreo de Adultos do Sexo Feminino (20 a 79 anos)	107
ANEXO O – Classificação do Percentual de Gordura Corpóreo de Criança e Adolescente (7 a 20 anos)	108
ANEXO P – Classificação do percentual da circunferência do braço	109
ANEXO Q – Classificação do percentual de circunferência muscular do braço... ..	110
ANEXO R – Parecer Comitê de Ética em Pesquisa.....	111
ANEXO S – Características de pacientes com discrepâncias na classificação do % gordura e IMC	112
ANEXO T – Características de pacientes com discrepâncias na classificação de perda de peso atual/usual e IMC.....	113
ANEXO U – Entrevistas	114

1 INTRODUÇÃO

1.1 Transtornos alimentares

Os transtornos alimentares (TA), especialmente a anorexia nervosa (AN) e a bulimia nervosa (BN), são descritos como doenças psiquiátricas que comprometem o comportamento alimentar e a maneira de o indivíduo vivenciar o corpo.

Optamos em utilizar o termo TA, por ser uma terminologia corrente na literatura. Entretanto, as nossas premissas clínicas e éticas alinham-se com o conceito de sintoma alimentar. O sintoma seria uma resposta subjetiva a um conflito psíquico.

Desde a primeira citação dos TA, em meados do século XVII, os modelos etiológicos dessas doenças consideraram diversas hipóteses causais, no campo orgânico e psíquico. (GALVÃO et al., 2006).

Charles Laségue, no século XIX, teceu considerações sobre a relação entre os sintomas alimentares e os conflitos psíquicos, ressaltando que a insistência em tratar o sintoma intensificaria a resistência do paciente. (CORDÁS, 2004). Já no final do século XX, a AN foi estudada como uma doença orgânica, resultante de uma deficiência da glândula pituitária. (GALVÃO et al., 2006).

Posteriormente, ainda no século XX, entre as décadas de 40 a 60, iniciam-se as discussões para além da questão unicamente orgânica ou mental. Considera-se, nessa época, que os aspectos psicológicos, familiares e socioculturais apresentam-se como evidências na clínica e parecem estar intimamente ligados a pacientes que desenvolvem TA. (CORDÁS; CLAUDINO, 2002; GALVÃO et al., 2006).

Atualmente, a visão que prevalece na literatura sobre essa discussão é a de que se trata de um transtorno de etiologia multifatorial com diversas questões de ordem bio-psico-social, aspectos clínicos e psiquiátricos que se interrelacionam. (HUSE; LUCAS, 2003; MORGAN et al, 2002; MILLER et al, 2010).

Os atuais sistemas classificatórios de transtornos mentais, o Manual Diagnóstico e Estatístico (DSM-IV) e a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), descrevem que a manutenção do peso normal representa um dos aspectos básicos para a diferenciação da anorexia nervosa e da bulimia nervosa. Entretanto, a ideia prevalente da preocupação com o peso e com a forma física acompanhada de um medo excessivo de engordar parece constituir-se como uma psicopatologia comum a esses dois distúrbios. (APA, 1994; CLAUDINO; BORGES, 2002; OMS, 2000).

Dessa forma, em consequência a diversos fatores citados, tais como, as dificuldades encontradas para se localizar a etiologia dessas doenças e suas complicações clínicas e nutricionais, a importância de tão logo iniciar um tratamento surge como uma necessidade imprescindível para os indivíduos portadores de TA.

Parece existir na literatura um consenso quanto à importância em se priorizar o tratamento dos TA associados à abordagem psicoterápica, respeitando sempre a singularidade de cada caso. GALVÃO et al. (2006) reiteram essa colocação, justificando que por se tratar de patologias com aspectos multidimensionais, a abordagem terapêutica é complexa e exige uma interlocução interdisciplinar. Várias linhas de psicoterapias são descritas nos estudos: psicoeducacional, cognitiva-comportamental, psicodinâmica e psicanalítica.

Cabrera (2006) ressalta que a maioria dos tratamentos podem ser longos e difíceis para pacientes, familiares e equipe. O autor atenta, portanto, para a necessidade da elaboração de terapias assistenciais, nos níveis ambulatoriais, semi-internação ou internação, que envolvam o paciente e a família e possibilitem a construção do vínculo terapêutico.

Em meados do século XIX, as clássicas descrições do neurologista francês Charles Laségue e do médico inglês William Gull já demonstravam que um tratamento clínico visando apenas à cura poderia fracassar, uma vez que acreditavam que os sintomas dos TA poderiam ser localizados no campo emocional de pacientes

portadores de anorexia e/ou bulimia. (GIORDANI, 2006; OLIVA, FAGUNDES, 2001).

Dentro de algumas propostas de abordagem para os TA, a Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) tem sido citada como uma alternativa, a partir da ideia de que: “o modo como as pessoas sentem e conseqüentemente se comportam é fruto de uma atividade cognitiva contínua, atribuidora de significados aos eventos do mundo externo”. (ABREU; FILHO, 2004).

Nessa visão, os significados são construídos obedecendo às regras do pensamento e das emoções. Acredita-se que as mudanças psicológicas acontecem quando o cliente consegue desenvolver habilidades de responder às pressões ambientais que o desafiam e quando esse sujeito passa a compreender e regular seus padrões emocionais relacionados ao ato de comer e viver o corpo. (ABREU; FILHO, 2004). Supõem, que os sintomas constituem respostas padronizadas a estímulos localizáveis, no nível da consciência, passíveis de modificação.

Não desmerecida por sua importância, a TCC se apresenta, portanto, como uma alternativa de tratamento por retificação de condutas ou uniformização do sintoma alimentar/corpóreo.

A psicanálise discute a ideia de se tratar um transtorno alimentar como sintoma particular, com origem na subjetividade, orientando sua abordagem no sentido da elaboração pelo sujeito, sobre o papel que esse sintoma exerce em sua vida. (RECALCATI, 2000; SANTOS, 2006). Há uma tentativa de não se padronizar os TA e entendê-los como forma de adoecer a característica da contemporaneidade.

1.2 Núcleo de Investigação em Anorexia e Bulimia

Dessa maneira, vinculado ao interesse de estudo do tema com base no discurso psicanalítico, o Núcleo de Investigação em Anorexia e Bulimia (NIAB) foi instituído em 1999 como um grupo de investigação, e a partir de 2004 iniciou atividades

clínicas regulares no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. (HC - UFMG).

Em meados de 2006, a equipe multiprofissional do NIAB passou a contar também com o nutricionista, como integrante do corpo clínico. Na época, pairava a dúvida acerca do papel de um profissional especialista do alimento em um serviço que se estrutura a partir da ideia de que os transtornos chamados alimentares não têm origem alimentar.

Contudo, a conquista do espaço do nutricionista vai se consolidando no decorrer da atuação no Núcleo, a partir do ponto de vista de que, se a clínica dos transtornos alimentares se constitui pelo favorecimento da escuta, pelo estabelecimento de laços e pelo estímulo à desvinculação do tratamento da alimentação e da imagem corporal como aspectos exclusivos, se constitui também pela representação simbólica do alimento, que pode ter incidência na clínica da nutrição.

Vale lembrar que a escuta singular integra o cuidado clínico/nutricional do portador de uma condição fisiopatológica grave, favorecendo a constante supervisão de alterações orgânicas fundamentais para a sobrevivência desses pacientes.

Atualmente, o NIAB é constituído de uma equipe multiprofissional com atuação interdisciplinar que valoriza e compartilha os diversos saberes em jogo, buscando estruturar sua assistência de maneira integral.

Alguns autores concluem sobre a necessidade da construção de uma prática interdisciplinar, abrangendo a complexidade do fenômeno estudado. (GOMES; DESLANDES, 1994; FLEURI, 1993; PINHO, 2006).

Destacam que:

[...] essa prática não anula a disciplinariedade. Assim como não significa a justaposição de saberes, também não anula a especificidade de cada campo de saber. Ela, antes de tudo, implica numa consciência dos limites e das potencialidades de cada campo de saber para que possa haver uma

abertura em direção de um fazer coletivo. (GOMES; DESLANDES, 1994, p.111)

Nessa lógica interdisciplinar, a equipe do NIAB atende, hoje, cerca de cento e cinquenta pacientes, com predominância de adolescentes e adultos jovens, oriundos de todo estado de Minas Gerais.

Apesar de ser referência em todo o estado e de acolher pacientes encaminhados por serviços ou profissionais de todas as áreas de saúde, hoje, esse serviço, isoladamente, ainda se apresenta insuficiente para o número crescente de casos.

1.3. Abordagem diagnóstica

Appolinario e Moya (2006) relatam que apenas uma minoria dos indivíduos com distúrbios alimentares encontra-se em tratamento no momento. Justificam que vários motivos podem estar relacionados a essa baixa demanda, tais como, o preconceito contra os indivíduos com transtornos alimentares e a falta de informação sobre a doença e suas graves conseqüências tanto por profissionais na área de saúde quanto pela população em geral e, principalmente, a carência de serviços brasileiros especializados em transtornos alimentares e de políticas públicas que incluam a assistência psicológica, médica e nutricional aos pacientes com distúrbios alimentares.

Apesar de Moya relatar que a maioria dos serviços de atendimento primário à saúde não apresentam estrutura para o cuidado a pacientes portadores de distúrbios alimentares, diversos autores justificam que em unidades básicas de saúde, onde acontece o atendimento primário à população, a intervenção precoce, melhora não somente o prognóstico da doença, como evita maiores complicações do estado nutricional futuro. (SCHEBENDACH; ANDERSON, 2005).

Para Grillo e Silva (2004), o diagnóstico precoce dos transtornos alimentares em crianças e adolescentes é mais relevante do que a detecção de qualquer outro

transtorno do comportamento. Porém, na literatura parece existir um consenso de que os adolescentes são encaminhados ou chegam aos serviços especializados em transtorno alimentar apenas quando seu estado geral já se encontra grave. (SICCHIERI et al., 2006).

Não existe na literatura nenhum método de avaliação nutricional descrito como padrão ouro para a investigação de TA. Na maioria dos estudos, apenas o uso do IMC vem sendo utilizado como medida da gravidade das alterações na composição corpórea desses pacientes. (SICCHIERI et al., 2006; SWENNE; ENGSTROM, 2005).

Atualmente, alguns métodos vêm sendo utilizados para investigação, e apesar de não serem instrumentos diagnósticos, permitem verificar comportamentos de risco para o desenvolvimento de distúrbios alimentares. (POULAIN; PROENÇA, 2003). Os métodos de triagem para TA mais comumente utilizados incluem o Eating Attitudes Test (EAT), que consiste em um questionário de 26 questões de estilo de vida, o Eating Disorders Inventory (EDI), composto por 64 ítems que avaliam as características psicológicas e comportamentais comuns à AN e BN e o Eating Disorders Examination (EDE), que avalia, em um conjunto de 38 ítems, aspectos psicopatológicos comportamentais específicos dos TA. (GONZALEZ et al., 2007; FAIRBURN; BEGLIN, 1994).

Esses instrumentos surgiram da necessidade de sistematizar os estudos dos TA, a partir das descrições diagnósticas de AN e BN no DSM-IV e na CID-10. (FREITAS et al., 2002; MOYA et al., 2005).

Freitas et al. (2002) propõem o uso desses instrumentos em população que apresentem diagnóstico de TA, a fim de que se pesquisem aspectos alimentares e de dismorfopercepção, que possam estar contribuindo para a manutenção do transtorno e conseqüentemente dificultando o tratamento proposto.

De maneira geral, nenhuma pesquisa demonstra fidelidade nos resultados quando esses instrumentos são aplicados em uma população com diagnóstico definido de AN e/ou BN. (FREITAS, 2006; FREITAS et al., 2002).

Sabe-se, no entanto, que o perfil desses pacientes favorece a omissão de suas questões alimentares e/ou corporais e por se tratar de questionários autoaplicáveis, deve-se avaliar criteriosamente o momento ideal para aplicação desses testes, evitando, portanto, subnotificações nos resultados. (SALVO; GIMENO, 2002).

Para se caracterizar o perfil alimentar individual, a nutrição em sua prática clínica utiliza frequentemente questionários que avaliam, por exemplo, a frequência do consumo de alimentos e o recordatório alimentar em 24, 36 ou 72 horas. (SALVO; GIMENO, 2002; BERNARDINE et al., 2006). Contudo, a utilização desses recursos, em um primeiro contato com pacientes portadores de AN e/ou BN, não possibilita uma ampliação da percepção sobre a relação que esses sujeitos estabelecem com seus sintomas alimentares e não favorece o fortalecimento do vínculo entre profissional e paciente.

Diante do exposto, o atual trabalho justifica-se buscando, no momento em que são acolhidos pacientes em um serviço especializado em TA, investigar indícios de alterações clínicas, nutricionais e/ou complicações mais graves decorrentes da doença e estudar os aspectos subjetivos sobre sua percepção corporal e alimentar. Nessa lógica, pretende-se ainda verificar a possibilidade de incorporar métodos de avaliação e outras forma de abordagem para a anorexia nervosa e bulimia nervosa em serviços que acolhem casos semelhantes.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. Fenomenologia do comer

A história da alimentação é um tema de bastante interesse para a antropologia e para diversas outras ciências que estudam o comportamento humano. De acordo com Santos (2005), o alimento hoje protagoniza um lugar na cultura gastronômica no momento em que: “sai da cozinha para passar a ser objeto de estudo com devida atenção ao imaginário, ao simbólico, às representações e as diversas formas de socialização ativa”. (SANTOS, 2005, p.11).

O ato de alimentar pode ser caracterizado não somente como uma resposta fisiológica pela necessidade de fornecimento orgânico de nutrientes e energia corporal; descrito também na literatura antropológica como ato de cultura, os padrões de consumo alimentar estão repletos de significados, símbolos e imagens que influenciam atitudes humanas. (SILVA et al.; 2000; JACKSON,1999).

A fenomenologia do comer, frente à sua valorização e importância como ato de preservação da espécie e da cultura, permite que a sociedade humana, mesmo marcada por suas diferenças culturais, sociais, raciais, étnicas ou religiosas, seja cúmplice de uma mesma ação.

Mintz (2001) reflete a importância de “comer” como uma atividade central, não somente por sua frequência ou necessidade, mas também por considerar esse ato como uma das primeiras manifestações de escolha do ser humano.

Na atual sociedade contemporânea, a valorização e busca do corpo perfeito, ideal, repercute no cotidiano e na cultura alimentar, que passa a ser sinônimo de dieta, regime e de restrição alimentar. (SILVA et al., 2000).

A escassez de tempo atual também parece colaborar, dificultando a exploração do universo do comer vinculado ao convívio e desvalorizando o cotidiano de rituais

alimentares vividos em família. O paladar, a escolha de alimentos pelo gosto e prazer oral, a historicidade alimentar, atualmente se distancia de muitos que procuram a perfeição do corpo.

Romanelli (2006) considera as atitudes alimentares de pacientes portadores de AN e/ou BN úteis para exemplificar o modo de relacionamento que alguns estabelecem com a comida; reflete, ainda, que essa relação nunca é direta ou focada em uma funcionalidade orgânica, sendo, portanto, mediada por um complexo simbólico, na visão antropológica, que organiza escolhas no ato de comer.

Diante do exposto, a cultura alimentar de uma civilização articula-se aos fenômenos psíquicos que influenciam diretamente na saúde do adolescente, o qual procura incessantemente algo que alimente seus sentimentos, suas angústias ou até mesmo seu vazio. Esse fato, conjugado com particularidades da idade, vem despertando na ciência um olhar que estude seus comportamentos alimentares.

2.2 Transtorno alimentar na adolescência

A Organização Mundial de Saúde descreve a adolescência como o período da vida compreendido entre 10 e 19 anos de idade (WHO, 1995). Nessa fase, referida como desafiadora, o indivíduo passa por inúmeras alterações fisiológicas, comportamentais e psicossociais que afetam diretamente suas necessidades nutricionais. (HEALD; GONG, 2003).

Para diversos autores (HEALD; GONG, 2003; SPEAR, 2005; LEAL; SILVA, 2001), a adolescência é um importante momento do desenvolvimento humano, no qual a velocidade do crescimento orgânico e a demanda calórica aumentam significativamente. Há nesse período um crescimento de 20% da estatura final e de 50% do ganho ponderal. (LEAL; SILVA, 2001).

No início da puberdade, as mudanças corporais são caracterizadas por um aumento da secreção de hormônios, rápido crescimento linear, seguidas de ganho

de peso e diversas modificações corpóreas, por exemplo, o aparecimento de características sexuais. Na fase final da puberdade (15 a 19 anos), essas alterações orgânicas diminuem de intensidade. (OMS, 1995; LEAL; SILVA, 2001).

Na puberdade, a composição corporal apresenta diferenças relacionadas ao sexo, uma vez que se observa que as meninas ganham de 22 a 26% de gordura ao longo da adolescência, enquanto que para os meninos esse ganho é de 15 a 19%. (SPEAR, 2005).

Juntamente com o desenvolvimento físico, o amadurecimento cognitivo e psicossocial acelera durante a adolescência. Sendo assim, além da preocupação com a aparência, esses jovens buscam sua identidade e lutam por independência e aceitação. (SPEAR, 2005).

Ávila e Nunes (2006), relatam que os padrões de comportamento alimentar podem representar tentativas que o adolescente faz para ter um autocontrole, autoconhecimento e, sobretudo, uma maneira de obter uma nova identidade.

Devido às rápidas alterações corpóreas citadas anteriormente, alguns adolescentes expressam um sentimento de desconforto ou até mesmo de insatisfação com sua aparência física. (SPEAR, 2005; FERREIRA, 2007).

A constante preocupação desses jovens em serem aceitos em um grupo de amigos, bem como o contra senso exposto pela mídia entre a oferta abundante de alimento de alto valor calórico e a excessiva valorização da magreza como padrão único de beleza na atual sociedade contemporânea, parecem colaborar para a permanência desses sentimentos angustiantes. (MORGAN; AZEVEDO, 1998; VILELA et al., 2004; FERREIRA, 2007).

Esses aspectos somados às inúmeras outras hipóteses descritas na literatura, que buscam explicar as razões que levam o indivíduo a desenvolver anorexia e bulimia, são, na maioria dos casos, vinculados a fatores psicológicos, individuais, familiares e socioculturais, podendo ser, desse modo, significativos para a formação da

autopercepção corporal e alimentar. (ÁVILA; NUNES, 2006; MORGAN; AZEVEDO, 1998; GALVÃO; PINHEIRO; SOMENZI, 2006).

Diversos autores (FILHO et al., 2005; MARÍN, 2002; FARIAS; ALVES; MORICHITA, 1999; MORGAN; AZEVEDO, 1998) apontam a adolescência como fase propícia ao desenvolvimento dos transtornos alimentares e ressaltam que, além de ser um dos critérios para diagnóstico de distúrbios, a insatisfação corporal também se associa a uma probabilidade aumentada de desenvolvê-los. (GRILLO; SILVA, 2004; LAMOUNIER; VILELA, 2001).

A insatisfação com a aparência física é comumente encontrada em adolescentes do sexo feminino. Mas, estudos relacionando transtornos alimentares em adolescentes de ambos os sexos demonstram que hoje já existe um aumento significativo na prevalência de meninos que desejam uma estrutura muscular que não condiz com a possibilidade física da idade. (SWENNE; ENGSTRÖM, 2005; ASSUNÇÃO, 2002; VILELA et al., 2004).

A disparidade observada entre a imagem corporal percebida e a desejada pelos adolescentes e adultos jovens leva com freqüência a um comportamento alimentar indesejado (SPEAR, 2005; BRANCO; HILÁRIO; CITRA, 2006), o qual pode associar-se à intensificação de atividades físicas e ao uso inapropriado de medicamentos, sem que tenha havido uma recomendação ou orientação profissional. (DUNKER; PHILIPPI, 2003).

Embora mais de 90% dos distúrbios alimentares ocorram em adolescentes e adultos jovens, estes podem do mesmo modo acometer crianças, homens e mulheres de meia-idade. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA CLÍNICA, 1993; SPEAR, 2005; PINHEIRO; GIUGLIANI, 2006).

Fisher et al. (1995) descrevem ainda indivíduos que podem apresentar sintomas de distúrbios alimentares antes mesmo da doença estabelecida. Geralmente, essas alterações comportamentais são relacionadas ao hábito de realizar dietas, mesmo quando o peso é proporcional à altura, à insatisfação e às constantes críticas a

alguma parte do corpo e à diminuição gradativa de atividades sociais. (MORGAN; AZEVEDO, 1998).

Em crianças e adolescentes anoréxicas e/ou bulímicas, as complicações clínicas e nutricionais afetam diretamente o crescimento e o desenvolvimento normais dessa fase. (SCHEBENDACH; ANDERSON, 2005).

2.3 Anorexia nervosa

O termo anorexia deriva do grego “An – deficiência ou ausência de”, e “orexis - apetite”, teve sua primeira descrição na história de santas e beatas da Idade Média que apesar de ignorarem a atual justificativa da magreza como sinônimo de beleza, compartilhavam da obsessão pelo corpo e pela comida. (CORDÁS; CLAUDINO, 2002; SAITO; NETO, 2004).

Weinberg et al. (2005) contam que a busca pelo corpo perfeito não era a principal causa das santas seguirem a magreza. O autor relata que a recusa alimentar diante de seus jejuns auto impostos objetivava a ascensão e comunhão divina, conservando, dessa maneira, a pureza distanciada de qualquer esboço de sexualidade.

As santas anoréxicas, na literatura, são relacionadas como “modelo” para outras que cultivavam a ideia de “agradar a Deus”. Estas lutavam para se tornarem feias, cortavam os cabelos, maltratavam o corpo e se isolavam em meio a devoção e orações. (WEINBERG et al., 2005; WEINBERG, 2006).

Em 1554, Johannes Lange reconhece a anorexia como a “Doença das Virgens”, causada por uma “febre amorosa”. Lange defendia a ideia do termo “Clorose” que, posteriormente, já nos séculos XVII, XVIII apresentava-se como uma “epidemia” em meninas européias e americanas. (CORDÁS; WEINBERG, 2002).

O diagnóstico de “Clorose”, ou também conhecido como “Doença Verde”, era conferido a adolescentes (apenas do sexo feminino) emagrecidas, que se recusavam a comer e apresentavam visível palidez, queixavam-se de fraqueza, irritabilidade, constipação e ausência da menstruação (amenorreia) por longos períodos. (CORDÁS; WEINBERG, 2002).

Cordás e Weinberg. (2002) defendem a ideia de que o apetite naquela época fazia parte da educação moral de qualquer mulher e enfatizam a ligação entre alimento e libido.

No século XVII, especificamente no ano de 1691, o médico inglês Richard Morgan, possivelmente, reconheceu a atual anorexia nervosa, descrevendo pela primeira vez a “extenuação nervosa”, com perda importante do apetite, consequente emagrecimento e amenorreia. (WEINBERG, 2006).

Em meados do século XIX, as clássicas descrições do neurologista francês Charles Laségue e do médico inglês William Gull caracterizavam esses sintomas alimentares como doenças decorrentes de um estado mental mórbido, sem que houvesse necessariamente qualquer disfunção gástrica. (CORDÁS, 2004).

Dessa forma, ambos compartilhavam a ideia de que um tratamento nutricional proposto deveria ser associado a uma psicoterapia. (GIORDANI, 2006; OLIVA, FAGUNDES, 2001).

No final do século XIX, início do século XX, Sigmund Freud e Pierre Janet iniciaram seus estudos com AN, inclinados ao constante questionamento acerca do significado da ausência de apetite. Freud, em 1893, descreve ainda a AN como psicose de defesa ou neurose da alimentação com melancolia. (WEINBERG, 2006).

Atualmente a Associação Americana de Psiquiatria caracteriza a anorexia nervosa no DSM-IV como: uma recusa deliberada de manter o peso corporal em um nível igual ou acima do mínimo normal adequado à idade e à altura; medo intenso de ganhar peso ou de se tornar gordo (mesmo quando o paciente se encontra em

estado de desnutrição leve, moderada ou grave); perturbação no modo de vivenciar o peso ou a forma do corpo, influência indevida do peso ou da forma do corpo sobre a autoavaliação, ou negação do baixo peso corporal atual. Nas mulheres pós-menarca, há o critério da amenorreia, isto é, ausência de pelo menos três ciclos menstruais. (APA, 1994).

A Organização Mundial de Saúde descreve a AN na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) como um transtorno caracterizado por perda de peso intencional, induzida e mantida pelo paciente. Relata que frequentemente esse distúrbio ocorre em adolescentes e adultos jovens do sexo feminino. Porém, atentam quanto à existência desse transtorno em homens e mulheres na menopausa. Descreve a presença de uma desnutrição de grau variável, acompanhada por alterações endócrinas, metabólicas e fisiológicas. Cita como manifestações a restrição alimentar, vômitos autoinduzidos, prática física exagerada e uso de medicação com ação anorexígena, laxativa e diurética. (OMS, 2000).

2.4 Bulimia nervosa

O termo bulimia, também de origem grega “bomus – boi” e “limos – fome” ou “fome de boi”, já era utilizado séculos antes de Cristo. (RIBEIRO JR., 2003). Alguns autores citam Hipócrates, o qual aconselhava o vômito por dois dias consecutivos no mês, justificando esse método como ato de prevenção de contaminação de doenças humanas. (CORDÁS, 2004; CORDÁS; CLAUDINO, 2002; RIBEIRO JR., 2003).

O fenômeno de compulsão alimentar, seguido do ato purgatório, se apresenta na história desde a Idade Média em que o pecado da gula ou o vício da “glotonaria” era, dessa maneira, passível de ser combatido. (WEINBERG; CORDÁS; MUNOZ, 2004).

Recordando as santas anoréxicas, alguns autores apresentam citações históricas destas com episódios de descontrole alimentar, especialmente à noite, seguido de vômito induzido por algo que pudesse “tocar a garganta” e expulsar o alimento consumido. (WEINBERG; CORDÁS; MUNOZ, 2004). Esses autores comentam ainda a indução ao vômito quando essas santas eram forçadas a comer. (WEINBERG; CORDÁS; MUNOZ, 2004).

Sempre estudada como consequência de eventos anoréxicos, a bulimia, isoladamente, aparece citada por James em 1743, no Dicionário Médico da Universidade de Londres como “True Boulimus” ou “verdadeira Bulimia”. (CORDÁS, 2004). Foi relacionado na época a preocupação excessiva com a comida, comportamento de compulsão ou descontrole alimentar seguido de vômito e jejuns prolongados. (CORDÁS, 2004).

Com os estudos voltados para patologia de ordem digestiva, apenas no século XX, o psiquiatra britânico Gerald Russel, em 1979, apresenta e introduz o então nome bulimia nervosa (BN). (CORDÁS, 2004; CORDÁS; CLAUDINO, 2002).

Em Londres, o psiquiatra observou pacientes que, mesmo diante de uma eutrofia corpórea, experimentavam um medo intenso no ganho de peso, episódio de descontrole alimentar seguido de vômito e uso abusivo de medicamentos laxativos. (CORDÁS, 2004; CORDÁS; CLAUDINO, 2002; CLAUDINO; BORGES, 2002).

A partir dessa definição, a Associação Americana de Psiquiatria, desde o ano de 1980 até os tempos atuais, localiza a BN no DSM-IV, por episódios de compulsão periódica nos seguintes aspectos: ingestão em um período limitado de tempo (por exemplo, em um período de duas horas) de uma quantidade de alimentos definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria durante um período similar e sob circunstâncias similares; e um sentimento de falta de controle sobre o comportamento alimentar durante o episódio de compulsão alimentar; comportamento compensatório inadequado e recorrente acontece com o fim de prevenir o aumento de peso por meio de autoindução de vômitos, uso indevido de laxantes, diuréticos, enemas ou outros medicamentos, jejuns e exercícios

excessivos. (APA, 1994; CLAUDINO, BORGES, 2002; BERNARDI, ABRAHÃO, BAIS, 2006).

A BN para a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) é descrita como uma síndrome caracterizada por acessos repetidos de hiperfagia e uma preocupação excessiva com controle do peso, conduzido a uma alternância de compulsão alimentar, vômitos ou uso de laxativos. (OMS, 2000).

2.5 Epidemiologia dos transtornos alimentares

Acredita-se que hoje no Brasil, cerca de 1% da população feminina, entre 18 a 40 anos, vivencia comportamento dietético inadequado, utilizam indiscriminadamente medicamentos anorexígenos e experimentam dificuldades na auto aceitação corpórea. (BALLONE, 2007).

Sabe-se que, em conjunto com o quadro citado acima, os transtornos alimentares vêm apresentando um importante crescimento. Segundo a Sociedade Brasileira de Psiquiatria Clínica, a cada ano os casos de transtornos do comportamento alimentar aumentam “assustadoramente”. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA CLÍNICA, 1993).

Rosen (2011), em um atual artigo publicado pela Academia Americana de Pediatria, revela um aumento na prevalência em jovens adolescentes. Comenta ainda sobre o preocupante resultado de uma recente análise feita pela Agência de Investigação de Saúde e Qualidade dos Estados Unidos, no período entre 1999 e 2006, o qual mostrou que as internações por TA aumentaram acentuadamente em 119% para crianças menores de 12 anos.

Diversos autores descrevem esses distúrbios como uma “epidemia emocional”, constituindo um problema de saúde pública. (SAITO; NETO, 2004; BALLONE, 2007). De maneira geral, dados epidemiológicos para os TA revelam que a

prevalência da anorexia varia entre 0,5% a 1% e da bulimia entre 1% a 1,5%. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA CLÍNICA, 1993; LAMOUNIER; VILELA, 2001; HAY, 2002).

Na adolescência, a frequência dos fenômenos relacionados aos transtornos alimentares, como a insatisfação corporal, vem aumentando progressivamente, podendo ser observada em até 80% dos jovens. (KOSTANSKI; GUALLANE, 1998). Segundo Gonzalez (2007), os transtornos alimentares apresentam-se como a terceira doença crônica mais comum na adolescência, precedido pela obesidade e pela asma.

Esse dado preocupa autoridades vinculadas ao cuidado com a saúde do adolescente, uma vez que muitos jovens podem apresentar distúrbios alimentares, os quais não são definidos por não preencherem completamente os critérios diagnósticos de anorexia e/ou bulimia, podendo ser classificados como outra classe no DSM como transtornos alimentares atípicos. (GONZALEZ, 2007; BRANCO; HILÁRIO; CINTRA; 2006). Esse diagnóstico, um tanto elusivo, dificulta ainda mais a abordagem epidemiológica dos TA. Por outro lado, há que se ter cautela em superdiagnosticar sintomas alimentares passageiros como TA.

Alguns autores destacam dificuldades encontradas para o alcance de um consenso na definição dos casos. Atentam para o fato de que a descrição psicopatológica de obsessão com o corpo e com a comida já era observada muito antes de uma definição psiquiátrica atual e defendem, em consequência dessa ideia, a necessidade de não tratar esses transtornos como uma incidência recente. (HAY, 2002).

Pinzon e Nogueira (2004) apontam que os impasses encontrados no curso e na evolução da doença, bem como as diversas formas de análise e publicação de dados dificultam uma consolidação epidemiológica precisa.

Nunes (2006) reflete que essas dificuldades encontradas para a realização de estudos epidemiológicos são decorrentes de subnotificações. A autora revela ainda que alguns pacientes, além de negarem a doença, ocultam os sintomas e somente

procuram ajuda em serviços de saúde quando são acometidos de complicações mais graves da doença.

Segundo Hay (2002), a problemática se encontra tanto no baixo número amostral de indivíduos portadores de AN quanto na ausência de instrumentos qualificados para a avaliação desses casos.

Appolinário e Moya (2006) relatam a necessidade de se realizarem estudos epidemiológicos para o planejamento de políticas públicas e estruturação racional de serviços assistenciais de TA. Porém, questionam a inexistência no Brasil de um estudo epidemiologicamente representativo que avalie as taxas de prevalência em qualquer faixa etária, utilizando uma metodologia e instrumentos adequados e validados para portadores de TA.

Atentam ainda ao fato de que algumas evidências, tais como, o aumento da taxa de mortalidade e morbidade dos casos, a crescente procura por serviços especializados e estudos que verificam comportamento de risco para TA comprovam a relevância dos distúrbios alimentares para a saúde pública. (APPOLINÁRIO; MOYA, 2006).

As taxas de morbidade e de mortalidade variam entre 5% a 21,5% e são devidas às significativas complicações médicas da doença. (HUSE; LUCAS, 2003; SCHEBENDACH; ANDERSON, 2005). Alguns estudos revelam que na anorexia 40% dos pacientes recuperam-se; 30% melhoram; 20% permanecem cronicamente afetados e 10 % morrem (FARIAS; ALVES; MARICHITA, 1999). E na bulimia, de maneira geral, 30% apresentam remissão total dos sintomas, 50% melhoram, podendo apresentar recaídas, e 20% mantêm-se doentes. (CABRERA, 2006).

Conforme Patton (1988), para a anorexia nervosa, a taxa de mortalidade varia dependendo do tempo de duração do quadro, da precocidade de intervenção, da presença de quadros depressivos, do grau de desnutrição e da realização ou não de atos purgativos. Misra et al. (2007) relata ainda que a taxa de mortalidade para os casos de AN podem aumentar 5,6% por década.

Tratando-se da bulimia, de acordo com Patton (1988), o índice de mortalidade é 9,1 vezes maior do que o da população em geral. Isso se deve ao quadro da doença, com distúrbios hidroeletrólíticos e hipovolêmicos, seguidos também de uma maior freqüência de casos depressivos. Todos esses fatores podem tornar o prognóstico dos pacientes bulímicos menos favorável. (BERNARDI; ABRAHÃO; BAIS, 2006).

Muitas vezes a gravidade do quadro clínico de pacientes com anorexia é “flagrada” ou “denunciada” pelo corpo que expõe a caquexia e complicações físicas consequentes da desnutrição. Porém, diferentemente, portadores de bulimia podem se apresentar visivelmente saudáveis ou algumas vezes até acima do peso, mesmo quando suas alterações hemodinâmicas e eletrolíticas encontram-se em níveis críticos.

Nos dois distúrbios, frequentemente alguns exames laboratoriais podem sofrer alterações. A anemia pode estar presente em 30% dos casos, sendo geralmente do tipo normocítica e normocrônica (ASSUMPÇÃO; CABRAL, 2002) Na bulimia, geralmente observam-se quadros importantes de hipocalcemia, sendo, dessa forma, uma das causas de internação imediata em alguns serviços especializados em TA. (Borges et al., 2006).

Borges et al. (2006) ressaltam ainda a importância de exames laboratoriais bioquímicos no acompanhamento nutricional de pacientes com TA, com o devido esclarecimento aos familiares que esses exames são métodos de acompanhamento clínico e não de diagnóstico dos transtornos.

De maneira geral, por se tratar de transtornos em que a oferta de micronutrientes é diminuída, mecanismos adaptativos podem ser desencadeados, acarretando alterações complexas de vias metabólicas. (SETNICK, 2010; NOVA et al., 2004).

Outra complicação clínica a ser observada, é a síndrome de realimentação em pacientes anoréxicos, os quais, apresentando um quadro de desnutrição e desordem hidroeletrólíticas em níveis gravíssimos, após a reintrodução abrupta de alimentos são expostos a alterações metabólicas potencialmente fatais,

consequentes aos mecanismos adaptativos mencionados. (CARVALHO et al., 2010).

O quadro abaixo compara algumas características clínicas encontradas entre pacientes portadores de AN e BN:

Características	Anorexia nervosa	Bulimia nervosa
História e sintomas	Amenorreia, constipação, cefaléias, desmaios, tonteira, fadiga, intolerância ao frio;	Gases, empachamento, letargia, DRGE*, dor abdominal, dor de garganta (dos vômitos);
Achados clínicos	Caquexia, acrocianose, pele seca, perda de cabelo, bradicardia, hipotensão ortostática, hipotermia, perda de massa muscular e gordura subcutânea, lanugo;	Calos em juntas dos dedos, erosão do esmalte dentário, aumento de parótidas;
Anormalidades Laboratoriais:	Hipoglicemia, leucopenia, alteração de enzimas hepáticas, hipercolesterolemia, "euthyroid sick syndrome" (TSH* baixo, níveis normais de T3* e T4*);	Alcalose or metabólica hipoclorêmica, hipocalêmica, hipocalemia (dos laxativos e diuréticos) aumento da amilase salivar;
Achados ECG*	Baixa voltagem; intervalo QT prolongado, bradicardia;	Baixa voltagem; intervalo QT prolongado, bradicardia, sinais de hipocalemia (achatamento de T, onda U);

Quadro 1: Comparação das características clínicas da anorexia nervosa e bulimia nervosa

Fonte: PRITTS; SUSMAN, 2003

*DRGE doença do refluxo gastroesofágico =; TSH = hormônio estimulante da tireóide, T3 = triiodotironina, T4 = tiroxina, ECG = eletrocardiograma.

Dessa forma, os TA, apesar de serem considerados como doenças psiquiátricas pela frequência e gravidade das complicações clínicas e nutricionais, descritas acima, demandam pronta participação do corpo clínico de serviços de saúde especializados em transtorno alimentar. (NUNES, 2006; BORGES et al., 2006).

2.6 O papel do nutricionista

A American Dietetic Association (ADA, 2001) define Terapia Nutricional como todo processo que envolve o monitoramento do estado nutricional e o tratamento

multiprofissional em si, em que o nutricionista e a equipe assistente trabalham em conjunto no intuito de intervir nos comportamentos relacionados à alimentação e ao peso do paciente.

A ADA (2001) ainda descreve o nutricionista como membro fundamental em equipes que trabalham com distúrbios alimentares. Alguns autores, concordando com essa colocação, relatam que a valorização do saber não médico permite a ampliação do olhar profissional na construção integral do cuidado. (REITER; GRAVES, 2010; LATTERZA et al., 2004).

Reiter e Graves (2010) atentam ainda para o fato de que o nutricionista pode ser o primeiro profissional consultado por pacientes portadores de TA, podendo, dessa forma, detectar os primeiros sinais e sintomas decorrentes da doença.

Ressalta-se que, dentro da filosofia de atuação nutricional no serviço em que se desenvolve a atual pesquisa, nesse primeiro contato, o profissional deve se preocupar em estabelecer um laço com o paciente, oferecendo um espaço acolhedor para que este construa seus próprios valores e fale sobre suas aflições alimentares.

Com esse agir, o nutricionista poderá auxiliar esses pacientes no processo de recuperação do estado clínico e nutricional, estabelecendo uma relação de colaboração e oferecendo um espaço de escuta. Poderá também identificar e mensurar o grau de comprometimento clínico/nutricional desses pacientes; verificar, por meio do recordatório alimentar, o padrão de distribuição de macro e micronutrientes, sem se preocupar com a rotina dietética habitual; intervir em práticas alimentares quando essas apresentem risco para a saúde dos pacientes e realizar prescrições e orientações dietéticas, quando for de comum acordo entre profissional e paciente. (ALVARENGA; LARINO, 2002; LATTERZA et al., 2004; ADA, 2001; ALVARENGA et al., 2004).

Em alguns serviços, a valorização da constante avaliação do peso faz parte da condução do tratamento. (PIZON; NOGUEIRA, 2004). Porém, no NIAB, essa prática é desencorajada por se tratarem de pacientes que enfrentam um sentimento

de extrema angústica na autopercepção corporal. A avaliação nutricional, incluindo a mensuração da distribuição corpórea, deve atentar para o reconhecimento de possíveis complicações clínicas/nutricionais e, quando necessário, realizar intervenções com a equipe assistente.

Vale ressaltar a importância de estimular a participação de familiares na proposta de tratamento dos TA, aliviando-lhes da responsabilidade de monitorar o consumo alimentar ou do desejo de mudar os hábitos alimentares dos pacientes. (GAMBARDELLA et al., 1999; ALVARENGA et al., 2004).

Objetivando a expansão de um horizonte clínico para além de uma ótica biológica, esse profissional pretende, ainda, auxiliar o paciente na compreensão do complexo papel que esse distúrbio exerce em sua vida (REITER; GRAVES, 2010), desvinculando esse transtorno de um “problema” puramente de ordem alimentar.

Por isso, se faz importante saber que a continuidade no atendimento nutricional individualizado tem como foco principal olhar o paciente como um todo e, não, somente enxergá-lo como um indivíduo que necessita apenas de uma consulta. Daí a necessidade de saber escutar tudo o que o paciente tem a dizer, respeitando o papel que o alimento constitui para ele em suas diversas formas de socialização, interações familiares, culturais, emocionais e de suas atitudes alimentares descritas como errôneas.

2.7 Justificativa

Ao longo da revisão bibliográfica, foi observada uma escassez na literatura de estudos realizados que traçassem o perfil nutricional de pacientes com TA. Via de regra, apenas o IMC é usado como marcador do estado nutricional, medida que pode não refletir as alterações presentes nos diversos compartimentos corporais.

Tal fato indicou a necessidade de se investigar as alterações antropométricas e funcionais dos pacientes por meio do uso de instrumentos que frequentemente são utilizados na prática clínica do nutricionista.

Juntamente com a avaliação clínico-nutricional, é importante a realização de uma escuta atenta no sentido de se avaliar a importância e a magnitude dos sintomas alimentares, bem como a existência da dismorfofobia no contexto de fatores etiológicos relacionados a conflitos emocionais, sociais, que se desenvolvem principalmente na adolescência. Para isso, importa também entender a percepção corporal e alimentar dos pacientes sem o recurso de questionários especializados que podem induzir a respostas falsas na ausência de um vínculo de confiança previamente estabelecido.

Nesse sentido, a correlação dos sintomas alimentares e corporais com o perfil clínico-nutricional pode fornecer indicações para a necessidade de um acompanhamento mais cuidadoso e, se possível, de intervenções mais precoces.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Avaliar os aspectos clínico-nutricionais, bem como a autopercepção corporal e alimentar de pacientes admitidos no Núcleo de Investigação em Anorexia e Bulimia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (NIAB - HC - UFMG).

3.2 Objetivos específicos

1. Investigar o perfil sócio-demográficos e hábitos de vida dos pacientes que chegam a um serviço especializado em TA.
2. Avaliar o estado nutricional através de métodos antropométricos.
3. Verificar o estado clínico por meio da Avaliação Subjetivo Global.
4. Conhecer a percepção corporal e alimentar dos adolescentes submetidos à pesquisa.
5. Pesquisar a causa ou o motivo que levou a população estudada a procurar o atendimento no Núcleo de Investigação em Anorexia e Bulimia do HC/UFMG.

4 CASUÍSTICA E MÉTODO

4.1 Desenho do estudo

No delineamento da pesquisa, foi utilizado o modelo de triangulação de metodologia quantitativa e qualitativa por meio do uso de entrevista pessoal, com a realização de exames clínicos e nutricionais e entrevista do tipo semi-dirigida ou semi-estruturada com questões abertas. (MAZZOTTI, GEWANDSZNAJDER, 1999). O estudo foi do tipo observacional de corte transversal. O modelo empregado possibilitou o alcance dos objetivos propostos na pesquisa, tanto para a verificação da prevalência das variáveis em estudo quanto para análise de questões subjetivas referentes à demanda, à alimentação e ao corpo dos participantes.

Gomes e Araújo (2005) descrevem a triangulação quanti-qualitativa como um novo paradigma metodológico que permite atender plenamente às necessidades dos pesquisadores no intuito de ampliar a interpretação dos dados.

Günther (2006) relata ainda que o emprego das duas técnicas, em pesquisa científica, permite chegar a uma melhor compreensão do fenômeno estudado e um consequente avanço do bem-estar social.

Codato e Nakama (2006) avançam nessa discussão, do ponto de vista de pesquisas realizadas na área da saúde, e refletem sobre a importância de associar, no universo do método quantitativo, as tendências, as probabilidades e as associações estatisticamente significantes, a fatores biológicos, psíquicos, sociais e ambientais, os quais são produtos da complexa realidade do campo da saúde.

O delineamento transversal foi útil para investigar as variáveis e os padrões de distribuição dos pacientes que chegam a um serviço especializado em anorexia e bulimia, viabilizando estudar a prevalência da sua condição clínica (NEWMAN et al., 2006).

Foi utilizada amostra de conveniência, a qual foi constituída por adolescentes de 10 a 19 anos (OMS, 1995) e adultos jovens de ambos os sexos.

Todos os pacientes que compareceram ao acolhimento do NIAB no período entre março a agosto de 2010 foram convidados a participar da pesquisa.

O acolhimento do NIAB é feito por médicos clínicos que realizam o primeiro contato com os pacientes. Durante o estudo, esses profissionais encaminharam os pacientes para um primeiro contato com a pesquisadora.

Nesse contato anterior ao início das entrevistas, foi realizada uma conversa para sensibilização quanto à pesquisa e apresentação do termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO A), solicitando a eles e/ou aos responsáveis a aceitação ou não em fazer parte do grupo de entrevistados. Foi exposto que as entrevistas, agendadas em um outro momento, seriam realizadas em apenas um dia e que divididas em dois momentos distintos, sendo que, no primeiro momento, seria realizada uma entrevista pessoal, com a execução de exames clínicos e nutricionais.

Posteriormente, apenas com a presença do participante, seriam feitas três perguntas abertas em que ele poderia responder no tempo necessário. Os pacientes foram orientados no sentido de que essas entrevistas seriam gravadas com o objetivo de dispensar anotações, facilitando a atenção e escuta atenta. (TURATO, 2003).

4.2 Técnica da entrevista e roteiro de campo

Na primeira parte do contato com os sujeitos da pesquisa, foi aplicado um questionário inicial (ANEXO B), realizado exames de avaliação clínica/nutricional (ANEXO C), preenchida a tabela de dados clínicos complementares (ANEXO D) e realizada a avaliação subjetiva global do estado nutricional. (DETSKY, 1987) (ANEXO E).

No segundo momento do encontro, foi utilizada a técnica de entrevista do tipo semi-dirigido ou semi-estruturada com três questões abertas (ANEXO F).

4.3 Procedimentos (instrumentos de coleta de dados)

4.3.1. Questionário inicial (ANEXO B):

Inicialmente foi realizado um questionário, descrito abaixo, que possibilitou um melhor conhecimento sobre a vida de cada participante.

Dados pessoais: inclui nome, data de nascimento, idade, idade de menarca, amenorreia (se sim, tempo), escolaridade, trabalho;

Estilo de vida: verificou-se se o convidado é etilista, tabagista, se fazia prática de atividade física (se sim, qual a intensidade), se havia presença de alguma doença pregressa e se fazia uso de algum medicamento.

4.3.2 Avaliação do estado nutricional (ANEXO C)

Realizado o questionário inicial, os procedimentos da avaliação nutricional foram iniciados com o objetivo de traçar perfil antropométrico e identificar possíveis distúrbios nutricionais de pacientes portadores de transtornos alimentares. (KAMIMURA et al., 2005). Constam no protocolo os seguintes itens:

Medidas antropométricas:

Peso e estatura atual - os participantes foram pesados em balança mecânica do tipo WELMY com capacidade máxima de 150 Kg, com graduação em gramas e

medidos em estadiômetro fixo à parede com extensão de 2,00 metros e escala em centímetros. Para os procedimentos citados acima, os pacientes encontravam-se descalços, em posição ereta e vestidos com roupas leves. (KAMIMURA et al., 2005).

Índice de massa corporal - por meio dos valores obtidos na aferição do peso e da estatura atuais, foi calculado o Índice de Massa Corporal (IMC), dividindo o peso, dado em quilos, pelo quadrado da estatura, dada em metros. Os pontos de corte utilizados para o diagnóstico nutricional a partir do IMC foram os preconizados pela Organização Mundial de Saúde para adultos (WHO, 1995) (ANEXO G) e para adolescentes utilizou as curvas de crescimento, relacionando o IMC pela idade. (WHO, 2007) (ANEXOS H, I e J).

Para melhor análise e eventual cruzamento dos dados, os resultados encontrados entre adultos e crianças/adolescentes foram agrupados em três classes, sendo elas:

1 - magreza ou baixo peso (classe compreendida por adultos classificados em magreza grau I, II e III e baixo peso e criança/adolescente classificados com magreza acentuada e magreza);

2 - eutrofia (adultos e crianças eutróficas);

3 - sobrepeso/obesidade (classe de adultos classificados em sobre-peso, pré-obesidade e obesidade classes 1, 2 e 3 e criança/adolescente classificados como sobre peso, obesidade e obesidade grave).

Importa assinalar que os métodos consagrados de classificação para as classes de magreza e eutrofia de adultos e crianças/adolescentes diferem, pela própria natureza da fisiologia e da dinâmica da composição corporal, nas diferentes idades. Dessa forma, conforme descrito acima, o presente estudo optou por adotar essa orientação consagrada e classificar por métodos diferentes adolescentes e adultos. Entretanto, a análise dos dados foi realizada colocando-se no mesmo grupo de

magreza ou de eutrofia adultos e adolescentes, conforme as 3 categorias mencionadas.

Peso ideal ou peso teórico médio - foi estimado conforme a fórmula proposta pela Food Agriculture Organization – FAO –, em 1985, Órgão da Organização das Nações Unidas (ONU): estatura (em metros) ao quadrado vezes o IMC médio em que, para mulheres, o IMC médio é de 20,8 Kg/m² e, para homens, é de 22 Kg/m².(FONTANIVE; PAULA; PERES, 2002).

% Perda de peso (peso atual/peso ideal) - a porcentagem foi calculada a partir da razão entre peso atual/peso ideal (calculado) multiplicado por cem (classificação vide ANEXO K).

% Perda de peso (peso atual/peso usual) - a porcentagem foi calculada a partir da razão entre peso atual/peso usual (relatado pelo paciente) multiplicado por cem. Ambas as porcentagens foram classificadas segundo Blackburn (1977). (classificação vide ANEXO L).

Percentual de gordura corporal - as pregas cutâneas tricipital (PCT), bicipital (PCB), subescapular (PCSE) e supra-iliaca (PCSI) foram medidas três vezes somente pela pesquisadora com o auxílio do equipamento *Lange Skinfold Caliper* (adipômetro), com subdivisões em milímetros (mm). As medidas das pregas foram feitas em triplicata, sendo utilizado o valor da média aritmética das três aferições.

A PCT foi aferida com o auxílio de uma fita métrica, flexível, inelástica, no ponto médio do braço entre o ponto acromial da escápula e o olécrano da ulna. Para a medição da PCB, o paciente encontrava-se com a palma da mão voltada para fora, para posteriormente ser marcado o local da medida, localizado a um centímetro acima de onde foi aferida a prega tricipital. A PCSE foi medida no ângulo inferior da escápula. E, por fim, a PCSI foi medida na linha média axilar, com o dedo indicador do avaliador, logo acima da crista ilíaca, na posição diagonal. (KAMIMURA et al., 2005; FONTANIVE; PAULA; PERES, 2002).

Após a medição, o percentual de gordura corpóreo (%GC) foi calculado por meio da somatória das quatro pregas cutâneas. Os valores encontrados para os %GC foram definidos e posteriormente classificados de acordo com a idade e o gênero de cada indivíduo. (DURNIN; WOMERSLEY, 1974; DEURENBERG et al., 1990; GALLANGHER, 2000). (ANEXOS M, N e O).

Para melhor análise e eventual cruzamento dos dados, assim como o IMC, os resultados da % de gordura (%G) de adultos e crianças/adolescentes, foram agrupados em três classes, a seguir:

1 - excessivamente baixo ou baixo (classe compreendida por adultos classificados com desnutrição e criança/adolescente classificados com %G de excessivamente baixo ou baixo);

2 - eutrofia (adultos eutróficos e crianças/adolescentes com %G adequado);

3 - alto ou muito alto (adultos classificados com pré-obesidade e obesidade e crianças/adolescentes com %GC moderadamente alto, alto e excessivamente alto);

Circunferência do braço (CB) - para a mensuração desta circunferência, foi utilizada uma fita métrica, flexível, inelástica, com extensão de 2,00 metros e subdivisão em centímetro (cm). Mensurou-se a circunferência no ponto médio do braço entre o ponto acromial da escápula e o olécrano da ulna. (KAMIMURA et al., 2005). Posteriormente, a adequação para a porcentagem da CB foi calculada por meio da multiplicação por cem do resultado entre a divisão da CB obtida em cm sobre a CB localizada no percentil 50 conforme idade e sexo. (FRISANCHO, 1981).

Circunferência muscular do braço (CMB): a partir da mensuração da CB, a CMB foi calculada pela seguinte fórmula:

$$CB \text{ (obtida em cm)} - (0,314 \times PCT \text{ obtida em mm})$$

Posteriormente, a adequação para a porcentagem da CMB foi calculada por meio da multiplicação por cem do resultado entre a divisão da CMB calculada sobre a CMB localizada no percentil 50 conforme idade e sexo. (FRISANCHO, 1981).

A porcentagem da CB e da CMB foram classificadas por meio dos pontos de corte estabelecidos por Blackburn e Thornton (1979). (ANEXOS P, Q).

4.3.3 Dados clínicos complementares (ANEXO D)

Verificou-se com o auxílio do corpo clínico do NIAB, o diagnóstico e o subtipo do transtorno alimentar, conforme a descrição do DSM-IV. Foi interrogado ao paciente a duração de seu TA.

4.3.4 Avaliação subjetiva global (ANEXO E)

Anteriormente empregada para avaliar pacientes hospitalizados, hoje, este método vem sendo utilizado por vários estudos já publicados na investigação de pacientes em diversas condições clínicas. (KAMIMURA et al., 2005).

Detsky et al. (1987) relacionam este método como sendo de fácil aplicação e de extrema confiabilidade na avaliação do estado nutricional. Discute-se ainda que este método não deve ser utilizado exclusivamente para fim diagnóstico, mas sim com o propósito de investigação de complicações associadas ao risco de alterações nutricionais.

Silva e Barros (2002) consideram a importância deste método não somente para avaliação da composição corporal quanto para a verificação das alterações funcionais do paciente. (SILVA; BARROS, 2002).

Para melhor análise e eventual cruzamento dos dados, assinalamos que em algumas tabelas destacamos a parte da capacidade funcional por se tratar de uma variável de nosso interesse na clínica, e na busca da correlação entre funcionalidade e estado nutricional.

4.3.5 Autopercepção corporal e alimentar e os motivos que levaram os participantes a procurar o serviço (ANEXO F)

No segundo momento do atendimento, foi empregada a técnica de entrevista do tipo semi-dirigido ou semi-estruturada com questões abertas. A utilização dessa técnica, não padronizada, permite ao entrevistador uma percepção dos pontos de vista que os participantes dão às suas ações, possibilitando a estes expressá-los de maneira mais ampla. (FLICK, 2004; POULAIN; PROENÇA, 2003; TURATO, 2003). As questões foram organizadas em três temas básicos:

1. qual o motivo lhe fez vir procura o serviço?
2. como você percebe seu corpo?
3. qual sua avaliação para sua alimentação hoje?

4.4. MÉTODOS ESTATÍSTICOS

4.4.1 Organização e tratamento dos dados quantitativos

Os dados coletados por meio da aplicação do questionário inicial dos exames de avaliação clínica/nutricional, dos dados clínicos complementares e da avaliação subjetiva global foram armazenados e codificados no programa Excel. Para facilitar a análise estatística e posterior interpretação dos resultados, foi elaborado um documento, o dicionário de variáveis, com descrição clara e objetiva de cada variável contida no estudo de todas as possíveis opções de respostas, modos de classificação e/ou pontos de corte adotados.

4.4.1.1 Estatísticas descritivas

Inicialmente, foi feita uma análise descritiva das variáveis utilizadas no estudo. Para as variáveis categóricas, foram feitas tabelas de distribuição de frequências. Para as variáveis contínuas, foram utilizadas medidas de tendência central e variabilidade. (PAGANO; GAUVREAU, 2004; SOARES; SIQUEIRA, 2002).

4.4.1.2 Cruzamentos

Para verificar possíveis associações entre algumas variáveis, foi utilizado o teste exato de Fisher apropriado para comparação de proporções na presença de variáveis com baixas frequências ou o teste não-paramétrico de Mann-Whitney, na comparação de variáveis numéricas entre dois grupos independentes. O teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis foi empregado na comparação de variáveis contínuas entre três ou mais grupos independentes. Optou-se por utilizar testes não-paramétricos devido ao caráter assimétrico das variáveis analisadas, conforme analisado pelo teste de normalidade Kolmogorov Smirnov (PAGANO; GAUVREAU, 2004; SOARES; SIQUEIRA, 2002).

Considerou-se um nível de significância de 5%.

Foi utilizado o *software* SPSS 15.0 na execução das análises.

4.4.2 Organização e tratamento dos dados qualitativos

As entrevistas gravadas foram transcritas e posteriormente foi aplicado, ao material bruto, a técnica de análise de conteúdo.

Turato (2003) descreve essa técnica como uma abordagem “usual” de análise de dados em investigações com métodos qualitativos. Justifica que apesar da singularidade das entrevistas, o uso de técnicas de agrupamento deve ser empregado como uma possibilidade de identificar elementos na falas que contenham um grau de homogeneidade que se repete com mais frequência. Dessa forma, o autor conclui que essa prática permite oferecer um significado às questões estudadas.

5. ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi submetido à avaliação da Câmara Departamental de Pediatria da UFMG e do Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Faculdade de Medicina da UFMG, iniciando-se a coleta dos dados apenas após a aprovação de ambos órgãos (ANEXO R - PARECER).

Os procedimentos realizados nesta pesquisa foram incluídos na rotina do Núcleo de Investigação em Anorexia e Bulimia do HC-UFMG e não apresentaram riscos aos pacientes. Os pesquisadores se comprometeram a resguardar os dados confidenciais sob o mais absoluto sigilo e a garantir o anonimato dos participantes da pesquisa nas futuras publicações e/ou apresentações, assegurando a privacidade dos sujeitos.

Cada entrevistado foi informado sobre os propósitos deste trabalho, bem como de sua justificativa, objetivos e métodos, por meio do Termo de consentimento livre e esclarecido, assinado por cada um dos sujeitos da pesquisa e/ou por seus representantes legais.

O termo de consentimento utilizado foi estabelecido conforme a resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. (1996).

Ao final da entrevista todos participantes foram admitidos no serviço para assistência e tratamento nutricional, médico e psicológico, conforme a especificidade de cada caso, após discussão com a equipe.

6 RESULTADOS

O total da amostra foi de 38 pacientes. Porém, para que não houvesse interferência na análise estatística das variáveis quantitativas, foram descartadas duas entrevistas devido ao fato de uma delas não preencher os critérios diagnósticos de TA descritos no DSM-IV e a outra por se tratar de obesidade que se encontrava em período de pós-operatório de cirurgia bariátrica.

6.1 Avaliação clínico-nutricional

Tabela 1 - Caracterização da população estudada segundo variáveis socioeconômicas e demográficas

Sexo	N	%		
Feminino	34	94,4		
Masculino	2	5,6		
Idade	média (mín - máx)	p25	med	p75
Anos	23,4 ± 12,6 (13 – 62)	15,0	18	29,0
Faixa etária	N	%		
18 anos ou menos	19	52,8		
19 anos ou mais	17	47,2		
Amenorreia	N	%		
Sim	7	21,2		
Não	26	78,8		
Tempo de amenorreia	média (mín - máx)	p25*	med	p75*
Meses	14,6 ± 16,5 (3 – 48)	4	6	24
Idade da menarca	média (mín - máx)	p25	med	p75
Anos	12,3 ± 2,0 (8 – 17)	11	12	13
Atividade escolar	N	%		
Sim	18	50,0		
Não	18	50,0		
Escolaridade	N	%		
1º grau incompleto	15	41,7		
1º grau completo	5	13,9		
2º grau incompleto	12	33,3		
2º grau completo	2	5,6		
superior incompleto	2	5,6		
superior completo	15	41,7		
Atividade laborativa	N	%		
Sim	10	27,8		
Não	26	72,2		

Fonte: Elaboração da autora

med* : mediana

p25*: percentil 25

p75*: percentil 75

Tabela 2 - Caracterização da população estudada segundo variáveis de hábitos de vida

	N	%
Tabagismo		
Sim	6	16,7
Não	30	83,3
Consumo de bebida alcoólica	N	%
Sim	9	25,0
Não	27	75,0
Atividade física	N	%
Sim	11	30,6
Não	25	69,4
Frequência semanal		
2	4	36,4
3	4	36,4
5	1	9,1
7	2	18,2

Fonte: Elaboração da autora

Tabela 3 - Estatísticas descritivas da avaliação antropométrica

	N	%
		(continua)
IMC crianças e adolescentes		
Magreza acentuada	4	21,1
Magreza	3	15,8
Eutrofia	9	47,4
Obesidade	1	5,3
Obesidade grave	2	10,5
IMC adultos	N	%
Magreza grau I	2	11,8
Magreza grau II	4	23,5
Magreza grau III	3	17,6
Eutrofia	6	35,3
Sobrepeso	1	5,9
Pré-obesidade	1	5,9
%PP – A/I	N	%
Eutrofia	9	25
Depleção leve	8	22,2
Depleção moderada	8	22,2
Depleção severa	5	13,8
Não se aplica (valor acima de 100%)	6	16,6
%PP – A/U	N	%
Eutrofia	11	30,5
Depleção leve	8	22,2
Depleção moderada	5	13,8
Depleção severa	9	25
Não se aplica (valor acima de 100%)	3	8,3
CB	N	%
DPC* grave	7	19,4
DPC moderado	6	16,7

DPC leve	7	19,4
Eutrofia	11	30,6
Obesidade	5	13,9
CMB	N	%
DPC grave	4	11,1
DPC moderado	3	8,3
DPC leve	10	27,8
Eutrofia	15	41,7
Sobrepeso	1	2,8
Obesidade	3	8,3
% gordura adultos	N	%
Desnutrição	7	43,8
Eutrofia	5	31,3
Sobrepeso	3	18,8
Obesidade	1	6,3
% gordura crianças adolescentes	N	%
Excessivamente baixo	3	15,0
Baixo	2	10,0
Adequado	8	40,0
Moderadamente alto	4	20,0
Alto	1	5,0
Excessivamente alto	2	10,0

Fonte: Elaboração da autora

*DPC: Dlepeção Proteica Calórica

Tabela 4 - Distribuição de frequências dos diagnósticos de transtornos alimentares, tempo e idade de início da doença (n=38)

	N	%		
Diagnóstico				
Anorexia nervosa do tipo restritivo	11			29,0
Anorexia nervosa do tipo compulsivo periódico/purgativo	9			23,7
Bulimia nervosa do tipo purgativo	17			44,7
Não apresenta diagnóstico de TA	1			2,6
Tempo de doença	média (mín - máx)	p25*	med*	p75*
Anos	4,8 ± 8,4 (0,1 – 40)	0,5	1,0	5,0
Idade de início (em anos)	média (mín - máx)	p25	Med	p75
	18,9 ± 8,2 (12 – 47)	13,8	16,3	20

Fonte: Elaboração da autora

med* : mediana

p25*: percentil 25

p75*: percentil 75

Tabela 5: Descrição dos dados observados à avaliação subjetiva global

	N	%
PERDA DE PESO ULTIMOS 6 MESES		
Sim	27	75,0
Não	9	25,0
NAS 2 ULTIMAS SEMANAS		
Engordou	10	27,7
Estável	19	52,7
Continua perdendo peso	7	19,4
INGESTÃO ALIMENTAR EM RELAÇÃO AO HABITUAL		
Sem alteração	12	33,3
Houve alteração	24	66,7
SE HOUVE, MUDOU PARA QUAL TIPO DE DIETA		
Sólida em menor quantidade	16	66,7
Líquida completa	2	8,3
Líquida hipercalórica	4	16,7
Inanição	2	8,3
SINTOMAS GASTROINTESTINAIS A MAIS DE 2 SEMANAS		
Sim	22	61,1
Não	14	38,9
CAPACIDADE FUNCIONAL		
Sem disfunção	29	80,6
Com disfunção	7	19,4
SE SIM, PARA QUE TIPO		
Trabalho subótimo	4	57,1
Em tratamento ambulatorial	2	28,6
Acamado	1	14,3
AVALIAÇÃO FINAL		
Nutrido	23	63,9
Moderadamente (ou suspeita de ser) desnutrido	7	19,4
Gravemente desnutrido	6	16,7

Fonte: Elaboração da autora

6.2 Cruzamento dos dados quantitativos

Tabela 6 - Relação entre variáveis antropométricas (% Gordura, circunferência do braço, circunferência muscular do braço e % perda de peso atual/usual) e IMC

Classificação pelo IMC	Magreza ou baixo peso	Eutrofia	Sobrepeso/obesidade	(continua)
				p
% G	n (%)	n (%)	n (%)	
Excessivamente baixo ou baixo	12 (100)	0 (0,0)	0 (0,0)	<0,001*
Eutrofia	4 (30,8)	9(69,2)	0 (0)	

Classificação pelo IMC	Magreza ou baixo peso	Eutrofia	Sobrepeso/ obesidade	(conclusão)
				p
Alto ou muito alto	0 (0)	6 (54,5)	5 (45,5)	
CB	n (%)	n (%)	n (%)	
DPC moderado e grave	13 (100)	0 (0,0)	0 (0,0)	<0,001*
DPC leve	3 (42,9)	4 (57,1)	0 (0,0)	
Eutrofia	0 (0,0)	11 (100)	0 (0,0)	
Sobrepeso/obesidade	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (100)	
CMB	n (%)	n (%)	n (%)	
DPC moderado e grave	7 (100)	0 (0,0)	0 (0,0)	<0,001*
DPC leve	7 (70,0)	3 (30,0)	0 (0,0)	
Eutrofia	2 (13,3)	11 (73,3)	2 (13,3)	
Sobrepeso/obesidade	0 (0,0)	1 (25,5)	3 (75,0)	
%PP A/U	n (%)	n (%)	n (%)	
Eutrofia	3 (27,3)	7 (63,6)	1 (9,1)	0,249*
Depleção leve	4 (50,0)	3 (37,5)	1 (12,5)	
Depleção moderada e grave	9 (64,3)	5 (35,7)	0 (0,0)	

Fonte: Elaboração da autora

*Teste de Fisher

Houve associação significativa entre IMC e antropometria (percentual de gordura, circunferência do braço e circunferência muscular do braço), com exceção do %PP A/U.

Por outro lado, apesar de o cruzamento entre o IMC e o %G apresentar estatisticamente significativo, podemos observar que alguns pacientes apresentaram discrepâncias na classificação desses dois parâmetros. Entre eles, quatro pacientes classificados como eutróficos pelo %G foram classificados como magreza pelo IMC. Outros seis indivíduos que foram classificados com %G alto ou muito alto foram classificados como eutróficos pelo IMC. Desses seis, quatro deles são portadores de bulimia nervosa do tipo purgativo; todos estavam nutridos segundo a ASG e sem disfunção na capacidade funcional.

Não houve associação entre IMC e percentual de perda de peso atual/usual, entretanto, cinco pacientes com IMC de eutrofia tinham perda de peso atual/usual com depleção moderada e grave.

Ocorreu um evento em que o %G mostrava eutrofia e o paciente, com diagnóstico de AN restritiva, encontrava-se com quadro de depleção severa para %PP-A/U, gravemente desnutrido segundo ASG e com disfunção na sua capacidade funcional.

Algumas características desses pacientes estão listadas no ANEXO S e T.

Tabela 7 - Associação entre avaliação subjetiva global, amenorreia, capacidade funcional, duração da doença e IMC

	Magreza ou baixo peso	Eutrofia e sobrepeso + obesidade	Valor-p
Avaliação Subjetiva Global	n (%)	n (%)	
Nutrido	5 (21,7)	18 (78,3)	<0,001**
Moderadamente desnutrido	5 (71,4)	2 (28,6)	
Gravemente desnutrido	6 (100)	0 (0,0)	
Amenorreia	n (%)	n (%)	
Sim	4 (57,1)	3 (42,9)	0,422**
Não	10 (38,5)	16 (61,5)	
Capacidade funcional	n (%)	n (%)	
Sem disfunção	13 (44,8)	16 (55,2)	0,999**
Com disfunção	3 (42,9)	4 (57,1)	
Duração da doença	med* (p25-p75)	med (p25-p75)	
	1,0 (0,3 – 10,3)	1,0 (0,7 – 5,0)	0,572***

Fonte: Elaboração da autora

* med: mediana

**Teste de Fisher

***Teste Mann-Whitney

Houve associação significativa apenas entre IMC e Avaliação Subjetiva Global (valor-p<0,05). A prevalência de magreza entre os pacientes classificados como nutridos foi de 21,7%, entre os moderadamente desnutridos de 71,4% e de 100% entre os gravemente desnutridos.

Tabela 8 - Associação entre avaliação subjetiva global e tempo de doença e amenorreia

	Amenorreia		Valor-p
	Sim	Não	
Avaliação Subjetiva Global	n (%)	n (%)	
Nutrido	2 (9,1)	20 (90,9)	0,004**
Moderadamente (ou suspeita de ser) desnutrido	1 (16,7)	5 (83,3)	
Gravemente desnutrido	4 (80,0)	1 (20,0)	
Duração da doença	med* (p25-p75)	med (p25-p75)	
Mediana (P25 – P75)	1,0 (0,7 – 2,0)	1,0 (0,5 – 9,5)	0,493***

Fonte: elaboração da autora

De acordo com os resultados apresentados na Tabela 7, a prevalência de amenorreia entre os pacientes nutridos foi de 9,1%; entre os moderadamente desnutridos, de 16,7% e entre os gravemente desnutridos, de 80%, sendo essas diferenças estatisticamente significativas (valor- $p < 0,05$).

Tabela 9 - Associação entre avaliação subjetiva global e idade e tempo de doença

	Tempo de doença Mediana (p25 – p75)	Valor-p
Avaliação Sub jetiva Global		
Nutrido	1,0 (0,5 – 5,0)	0,038*
Moderadamente (ou suspeita de ser) desnutrido	4,0 (1,0 – 15,0)	
Gravemente desnutrido	0,5 (0,2 – 1,3)	
Idade		
Até 15 anos	0,8 (0,4 – 1,0)	0,006*
16 a 18 anos	0,8 (0,4 – 2,5)	
19 a 29 anos	2,0 (0,3 – 5,0)	
30 anos ou mais	15,0 (2,3 – 21,7)	

Fonte: Elaboração da autora

*Teste Kruskal-Wallis

Tabela 10 - Associação entre amenorreia e escolaridade e o diagnóstico final

	Anorexia n (%)	Bulimia n (%)	Valor-p
Amenorreia			
Sim	6 (85,7)	1 (14,3)	0,095*
Não	12 (46,2)	14 (53,8)	
Escolaridade			
1º grau	9 (60,0)	6 (40,0)	0,368*
2º grau	4 (80,0%)	1 (20,0%)	
Superior	6 (42,8%)	8 (57,1%)	

*Teste de Fisher

Fonte: Elaboração da autora

A prevalência de anorexia foi de 85,7% entre os pacientes com amenorreia e 46,2% entre os pacientes sem amenorreia, sem significância estatística (valor- $p > 0,05$).

6.3 Percepção da imagem corporal e da alimentação e demanda de tratamento

Na análise qualitativa, foram consideradas todas as 38 entrevistas, visto que a riqueza e a originalidade das falas são peças importantes, pois fundamentam a interpretação subjetiva das questões em estudo.

6.3.1 Demanda de tratamento

O objetivo de elaborar esta questão foi de investigar a demanda de tratamento à admissão em um serviço especializado em TA.

Podemos observar que das 38 entrevistas realizadas, 34% dos pacientes apresentaram-se no NIAB de forma espontânea, com queixas relacionadas ao sofrimentos psíquicos referentes ao TA e somente 5% dos pacientes procuraram o serviço devido ao quadro de gravidade clínica no campo orgânico; 32% foram conduzidos ao serviço por intervenção familiar, sobretudo materna (em 67% dos casos); 26% foram encaminhados por outros profissionais da área da saúde.

Algumas das 13 falas (34%) chamam atenção para a procura ao serviço ser de forma espontânea, motivada não pela gravidade da doença, mas pela própria descrição da singularidade do sintoma:

Paciente 13, de 22 anos portadora de BN relata identificação com o sintoma de transtorno alimentar puramente com uma descrição diagnóstica, ela diz: “[...] Foi o distúrbio alimentar mesmo.... A ansiedade... eu como compulsivamente também por aí...e aí eu provoço o vômito.”

O paciente 19, de 20 anos, localiza sua angústia, relacionando-a com uma questão social:

[...] É meu intuito de realmente parar, sabe?!? De conseguir a cura desse problema, que eu entendo que é um problema passageiro...entende? Mas que no momento tá afetando minha vida bastante... Em todas as áreas... Aí me resolvi....que me trouxe aqui foi esse objetivo de conseguir restabelecer minha vida normal que eu tinha [...].

A fala da paciente 30, de 23 anos, BN, coincide com a fala acima e demonstra sua frustração: “[...] Tô me sentindo muito mal...Depois das práticas de vômito, me sinto pior ainda....Eu preciso melhorar...eu preciso de ajuda, porque eu já tentei sozinha e não consegui [...]”.

O encaminhamento realizado por familiares foi diagnosticado em 32% dos casos, sendo desses uma grande maioria (67%) levada pela mãe. A paciente 27, de 18 anos, portadora de AN do tipo purgativo demonstra, em sua fala repetitiva, o papel da mãe na localização de seu sintoma:

[...] Foi minha amiga que falou e tal....pra procurar saber... que eu tava ficando doente mesmo.....aí ela falou com minha mãe que....minha mãe não sabia que eu tava vomitando....aí, ela foi e falou com a minha mãe.....A minha mãe veio e procurou. A mãe da minha amiga já teve aqui também [...]

Esta paciente relatou posteriormente que a mãe de sua amiga era portadora de AN e já se tratou no NIAB.

A adolescente 23, de 15 anos, portadora de AN do tipo restritivo, apresenta sua insatisfação na fala: “[...]Na verdade foi a preocupação dos meus pais... Se fosse por mim eu não teria vindo.”

Apenas dois entrevistados (5%), se motivaram a procurar o serviço devido a um importante comprometimento clínico e nutricional da doença.

A jovem 11, de 24 anos, portadora de AN restritiva comenta: “[...] Não conseguia me alimentar de forma alguma, não conseguia....a comida não descia, aí, eu cheguei tomar soro, pela gravidade....aí eu tava desmaiando, aí uma pessoa me falou daqui, por isso eu procurei.”

A paciente 26 de 33 anos, portadora de BN, relata que a procura pela ajuda encontra-se na estética e não no comprometimento clínico: “[...] Porque eu fiquei muito magra...meu cabelo caiu...é...eu acho que quando começa a passar para a parte estética da mulher eu acho que complica, né?![...]”

Podemos verificar o encaminhamento, devido a gravidade clínica, quando 26% dos pacientes foram conduzidos por outros profissionais, demonstrando uma recusa em se apresentarem no serviço: “[...] Foi a médica cardiologista que me indicou. Ela queria colocar sonda, aí eu pedi um tempo....me dá uns 3 dias, ela me deu 6 dias....aí eu fui obrigada, né?! Aí que eu vim parar aqui....” Paciente 19,, 42 anos, AN do tipo Purgativo.

Nessa questão motivacional apareceram algumas falas importantes que demonstram a responsabilidade do profissional nutricionista na condução dos TA: “[...] Eu fui encaminhada.....Eu preciso comer com prazer sem sentir essa culpa. Eu acho que só uma nutricionista que vai poder me ensinar a fazer isso...” Paciente 1, 43 anos, BN.

6.3.2 Autopercepção da imagem corporal

Com o interesse em investigar a autopercepção corporal dos entrevistados, foi possível observar que a maioria dos indivíduos (45%) queixaram de distúrbios de imagem corporal; 29% relataram que se percebem magros e 26% acham que o corpo está “bom”.

A paciente 1, bulímica de 43 anos demonstra em sua fala uma relação de dismorfofobia vivenciada quando se olha no espelho:

[...] Não, eu não gosto do jeito que tá. Eu não gosto... o que eu vejo...
.....Meu namorado, minha filha, meu ex-marido, minha irmã fala assim: “não, você tá bem!!!”. Até serve um pouco de consolo, mas é...não.... não na hora que eu olho pro espelho e vejo meu corpo.... não tá do jeito que eu quero.... que eu gosto, entendeu?!

A paciente 32, de 35 anos, portadora de BN, completa: “[...] Tem dias que eu me olho no espelho e me sinto gorda.... aí eu começo a vomitar, como e vomito, como e vomito toda hora...se eu comer toda hora eu vomito toda hora.[...]”

A adolescente 33, de 15 anos, anoréxica do tipo purgativa, apresenta em sua fala a experiência corporal vivida quando se alimenta: “[...] Às vezes eu saio e me sinto mais bem... aí dependendo da quantidade que eu como, às vezes eu sinto que, naquela hora mesmo meu corpo dobrou de tamanho.”

A dismorfofobia também pode ser observada na fala da adolescente 9, de 15 anos portadora de BN, que já expõem sua insatisfação corporal, no momento que se questiona o motivo que a fez procurar o serviço: “[...] O motivo é de eu estar me sentindo muito gorda.....mesmo as pessoas falando que eu estava magra.”

Entre os 29% que se percebem magros, a paciente 22, 31 anos, bulímica demonstra sua relação com o espelho: “[...] Eu percebo atrás do espelho, quando eu olho pro espelho aí eu vejo que to magra demais...

A adolescente 7, de 14 anos, portadora de AN, reflete sobre sua dificuldade vivenciada em relação ao seu corpo:

[...] Nesse momento eu tô percebendo que tô muito magra... Me incomoda porque, assim, eu achava que quando eu tava com meu peso normal, que eu fui na nutricionista, ela olhou assim meu peso... minha altura e viu que meu peso ainda tava um pouco abaixo ainda.... E eu achava que eu tava gorda!!! Aí ... eu não tava gorda!!! Aí eu peguei até a minha colega, que ela é baixinha, miudinha...aí eu perguntei quanto ela pesa e ela pesa 37 kg e eu peso 35 kg, então eu peso menos ainda do que ela!”

A paciente 28, de 15 anos portadora de AN, curiosamente, expressa sua opinião entre a magreza e suas vantagens: “[...] Tá magro e magro... O lado bom de ser magro é os outros não me chamarem de gorda...Dá pra passar em lugar apertado...”

O jovem 12, de 18 com AN do tipo restritivo, questiona sua relação com corpo e AN: “[...] Eu sei que estou magro, mas não ao ponto de doença...”

Vale destacar a gravidade clínica/nutricional que esse rapaz se encontrava, apresentando quadro de magreza acentuada, segundo IMC; gravemente desnutrido, conforme a ASG e com uma reserva excessivamente baixa de tecido adiposo (ou % gordura), menor ou igual a 6%.

Dos 26% que acham que o corpo está “bom”, a jovem 11, de 24 anos, com AN, associa a magreza com doença e estética: “[...] Hoje eu preferiria estar magra... Igual quando eu tava doente. Mas funcionalmente falando eu prefiro estar igual eu estou hoje.... Tô mais disposta, mais alegre..... Mas em termo estético eu queria estar mais magra!”

A paciente 4, de 13 anos com AN do tipo restritivo, relata sua relação com o corpo e seu receio de engordar: “[...] Ah, eu me achava mais gordinha, aí eu queria emagrecer e poder melhorar no balé... Aí hoje em dia, assim, eu acho que tenho um corpo bom, mas tenho muito medo de engordar.... Saí desse jeito que eu tô...”

Já a adolescente 2, de 14 anos, portadora de AN, relaciona sua percepção de corpo “bom” contradizendo com sua fraqueza: “[...] Ah, ele tá bom!” “....Bom, bom, bom.... não, porque ele não tá forte, ele tá fraco, né?! Não tem forças ainda, ainda não tá bom não...”

Outra por se tratar de obesidade, que se encontrava em período de pós-operatório de cirurgia bariátrica.

Embora a paciente 6, de 39 anos, portadora de BN, não tenha sido incluída na análise quantitativa, pois apresentava um quadro de obesidade e estava em período de pós-operatório de cirurgia bariátrica, neste ítem, optamos em destacá-la devido à riqueza de sua fala ao enfrentamento de sua doença:

[...] Assim eu tô muito mais feliz porque eu procurei a cirurgia para ter qualidade de vida, não é por causa da estética... Eu tinha uma vida sedentária ...eu não tinha vida, eu não saía, eu já tava chegando num ponto que até a assepsia tava complicada... Já tava chegando num ponto que ia depender do meu marido...Isso não é vida, eu não podia ajoelhar, eu não podia limpar minha casa, eu não saía mais, quer dizer: a obesidade te leva a chegar num ponto que você fica sendo refém de você mesma. [..].”

6.3.3 Autopercepção alimentar

Nesta última questão, percebemos que a maioria dos pacientes (31,5%) percebem sua alimentação como “boa” e 26% queixaram-se dizendo que acreditam ser “ruim”. Outras importantes colocações caracterizaram esse universo alimentar, sendo citado por 10,5% a questão da compulsão; 16% comentaram sobre a perda de controle e 16% apresentaram a alimentação como “inexistente”.

Quando pergunto sobre percepção alimentar para os pacientes que acreditam que ela seja “boa”, a paciente 20, BN de 29 anos diz: “[...] Ela tá “bem”, mas por causa da minha ansiedade esses dias eu não tô comendo muito, eu não como direito.”

O jovem 12, de 18 com AN do tipo restritivo, acrescenta ainda aspectos de sua identificação com a comida: “[...] Ela é..... eu sou uma boca muito doce! Sou tipo uma criança mesmo. Eu preciso de todo dia, nem que seja uma balinha. So pra sentir aquele açúcar, aquela coisa toda!”

Dos 26% que queixaram de sua alimentação, a jovem 36, de 18 anos portadora de BN reflete sobre a questão entre o comer “demais e o nada”: “[...] Eu não me alimento bem, eu vejo que eu não me alimento bem...Ou eu como demais ou eu não como nada e não como nada saudável [..].”

A questão apresentada em 13% dos indivíduos sobre a compulsão alimentar pode ser representada na fala da paciente 1, de 43 anos, bulímica que diz: “[...] Eu gosto das coisas que me fazem bem”. Porém às vezes eu acho que eu exagero na quantidade... mesmo no que faz bem.... Aí eu provoço o vômito...”

Acrescenta ainda questões de “culpa”, “punição”:

[...] Então.... é aquela compulsão de quantidade, né? E isso faz mal para minha cabeça, eu sinto uma culpa danada..não era pra mim ter comido isso tudo! Não precisava de comer isso tudo.... E aí eu vou me punir de alguma outra maneira... Ou eu vou passar dois dias sem comer, ou eu vou provocar vômito, ou eu vou entrar numa anfetamina, ou eu vou entrar num diurético, num laxante, alguma coisa para eliminar de forma rápida aquilo que eu ingeri.

A queixa da “falta de controle” pode ser observada, entre os 16% dos pacientes, pelo rapaz 18, de 20 anos, portador de bulimia, que apresenta sua alimentação:

[...] Toda desregrada nestes últimos 8 meses, está completamente desregrada, então, não posso falar com você que eu como isso...ou isso... porque eu não sei...se fosse 8 meses atrás eu podia te falar o que eu iria comer o mês inteiro. Hoje eu não sei o que eu vou comer daqui duas horas...não tenho esse controle.... é isso que deixa angustiado, sabe?!”

A paciente 6, de 39 anos, pós-operada de cirurgia bariátrica, portadora de BN comenta:

[...] Todos os dias eu falo pra mim o seguinte: “Hoje eu comando você, não é você que me comanda não...” Porque antes ela me comandava, então eu tenho que falar isso pra mim e acreditar, por que é aquela coisa...eu tenho que vigiar, a gente tem que vigiar porque, antes eu vivia pra comer, e hoje tem que ser o contrário, eu preciso comer pra mim viver...e eu não preciso de ser o contrário. Mas, eu tenho que saber uma coisa, isso é minha fraqueza, então eu tenho que estar sempre alerta, então, hoje por exemplo, eu como um pratinho de bebê [...]

Foi observado que 16% dos entrevistados colocaram sua alimentação como “inexistente”, essa curiosa caracterização pode ser observada na fala da paciente 19, de 42 anos portadora de AN do tipo purgativo diz:

[...] Aliás.....eu nem tenho alimentação. Eu cheguei ali no restaurante aí o acompanhante:cê vai almoçar comigo... Eu disse não... Eu fiquei sentada, eu não tava aguentado ver comida na minha frente, aquele cheiro... aí comecei a passar mal, falei com ela...vou sair...aí o pessoal conversando... aquela coisa...aí aquilo ali... já fui ficando enjoada... Aí eu falei com ela: vou sair, não tô dando conta desse lugar.....Eu não tava aguentando “ver” o cheiro, ver não... sentir [...]

A adolescente 4, AN de 13 anos diz: “[...] Ah, eu não gosto de comer.... nada que me dá eu gosto. Não tenho vontade nenhuma... então, não vejo mais vontade de nada disso.[...]”

A jovem 35, de 19 anos, BN, comenta: “[...] Quando há alimentação... mesmo assim é ruim...eu não como nada que presta [...]”.

7 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Uma das principais razões para o desenvolvimento desse trabalho relaciona-se à necessidade de se buscar um refinamento da avaliação nutricional, para tentar dar conta das discrepâncias observadas na literatura e na prática clínica entre o IMC e diversos parâmetros antropométricos.

Nesse sentido, o recurso da ASG não teve a intenção de avaliar sua eficácia como método de avaliação nutricional, mas apenas de verificar seu uso na prática diária e sua eventual contribuição para um refinamento clínico, já que envolve dimensões habitualmente não avaliadas e que podem ter importância no diagnóstico, na condução do caso e, eventualmente, como viemos a perceber posteriormente, na própria percepção que os pacientes podem ter sobre a sua doença.

7.1 Aspectos epidemiológicos

Dos 36 indivíduos admitidos no serviço, 94,4% eram do sexo feminino, sendo em sua maioria adolescentes (52,8%), resultados compatíveis com as descrições da literatura acerca do perfil populacional de serviços especializados em TA. (BORGES et al., 2006; TIRICO et al., 2010; TAKEY; EISENSTEIN, 2006).

O diagnóstico mais freqüente foi de bulimia nervosa tipo purgativo, ocorrendo em 44,7% dos entrevistados (Tabela 4). O tempo mediano de doença foi de 1 ano, com mínimo de 0,1 ano (1 mês) e máximo de 40 anos. Outro dado importante, ainda apresentado na tabela 4, foi a mediana da idade de início da doença, sendo essa de 16 anos, com mínimo de 12 e máximo de 47 anos.

Ao analisarmos o tempo mediano da doença e da idade, observamos ainda que os pacientes com idade de até 18 anos apresentaram tempo menor que 1 ano; pacientes com idade entre 19 e 29 anos, tempo de 2 anos; e 15 anos entre os pacientes com mais de 30 anos; diferenças estatisticamente significativas. Dados

da literatura, particularmente na AN, apontam que o menor tempo de doença é um fator prognóstico positivo importante, assim como o melhor prognóstico da AN iniciada na adolescência em comparação àquela iniciada na idade adulta. (STEINHAUSEN, 2002).

Os resultados apresentados vão ao encontro dessas observações, indicando que os sintomas alimentares se iniciaram na adolescência na maioria dos entrevistados e que se cronificaram em parte significativa dos pacientes, especialmente naqueles com maior tempo de doença, revelando a necessidade de intervenção precoce nos casos de TA antes da cronificação da doença. (PACCOLA, 2006).

Cabe destacar a prevalência do desenvolvimento de TA na adolescência, por ser essa uma complexa fase da vida, em que o corpo é alvo de constantes mudanças, associadas às quais ocorre um afloramento da sexualidade, fatores que produzem angústia nos jovens. (PIMENTA FILHO, 2004). Alguns autores atentam quanto ao fato de a puberdade poder ser considerada como uma fase propícia para o desenvolvimento dos TA, salientando ainda a necessidade de se atentar para a particularidade desse momento, uma vez que a resposta singular de um determinado adolescente à puberdade pode resultar em risco para o desenvolvimento dos distúrbios alimentares. (SCHEBENDACH; ANDERSON, 2005; MORGAN et al., 2006).

Morgan et al. (2006) relatam ainda que em pacientes que desenvolvem TA na infância ou adolescência a detecção precoce se faz extremamente necessária, uma vez que as complicações clínicas tendem a evoluir de forma mais acelerada, agravadas pelas mudanças corpóreas dessa fase.

O perfil epidemiológico descrito na tabela 2, mostrou que a maioria da população não trabalhava, não fumava, não fazia uso de bebidas alcoólicas e não praticava atividade física.

Em um estudo realizado em uma amostra de 47 indivíduos com transtornos alimentares, matriculados no Ambulatório de Bulimia e TA (AMBULIM) do Hospital das Clínicas de São Paulo, mostraram que a maioria dos participantes (42,6%)

faziam exercício físico de forma excessiva. Embora a amostra estudada já fosse acompanhada por um serviço especializado em TA, essa frequência divergiu da encontrada no presente estudo, em que apenas 18,2% realizavam atividade física 7 dias da semana (ASSUNÇÃO et al., 2001).

A maioria dos pacientes com 1º e 2º graus completos, apresentou diagnóstico mais prevalente de anorexia nervosa (respectivamente 60% e 80%), ao passo que a maioria dos pacientes que relataram possuir nível superior completo apresentava-se com quadro de BN (53,8%), diferenças não estatisticamente significativas (tabela 10).

Favaro et al. (2003), em um estudo de prevalência realizado em uma população italiana, concluíram que o grau de escolaridade, assim como a classe social e o *status* profissional não são fatores que se associam a um risco aumentado de desenvolvimento de TA. Essa observação, juntamente com a de outros autores, indica que, ao contrário do que anteriormente observado, a anorexia e a bulimia não são restritas a classes sociais ou níveis de escolaridade específicos. (FISCHER et al., 1995).

Conforme as descrições clínicas do DSM-IV e CID-10, as quais apontam a amenorreia como um fenômeno frequente na AN. Na amostra apresentada, dos pacientes diagnosticados com anorexia, 85,7% apresentavam amenorreia (tabela 10).

7.2 Aspectos antropométricos

Ao verificar a prevalência de magreza, conforme a classificação do IMC, entre os pacientes com amenorreia, o resultado encontrado foi de 57,1%, associação não significativa (tabela 7). É possível que como essa análise, por envolver pacientes com AN e BN, vários tempos de duração da doença e idades não tenha sido possível estabelecer relação entre a desnutrição e o desenvolvimento de amenorreia. Por outro lado, é interessante observar que os pacientes classificados

como desnutridos pela ASG apresentaram mais amenorreia: 9,1% em pacientes nutridos, 16,7% entre os moderadamente desnutridos e 80% entre os gravemente desnutridos, diferenças estatisticamente significativas (tabela 8). Como a ASG mostrou correlação significativa com a desnutrição ao IMC, particularmente na faixa mais extrema, é razoável supor a existência de correlação entre amenorreia e desnutrição na amostra estudada.

Lenoir e Silber (2006) refletem a importância da investigação do diagnóstico diferencial e discorrem que nem todo adolescente com perda de peso seguido de amenorreia apresenta um quadro de anorexia nervosa. Dessa maneira, reiteramos a necessidade de se utilizar diversos métodos para o diagnóstico de TA, no intuito de descartar outras complicações orgânicas que podem apresentar a mesma sintomatologia dos TA.

Um dado interessante encontrado no estudo foi o resultado descritivo do IMC, o qual mostrou que a maioria dos adolescentes que chegam a um serviço de TA encontravam-se eutróficos; a classificação em adultos mostrou resultado oposto, grande parte destes estava com algum grau de magreza ou valores de IMC menores que $18,49 \text{ Kg/m}^2$ (Tabela 3).

Em um artigo que descreve o manejo nutricional no Grupo de Assistência em TA (GRATA) do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, Sicchieri et al. (2006) apresentam observação semelhante e comentam que adolescentes portadores de AN quando chegam a um serviço procurando tratamento podem apresentar um índice menor que 15 Kg/m^2 .

Apesar do IMC ser considerado o indicador mais utilizado para avaliação antropométrica em adolescentes e adultos (SAITO; NETO, 2004), outros parâmetros nutricionais utilizados na pesquisa, entre eles o %G, CB e CMB, tiveram uma associação significativa com os resultados obtidos nas análise do IMC (vide Tabela 6).

Todos os pacientes avaliados com %G excessivamente baixo ou baixo (incluindo adolescentes e adultos) foram classificados como magreza pelo IMC (vide Tabela

6). Essa conclusão aponta para a utilidade de se ampliar os instrumentos utilizados para investigação do estado nutricional de pacientes portadores de TA.

Diversos autores (DEURENBERG et al., 1991; YAMASHITA et al., 2010; MATTAR et al., 2011) atentam para o fato de que o uso restrito do IMC como parâmetro único de avaliação nutricional pode não refletir a realidade física de pacientes portadores de TA.

Em um estudo recente de revisão da literatura, Mattar et al. (2011) questionam o fato de que os métodos de investigação da composição corporal ainda não estão validados em pacientes com AN. Apontam ainda a necessidade de se pesquisar alterações no estado nutricional de pacientes portadores de AN, afirmando que essas alterações podem afetar e comprometer a condição psiquiátrica desses pacientes, dificultando a condução do tratamento.

Os métodos utilizados na pesquisa, entre eles % gordura, utilizando 4 dobras cutâneas, a CB e CMB, revelaram-se adequados para estudos epidemiológicos e para prática clínica em indivíduos portadores de TA, tendo sido observada no presente estudo simplicidade técnica, baixo custo operacional e pouca demora na sua realização.

Mattar et al. (2011) contribuem ainda para a discussão de avaliação nutricional, alertando quanto à necessidade de se utilizar parâmetros que possam não sofrer influência dos pacientes na análise de seus resultados. Comentam que o uso da circunferência do braço permite tornar mais abrangente a investigação da composição corporal, uma vez que pacientes anoréxicas, podem, por exemplo, aumentar a ingestão hídrica no dia da pesagem, a fim de apresentar um resultado falso positivo.

Reforçando a importância de uma análise mais abrangente da antropometria, Gonzalez et al. (2007) concluíram que a desnutrição proteico calórica, investigada pelas CB e CMB, quando ocorre em adolescentes portadores de TA pode resultar em atraso de desenvolvimento normal para idade e progressão da puberdade.

Apesar do %P/P – A/U não ter apresentado uma associação significativa com o IMC, atentamos que a maioria (66,67%) dos pacientes que procuraram o serviço apresentaram uma perda de peso importante com depleção leve, moderada ou severa. Tal observação é mais ou menos óbvia, à medida que pacientes com sobrepeso ou obesos podem apresentar perda importante e rápida de peso, sem desenvolver transtorno alimentar e se tornar magros à análise do IMC. Dessa forma, a observação de perda de peso rápida deve ser levada em conta no diagnóstico.

Alguns autores discorrem sobre a importância em se verificar o percentual de perda de peso no período mínimo de três meses. Carvalho et al. (2010) concluem que pacientes que apresentam perda de peso habitual (ou usual) acima de 10% em dois a três meses ou indivíduos que se encontram com peso 70% inferior ao ideal se encontram com alto risco de desenvolver a síndrome de realimentação, que constituem em uma desordem hidroeletrólítica grave, potencialmente fatal, podendo ocorrer após reintrodução abrupta da dieta. (WHITELAW et al., 2010; COMMITTEE ON ADOLESCENCE, 2003).

7.3 Avaliação subjetiva global

A ASG mostrou-se um método de fácil aplicação, rápido e não invasivo e que permitiu que o entrevistado pudesse tecer comentários sobre o peso usual e outras considerações clínico-nutricionais, sem que ele se sentisse constrangido.

Secker e Jeejeebhoy (2007), este último o mentor da criação da ASG, acrescentam aspectos importantes ao papel da ASG e citam-na como um instrumento válido para avaliar o estado nutricional de crianças e identificar aquelas que podem apresentar maior risco de complicações clínicas associadas às alterações nutricionais.

O resultado do perfil descritivo da ASG mostrou que 75% dos entrevistados apresentaram perda de peso nos últimos 6 meses e 52,8% relataram estar estáveis nas últimas 2 semanas. Para 66,7% dos entrevistados, houve alteração na ingestão

alimentar além do habitual e para esses, o tipo de dieta mais freqüente é a sólida em menor quantidade. A prevalência de sintomas gastrointestinais há mais de 2 semanas foi de 61,1%. A capacidade funcional com disfunção ocorreu em apenas 19,4%, sendo que destes, 57% encontram-se em trabalho subótimo. A avaliação final mostrou que 63,9% dos indivíduos avaliados estão nutridos e apenas 16,7% gravemente desnutridos.

Apesar de se tratar de um método subjetivo, Silva e Barros (2002) afirmam que ASG, quando aplicada por observadores experientes, apresenta boa precisão diagnóstica. Relatam também que esse instrumento foi legitimado por meio da validação convergente, em que a ASG foi comparada a outros métodos objetivos de avaliação nutricional.

Dessa maneira, observamos, na tabela 7, que houve associação significativa entre a classificação do IMC e Avaliação Subjetiva Global (valor- $p < 0,05$). A prevalência de magreza entre os pacientes classificados como nutridos foi de 21,7%, entre os moderadamente desnutridos foi de 71,4% e de 100% entre os gravemente desnutridos.

Embora não seja objetivo desse estudo discutir a performance da ASG como método de diagnóstico nutricional em pacientes com TAs, é interessante assinalar suas relativamente elevadas especificidades (90%, 18/20 verdadeiro negativos) e baixa sensibilidade (68,9%, 11/16 verdadeiro positivos, tabela 7), tomando-se como referência o IMC.

Essas observações vão ao encontro dos aspectos assinalados por Silva e Barros (2002), considerando o fato de a ASG não apresentar sensibilidade adequada para identificar pequenas variações no estado nutricional e alertando quanto à necessidade de complementação da ASG com outras técnicas de avaliação.

7.4 Percepção corporal, alimentar e demanda de tratamento

Apesar da importância dos dados quantitativos apresentados, Paccola (2006) frisa a necessidade de não perder a identificação e a abordagem terapêutica na dimensão do “todo”, que acontece em portadores de TA. A autora argumenta ainda que apenas evidências clínicas não detectam o sofrimento do paciente.

Nesse sentido, Amaral e Ferreira (2008, p. 5) assinalam que: “Os fenômenos clínicos são expressões sintomáticas em resposta a conflitos psíquicos”.

Giordani (2009) apresenta o nutricionista como profissional de saúde com o olhar treinado a objetivar os sintomas e transcrever em sinais a subjetividade do paciente. Embora essa função, assemelhada a outras da área de saúde no aspecto da objetivação do sofrimento, seja de extrema importância, não se pode esquecer que o sofrimento, objeto último do profissional de saúde, apresenta dimensões não objetiváveis. Por isso, a necessidade desse profissional treinar a atenção para os aspectos que surgem na dimensão da fala dos pacientes portadores de TA e que compõem o universo de seu sofrimento.

Foi interessante verificar que a maioria das falas dos pesquisados além de contradizerem a literatura, que descreve que as complicações clínicas são principal motivo para a procura de ajuda (BORGES et al., 2006; SICCHIERI et al., 2006), não condizem com o resultado da análise clínica e nutricional, que revelou que a maioria dos adultos ao chegar no serviço apresentaram alterações no perfil clínico/nutricional.

Observamos nas falas sobre as causas da procura do serviço, que além da maioria dos entrevistados procurarem o serviço de forma espontânea; eles discursam sobre a singularidade da doença, que compromete sua vida social e que certifica para alguns a “incompetência” de não conseguirem se tratar sozinhos. Esse achado demonstra que o impacto no aspecto físico pode ser tão importante quanto os prejuízos emocionais e sociais vividos por pacientes com TA.

Alguns autores (MORGAN et al., 2006; ALVARENGA et al., 2004) refletem quanto à necessidade de se ter a família como parceira para o tratamento de pacientes com TA. Porém, salientamos que esse apoio deve se dar de maneira cautelosa, a fim de

não prejudicar a condução do tratamento. Dessa maneira, foi relatado como o segundo maior motivo para procura ao serviço, o encaminhamento familiar; algumas vezes nota-se que esse foi feito de forma “forçada” sem que o paciente pudesse expressar sua real vontade em se tratar.

Sem querer discutir o direito ou a importância do encaminhamento pelos familiares, a observação sobre a ausência de demanda por parte dos pacientes põe em destaque a importância de que esses se apropriem do seu tratamento e possam eventualmente se relacionar de forma ativa e madura com os profissionais de saúde.

Nesse aspecto, vale lembrar da necessidade em estimular a construção do vínculo entre profissional e paciente, uma vez que esse laço, quando estabelecido, pode permitir que o paciente elabore melhor a história de sua doença e venha, efetivamente, a desenvolver uma demanda de tratamento.

Stenzel (2006) comenta, em relação às pesquisas que avaliam a autopercepção corporal, que seu objetivo deve ser focado nas questões mais perceptivas e subjetivas do corpo. Nessa lógica, podemos observar que o paciente cujo corpo “protagoniza” a história da doença, pode revelar visões distorcidas de sua autoimagem.

Conforme foi citado, a maioria dos entrevistados queixaram-se de distúrbios de imagem corporal. Alguns deles que se nomeiam de “gorda”, “baleia”, “barriguda”, e etc, parecem estabelecer uma forte ligação com esses significantes. Como se esses nomes representassem uma identificação ou uma rotulação que oferecesse um sentido ou uma “forma” ao corpo desses pacientes, que, aparentemente, parece não se importar com as inúmeras alterações clínico-nutricionais (encontradas na observação clínico-nutricional).

Quando pensamos em dieta, vamos direto ao seu significado de origem grega que refere-se à definição de *díaita* ou: “maneira de viver”. Essa explicação é de extrema importância, uma vez que avaliar autopercepção alimentar deve também significar

investigar a forma ou modo que os pacientes estabelecem sua relação com a vida e com a comida.

Em uma pesquisa que avalia qualidade de vida em pacientes portadores de TA, Tirico et al. (2010) afirmam que a perda de controle sobre o comer e a existência de comportamento compensatório parece contribuir de modo negativo nessa percepção.

As falas de 16% dos entrevistados acerca da perda de controle mostra a “força” que a alimentação representa na vida desses pacientes, cuja intencionalidade vivida pela obsessão de magreza opera escolhas e estimula atitudes alimentares que podem comprometer futuramente o estado nutricional dos investigados.

Outra fala importante, algumas vezes citadas, foi a “inexistência de alimentação”, essa interessante percepção mostra a associação que esses pacientes estabelecem entre o vazio e ato de comer. Esse fenômeno comer, descrito por Lévi-Strauss (1991) como um elo entre os indivíduos de uma sociedade, pode representar a marginalização relatada por alguns pacientes, que parecem se localizar um pouco nesse universo em que a comida é um elo social rompido.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A investigação do perfil epidemiológico da população que procurou um serviço especializado em TA revelou um predomínio de adolescentes do sexo feminino que não praticavam atividade física, não consumiam bebidas alcoólicas e não fumavam. A maioria delas (47,4%) apresentavam-se eutróficas, segundo o IMC e com o %G adequado (40%), sendo associação desses dois parâmetros, estatisticamente significativa.

Embora não exista na literatura um método descrito como padrão ouro de avaliação nutricional em pacientes portadores de TA; apenas relacionam o uso do IMC, os parâmetros antropométricos, bem como a ASG, utilizados na atual pesquisa, permitiram uma visão ampliada da composição corporal dos entrevistados e apresentaram associações estatisticamente significativas. Concluímos pela necessidade de se utilizar vários métodos de avaliação clínico-nutricional em população semelhante a estudada.

Apesar de se tratar de uma doença centrada no corpo e na alimentação, a riqueza de se tentar investigar a percepção corporal e alimentar por meio da escuta cuidadosa auxilia o nutricionista para ampliação do seu olhar acerca do indivíduo que experimenta um processo de adoecimento.

A clínica nutricional deve expandir seu olhar sobre quem se alimenta, seus padrões socioculturais, sua vinculação alimentar com o meio em que habita, suas representações alimentares, sua memória gustativa; enfim, reestruturar sua lógica habitualmente baseada na preocupação com “o que se alimenta” .

Destacamos ainda a responsabilidade do nutricionista ser frequentemente considerado como aquele que sabe sobre alimentação. Ressaltamos a necessidade desse profissional não responder sempre a demanda de ocupar esse lugar, dando sempre espaço a novas compreensões e percepções alimentares.

Acreditamos que o alimento assume um papel de reconforto emocional para adolescentes que buscam compensar pela rejeição ou consumo voraz da comida uma falta de amor, carinho, afeto, cuidado e inúmeros outros sentimentos. Reforçamos a necessidade de se desenvolver novos estudos que permitam levar em conta a fala do paciente e não somente investigar seus aspectos alimentares e/ou clínico-nutricionais, promovendo, assim, reflexões mais aprofundadas acerca dos TA.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Cristiano Nabuco de; FILHO, Raphael Cangelli. Anorexia nervosa e bulimia nervosa – abordagem cognitivo-constructivista de psicoterapia. **Rev. Psiq. Clín.**, São Paulo, v.31, n.4, 2004.

ADA - American Dietetic Association. - Position of the American Dietetic Association: nutrition Intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and eating disorders not otherwise specified (EDNOS). **J AM Diet Assoc.**, v. 101, p. 810-9, 2001.

ALVARENGA, Marle; DUNKER, Karin Louise Lenz; ROMANO, Érika Checon Blandino; PHILIPPI, Sônia Tucunduva. Terapia Nutricional para Transtornos Alimentares. In: PHILIPPI, Sônia Tucunduva; ALVARENGA, Marle; Eds. **Transtornos Alimentares: uma visão nutricional**. São Paulo. Editora Manole, 2004. Cap. 13, p. 209-226.

ALVARENGA, Marle; LARINO, Maria Aparecida. Terapia Nutricional na Anorexia e Bulimia Nervosas. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 24, Supl. III, p. 39-43, 2002.

AMARAL, Tatiana Mattos do; FERREIRA, Roberto Assis. Anorexia e bulimia – Um transtorno alimentar: Não se trata disso. **Rev. Med.**, Minas Gerais, v.18, n. 4, Supl I, p. 5-12, 2008.

APA - American Psychiatric Association. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

APPOLINARIO, José C.; MOYA, Tatiana. Serviços de Transtornos Alimentares no Brasil e no Mundo. In: NUNES, M. A. et al. Eds. **Transtornos alimentares e obesidade**. São Paulo. Editora Artmed, 2006, Cap. 14, p. 169-181.

ASSUNÇÃO, Sheila Seleri Marques; CORDÁS, Táki Athnássios; ARAÚJO, Luiz Armando Serra Barreto de. Atividade física e transtornos alimentares. **Rev. Psiq. Clín.**, São Paulo, v.1, p.4-13, 2002.

ASSUNÇÃO, Sheila Seleri Marques. Dismorfia Muscular. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 24, Supl. III, p. 80-4, 2002.

ASSUNÇÃO, Carmen Leal de; CABRAL, Mônica D. Complicações clínicas da anorexia nervosa e bulimia nervosa. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v.24, Supl III, p. 29-33, 2004.

ÁVILA, Boêmia N. D.; NUNES, Maria A. Risco e Prevenção dos Transtornos Alimentares. In: NUNES, M. A.; et. al. Eds. **Transtornos alimentares e obesidade**. São Paulo. Editora Artmed, 2006, Cap. 7, p. 95-101.

BALLONE, GJ. Transtornos alimentares. In: **PsiquWeb, Internet**. Disponível em: <[HTTP://www.psiqweb.med.br/](http://www.psiqweb.med.br/)>. Acesso em: 20 abr. 2007.

BERNARDI, Júlia Laura de; ABRAHÃO, Carolinne Ferreira; BAIS, Taís Polido. Transtorno alimentar: bulimia nervosa, sinais clínicos e tratamento dietoterápico. **Rev. Nutr. em Pauta**, São Paulo, Ano. XIV, n. 80, p. 41-47, 2006.

BLACKBURN, G.L.; BISTRIAN, B.R., MAINI, B.S. Nutritional and metabolic assessment of the hospitalized patient. **Journal of Parenteral and Enteral Nutrition**, v.1, n.1, p.11-32, 1977.

BLACKBURN, G.L.; THORNTON P.A. Nutritional assessment of the hospitalized patients. **Med. Clín. North. Am.**, v. 63, n. 5, p. 1103-15, 1979.

BRANCO, Lucia Maria; HILÁRIO, Maria Odete Esteves; CINTRA, Isa de Pádua. Percepção e satisfação corporal em adolescentes e a relação com seu estado nutricional. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, São Paulo, v. 33, n. 6, p. 292-296, 2006.

BORGES, Nádia Juliana Beraldo Goularti et al. Transtornos alimentares – quadro clínico. **Rev. Medicina**, Ribeirão Preto, v. 39, n. 3, p. 340-8, 2006.

CABRERA, Catalina Camas. Estratégias de intervenção interdisciplinar no cuidado com o paciente com transtorno alimentar: o tratamento farmacológico. **Rev. Medicina**, Ribeirão Preto, v. 39, n. 3, p. 375-80, 2006.

CARVALHO, Ana Paula Oliveira et al. Anorexia nervosa e síndrome de realimentação: relato de caso. **Rev. Medicina**, Minas Gerais, v. 20, n. 1, p. 128-130, 2010.

CLAUDINO, Angélica de Medeiros; BORGES, Maria Beatriz Ferrari. Critérios diagnósticos para transtornos alimentares: conceitos em evolução. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 24, Supl. III, p. 7-12, 2002.

CODADO, Lucimar Aparecida Britto; NAKAMA, Luiza. Pesquisa em saúde: Metodologia Quantitativa ou Qualitativa?. **Rev. Espaço para a Saúde**, Londrina, v.8, n.1, p.34-35, 2006.

COMMITTEE ON ADOLESCENCE. Identifying and treating eating disorders. American Academy of Pediatrics. **Pediatrics.**, v. 111, n. 1, p. 204-211, 2003.

CORDÁS, Táki Athanássios. Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico. **Rev. Psiq. Clín.**, v.31, N. 4, P. 154-157, 2004.

CORDÁS, Táki Athanássios; CLAUDINO, Angélica de Medeiros. Transtornos alimentares: fundamentos históricos. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v.24, Supl. III, 2002.

CORDÁS, Táki Athanássios; WEINBERG, Cybelle. Clorose: a efêmera doença das virgens. **Rev. Psiq. Clín.**, v. 29, n. 4, p. 204-206, 2002.

DETSKY, Allan S.; MCLAUGHLIN, John R.; BAKER, Jeffrey P. What is Subjective Global Assessment of Nutritional Status?. **JPEN.**, United State of America, v.11, n.1, p. 8-13, 1987.

DEURENBERG, Paul; PIETERS, John J.L.; HAUTVAST, Joseph G. A. J. The assessment of the body fat percentage by skinfold thickness measurements in childhood and young adolescence. **British Journal of Nutrition**, Netherlands, v.63, p.293-303, 1990.

DEURENBERG, Paul; WESTSTRATE, Jan A.; SEIDELL, Jaap C. Body mass index as a measure of body fatness: Age-and-sex-specific prediction formulas. **British Journal of Nutrition**, Netherlands, v. 65, p. 105-114, 1991.

DUNKER, Karin Louise Lenz; PHILIPPI, Sonia Tucunduva. Hábitos e comportamentos alimentares de adolescentes com sintomas de anorexia nervosa. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 16, n. 1, p.51-60, 2003.

DURNIN, J. V. G., WOMERSLEY, P. Body fat assessed from body density and its estimation from skinfold thickness: measurement in 481 men and women aged from 16 to 72 years. **British Journal of Nutrition**, London, v. 32, n. 1, p. 77-79, 1974.

JACKSON, Eve. **Alimentação e transformação.** Imagens e simbolismo da alimentação. São Paulo: Paulus, 1999.

FAIRBURN, C.G; BEGLIN, S.J. Assessment of eating disorder: interview or self-report questionnaire?.**Int. J. Eat. Dis.**, v.16, n.4, p.363-370, 1994.

FARIAS, Nélide Maria Fernandes; ALVES, Anna Maria Prado; MORICHITA, Rosinha Yoko Matsubayaci; et al. Distúrbios Alimentares na Adolescência: Anorexia e Bulimia Nervosa. **Braz. Pediatric News**, São Paulo, v. 1, n. 1, 1999.

FAVARO, Angela; FERRARA, Silva; SANTONASTASO, Paolo. The spectrum of eating disorders in Young women: A prevalence study in a general population sample. **Psychosomatic Medicine.**, v. 65, p. 701-708, 2003.

FILHO, Eduardo de Almeida Rego et al. Avaliação nutricional de um grupo de adolescente. **Acta Sci.Health Sci.**, Maringá v. 27, n. 1, p. 63-67, 2005.

FISCHER, Martin; GOLDEN, Neville H.; KATZMAN, Debra K.; et al. Eating disorders en adolescents: a background paper. **Journal of Adolescent Health Care**, New York, v. 16, n. 6, p. 420-37, 1995.

FLEURI, Reinaldo Matias. Interdisciplinariedade: meta ou mito?. **Rev. Plural**, Florianópolis, n.4, ano 3, p.1-15, 1993.

FLICK, Uwe. Entrevistas semi-estruturadas. In: **Uma introdução à pesquisa qualitativa**, Porto Alegre, Editora Artmed, 2004. Cap. 8, p. 89-108.

FONTANIVE, Roberta S.; PAULA, Tatiana P.; PERES, Wilza A. F. Medidas Antropométricas. In: DUARTE, Antônio C.; CASTELLANI, Fabrizio R.; Eds. **Semiologia Nutricional**. Rio de Janeiro: Axcel Books, 2002. p. 44-49.

FREITAS, Silvia Regina de. Curso e prognóstico dos transtornos alimentares. In: NUNES, M. A. et al. Eds. **Transtornos alimentares e obesidade**. São Paulo: Artmed, 2006. Cap. 8, p.105-115.

FREITAS, Silvia Regina de; GORENSTEIN, Clarice; APPOLINÁRIO, José C. Instrumentos para avaliação dos transtornos alimentares. **Rev. Bras. Psiq.**, São Paulo, v.24, Supl III, p.34-38, 2002.

FRISANCHO A.R. New norms of upper limb fat and muscle areas for assessment of nutritional status. **Am. J. Clín. Nutr.**, v. 34, p. 2540-5, 1981.

GALLAGHER, D. et al. Healthy percentage body fat ranges: an approach for developing guidelines based on body mass index. **American Journal of Clinical Nutrition**, v. 72, n. 3, p. 694- 701, set. 2000.

GALVÃO, Ana L.; PINHEIRO, Andréa P.; NUNES, Maria Angélica. Psicoterapia dos transtornos alimentares. In: NUNES, M. A. et al. Eds. **Transtornos alimentares e obesidade**. São Paulo: Artmed, 2006. Cap. 11, p. 137-144.

GALVÃO, Ana L.; PINHEIRO, Andréa P.; SOMENZI, Lígia. Etiologia dos transtornos alimentares. In: NUNES, M. A. et al. Eds. **Transtornos alimentares e obesidade**. São Paulo. Editora Artmed, 2006. Cap. 4, p. 59-64.

GAMBARDELLA, Ana Maria Dianezi; FRUTUOSO, Maria Fernanda Petrolí; FRANCH, Cláudia. Prática alimentar dos adolescentes. **Rev. Nutri.**, Campinas, v.12, n.1, 1999.

GIORDANI, Rúbia Carla Formighieri. A auto-imagem corporal na anorexia nervosa: uma abordagem sociológica. **Rev. Psicologia & Sociedade**, Paraná, v. 18, n. 2, p. 81-88, 2006.

GIORDANI, Rúbia Carla Formighieri. O corpo sentido e os sentidos do corpo anoréxico. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 22, Capítulo 6, p. 809-821, 2009.

GOMES, Fabrício Pereira; ARAÚJO, Richard Medeiros de. Pesquisa quanti-qualitativa em administração: uma visão holística do objeto em estudo. **VII Seminário em Administração**, FEA-USP. Disponível em: <<http://www.ead.fea.usp.br/semead>>. Acesso em: 07 mai. 2005.

GOMES, Romeu; DESLANDES, Suely Ferreira. Interdisciplinaridade na saúde pública: Um campo em construção. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.2, n.2, p. 103-114, 1994.

GONZALEZ, Aranzazu; KOHN, Michael R.; CLARKE, Simon D. Eating disorders in adolescents. **Australian Family Physician**, v.36, n.8, p. 614-619, 2007.

GRILLO, Eugênio; SILVA, Ronaldo, J. M. D. Manifestações precoces dos transtornos do comportamento na criança e no adolescente. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 2, p. 21-27, 2004.

GÜNTHER, Hartmut. Pesquisa qualitativa *versus* pesquisa quantitativa: esta é a questão?. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v.22, n.2, p. 201-210, 2006.

HAY, Phillipa J. Epidemiologia dos transtornos alimentares: estado atual e desenvolvimentos futuros. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, Austrália, v. 24, Supl. III, p. 13-17, 2002.

HEALD, Felix P.; GONG, Elizabeth J. Dieta, Nutrição e Adolescência. In: SHILS, Maurice E.; OLSON, James A.; SHIKE, Moshe; ROSS, A. Catharine; Eds. **Tratado de nutrição moderna na saúde e na doença**. São Paulo: Manole, 2003. Cap. 52, p. 919/ 925-926.

HUSE, Diane M.; LUCAS, Alexander R. Transtornos comportamentais que afetam a ingestão de outros alimentos: anorexia nervosa, bulimia nervosa e outras condições psiquiátricas. In: SHILS, Maurice E et al. Eds. **Tratado de nutrição moderna na saúde e na doença**. São Paulo: Manole, 2003. Cap. 93, p. 1621-1622/1624-1626.

KAMIMURA, Maria A. et al. Avaliação nutricional. In: CUPPARI, Lílian; SCHOR, Nestor. **Guia de nutrição: nutrição clínica do adulto**. São Paulo: Manole, 2005. Cap. 6, p. 89-98/113-115.

KOSTANSKI, M.; GUALLANE, E. Adolescent body image dissatisfaction: relationships with self-esteem, anxiety and depression controlling for body mass. **J. Child. Psychol. Psychiatry**, v.39: p.255-62, 1998.

LAMOUNIER, Joel Alves; VILELA, João Eduardo Mendonça. Anorexia nervosa e bulimia. Distúrbios alimentares na infância e adolescência. **Clin. Méd. Obesidade e outros distúrbios alimentares**. Rio de Janeiro: Medsi, v. 1, n. 2, p. 295-307, 2001.

LATTERZA, Andréa Romero et al. Tratamento nutricional dos transtornos alimentares. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 173-176, 2004.

LEAL, Marta M.; SILVA, Luiz E. V. D. Crescimento e desenvolvimento puberal. In: SAITO, Maria I.; SILVA, Luiz E. V. D.; Eds. **Adolescência: Prevenção e Risco**. São Paulo: Atheneu, 2001. Cap. 5, p.41-43.

LENOIR, Melissa; SILBER, Tomas José. Anorexia nervosa en niños y adolescentes. **Arch Argent Pediatr.**, v. 104, n.4, p. 338-344.

LÉVI-STRAUSS, Claude. **O cru e o cozido** - Mitológicas 1. França: Cosac & Naify, 1991.

MARÍN, Verónica B. Transtornos de la Conducta Alimentaria en Escolares y Adolescentes. **Rev. Chil. Nutr.**, Santiago, v. 29, n. 2, p. 86-91, 2002.

MATTAR, Lama et al. Anorexia nervosa and nutritional assessment: contribution of body composition measurements. **Nutrition Research Reviews.**, p. 1-7, 2011.

MAZZOTI, Alda Judith Alves; GEWANDSZNAJDER, Fernando. Paradigmas qualitativos. In: **O método nas ciências naturais e sociais**. São Paulo: Pioneira, 1993. Cap. 6, p.129-146.

MILLER, Catherine A.; GOLDEN, Neville H. An Introduction to Eating Disorders: Clinical Presentation, Epidemiology, and Prognosis. **Nutr. Clin. Pract.**, v.25, n.2, p.110-115, 2010.

MINTZ, Sidney W. Comida e antropologia uma breve revisão. **Rev. Bras. de Ciências Sociais**, v.16, n.47, p.32-41, 2001.

MISRA, Madhusmita et al. Effects of Anorexia Nervosa on Clinical, Hematologic, Biochemical, and Bone Density Parameters in Community-Dwelling Adolescent Girls. **Pediatrics**, v. 114, n. 6, p. 1573-1583, 2007.

MORGAN, Christiana Marconde; AZEVEDO, Angélica M. Claudino. Aspectos sócio – culturais dos transtornos alimentares. **Archives of General Psychiatry**, v. 3, 1998.

MORGAN, Christina Marconde; FONTES, Beatriz Vera; MORAES, Denise, Ely Bellotto. Transtornos alimentares em crianças e adolescentes. In: NUNES, M. A. et al. Eds. **Transtornos alimentares e obesidade**. São Paulo: Artmed, 2006. Cap. 19, p. 231-240.

MORGAN, Christina Marconde et al. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v.24, Supl. III, 2002.

MOYA, Tatiana et al. Os transtornos alimentares seção de desenvolvimento e bem estar (DAWBA): desenvolvimento e validação. **Rev. Bras. Psiq.**, São Paulo, v.27, n.1, 2005.

NEWMAN, Thomas B. et al. Delineando um estudo observacional: estudos transversais e caso-controle. In: HULLEY, Stephen B. et al. **Delineando a pesquisa clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2001. Cap. 8, p. 127-130.

NOVA, Esther et al. Indicators of nutritional status in restricting-type anorexia nervosa patients: a 1-year follow-up study. **Clinical Nutrition**, Madrid, v. 23, p.1353-1359, 2004.

NUNES, Maria A. Epidemiologia dos transtornos alimentares. In: NUNES, M. A. et al. Eds. **Transtornos alimentares e obesidade**. São Paulo: Artmed, 2006. Cap. 3, p. 51-53/56.

OLIVA, Carlos Alberto G.; FAGUNDES, Ulysses. Aspectos clínicos e nutricionais dos transtornos alimentares. **Rev. Psiquiatria na Prática Médica**, São Paulo, v. 34, n. 2, 2001.

OMS – ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **La salud de los jóvenes: un reto y esperanza**. Ginebra, 1995. 120p.

OMS – Organização Mundial de Saúde. Transtornos mentais e comportamentais. In: **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. São Paulo: USP - Universidade de São Paulo, 2000. Cap. 5, p.303-379.

PACCOLA, Ana Teresa F. Escuta do psiquiatra: sinais e sintomas de anorexia nervosa e bulimia nervosa. **Rev. Med.**, Ribeirão Preto, v.39, n.3, p.349-352, 2006.

PAGANO, M.; GAUVREAU, K. **Princípios de bioestatística**. São Paulo: Thomson, 2004.

PANTTON, George C. Mortality in eating disorders. **Psychol Med**, v. 18, n. 4, p. 947-952, 1988.

PIMENTA FILHO, J. A. Adolescente – um sujeito questão. **Delegação Paraná da Escola Brasileira de Psicanálise**, Curitiba, n. 4, p.79-90, 2004.

PINHEIRO, A. P.; GIUGLIANI, E. R. J. Quem são as crianças que se sentem gordas apesar de terem peso adequado?. **J. Pediatric**. Rio de Janeiro, v. 82, n. 3, p. 232-5, 2006.

PINHO, Maria Cristina Gomes de. Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. **Ciências & Cognição**. V.8, p.68-87, 2006.

PIZON, Vanessa; NOGUEIRA, Fabiana Chamelet. Epidemiologia, curso e evolução dos transtornos alimentares. **Rev. Psiq. Cli.**, v.31, n.4, p. 158-160, 2004.

POULAIN, Jean-Pierre; PROENÇA, Rossana Pacheco da Costa. Reflexões Metodológicas para o Estudo das Práticas Alimentares. **Rev. Nutr., Campinas**, v. 16, n. 4, p. 365-386, 2003.

PRITTS , Sarah D., SUSMAN, Jeffrey. Diagnosis of Eating Disorders in Primary Care. **American Family Physician**, v.67, n.2, p. 297-304, 2003.

RECALCATI, Massimo. Os dois “nada” da anorexia. Conferência na Seção de Madri da Escola Européia de Psicanálise. 2000.

ROMANELLI, Geraldo. O significado da alimentação na família: uma visão antropológica. **Medicina**, Ribeirão Preto, v.39, n.3, p. 333-339, 2006.

ROSEN, David S. Identification and Management of Eating Disorders in Children and Adolescents. **Pediatrics**, v.126, p. 1240-1253, 2011.

REITER, Christina Scribner; GRAVES, Leah. Nutrition Therapy for Eating Disorders. **Nutr. Clín. Pract.**, v.25, n.2, p. 122-136, 2010.

RIBEIRO Jr., Wilson Alves. Aspectos reais e lendários da biografia de hipócrates, o “pai da medicina”. **Jornal Brasileiro de História da Medicina**, v.6, n.1, p. 8-10, 2003.

SAITO, Juliana Tiemi; NETO, Ulysses Fagundes. **Anorexia nervosa**. The Eletronic Journal of Pediatric Gastroenterology, Nutrition and Liver Diseases. Disponível em: <<http://www.e-gastroped.com.br/sept04/anorexianervosa.htm>>. Acesso em 04 fev. 2004.

SALVO, Vera Lúcia Moraes Antônio de; GIMENO, Suely Godoy Agostinho. Reprodutibilidade e validade do questionário de frequência de consumo de alimentos. **Rev. Saúde Pública**, v.36, n.4, p. 505-512, 2002.

SANTOS, Carlos Roberto Antunes dos. A alimentação e seu lugar na história: os tempos da memória gustativa. **História Questões & Debates**, Curitiba, n.42, p. 11-31, 2005.

SANTOS, Maria Auxiliadora Borges dos. O cuidado à equipe multidisciplinar. **Rev. Med.**, Ribeirão Preto, v.39, n.3, p. 425-432, 2006.

SCHEBENDACH, Janet E.; ANDERSON; Pamela R. Nutrição nos distúrbios alimentares. In: MAHAN, L. K.; ESCOTT-STUMP, Sylvia; Eds. **Krause – Alimentos, nutrição e dietoterapia**. São Paulo: Roca, 2005. Cap. 25, p. 573-581.

SECKER, Donna J.; JEEJEEBHOY, Nhursheed N., Subjective global nutritional assessment for children. **Am. J. Clin. Nutr.**, Estados Unidos da América, v.85, p. 1083-9, 2007.

SETNICK, Jéssica. Micronutrient deficiencies and supplementation in anorexia and bulimia nervosa: A review of literature. **Nutr. Clin. Pract.**, v.25, n.2, p. 137-142, 2010.

SICCHIERI, Juliana Maria Faccioli et al. Manejo nutricional nos transtornos alimentares. **Rev. Medicina**, Ribeirão Preto, v.39, n. 3, p. 371-4, 2006.

SILVA, Luísa Ferreira da; VIEIRA, Cristina; Soares, Beatriz. Práticas e lógicas quotidianas da alimentação. **Actas do IV Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais**, 2000.

SILVA, Maria Cristina Gonzalez Barbosa; BARROS, Aluísio Jardim Dornellas de. Avaliação nutricional subjetiva: Parte 1 – Revisão de sua validade após duas décadas de uso. **Arq. Gastroenterol.**, v.39, n.3, p. 181-187, 2002.

SILVA, Maria Cristina Gonzalez Barbosa; BARROS, Aluísio Jardim Dornellas de. Avaliação nutricional subjetiva: Parte 2: Revisão de suas adaptações e utilizações nas diversas especialidade clínicas. **Arq. Gastroenterol.**, v.39, n.4, p. 248-252, 2002.

SOARES, J. F.; SIQUEIRA, A. L. **Introdução à estatística médica**. Belo Horizonte: COOPMED, 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA CLÍNICA. **Programa de educação sanitária: transtornos alimentares.** São Paulo, 1993. 29p.

SPEAR, Bonnie A. Nutrição na adolescência. In: MAHAN, L. K.; ESCOTT-STUMP, Sylvia; Eds. **Krause – Alimentos, nutrição e dietoterapia.** São Paulo: Roca, 2005. Cap. 11, p. 271-274/279-282.

STEINHAUSEN, Hans-Christoph. The Outcome of Anorexia Nervosa in the 20th Century. **Am. J. Psychiatry**, v.159, n. 8, p.1284-1293, 2002.

STENZEL, Lúcia Marques. A influência da Imagem Corporal no desenvolvimento e na Manutenção dos transtornos alimentares. In: NUNES, M. A. et al. Eds. **Transtornos alimentares e obesidade.** São Paulo: Artmed, 2006. Cap. 5, p.73-81.

SWENNE, Ingemar; ENGSTRÖM, Ingemar. Medical assesement of adolescent girl with eating disorderes: An evolution of symptoms and signs de starvation. **Acta Paediatrica**, Suécia, v. 94, p. 1363-1371, 2005.

TIRICO, Patrícia Passarelli; STEFANO, Sérgio Carlos; BLAY, Sérgio Luís. Qualidade de vida e transtornos alimentares: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, Capítulo 3, p. 431-449, 2010.

TURATO, Egberto Ribeiro. Tratando e discutindo os dados para a contribuição do pesquisador ao repensar do conhecimento científico. In: **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa.** Petrópolis, Editora Vozes, 2003, cap10, p 437-450.

VILELA, João E. M.; LAMOUNIER, Joel A.; FILHO, Marcos A. D.; NETO, José R. B.; HORTA, Gustavo M. Transtornos alimentares em escolares. **J Pediatr**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 1, p. 49-54, 2004.

WEINBERG, Cybelle. Da anorexia santa à nervosa. **História da Medicina**, Edição 37, 2006.

WEINBERG, Cybelle; CORDÁS, Táki Athanássios; MUNOZ, Patricia Albornoz. Santa Rosa de Lima: uma santa anorexia na América Latina?. **Rev. Psiquiatr.**, Rio Grande do Sul, v.27, n.1, p. 51-56, 2005.

WHITELAW, Melissa; GILBERTSON, Heather; SAWYER, Susan. Does aggressive refeeding in hospitalized adolescents with anorexia nervosa result in increased hypophosphatemia?, **Journal of Adolescent Health.** Austrália, v.46, p. 577-582, 2010.

WHO - World Health Organization. Novas Curvas de Crescimento. Disponível em: <<http://www.who.int/en/>>. Acesso em 20 out. 2007.

WHO - World Health Organization. **Physical status: the use and interpretation of anthropometry.** Geneva; 1995.

YAMASHITA, Sakino et al. BMI, body composition, and the energy requirement for body weight gain in patients with anorexia nervosa. **Int. J. Eat. Disord.**, v.43, n.4, p. 365-371, 2010.

ANEXO A

TERMO DE ESCLARECIMENTO PARA PARTICIPANTES COM IDADE IGUAL OU SUPERIOR A 18 ANOS

Os transtornos alimentares podem acarretar complicações clínicas e nutricionais. A detecção precoce das complicações pode contribuir para a prevenção e tratamento destas doenças.

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada “Avaliação dos aspectos clínicos e nutricionais e da auto-percepção corporal e alimentar de adolescentes atendidos no Núcleo de Investigação em Anorexia e Bulimia do Hospital das Clínicas - Universidade Federal de Minas Gerais”, que foi elaborada no intuito de investigar as alterações clínicas e antropométricas e de avaliar a percepção corporal e alimentar de adolescentes que chegam a um serviço especializado em anorexia nervosa e bulimia nervosa.

As entrevistas serão gravadas e realizadas em um único momento, sendo que o encaminhamento posterior para o tratamento oferecido pelo serviço poderá ser realizado.

Todos os dados pessoais dos participantes serão guardados em sigilo, sendo que os pesquisadores se comprometem a manter total privacidade de todas as pessoas envolvidas nesta pesquisa. Sendo assim, sua identidade não será revelada em nenhuma publicação resultante deste projeto.

A participação nesta pesquisa é gratuita e voluntária, podendo ser interrompida, caso seja o desejo do participante, a qualquer momento, sem perda de nenhum benefício e sem prejuízo para o seu atendimento no Hospital das Clínicas. O procedimento não oferece qualquer risco ao paciente nem ao seu tratamento e suas dúvidas poderão ser esclarecidas quando desejar.

Caso concorde em participar da pesquisa, favor preencher o termo de consentimento abaixo.

Mariana Ribeiro de Almeida Lana

Cristiane de Freitas Cunha

Henrique Oswaldo da Gama Torres

Comitê de Ética da UFMG: Av. Pres. Antônio Carlos, 6627- Unidade Administrativa II, sala 2005/2º andar. CEP: 31270-901 Belo Horizonte- MG - Telefone: (031) 3409-4592

Responsáveis pela pesquisa:

Mariana Ribeiro de Almeida Lana - Telefone: 8475 5609

Cristiane de Freitas Cunha - Telefone: 8797 2046

Henrique Oswaldo da Gama Torres - Telefone: 9972 0838

Obs: este documento será impresso em 2 cópias, sendo uma entregue ao responsável pelo participante da pesquisa e a outra arquivada pelo pesquisador.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Concordo com a minha participação pelo qual sou responsável na pesquisa “Avaliação dos aspectos clínicos e nutricionais e da auto-percepção corporal e alimentar de adolescentes atendidos no Núcleo de Investigação em Anorexia e Bulimia do Hospital das Clínicas - Universidade Federal de Minas Gerais”. Estou ciente dos objetivos e procedimentos a serem realizados nesta pesquisa. Concordo com a divulgação, para fins científicos, dos dados encontrados sabendo que os responsáveis pela pesquisa se comprometem a manter em total sigilo a identidade dos participantes e respeitar os demais aspectos éticos, de acordo com a Resolução número 196 de 10/10/1996 do Conselho Nacional de Saúde.

Belo Horizonte, de de .

Assinatura do responsável legal: _____

Assinatura do participante: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Comitê de Ética da UFMG: Av. Pres. Antônio Carlos, 6627- Unidade Administrativa II, sala 2005/2ºandar. CEP: 31270-901 Belo Horizonte- MG - Telefone: (031) 3409-4592

Responsáveis pela pesquisa:

Mariana Ribeiro de Almeida Lana - Telefone: 8475 5609

Cristiane de Freitas Cunha - Telefone: 8797 2046

Henrique Oswaldo da Gama Torres - Telefone: 99720838

Obs: este documento será impresso em 2 cópias, sendo uma entregue ao responsável pelo participante da pesquisa e a outra arquivada pelo pesquisador.

TERMO DE ESCLARECIMENTO PARA PARTICIPANTES COM IDADE DE 13 A 17 ANOS

Os transtornos alimentares, especialmente a Anorexia e Bulimia, podem levar a importantes complicações clínicas e nutricionais. Essas complicações poderão ser evitadas e tratadas o quanto antes detectarmos os sinais dessas doenças.

Assim sendo, você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa: “Avaliação dos aspectos clínicos e nutricionais e da auto-percepção corporal e alimentar de adolescentes atendidos no Núcleo de Investigação em Anorexia e Bulimia do Hospital das Clínicas - Universidade Federal de Minas Gerais”, que foi elaborada no intuito de investigar as alterações clínicas e corpóreas e de avaliar a percepção corporal e alimentar de adolescentes que chegam a um serviço especializado em anorexia nervosa e bulimia nervosa.

As entrevistas serão gravadas e realizadas em um único momento, sendo que o encaminhamento posterior para o tratamento oferecido pelo serviço poderá ser realizado.

Todos os dados pessoais dos participantes serão guardados em sigilo, sendo que os pesquisadores se comprometem a manter total privacidade de todas as pessoas envolvidas nesta pesquisa. Sendo assim, sua identidade não será revelada em nenhuma publicação resultante deste projeto.

A participação nesta pesquisa é gratuita e voluntária, podendo ser interrompida, caso seja o desejo do participante, a qualquer momento, sem perda de nenhum benefício e sem prejuízo para o seu atendimento no Hospital das Clínicas. O procedimento não oferece qualquer risco ao paciente nem ao seu tratamento e suas dúvidas poderão ser esclarecidas quando desejar.

Caso concordem com a sua participação / a participação do adolescente pelo qual é responsável nesse estudo, favor preencher o termo de consentimento abaixo.

Mariana Ribeiro de Almeida Lana

Cristiane de Freitas Cunha

Henrique Oswaldo da Gama Torres

Comitê de Ética da UFMG: Av. Pres. Antônio Carlos, 6627- Unidade Administrativa II, sala 2005/2º andar. CEP: 31270-901 Belo Horizonte- MG - Telefone: (031) 3409-4592

Responsáveis pela pesquisa:

Mariana Ribeiro de Almeida Lana - Telefone: 8475 5609

Cristiane de Freitas Cunha - Telefone: 8797 2046

Henrique Oswaldo da Gama Torres - Telefone: 9972 0838

Obs: este documento será impresso em 2 cópias, sendo uma entregue ao responsável pelo participante da pesquisa e a outra arquivada pelo pesquisador.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO ADOLESCENTES

Concordo com minha participação na pesquisa “Avaliação dos aspectos clínicos e nutricionais e da auto-percepção corporal e alimentar de adolescentes atendidos no Núcleo de Investigação em Anorexia e Bulimia do Hospital das Clínicas - Universidade Federal de Minas Gerais”. Tenho conhecimento dos objetivos e procedimentos a serem realizados nesta pesquisa. Concordo com a divulgação, para fins científicos, dos dados encontrados sabendo que os responsáveis pela pesquisa se comprometem a manter em total sigilo a identidade dos participantes e respeitar os demais aspectos éticos, de acordo com a Resolução número 196 de 10/10/1996 do Conselho Nacional de Saúde.

Belo Horizonte, de de .

Assinatura do responsável legal: _____

Assinatura do participante: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Comitê de Ética da UFMG: Av. Pres. Antônio Carlos, 6627- Unidade Administrativa II, sala 2005/2ºandar. CEP: 31270-901 Belo Horizonte- MG - Telefone: (031) 3409-4592

Responsáveis pela pesquisa:

Mariana Ribeiro de Almeida Lana - Telefone: 8475 5609

Cristiane de Freitas Cunha - Telefone: 8797 2046

Henrique Oswaldo da Gama Torres - Telefone: 9972 0838

Obs: este documento será impresso em 2 cópias, sendo uma entregue ao participante ou responsável e a outra arquivada pelo pesquisador.

TERMO DE ESCLARECIMENTO PARA PARTICIPANTES COM IDADE DE 13 A 17 ANOS

Os transtornos alimentares podem acarretar complicações clínicas e nutricionais. A detecção precoce das complicações pode contribuir para a prevenção e tratamento destas doenças

Assim sendo, o seu filho (a) esta sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada “Avaliação dos aspectos clínicos e nutricionais e da auto-percepção corporal e alimentar de adolescentes atendidos no Núcleo de Investigação em Anorexia e Bulimia do Hospital das Clínicas - Universidade Federal de Minas Gerais”, que foi elaborada no intuito de investigar as alterações clínicas e antropométricas e de avaliar a percepção corporal e alimentar de adolescentes que chegam a um serviço especializado em anorexia nervosa e bulimia nervosa.

As entrevistas serão gravadas e realizadas em um único momento, sendo que o encaminhamento posterior para o tratamento oferecido pelo serviço poderá ser realizado.

Todos os dados pessoais dos participantes serão guardados em sigilo, sendo que os pesquisadores se comprometem a manter total privacidade de todas as pessoas envolvidas nesta pesquisa. Sendo assim, sua identidade não será revelada em nenhuma publicação resultante deste projeto.

A participação nesta pesquisa é gratuita e voluntária, podendo ser interrompida, caso seja o desejo do participante, a qualquer momento, sem perda de nenhum benefício e sem prejuízo para o seu atendimento no Hospital das Clínicas. O procedimento não oferece qualquer risco ao paciente nem ao seu tratamento e suas dúvidas poderão ser esclarecidas quando desejar.

Caso concordem com a sua participação / a participação do adolescente pelo qual é responsável nesse estudo, favor preencher o termo de consentimento abaixo.

Mariana Ribeiro de Almeida Lana

Cristiane de Freitas Cunha

Henrique Oswaldo da Gama Torres

Comitê de Ética da UFMG: Av. Pres. Antônio Carlos, 6627- Unidade Administrativa II, sala 2005/2º andar. CEP: 31270-901 Belo Horizonte- MG - Telefone: (031) 3409-4592

Responsáveis pela pesquisa:

Mariana Ribeiro de Almeida Lana - Telefone: 8475 5609

Cristiane de Freitas Cunha - Telefone: 8797 2046

Henrique Oswaldo da Gama Torres - Telefone: 9972 0838

Obs: este documento será impresso em 2 cópias, sendo uma entregue ao responsável pelo participante da pesquisa e a outra arquivada pelo pesquisador.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO PAIS OU RESPONSÁVEIS

Concordo com a participação do adolescente pelo qual sou responsável na pesquisa "Avaliação dos aspectos clínicos e nutricionais e da auto-percepção corporal e alimentar de adolescentes atendidos no Núcleo de Investigação em Anorexia e Bulimia do Hospital das Clínicas - Universidade Federal de Minas Gerais". Estamos cientes dos objetivos e procedimentos a serem realizados nesta pesquisa. Concordamos com a divulgação, para fins científicos, dos dados encontrados sabendo que os responsáveis pela pesquisa se comprometem a manter em total sigilo a identidade dos participantes e respeitar os demais aspectos éticos, de acordo com a Resolução número 196 de 10/10/1996 do Conselho Nacional de Saúde.

Belo Horizonte, de de .

Assinatura do responsável legal: _____

Assinatura do participante: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Comitê de Ética da UFMG: Av. Pres. Antônio Carlos, 6627- Unidade Administrativa II, sala 2005/2ºandar. CEP: 31270-901 Belo Horizonte- MG - Telefone: (031) 3409-4592

Responsáveis pela pesquisa:

Mariana Ribeiro de Almeida Lana - Telefone: 8475 5609

Cristiane de Freitas Cunha - Telefone: 8797 2046

Henrique Oswaldo da Gama Torres - Telefone: 9972 0838

Obs: este documento será impresso em 2 cópias, sendo uma entregue ao participante ou responsável e a outra arquivada pelo pesquisador.

TERMO DE ESCLARECIMENTO PARA PARTICIPANTES COM IDADE DE 10 A 12 ANOS

Os transtornos alimentares podem acarretar complicações clínicas e nutricionais. A detecção precoce das complicações pode contribuir para a prevenção e tratamento destas doenças

Assim sendo, o seu filho (a) esta sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada “Avaliação dos aspectos clínicos e nutricionais e da auto-percepção corporal e alimentar de adolescentes atendidos no Núcleo de Investigação em Anorexia e Bulimia do Hospital das Clínicas - Universidade Federal de Minas Gerais”, que foi elaborada no intuito de investigar as alterações clínicas e antropométricas e de avaliar a percepção corporal e alimentar de adolescentes que chegam a um serviço especializado em anorexia nervosa e bulimia nervosa.

As entrevistas serão gravadas e realizadas em um único momento, sendo que o encaminhamento posterior para o tratamento oferecido pelo serviço poderá ser realizado.

Todos os dados pessoais dos participantes serão guardados em sigilo, sendo que os pesquisadores se comprometem a manter total privacidade de todas as pessoas envolvidas nesta pesquisa. Sendo assim, sua identidade não será revelada em nenhuma publicação resultante deste projeto.

A participação nesta pesquisa é gratuita e voluntária, podendo ser interrompida, caso seja o desejo do participante, a qualquer momento, sem perda de nenhum benefício e sem prejuízo para o seu atendimento no Hospital das Clínicas. O procedimento não oferece qualquer risco ao paciente nem ao seu tratamento e suas dúvidas poderão ser esclarecidas quando desejar.

Caso concordem com a sua participação / a participação do adolescente pelo qual é responsável nesse estudo, favor preencher o termo de consentimento abaixo.

Mariana Ribeiro de Almeida Lana

Cristiane de Freitas Cunha

Henrique Oswaldo da Gama Torres

Comitê de Ética da UFMG: Av. Pres. Antônio Carlos, 6627- Unidade Administrativa II, sala 2005/2º andar. CEP: 31270-901 Belo Horizonte- MG - Telefone: (031) 3409-4592

Responsáveis pela pesquisa:

Mariana Ribeiro de Almeida Lana - Telefone: 8475 5609

Cristiane de Freitas Cunha - Telefone: 8797 2046

Henrique Oswaldo da Gama Torres - Telefone: 9972 0838

Obs: este documento será impresso em 2 cópias, sendo uma entregue ao responsável pelo participante da pesquisa e a outra arquivada pelo pesquisador.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Concordo com a participação do adolescente pelo qual sou responsável na pesquisa “Avaliação dos aspectos clínicos e nutricionais e da auto-percepção corporal e alimentar de adolescentes atendidos no Núcleo de Investigação em Anorexia e Bulimia do Hospital das Clínicas - Universidade Federal de Minas Gerais”. Estamos cientes dos objetivos e procedimentos a serem realizados nesta pesquisa. Concordamos com a divulgação, para fins científicos, dos dados encontrados sabendo que os responsáveis pela pesquisa se comprometem a manter em total sigilo a identidade dos participantes e respeitar os demais aspectos éticos, de acordo com a Resolução número 196 de 10/10/1996 do Conselho Nacional de Saúde.

Belo Horizonte, de de .

Assinatura do responsável legal: _____

Assinatura do participante: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Comitê de Ética da UFMG: Av. Pres. Antônio Carlos, 6627- Unidade Administrativa II, sala 2005/2ºandar. CEP: 31270-901 Belo Horizonte- MG - Telefone: (031) 3409-4592

Responsáveis pela pesquisa:

Mariana Ribeiro de Almeida Lana - Telefone: 8475 5609

Cristiane de Freitas Cunha - Telefone: 8797 2046

Henrique Oswaldo da Gama Torres - Telefone: 9972 0838

ANEXO B

QUESTIONÁRIO DE INICIAL

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____

Idade da menarca:_____ Amenorréia Atual? ()Sim ()Não. Se sim, há quanto tempo?_____

Está estudando? ()Sim ()Não.

Se não, por quê?_____

Descrever escolaridade

()Não sabe ler/escrever ()1º grau incompleto () 1º grau completo

()2º grau incompleto () 2º grau completo () superior incompleto

() superior completo

Trabalha? ()Sim ()Não.

Estilo de vida

Item	Sim ¹	Não ²	Anotações
Cigarro:			Qtd:
Bebida Alcoólica:			Qtd:
Atividade física:			Intensidade:
Uso de medicamento:			Especificar:
Doença Progressiva:			Especificar:

ANEXO C

AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL

Medidas Antropométricas	Valor Encontrado	Classificação
Estatura	cm	
Estatura ²	cm ²	
Peso Atual	Kg	
IMC	Kg/m ²	
Peso Ideal	Kg	
% Perda de Peso A/U	%	
% Perda de Peso A/I	%	
Circunferência do Braço	cm	
Circunferência Muscular do Braço	cm	
PCT	mm	
PCB	mm	
PCSE	mm	
PCSI	mm	
Soma das Pregas		
% Gordura	%	

ANEXO D

DADOS CLÍNICOS COMPLEMENTARES			
Diagnóstico de TA (DSM IV):	AN ¹	BN ²	OBS:
Subtipo do TA; Especificar:			
AN: () Restritivo		() Compulsivo Periódico / Purgativo	
BN: () Purgativo		() Sem Purgação	
Duração do TA:			

ANEXO E

Avaliação Subjetiva Global do Estado Nutricional (ASG) – Detsky, 1987

A- HISTÓRIA

1. Alteração de Peso

- Peso Habitual: Kg
- Perdeu peso nos últimos 6 meses: () Sim () Não
- Quantidade perdida: Kg
- % de perda de peso em relação ao peso habitual : %
- Nas últimas duas semanas: () engordou () estável () continua perdendo peso

2. Ingestão alimentar em relação ao habitual

- () sem alterações () houve alterações
- Se houve** alterações, há quanto tempo: dias
- Se houve**, para que tipo de dieta:
- () sólida em quantidade menor () líquida completa
- () líquida hipercalóricos () inanição

3. Sintomas gastrointestinais presentes há mais de duas semanas

- () Sim () Não
- Se sim**,
- () Náuseas () Vômitos
- () Diarréia (mais de 3 evacuações líquidas/dia) () Anorexia

4. Capacidade funcional

- () sem disfunção () disfunção
- Se disfunção**, há quanto tempo: dias
- Que tipo**: () trabalho sub-ótimo () em tratamento ambulatorial () acamado

5. Doença principal e sua correlação com necessidades nutricionais

- Diagnóstico primário (especificar):
- Demanda metabólica: () baixo stress () stress moderado () stress elevado

B- EXAME FÍSICO:

(para cada item dê um valor: 0=normal, 1=perda leve, 2=perda moderada, 3=perda importante)

- () perda de gordura subcutânea (tríceps e tórax)
- () perda muscular (quadríceps e deltóides)
- () edema de tornozelo
- () edema sacral
- () ascite

C- AVALIAÇÃO SUBJETIVA:

- () Nutrido
- () Moderadamente (ou suspeita de ser) desnutrido
- () Gravemente desnutrido

ANEXO F

Auto-Percepção Corporal e Alimentar e o Motivo que levou os adolescentes a procurarem o serviço

QUESTÕES ABERTAS

1. Qual o motivo lhe fez vir procura o serviço?
2. Como você percebe seu corpo?
3. Como você percebe sua alimentação hoje?

ANEXO G

Classificação do Índice de Massa Corporal de Adultos com idade entre 19 aos
64 anos e 11 meses

CLASSIFICAÇÃO	PONTO DE CORTE
Magreza grau I	17 a 18,49
Magreza grau II	16 a 16,9
Magreza grau III	< 16
Baixo Peso	< 18,5
Eutrofia	18,5 a 24,9
Sobre-peso	> 25
Pré-obesidade	25 a 29,9
Obesidade classe I	30 a 34,9
Obesidade classe II	35 a 39,9
Obesidade classe III	> 40

FONTE: OMS, 1995

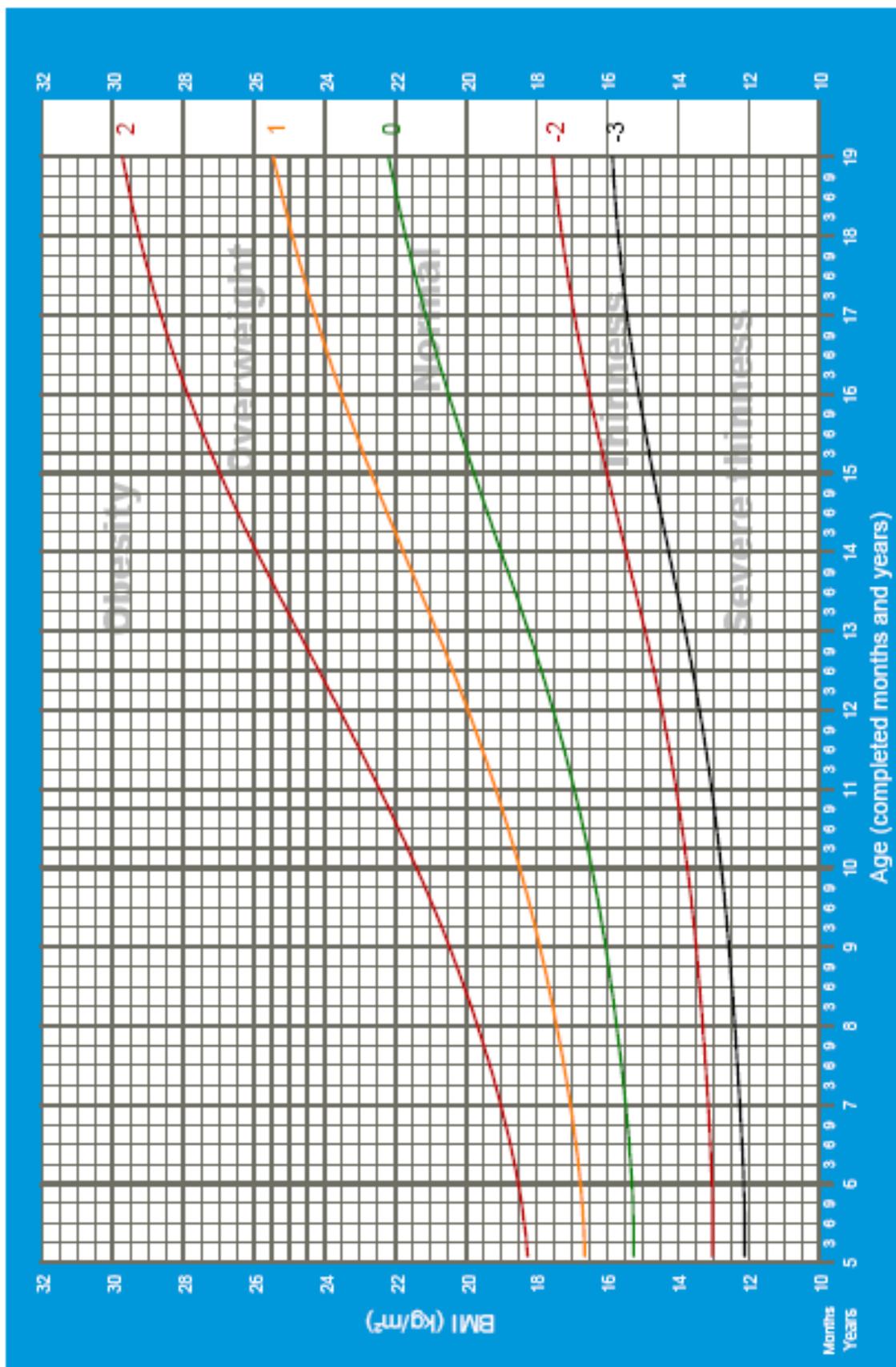
ANEXO H

Gráfico do Índice de Massa Corporal por Idade – Sexo Masculino



BMI-for-age BOYS

5 to 19 years (z-scores)



2007 WHO Reference

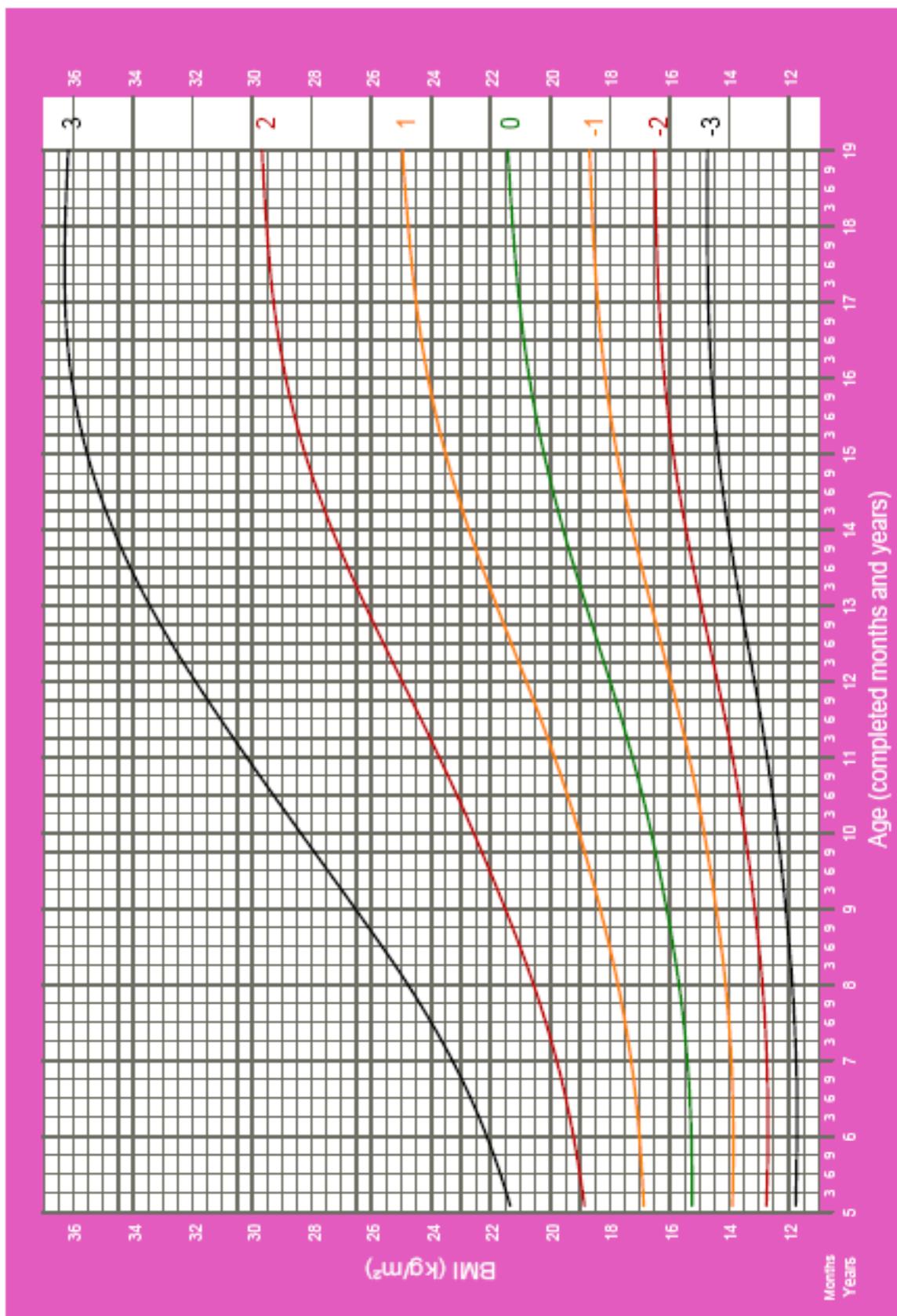
ANEXO I

Gráfico do Índice de Massa Corporal por Idade – Sexo Feminino



BMI-for-age GIRLS

5 to 19 years (z-scores)



2007 WHO Reference

ANEXO J**Classificação do Índice de Massa Corporal de Criança e Adolescente com idade entre 5 aos 18 anos e 11 meses**

CLASSIFICAÇÃO	PONTO DE CORTE
MAGREZA ACENTUADA	$< \text{escore-z } -3$
MAGREZA	$\geq \text{escore-z } -3 \text{ e } < \text{escore-z } -2$
EUTROFIA	$\geq \text{escore-z } -2 \text{ e } \leq \text{escore-z } +1$
SOBRE PESO	$\text{escore-z } +1 \text{ e } \leq \text{escore-z } +2$
OBESIDADE	$\geq \text{escore-z } +2 \text{ e } \leq \text{escore-z } +3$
OBESIDADE GRAVE	$> \text{escore-z } +3$

FONTE: WHO, 2007

ANEXO K**Classificação do Percentual de Perda de Peso – Razão entre Peso Atual/Peso Ideal (%PP: AI)**

CLASSIFICAÇÃO	PONTO DE CORTE
DEPLEÇÃO LEVE	(80 a 90)%
DEPLEÇÃO MODERADA	(70 a 79) %
DEPLEÇÃO SEVERA	< 69%

FONTE: Blackburn, 1977

ANEXO L**Classificação do Percentual de Perda de Peso – Razão entre Peso Peso
Atual/Peso Usual - (%PP: A/U)**

CLASSIFICAÇÃO	PONTO DE CORTE
DEPLEÇÃO LEVE	(85 a 95)%
DEPLEÇÃO MODERADA	(75 a 84) %
DEPLEÇÃO SEVERA	< 74%

FONTE : Blackburn, 1977

ANEXO M

**Classificação do Percentual de Gordura Corpórea de Adultos do
Sexo Masculino (20 a 79 anos)**

HOMENS DE 20 a 39

DESNUTRIÇÃO -----	< 8%
EUTROFIA -----	8 a 19,9%
PRÉ-OBESIDADE -----	20 a 24,9%
OBESIDADE -----	≥ 25%

HOMEM DE 40 a 59

DESNUTRIÇÃO -----	< 11%
EUTROFIA -----	11 a 21,9%
PRÉ-OBESIDADE -----	22 a 27,9%
OBESIDADE -----	≥28%

HOMEM DE 60 a 79

DESNUTRIÇÃO -----	< 13%
EUTROFIA -----	13 a 24,9%
PRÉ-OBESIDADE -----	25 a 29,9%
OBESIDADE -----	≥ 30%

FONTE : GALLANGHER, 2000

ANEXO N

**Classificação do Percentual de Gordura Corpórea de Adultos do Sexo
Feminino (20 a 79 anos)**

MULHERES DE 20 a 39

DESNUTRIÇÃO ----- < 21%
EUTROFIA ----- 21 a 32,9%
PRÉ-OBESIDADE ----- 33 a 38,9%
OBESIDADE ----- ≥ 39%

MULHER DE 40 a 59

DESNUTRIÇÃO ----- < 23%
EUTROFIA ----- 23 a 33,9%
PRÉ-OBESIDADE ----- 34 a 39,9%
OBESIDADE ----- ≥ 40%

MULHER DE 60 a 79

DESNUTRIÇÃO ----- < 24%
EUTROFIA ----- 24 a 35,9%
PRÉ-OBESIDADE ----- 36 a 41,9%
OBESIDADE ----- ≥ 42%

FONTE : GALLAGHER, 2000

ANEXO O

Classificação do Percentual de Gordura Corpórea de Criança e Adolescente (7 a 20 anos)

MENINOS

EXCESSIVAMENTE BAIXO -----	Até 6%
BAIXO -----	6,01 a 10%
ADEQUADO -----	10,01 a 20%
MODERADAMENTE ALTO -----	20,01 a 25%
ALTO -----	25,01 a 31%
EXCESSIVAMENTE ALTO -----	>31,01%

MENINAS

EXCESSIVAMENTE BAIXO -----	Até 12%
BAIXO -----	12,01 a 15%
ADEQUADO -----	15,01 a 25%
MODERADAMENTE ALTO -----	25,01 a 30%
ALTO -----	30,01 a 36%
EXCESSIVAMENTE ALTO -----	>36,01%

FONTE : DEURENBERG et al., 1990

ANEXO P

Classificação do Percentual da Circunferência do Braço

DN PROTÉICA CALÓRICA GRAVE----- < 70

DPC MODERADO ----- (70 a 80)

DPC LEVE ----- (80 a 90)

EUTROFIA ----- (90 a 110)

SOBRE PESO -----(110 a 120)

OBESIDADE ----- (>120)

FONTE : Adaptado de BLACKBURN; THORNTON, 1979

ANEXO Q

**Classificação do Percentual de Circunferência Muscular do
Braço CMB: CB - (PCTx0,314)**

DN PROTÉICA CALÓRICA GRAVE-----	< 70
DPC MODERADO -----	(70 a 80)
DPC LEVE -----	(80 a 90)
EUTROFIA -----	(90 a 110)
SOBRE PESO -----	(110 a 120)
OBESIDADE -----	(>120)

FONTE: Adaptado de BLACKBURN; THORNTON, 1979

ANEXO R**Parecer Comitê de Ética em Pesquisa**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP**

Parecer nº. ETIC 0443.0.203.000-09

**Interessado(a): Profa. Cristiane de Freitas Cunha
Departamento de Pediatria
Faculdade de Medicina - UFMG**

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 16 de dezembro de 2009, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado "Avaliação dos aspectos clínicos e nutricionais e da auto-percepção corporal e alimentar de adolescentes atendidos no Núcleo de Investigação e Anorexia e Bulimia do Hospital das Clínicas - UFMG" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.


**Prof. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG**

ANEXO S

**Características de Pacientes com Discrepâncias na Classificação do %
Gordura e IMC**

	ID	Diagnóstico	%PP-A/U	AVALIAÇÃO FINAL-ASG	CAPACIDADE FUNCIONAL
IMC eutrofia e Percentual de gordura alto	24	Anorexia nervosa do tipo restritivo	Depleção moderada	Nutrido	Sem disfunção
	36	Bulimia nervosa do tipo purgativo	Eutrofia	Nutrido	Sem disfunção
	31	Anorexia nervosa do tipo restritivo	Eutrofia	Nutrido	Sem disfunção
	35	Bulimia nervosa do tipo purgativo	Eutrofia	Nutrido	Sem disfunção
	32	Bulimia nervosa do tipo purgativo	Depleção leve	Nutrido	Sem disfunção
	15	Bulimia nervosa do tipo purgativo	Eutrofia	Nutrido	Sem disfunção
IMC magreza e percentual de gordura eutrofia	28	Anorexia nervosa do tipo compulsivo periódico/purgativo	eutrofia	Nutrido	Sem disfunção
	2	Anorexia nervosa do tipo restritivo	depleção severa	Gravemente desnutrido	Com disfunção
	11	Anorexia nervosa do tipo restritivo	depleção leve	Nutrido	Sem disfunção
	26	Bulimia nervosa do tipo purgativo	depleção moderada	Nutrido	Sem disfunção

ANEXO T

**Características de Pacientes com Discrepâncias na Classificação de Perda de
Peso Atual/Usual e IMC**

	ID	Diagnóstico	%PP-A/U	AVALIAÇÃO FINAL	CAPACIDADE FUNCIONAL	Percentual gordura
IMC eutrofia e Perda de peso atual depleção moderada e grave	24	ANOREXIA NERVOSA DO TIPO RESTRITIVO	depleção moderada	NUTRIDO	SEM DISFUNÇÃO	alto ou muito alto
	33	ANOREXIA NERVOSA DO TIPO COMPULSIVO PERIÓDICO/PURGATIVO	depleção moderada	NUTRIDO	SEM DISFUNÇÃO	eutrofia
	21	ANOREXIA NERVOSA DO TIPO RESTRITIVO	depleção severa	MODERADAMENTE DESNUTRIDO	SEM DISFUNÇÃO	eutrofia
	18	BULIMIA NERVOSA TIPO PURGATIVO	depleção severa	NUTRIDO	COM DISFUNÇÃO	eutrofia
	34	ANOREXIA NERVOSA DO TIPO COMPULSIVO PERIÓDICO/PURGATIVO	depleção severa	NUTRIDO	SEM DISFUNÇÃO	eutrofia

ANEXO U

Entrevistas

Data: 05/03/10

Paciente 1; 43 anos – BN há 23 anos

A – Qual foi o motivo que te fez procurar o NIAB?

Eu fui encaminhada pelo Valério (nefrologista). Foi o seguinte: “ quando eu vi que meu potássio, tava sempre oscilando demais e eu não conseguia largar as minhas compulsões , eu tinha voltado a provocar vomito 2, 3 vezes ao dia. Cada vez que comia. E por exemplo: quando eu como fruta “educadamente” tá tudo bem! Mas eu to aqui, eu to sem almoçar, não tomei o café da manha, não... tomei sim! Tomei café da manhã quase na hora de sair que eu comi um pão! Ai to aqui morrendo de fome. Então é assim: é quase certo que eu

vou sair daqui e vou fazer um lanche. E ai é o que eu não posso fazer, o que eu não devo fazer... só que parece que tem um “duelo” dentro da mim, do certo e do errado. E eu acabo fazendo o que é errado. Não consigo evitar... **(mas me fala daqui o motivo...)** Eu pedi ao Dr. Jorge (psicanalista) porque ele já foi meu psicanalista e eu já comecei a tratar dessa parte de compulsões alimentares, só que eu não queria admitir pra médico nenhum. E quando eu procurei o Dr. Jorge... eu tava disposta a abrir o jogo, aí eu falei com ele. Só que ele não podia me tratar porque ele não tinha o encaminhamento e ele tá com as adolescentes, né? Ele é maravilhoso me ajudou demais eu consegui mudar alguma coisa na minha vida graças a ajuda dele. Ele falou: “ Patrícia eu não tenho...eu preciso de um encaminhamento pra ti atender... eu até gostaria...” Ai eu procurei o Jorge e ele me encaminhou pra cá, mandou procurar o Roberto e uma outra pessoa (que eu não me lembro mais quem). Ai marcaram para mim, marcaram para Maria Eugênia. Maria Eugênia me encaminhou para Bernadete. E quando eu vim trazer esses exames para Bernadete eu falei com Bernadete, não com Maria Eugênia, aqui não tem uma nutricionista? Eu preciso aprender a comer com prazer sem sentir essa culpa. Eu acho que só uma nutricionista que vai poder me ensinar a fazer isso! Eu acho até que não vou ter grandes dificuldades porque eu gosto de comer coisa boa.

B - Como você percebe seu corpo hoje?

Não, eu não gosto do jeito que tá. Eu não gosto... o que eu vejo..é claro que a opinião dos outros é sempre importante, né? Mas ela não importa mais do que o que eu vejo, entendeu? Meu namorado, minha filha, meu ex-marido, minha irmã fala assim: “não você ta bem”. Até serve um pouco de consolo, mas é...nao, não na hora que e olho pro espelho e vejo meu corpo, não ta do jeito que eu quero, que eu gosto, entendeu?! Às vezes até acontece dele estar próximo, mas não tá... Entendeu?!

C – como você percebe a sua alimentação, hoje?

Hoje...como eu me avalio? Eu tento me alimentar bem...”Eu gosto das coisas que me fazem bem”. Porem às vezes eu acho que eu exagero na quantidade... mesmo no que faz bem. Aí eu provoco o vomito... Por exemplo, se eu acabar de comer, porque o meu problema ´é com a quantidade, não a qualidade, entendeu? Porque é exagerado; se eu começar a comer abacaxi ou limão, se eu começar a chupar limão...eu vou chupar vinte limões! Se eu começar a comer abacaxi, na hora que eu vejo eu comi um abacaxi inteiro. Então é aquela compulsão de quantidade, né? E isso faz mal para minha cabeça, eu sinto uma culpa danada..não era pra mim ter comido isso tudo! Não precisava de comer isso tudo.... E aí eu vou me punir de alguma outra maneira... Ou eu vou passar dois dias sem comer, ou eu vou provocar vômito, ou eu vou entrar numa anfetamina, ou eu vou entrar num diurético, num laxante, alguma coisa para eliminar de forma rápida aquilo que eu ingeri.

Data: 05-03-10

Paciente 2; 14 anos – AN há 3 meses

A – Qual o motivo que te fez procurar o NIAB?

No caso é que eu tava muito ruim... não tava parando em pé, meu pai mais minha mãe preparando minha festa de 15 anos e eu queria estar bem para esta festa.. aí peguei e pedi para minha mãe conversar com a diretora lá do posto pra ela poder me... para eu poder vir para cá...para todos os os dias... todos os dias não, para todas as sextas vir para cá... para meu tratamento seja mais rápido... E também por causa dos meus pais, eles estavam muito tristes chorando, meus irmãos aí... eu amo minha família.

B – Como você percebe seu corpo, hoje?

Ah, ele tá bom! Bom, bom, bom não porque ele não tá forte, ele tá fraco, né?! Não tem forças ainda, ainda não tá bom não.

C – Como você percebe sua alimentação, hoje?

Ah, minha alimentação tá ruim, porque eu tô comendo pouco, vomito muito, sabe?! E eu não tô conseguindo comer mais nada, de noite eu não como... Eu não consigo comer porque não me dá fome. Eu tenho medo porque me falaram que anorexia é uma doença muito forte, eu tenho medo dela tomar conta de mim.

Data: 05-03-10

Paciente 3; 18 anos, NÃO APRESENTA TA.

A – Qual foi motivo que te fez procurar o NIAB?

Bem na verdade foi porque muitas pessoas tavam falando sobre minha alimentação que não estava muito correta... Isso me preocupou em parte... Aí eu na verdade achava que isso era besteira...mas de tanto que as pessoas começaram a falar disso.. aí eu comecei a ficar um pouco preocupado...

B – Como você percebe seu corpo, hoje?

Ah, eu falo que eu tô mais ou menos médio...

C – Como você percebe sua alimentação, hoje?

Horrível porque eu não gosto de comida... de coisa saudável ,verduras, legumes desde os 7 anos.

Data: 12-03-10

Paciente 4; 13 anos – AN Restritiva há 1 ano

A – Qual foi o motivo que te fez procurar o NIAB?

Eu vim porque meus pais me orientaram, o meu pai conseguiu, a gente já tinha tentado outros hospitais. Só que o tratamento não tava dando certo, aí o chefe do meu pai indicou aqui, aí eu vim pra cá.

B – Como você percebe seu corpo,hoje?

Ah, eu me achava mais gordinha, aí eu queria emagrecer e poder melhorar no balé... Aí hoje em dia, assim eu acho que tenho um corpo bom, mas tenho muito medo de engordar. Saí desse jeito que eu tô...

C – Como você percebe sua alimentação , hoje?

Ah, eu não gosto de comer.... nada que me dá eu gosto. Não tenho vontade nenhuma... então, não vejo mais vontade de nada disso.

Data: 19-03-10

Paciente 5; 13 anos – AN Restritiva há 8 meses.

A – Qual foi o motivo que te fez procurar o NIAB?

Porque eu emagreci muito.. né?! Eu não tava comendo bem...assim eu perdi muito peso.

B – Como você percebe seu corpo,hoje?

Meu corpo é normal! Não sei... A maioria das vezes tá bom...

C – Como você percebe a sua alimentacao, hoje?

Não é assim, Eu como verdura, fruta, eu como. Às vezes eu sei que eu como um pouco menos do que deveria, mas é eu me alimento assim, eu procuro comer coisas mais saudáveis.

Data: 19-03-10

Paciente 6; 39 anos – BN há 6 meses

A – Qual foi o motivo que e fez procurar o NIAB?

Por eu ter esse vomito excessivo.... Primeiro por estar provocando o vomito, eu queria entender o porque... Foi depois da cirurgia, né?! E aí foi uma amiga que me indicou, por ela tá... ela via que eu provocava os vômitos... não concordava com outro tratamento que eu estava fazendo... com o que o outro profissional estava falando que era: “ esse negócio tá errado,... esse negócio tá errado...” Ai eu recebi indicação onde eu moro, ela veio tentou na Santa Casa... não conseguiu, aí ela veio com a indicação para aqui, conseguiu aqui... eu passei pelo apoio, expliquei minha situação ai o Dr. Henrique começou a me atender, e depois me passou para o Dr. Paulo ai foi que eu comecei o tratamento. E realmente esta surtindo, graças a Deus....

B – Como você percebe eu corpo, hoje?

Assim eu tô muito mais feliz porque eu procurei a cirurgia para ter qualidade de vida, não é por causa da estética... Eu tinha uma vida sedentária ...eu não tinha

vida, eu não saia, eu já tava chegando num ponto que até a assepsia tava complicada... Já tava chegando num ponto que ia depender do meu marido... Isso não é vida, eu não podia ajoelhar, eu não podia limpar minha casa, eu não saia mais, quer dizer: a obesidade te leva a chegar num ponto que você fica sendo refém de você mesma. Ela te leva... Até então meu marido não queria que eu operasse, intimamente eu não queria, porque você fica muito sem saber... sente medo de morrer... E a própria obesidade te leva a operar... Ela vai encurralando... entendeu?! A própria, ela vai te encurralando: chega num ponto que ce tem uma opção: ou ce morre pela cirurgia ou ce morre pela obesidade.... Ela vai te matar de alguma forma... Mas você tem a opção de sobreviver, então antes de eu chegar naquela opção de morrer numa mesa de qualquer jeito. Ai eu falei...Não.... Eu corri a tempo antes, porque chega num ponto que nem a cirurgia resolve...Porque vc tem que perder tanto peso, antes de operar, que eu falei..não vou chegar nisso não....aí eu procurei....

C – Como você percebe sua alimentação , hoje?

Todos os dias eu falo pra mim o seguinte: “Hoje eu comando você, não é você que me comanda não...” Porque antes ela me comandava, então eu tenho que falar isso pra mim e acreditar, por que é aquela coisa...eu tenho que vigiar, a gente tem que vigiar porque, antes eu vivia pra comer, e hoje tem que ser o contrário, eu preciso comer pra mim viver...e eu não preciso de ser o contrário. Mas, eu tenho que saber uma coisa, isso é minha fraqueza, então eu tenho que estar sempre alerta, então, hoje por exemplo, eu como um pratinho de bebê...E o mais interessante disso que eu olho, eu fico pensando o seguinte: que eu nunca..porque todo gordo fala que come pouco..”mas eu nunca comi....talvez se eu tivesse comido pratada de comida eu não tivesse engordado tanto! Mas eu lambiscava. O meu problema é que eu lambiscava. Na minha casa, eu nunca fui de comer doce, de comer pratão de comida, mas eu lambiscava, por exemplo: Na minha casa eu tomava muito café pequeno...e tudo com adoçante....olha que coisa doida! Mas, os pães da minha casa, era tudo coisa que “rato” tinha comido, era tudo beliscado...

Data: 16-04-10

Paciente 7; 14 anos – AN Restritiva há 3 meses

A – Qual foi o motivo que te fez procurar o NIAB?

Foi mesmo a perda de peso....

B – Como você percebe seu corpo, hoje?

Nesse momento eu tô percebendo que tô muito magra... Me incomoda porque, assim eu achava que quando eu tava com meu peso normal, que eu fui na nutricionista, ela olhou assim meu peso, minha altura e viu que meu peso ainda tava um pouco abaixo ainda.... E eu achava que eu tava gorda!!! Aí ... eu não tava gorda!!! Aí eu peguei até a minha colega, que ela é baixinha, miudinha...ai eu perguntei quanto ela pesa e ela pesa 37 kg e eu peso 35 kg, então eu peso menos ainda do que ela!

C – Como você percebe sua alimentação ,hoje?

Igual... assim.... eu gostei muito porque uma coisa que várias pessoas gostam..."E... Nossa você não come isso...." Uma coisa que eu não gosto e que eu tomei raiva, é carne! Eu sou vegetariana, antes eu não era, eu tomei raiva assim...tipo ódio da carne. Aí na substituição tem o ovo que a nutricionista me passou, e os vegetais.... Eu fui na nutricionista de Lavras em fevereiro. Eu fui ao PA assim a primeira vez é porque como eu tava alimentando muito mesmo pouquinho, uma colher assim de sopa ou pão partido no meio e jogava o resto fora.... Aí meu pai levou eu no hospital porque eu tava com muito assim...com certeza eu ainda tava pesando uns 36 kg!! Aí no primeiro dia eu fui lá no médico marcou tudo e cheguei a passar mal... A pressão chegou a 0...!!! Cheguei a desmaiar... Aí a médica foi fazer alguns exames... algumas coisas... Aí nesse exame que ela fez, foi da infecção e deu que a diabetes tava muito alta.... Cheguei a internar, fiquei tomando soro, fiquei muito desidratada. Aí outro dia fiz o exame e não deu mais nada!

Data: 16-04-10

Paciente 8; 25 anos – AN tipo purgativa há 2 anos

A - Qual foi o motivo que te fez procurar o NIAB?

Fui encaminhada pelo posto de saúde...

B – Como você percebe seu corpo, hoje?

Tá magro....

C – como você percebe a sua alimentação, hoje?

A alimentacao é boa.

Data: 16-04-10

Paciente 9; 15 anos – BN, não relatou o tempo.

A – Qual foi o motivo que te fez procurar o NIAB?

O motivo é eu estar me sentindo muito gorda.... mesmo as pessoas falando que eu estava magra.

B – Como você percebe se corpo, hoje?

Gorda!! Eu me olho no espelho direto...

C – como você percebe a sua alimentação, hoje?

Ah normal... não tem nada anormal não..Tem dias assim, que não fica mesmo... ai eu vou e forço.

Data: 16-04-10

Paciente 10; 13 anos – BN Purgativa há 9 meses

A – Qual foi o motivo que te fez procurar o NIAB?

Porque eu tava passando mal. Porque eu fiz aquela porcaria... Aquela porcaria que você falou o nome... Bulimia...

B – Como você percebe seu corpo hoje?

Num tá fazendo hora com minha cara não, né?!?! Tô gorda...!!

C – como você percebe a sua alimentação, hoje?

Comendo...tá boa..

Data: 23-04-10

Paciente 11; 24 anos – AN Restritiva há 1 mês

A – Qual foi o motivo que te fez procurar o NIAB?

Porque eu tive depressão, fiquei muito magra. Não conseguia me alimentar de forma alguma, não conseguia.. a comida não descia e aí eu cheguei a tomar soro, pela minha gravidade, aí eu tava desmaiando, aí uma pessoa me falou daqui, por isso que eu procurei.

B – Como você percebe seu corpo hoje?

Hoje eu preferiria estar magra... Igual quando eu tava doente. Mas funcionalmente falando eu prefiro estar igual eu estou hoje. Tô mais disposta, mais alegre. Mas em termo estético eu queria estar mais magra.

C – como você percebe a sua alimentação, hoje?

Melhorou porque eu consigo comer a hora que eu quiser. Mas agora tenho que ficar me controlando se não eu como demais. Eu queria comer menos mas não consigo...

Data: 23-04-10

12 – Milcíades Campos Neto, 18 anos – AN Restritiva há 3 meses

A – Qual foi o motivo que te fez procurar o NIAB?

Bem porque me falaram que eu estava com nível de desnutrição muito alto e eu não achava isso... só que me recomendaram que eu fosse até aqui para fazer alguns exames para ver se eu ficava internado aqui para os cuidados médicos... Mas nada de grave além disso... Quem recomendou foi um Dr. de posto de saúde, Dr. André....

B – Como você percebe seu corpo hoje?

Eu nunca fui muito ligado a isso. Eu me acho normal. Só que as pessoas ficam falando que eu sou muito magro e eu não vejo problema nisso... Se eu for pensar ah eu acho assim...Do meu corpo não sei dizer ao certo... Eu sei que estou magro, mas não ao ponto de doença.

C – como você percebe a sua alimentação, hoje?

Ela é... eu sou uma boca muito doce. Sou tipo uma criança mesmo. Eu preciso de todo dia, nem que seja uma balinha. So pra sentir aquele açúcar, aquela coisa toda! E assim, gosto de coisas prontas , rápidas. E toda vez minha mãe sempre faz muita coisa pra gente. Ela sempre faz questão de fazer. Não dá pra entender. Ai fica nessa coisa incomodado dela fazer as coisas... Eu acho assim: pra fazer comida eu gosto de fazer. Só que assim, coisa que me interessa. Na marra é mais minha mãe. E assim quando minha irmã pede para fazer eu acabo fazendo... ai de repente da uma preguiça porque é pra fazer pra outra pessoa...

Data: 14-05-10

Paciente 13; 22 anos – BN há 4 anos

A – Qual foi o motivo que te fez procurar o NIAB?

Foi o distúrbio alimentar mesmo. A ansiedade. Eu como compulsivamente também, por aí... e aí eu provoço o vômito.

B – Como você percebe seu corpo hoje?

Nossa me dá um desespero quando viram pra mim e falam... “nossa ce ta gorda hein?!” Eu me vejo uma baleia.

C – como você percebe a sua alimentação, hoje?

No ponto de vista minha, tá bom, mas meu esposo fala que ta muito pesada. Eu como muito...

Data: 14-05-10

Paciente 14; 16 anos – AN Purgativa há 4 anos**A – Qual foi o motivo que te fez procurar o NIAB?**

Porque eu já tava em tratamento lá em Itabira com psicólogo e me mandaram para o Arlindo, aí o Arlindo “ativa” a Mônica . Aí ele falou que não era caso de medicamento, aí ele explicou... tal, que tinha esse serviço aqui e me manda para a Mônica... mas minha irmã já tinha ouvido falar e ja queria me trazer, só que resolveu me levar primeiro no psiquiatra.

B – Como você percebe seu corpo hoje?

Gorda.

C – Como você percebe sua alimentação, hoje?

Eu acho que ta boa.

Data: 21-05-10

Paciente 15; 38 anos – BN há 6 meses**A – Qual foi o motivo que te fez procurar o NIAB?**

É porque eu, desde 2007 eu tava.....comecei com o Dr. Domingos e depois eu achava que tava desgastante de passagem, estava desgastante de consulta também, aí eu fui para a clinica. E lá a Dra. Priscila eu acho que ela já trabalhou aqui e me encaminhou.

B – Como você percebe seu corpo hoje?

Pra mim... eu nunca tive essa preocupação com...

C – Como você percebe sua alimentação, hoje?

Eu acho que eu tenho que me ajudar... é, agora como eu não sei... porque é uma coisa que virou um círculo eu preciso acabar esse círculo... mas onde? Eu não sei onde começa e não sei onde vai termina...

Data: 21-05-10

Paciente 16; 17 anos – BN há 6 meses**A – Qual foi o motivo que te fez procurar o NIAB?**

Foi minha família... não conhecia o serviço.

B – Como você percebe seu corpo hoje?

Barriguda, ah... sei lá não gosto!

C – Como você percebe sua alimentação, hoje?

Ah, normal...

Data: 28-05-10

Paciente 17; 62 anos – AN Restritiva há 15 anos**A – Qual foi o motivo que te fez procurar o NIAB?**

Foi encaminhamento da médica do sexto andar do HC...

B – Como você percebe seu corpo hoje?

Eu tô achando que eu tô um pouquinho desnutrida...

C – como você percebe a sua alimentação, hoje?

Eu acho que eu tô comendo melhor. Eu melhorei bem a questão do apetite.... A médica acha que eu tenho... Dra. como é o nome? Anorexia? É!!! Apetite ruim?

Data: 28-05-10

Paciente 18; 20 anos – BN há 8 meses**A – Qual foi o motivo que te fez procurar o NIAB?**

É ... meu intuito de realmente parar, sabe?!? De conseguir a cura desse problema, que eu entendo que é um problema passageiro...entende? Mas que no momento tá afetando minha vida bastante... Em todas as áreas... Aí me resolvi....que me trouxe aqui foi esse objetivo de conseguir restabelecer minha vida normal que eu tinha.

B – Como você percebe seu corpo hoje?

Ah eu fico... ele tá muito abaixo do que eu sempre imaginei, sempre quis para ele, sabe?! E ainda mais que eu já consegui chegar no meu objetivo... Se eu nunca tivesse conseguido aí talvez a mágoa seja mais maior... Porque eu era magro, consegui chegar no meu objetivo, que era ganhar massa muscular e aí emagreci ainda mais do que eu era... aí eu me sinto muito decaído, definhando mesmo, no meu modo de ver não gosto da imagem que vejo fico muito angustiado...triste mesmo...

C – como você percebe a sua alimentação, hoje?

Toda desregrada nestes últimos 8 meses, está completamente desregrada, então, não posso falar com você que eu como isso...ou isso... porque eu não sei...se fosse 8 meses atrás eu podia te falar o que eu iria comer o mês inteiro. Hoje eu não sei o que eu vou comer daqui duas horas...nao tenho esse controle.... é isso que deixa angustiado, sabe?!

Data: 28-05-10

Paciente 19; 42 anos – AN Purgativo há 1 ano**A – Qual foi o motivo que te fez procurar o NIAB?**

Foi a médica cardiologista que indicou. Ela queria colocar sonda, aí eu pedi um tempo...me dá uns 3 dias, ela me deu 6 dias...Aí eu fui obrigada,né?! Aí que eu vim pra cá.

B – Como você percebe seu corpo hoje?

Ah é difícil, né... difícil...

C – como você percebe a sua alimentação, hoje?

Aliás.... eu nem tenho alimentação. Eu cheguei ali no restaurante aí o acompanhante: cê almoça, aí ela falou: não! cê vai almoçar comigo... Eu disse não... Eu fiquei sentada, eu não tava aguentado ver comida na minha frente, aquele cheiro... aí comecei a passar mal, falei com ela...vou sair...aí o pessoal conversando... aquela coisa...aí aquilo ali, já fui ficando enjoada... Aí eu falei com ela: vou sair, não to dando conta desse lugar..."não... você vai ficar perdida aí"... aí acabou que ela engoliu a comida, sabe?! Eu não tava aguentando ver o cheiro, ver não sentir... No dia que eu passei mais mal em Itabira, aí minha cardiologista olhou

e falou “ ah não, vou te internar, vou te mandar para o HC agora...cê vai entrar lá de qualquer jeito!!”

Data: 11-06-10

Paciente 20; 29 anos – BN há 13 anos

A – Qual foi o motivo que te fez procurar o NIAB?

Foi que o pessoal da fazendinha falou com minha mãe que eu tava provocando vômito, e ela tá preocupada... e minha mãe conversou com eles e o meu psiquiatra, aí alguém falou...

**Fazendinha é o local onde a pcte faz tratamento para alcoolismo*

B – Como você percebe seu corpo hoje?

Não acho que ele tá feio. Eu tô bem com meu corpo.

C – como você percebe a sua alimentação, hoje?

Ela tá “bem” mas por causa da minha ansiedade esses dias eu não tô comendo muito, eu não como direito.

Data: 11-06-10

Paciente 21; 13 anos – AN há 10 meses

A – Qual foi o motivo que te fez procurar o NIAB?

Tratar da doença.

B – Como você percebe seu corpo hoje?

Hoje eu vejo que tô muito magra. E assim, às vezes me vejo gorda... Mas na maioria das vezes me sinto ate mal. Vejo minhas roupas todas largas fico ate com vergonha de sair....

C – como você percebe a sua alimentação, hoje?

Bom para mim, eu já tenho conseguido aumentar muito. Pra mim... é uma das coisas que me deixa mais assim... mesmo eu querendo aumentar é difícil pra mim fazer isso sem saber o que eu.... Porque pra mim o que eu tô comendo..

Data: 18-06-10

Paciente 22; 31 anos – BN há 15 anos

A – Qual foi o motivo que te fez procurar o NIAB?

O motivo é que sei la... depressão... TA e preocupação que eu to emagrecendo muito...

B – Como você percebe seu corpo hoje?

Eu percebo atrás do espelho, quando eu olho pro espelho aí eu vejo que to magra demais...

C – como você percebe a sua alimentação, hoje?

Péssima, não consigo me alimentar direito... Tudo que eu como vomito ou tem até dias que eu não como nada, fico sem apetite....

Data: 18-06-10

Paciente 23; 15 anos – AN Restritivo há 1 ano**A – Qual foi o motivo que te fez procurar o NIAB?**

Na verdade foi a preocupação dos meus pais... Se fosse por mim eu não teria vindo.

B – Como você percebe seu corpo hoje?

Eu acho ele muito magro.

C – como você percebe a sua alimentação, hoje?

Ah, eu não consigo comer muita coisa assim...coisa que engorda eu não consigo comer. Mas igual, fruta, legumes, verdura, granola, aveia...essas coisas assim eu como até bastante...

Data: 25-06-10

Paciente 24; 14 anos – AN há 2 anos**A – Qual foi o motivo que te fez procurar o NIAB?**

A minha mãe que fez eu vim cá, porque eu tava 4 meses sem comer e toda vez que eu como eu tomo laxante pra poder sair a comida toda e eu não gosto de engordar.

B – Como você percebe seu corpo hoje?

Eu percebo que não sou baleia mas eu sou gorda.

C – como você percebe a sua alimentação, hoje?

É... quando eu tô com muita fome eu só tomo ou refrigerante ou suco ou leite de soja mais nada. E isso é a única coisa que me sustenta.

Data: 25-06-10

Paciente 25; 20 anos – AN tipo Purgativo há 2 meses

A – Qual foi o motivo que te fez procurar o NIAB?

O motivo foi por causa da alimentação mesmo, que eu não tava comendo direito que eu tava pegando muito peso. Aí só ficava disso??

B – Como você percebe seu corpo hoje?

Eu percebo que tá assim, pra mim, pela idade que eu tenho, que vô fazer 20 anos eu acho que não está um corpo bonito, acho que precisa melhorar mais...ter mais peito, mais bunda, mais braço, mais perna...

C – Como você percebe sua alimentação, hoje?

Eu acho que minha alimentação ... eu acho que não tô conseguindo controlar direito, eu acho que está sendo muito difícil...

Data: 09-07-10

Paciente 26; 33 anos – BN há 1 ano

A – Qual foi o motivo que te fez procurar o NIAB?

Porque eu fi quei muito magra... meu cabelo caiu...É... Eu acho que quando começa a passar para a parte estética da mulher eu acho que ... meio que complica, né?! Mais o motivo maior foi esse. Eu tava muito magra, meu cabelo caiu, aí eu resolvi procurar...tem alguma coisa que não tá normal...

B – Como você percebe seu corpo hoje?

Nossa...assim...Pra mim agora tá começando a melhorar, tirando a parte dos seios que é nada, pra mim tá começando a melhorar, em vista do que eu era... Eu pesava 39 kg...

C – como você percebe a sua alimentação, hoje?

Ah... em vista do que eu comia antes... eu acho que é pouco o que eu como... Mas eu não como pelo fato de eu não conseguir comer mesmo... Se eu insistir em comer muito... Agora, parece que o organismo tá tolerando mais, mas antes se eu passava daquilo que eu tava acostumada...eu voltava aquilo... vomitava a comida...

Data: 09-07-10

Paciente 27; 18 anos – AN Purgativo há 1 ano**A – Qual foi o motivo que te fez procurar o NIAB?**

Foi minha amiga que falou e tal... pra procurar saber, que eu tava ficando doente mesmo... Aí ela falo com minha mãe que...minha mãe não sabia que eu tava vomitando...aí ela foi e falou com minha mãe. A minha mãe veio e procurou. A mãe da minha amiga já teve aqui também....

B – Como você percebe seu corpo hoje?

Nossa.... ah... tipo, que eu como alguma diferente. Eu sou fanática por pizza, aí ontem eu tinha comido a tarde assim, aí de noite minha mãe pediu...aí eu não resisti, comi e achei que eu engordei... Mas... eu acho que engordei sim. Aqui, assim... parece que sinto mais gorda... alguma coisa diferente assim que eu acho que eu engordo. Mas eu acho que tá bom.

C – Como você percebe sua alimentacao, hoje?

Ah, eu como ... eu sei que tá pouco. Eu só como de manhã e a tarde, mas não me da fome, não me da vontade de comer...nao me da fome...

Data: 16-07-10

Paciente 28; 15 anos – AN há 2 anos**A – Qual foi o motivo que te fez procurar o NIAB?**

Na verdade foi minha mãe que me levou no médico mas ela me levou...e o cara disse que eu tinha isso... bulimia? é..

B – Como você percebe seu corpo hoje?

Tá magro e magro... O lado bom de ser magro é os outros não me chamarem de gorda...dá pra passar em lugar apertado.

C – como você percebe a sua alimentação, hoje?

Eu não como direito... Eu tomo café, vou na escola e só como depois que me der fome... e esses dias eu tenho passado mal de manhã...de mal a pior...porque não como nada bom... Meu pai é separado de minha mãe...meu pai nem deve saber...

Data: 23-07-10

Paciente 29; 15 anos – BN há 11 meses**A – Qual foi o motivo que te fez procurar o NIAB?**

A minha mãe falou no clínico, aí ela me indicou ou foi a ginecologista....

B – Como você percebe seu corpo hoje?

Eu não gosto dele de jeito nenhum. Mas às vezes que eu aceito ele e tem vezes que não, que eu não quero perder gordura e tal...Não tanto , eu não quero ficar magrela, quero ficar com o corpo ideal.

C – como você percebe a sua alimentação, hoje?

Eu como muito...que eu não quero comer. Às vezes que eu fico ansiosa aí como muito... Eu vomito quando como muito...Às vezes eu esqueço de vomitar... Aí eu falo “ nó.... esqueci” aí eu vou lá e vomito. Não... Tem vez que eu não vomito não...

Data: 23-07-10

Paciente 30; 23 anos – BN há 5 anos

A – Qual foi o motivo que te fez procurar o NIAB?

Ai... eu acho que tô precisando mesmo. Tô me sentindo muito mal. Depois das práticas de vomito me sinto pior ainda. Eu preciso melhorar...eu preciso de uma ajuda, porque eu já tentei sozinha e não consegui.

B – Como você percebe seu corpo hoje?

Horrível...sinto vergonha...nossa horrível. Eu me sinto muito mal.

C – como você percebe a sua alimentação, hoje?

Muito ruim também. Fraca. Tem dias que eu até não alimento...Quando eu alimento, alimento muito.

Data: 30-07-10

Paciente 31; 17 anos – AN há 8 meses

A – Qual foi o motivo que te fez procurar o NIAB?

Foi mais minha mãe.. Eu achava que não tinha nada haver, que tava tudo bem, mas minha mãe tava preocupada que eu estava emagrecendo muito e foi muito rápido que eu emagreci...porque eu parei mesmo de comer. Aí primeiro ela quis me levar numa nutricionista, so que eu não aceitava aí ela conversou com minha tia.

B – Como você percebe seu corpo hoje?

Eu nunca tava satisfeita com meu corpo, eu sempre queria tá mais magra. Às vezes eu até olhava no espelho e falava “ nossa eu tô magra demais” mas eu não

conseguia comer, sabe?! Era difícil...não to satisfeita ainda, porque eu acho que eu engordei mais do que eu deveria.

C – como você percebe a sua alimentação, hoje?

Ah, eu achava que eu comia exageradamente, mas eu não comia nada...eu achava assim que, sei lá, um pão era muita coisa...

Data: 13-08-10

Paciente 32; 35 anos – BN há 18 anos

A – Qual foi o motivo que te fez procurar o NIAB?

É porque eu tava vomitando há mais de dez anos. Só que depois eu não vomitava muito não... Só que depois começava vomitar demais.. aí depois de tanto fazer força saiu sangue, eu fui parar na policlínica, tomei soro...aí... até uns tempos pra cá eu comecei a vomitar de novo, bastante, até fazer força demais (porque eu enfio o dedo e parece que tá me sufocando mesmo)... Aí foi duas vezes que saiu sangue. Eu fico desesperada, eu fico tremendo...Aí eu preciso.. procuro ajuda... porque quando eu era mais nova tem umas meninas lá perto de casa que ficava me chamando de baleia assassina. E aí eu também tinha arrumado um namorado só que eu era gorda e fiquei com medo de perder aí eu comecei a vomitar e depois casei aí fiquei com medo, porque na casa do meu marido tem uma mulher que falava que eu era gorda, era feia que a única coisa bonita que eu tinha era o cabelo. Aí eu comecei a vomitar mais ainda, só que eu não consigo parar, ai eu falei assim eu preciso procurar um tratamento porque senão ...eu fico com medo de da câncer...e passar para outra doença.

B – Como você percebe seu corpo hoje?

Tem horas, tem dias que eu me sinto magra aí eu acho bom, mas tem dias que eu me olho no espelho e me sinto gorda, aí eu começo a vomitar, como e vomito, como e vomito toda hora...se eu comer toda hora eu vomito toda hora.

C – Como você percebe sua alimentação, hoje?

Eu como pouco.. só que tudo, tudo que eu como eu vomito....Eu como de tudo mas não pára no estomago...aí minha mãe fala que eu não preciso nem comer... se eu fico jogando fora.... estragando comida...so que, mas eu não consigo mesmo parar de vomitar.

Data: 13-08-10

Paciente 33; 15 anos – AN purgativo há 6 meses

A – Qual foi o motivo que te fez procurar o NIAB?

Falta de controle que eu tava tendo de mim mesma. A minha irmã foi numa palestra de uma nutricionista, aí conseguiu entrar em contato com ela porque eu já tinha pedido ajuda para minha irmã.

B – Como você percebe seu corpo hoje?

Às vezes eu saio e me sinto mais bem, aí dependendo da quantidade que eu como, às vezes eu sinto que, naquela hora mesmo meu corpo dobrou de tamanho. Mas esse ano eu me sinto muito grande porque quando eu cheguei aos 33 kg tava em uma diferença grande, mesmo não tendo perdido as roupas, mas é frustrante...é frustrante ver como eu voltei a ganhar peso....

C – como você percebe a sua alimentação, hoje?

Não é normal assim...não é uma relação tranqüila... é algo que fica na minha cabeça o dia todo...

Data: 13-08-10

Paciente 34; 29 anos – AN Purgativo há 6 meses

A – Qual foi o motivo que te fez procurar o NIAB?

Eu fui até a academia porque eu tinha começado com essa perda de peso e em dezembro até janeiro, eu fiquei na academia fazendo musculação, aí o professor de lá, todos os dias que eu chegava, media minha pressão e ela sempre baixa... Até que um dia ele chegou para o meu irmão, que malha nessa academia, e falou: “a Grazielle não está tendo condições de fazer exercícios, porque está tendo muito cansaço, tem queixado muitas dores no corpo e a pressão dela esta caindo...” Porque eu ia de jejum para a academia... Eu ia todo dia..até começar a trabalhar. Então eu peguei e falei que não vai ter condições... para poder ver se poderia me ajudar, né?! Manipular um cardápio... aí que fosse de acordo com o que eu já estava comendo... Aí ela (nutricionista) não conseguiu.

B – Como você percebe seu corpo hoje?

Hoje eu vejo que pelo que eu emagreci futuramente eu vou ter que fazer uma plástica ou então fazer exercício físico rigoroso...É um corpo que precisa ser

trabalhado agora...gosto desse corpo... Eu fiquei pálida demais, fui perdendo a força, so ficava deitada...não tinha vontade de fazer nada.

C – como você percebe a sua alimentação, hoje?

Tá a mesma coisa não mudou em nada. So reduzi.

Data: 13-08-10

Paciente 35; 19 anos – BN há 5 anos

A – Qual foi o motivo que te fez procurar o NIAB?

Má qualidade de vida mesmo...eu acho que esta preocupação exagerada... Atenção focada em emagrecer, engordar... Isso cansa muito. Cansaço emocional muito grande.... Ai eu procurei a Fernanda Calil que é especialista e ela me indicou isso...

B – Como você percebe seu corpo hoje?

Um baleia gorda, obesa, cheia de banha, um braço grosso ou costas largas. Muito feio. A pior aparência possível....

C – Como você percebe sua alimentação, hoje?

Horrível também...Quando há alimentação... mesmo assim é ruim...eu não como nada que presta.... Só alimentos mais calóricos....Eu não tenho nem tanto esse ataque bulímico. Acontece que eu faço uma dieta bem restritiva da minha cabeça... Ai eu não consigo segurar... me dá uma vontade de comer alguma coisa ai eu como... Só que eu nem como muito, aquela grande quantidade de alimento, de uma vez so e rápido como é padrão na bulimia... Eu como normal, o que os outros achariam normal... Almoço.... Mas eu tento regular, eu tento comer no máximo uma vez ao dia... Só que mesmo com isso eu me sinto culpada, como se eu não devesse comer...Eu não acho minha alimentação das melhores.

Data: 20-08-10

Paciente 36; 18 anos – BN há 2 anos

A – Qual foi o motivo que te fez procurar o NIAB?

Na verdade a Junia (amiga) ela me indicou, a gente já conversava eu já sabia desse negócio dela também... ai ela me indicou, ai ela falou: “você quer? Porque pra vim você tem que tá querendo.... não adianta!”. Ah vou ver como é que é...

Fiquei sabendo por ela , vim, gostei, vi como as pessoas daqui dão atenção mesmo... Mas foi isso. Vim pela indicação e acabei gostando mesmo... Pode ser que eu queira me tratar, sozinha no caso, pois ninguém sabe... aí eu vim aqui, mais fácil, perto da minha casa, de graça e as pessoas estão para te ouvir mesmo, acho que foi por esse motivo mesmo, pela atenção...

B – Como você percebe seu corpo hoje?

Eu me acho gorda, eu não queria tá do jeito que eu tô.

C – como você percebe a sua alimentação, hoje?

Igual essa semana eu tava na base da salada, na hora do almoço e só... Eu não me alimento bem, eu vejo que eu não me alimento bem...Ou eu como demais ou eu não como nada e não como nada saudável....

Data: 20-08-10

Paciente 37; 15 anos – BN há 4 meses

A – Qual foi o motivo que te fez procurar o NIAB?

Porque minha mãe falou muito e eu não queria.... Ai eu não sou muito junta com minhas primas, elas ficam falando: “Ah, cê come demais...” Ai eu vou fazer tratamento, vou conseguir emagrecer e vou mostrar pra elas... foi por causa disso...

B – Como você percebe seu corpo hoje?

Tem dia que parece que eu tô mais inchada, mas tem dia que parece que eu dei uma diminuída... Eu fico olhando no espelho... Não acho que tá bonito, tenho vontade de emagrecer... tô muito acima do peso.

C – como você percebe a sua alimentação, hoje?

Às vezes chega de noite eu falo: “ Nossa não comi nada...” porque eu só quero saber de dormir, eu chego da escola e só quero saber de dormir.. e quando chega e não vou dormir eu como muito... Quando eu tô dormindo tá bom porque eu não tô comendo nada, quando eu tô acordada eu como demais, eu sou muito ansiosa. Ela é muito desregrada.....

Data: 20-08-10

Paciente 38, 61 anos – AN Purgativo há 40 anos

A – Qual foi o motivo que te fez procurar o NIAB?

A Luciana (nutricionista) ficou sabendo que eu vomitava e ela ficou assustada, aí ela ficou com dó....

B – Como você percebe seu corpo hoje?

Num tá tendo nem roupa pra eu vestir, por ex: quero comprar uma calça, aí não tem manequim, num é que eu não gosto não....mas se tivesse condição de ter mais condição de entrar numa lógia e fazer uma bela compra, ia ficar legal....A “modista” sabe engordar a gente...

C – como você percebe a sua alimentação, hoje?

Eu gosto de comer muito na parte da tarde.....