



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO SECRETARIA DE
EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E
TECNOLOGIA DE SANTA CATARINA
CAMPUS JARAGUÁ DO SUL**

**ÂNGELA HILGER
EMILY BUSCH DOS SANTOS
JEISIANE RAMOS MONTEIRO
JESSICA ESTHER HOBUS
MILENA LEITHOLD
SCHEILA ELIZA KLITZKE**

**Distúrbios Alimentares em Jovens de Jaraguá do Sul:
suas consequências sociais**

Jaraguá do Sul
2016

Ângela Hilger
Emily Busch dos Santos
Jeisiane Ramos Monteiro
Jessica Esther Hobus
Milena Leithold
Scheila Eliza Klitzke

Distúrbios Alimentares em Jovens de Jaraguá do Sul: suas consequências sociais

Projeto de pesquisa desenvolvido no eixo formativo diversificado “Conectando Saberes” do Curso Técnico em Química (Modalidade Integrado) do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Santa Catarina – Campus Jaraguá do Sul.

Orientadora: Carla Fernanda da Silva

Coordenadora: Carla Fernanda da Silva

Jaraguá do Sul
2016

SUMÁRIO

1. TEMA.....	03
2. DELIMITAÇÃO DO TEMA.....	03
3. PROBLEMA.....	03
4. HIPÓTESES.....	03
5. OBJETIVOS.....	04
5.1 Objetivo Geral.....	04
5.2 Objetivos Específicos.....	04
6. JUSTIFICATIVA.....	04
7. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	05
7.1 Obesidade.....	08
7.2 Anorexia.....	11
7.3 Bulimia.....	12
7.4 Compulsão Alimentar.....	13
7.5 Desnutrição.....	14
7.6 Vigorexia.....	15
8. METODOLOGIA.....	16
8.1 Fontes Bibliográficas para Aprofundamento.....	18
9. CRONOGRAMA.....	18
10 REFERÊNCIAS.....	19
11 APÊNDICE.....	22

1. TEMA

Distúrbios Alimentares em Jovens de Jaraguá do Sul: suas consequências sociais.

2. DELIMITAÇÃO DO TEMA

Compreender as causas dos distúrbios alimentares entre os jovens e as consequências de sua busca intensa pela ideia de corpo ideal imposta pela sociedade, no período de 2010 a 2016, na cidade de Jaraguá do Sul.

3. PROBLEMA

Um distúrbio ou transtorno alimentar são quaisquer alterações relacionadas à alimentação, essa alteração pode ser devida a fatores metabólicos ou psicológicos. Quais são as influências que geram os transtornos alimentares e quais suas consequências na vida dos jovens?

4. HIPÓTESES

- A influência dos distúrbios alimentares na vida dos jovens é causada devido a imposição de um estereótipo de corpo ideal estipulado pela mídia;
- Os distúrbios alimentares na vida dos jovens são consequências genéticas, logo, não sofrem as influências sociais impostas pela mídia;
- Os distúrbios alimentares na vida dos jovens são resultados da imposição familiar devido a uma preocupação com a imagem da família;
- O preconceito da sociedade com pessoas fora do padrão de beleza, imposto pela mesma, resulta no desenvolvimento de distúrbios alimentares para tentar chegar a tal padrão.

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GERAL

- Determinar as causas dos transtornos alimentares na vida dos jovens e como as consequências afetam sua convivência em sociedade, na cidade de Jaraguá do Sul;

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Revisar as referências bibliográficas para a fundamentação teórica;
- Realizar entrevistas com profissionais, tais como psicólogos, psiquiatras e nutricionistas, a fim de compreender melhor o processo de tratamento dos distúrbios alimentares;
- Elaborar um questionário para a pesquisa de campo, com objetivo de identificar os principais distúrbios alimentares presentes nos jovens da cidade de Jaraguá do Sul;
- Averiguar as incidências de casos de transtornos alimentares nos jovens, durante o período de 2010 à 2016, na cidade de Jaraguá do Sul.

6. JUSTIFICATIVA

A alimentação é um ponto base no desenvolvimento dos jovens, precisa de cuidados e, em certos casos, acompanhamento de especialistas. Entretanto, a alimentação da geração contemporânea torna-se cada vez mais errônea. O envolvimento da mídia publicitária com a alimentação e a influência que ela causa são alarmantes, desde sua infância os jovens são persuadidos a se alimentarem de forma incorreta pelas propagandas.

Como consequências de uma alimentação não balanceada na infância, muitos jovens encontram-se acima, ou abaixo, do peso proporcional para sua idade e estatura. Esse fator, juntamente com a procura do adolescente pela “aceitação” da sociedade, contribui em uma larga escala para o desenvolvimento de transtornos alimentares em um futuro próximo.

A fim de se encaixar no padrão estabelecido pela sociedade, o jovem parte em sua busca intensa pela ideia cultural de corpo ideal; dietas mirabolantes, jejum extenso e exercícios em excesso, esses são alguns dos métodos mais utilizados pelos jovens que estão fixados na busca.

Pesquisas feitas ao redor do mundo comprovam que o índice de transtornos alimentares em crianças e adolescentes cresce a cada ano (UOL, 2016), um fato preocupante e que pode estar ligado ao combate à obesidade infantil, afirma Durval Damiani, chefe da unidade de endocrinologia pediátrica do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas de São Paulo: “Devemos refletir se, no combate à obesidade, as mensagens não se tornaram fortes demais”. (2011)

O maior obstáculo no diagnóstico e tratamento dos transtornos alimentares é, sem dúvida, a aceitação de que o jovem possui um problema, de que o que ele está fazendo não é algo saudável e que ele precisa de ajuda.

Nesse sentido, que esta pesquisa tem como objetivo investigar os transtornos alimentares entre a população jovem de Jaraguá do Sul, visto que são problemas graves e que devem ser percebido como um risco a saúde da população. Portanto, estudar as possíveis causas dos distúrbios alimentares além de auxiliar a compreender este problema entre os jovens, também poderá ser uma referência para o estudo de profissionais da área de saúde ou auxiliar como material de referência para profissionais da área de saúde e educadores trabalhassem a prevenção de tais transtornos entre os jovens.

7. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A adolescência¹ é o período no qual os jovens estão mais propensos a desenvolverem transtornos alimentares. A influência de pais, amigos e mídia são fortes contribuintes, principalmente pelo fato de que o corpo e a mente estão alterando e a imagem externa passa a ser importante para a vida do jovem e sua aceitação pela sociedade. (FORTES; et al, 2015)

¹ Neste projeto entenderemos como adolescência “ a fase que marca a transição entre a infância e a idade adulta: é uma etapa da vida do ser humano na qual se passa por um turbilhão de alterações tanto em sua forma e composição corporal, quanto em suas características psíquicas.” (FORTES; et al., 2015)

De acordo com Vilela (2004), os Transtornos Alimentares (TA) ocorrem principalmente em países industrializados e em desenvolvimento; a grande atuação da mídia nessas capitais resulta na transmissão de que a magreza é o modelo de corpo ‘padrão’. “O corpo ideal destacado é, na maioria das vezes, inatingível” (FORTES; et al, 2015), e o jovem fora do paradigma estipulado, excluído. O corpo ideal é magro e esbelto, com a clavícula sobressalente, conforme imagem de mídia local, abaixo:



Figura 1 - Corpo Adolescente Ideal
Fonte: www.malwee.com.br



Figura 2 – Corpo Idealizado na Mídia Mundial

Fonte: Dolce & Gabbana

Entretanto, na pré-história, na Idade Média e moderna, o ideal de corpo ‘perfeito’ não poderia ser mais distante do que o atual. O gordo, que hoje encaramos como preguiçoso e descuidado, nestes períodos era considerado saudável e o corpo modelo:

O “gordo”, na intuição antiga, impõe-se de imediato. Ele impressiona. Seduz. Sugere também uma incarnação da abundância, indica riqueza, simboliza saúde. [...] O corpo não se pensa fora das carnes fartas. Os próprios cuidados de saúde, a resposta às doenças, não são vistos sem uma alimentação prolífica [...]. Os contornos amplos e generosos protegem, convencem, dominando pela força numa confusão de carnes e gordura. (VIGARELLO, 2012, p. 19)

É durante meados do século XV que essa visão muda. Antes ter quadris largos, barriga saliente e carnes fartas era visto como saudável e demonstrava a riqueza e poder do indivíduo; porém atualmente tais características são consideradas imperfeições e abominalidades, devem ser evitadas a qualquer custo. (VIGARELLO, 2012)

Como consequência da exclusão social e pressão midiática, os jovens, em sua maioria do sexo feminino, passam a desenvolver problemas de autoestima e com a imagem corporal. Em função desses fatores, os indivíduos passam a procurar meios instantâneos para chegar ao resultado desejado – o corpo perfeito e, em consequência, a aceitação social e familiar.

Os Transtornos Alimentares mais conhecidos e comuns são a Anorexia e Bulimia, porém existem outros que não são oficialmente reconhecidos, mas que se enquadram e são diagnosticados como tal; no presente trabalho abordaremos os transtornos mais comuns, Anorexia e Bulimia, assim como os não oficiais, a Obesidade, a Compulsão Alimentar, a Vigorexia e a Desnutrição.

7.1 Obesidade

A obesidade é uma doença que é causada por um acúmulo de gordura corporal causado pelo excesso de calorias consumido na alimentação, contendo um gasto energético menor do que o recomendado.

Obesidade é uma doença crônica caracterizada pelo excesso de gordura corporal, que causa prejuízos à saúde do indivíduo. A obesidade coincide com um aumento de peso, mas nem todo aumento de peso está relacionado à obesidade, a exemplo de muitos atletas, que são “pesados” devido à massa muscular e não adiposa. (RECINE; RADAELLI, 2002)

O diagnóstico da obesidade é dado pelo Índice de Massa Corporal (IMC), que é calculado dividindo-se o peso do paciente pela sua altura elevada ao quadrado, esse é o padrão utilizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Quanto maior for o IMC de uma pessoa, maior a chance dela morrer precocemente e de desenvolver doenças do tipo diabete melito, hipertensão arterial e doenças cardiovasculares. Mas isso não significa dizer que quanto mais magro melhor, pois o índice de mortalidade também aumenta em indivíduos com IMC muito baixo, especialmente por causa de doenças infecciosas e dos pulmões. O ideal é manter-se entre as faixas de 20 a 25kg/m². (RECINE; RADAELLI, 2002)

Há três definições que podemos dar as pessoas acima do peso: o sobrepeso, quando o indivíduo tem mais peso do que é considerado normal ou saudável para a idade ou tamanho; a obesidade, quantidade de gordura em excesso no corpo, podendo gerar até problemas graves de saúde; a obesidade mórbida se dá pelo acúmulo exagerado de gordura no corpo, tendo que iniciar um tratamento, além das mudanças de estilo de vida, medicamentos e até cirurgia bariátrica. (Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, 2016)

Conforme o valor do IMC pode-se definir:

IMC(kg/m²)	Classificação
Menor que 18,5	Abaixo do peso
Entre 18,5 e 24,5	Peso normal
Entre 24,6 e 29,9	Sobrepeso
Entre 30,0 e 34,9	Obesidade Grau I ou leve
Entre 35,0 e 39,9	Obesidade Grau II ou moderada
Acima de 40,0	Obesidade Mórbida

Tabela 1: Índice de Massa Corporal

A Organização Mundial de Saúde (OMS) classifica a obesidade baseando-se no índice de massa corporal (IMC) definido pelo cálculo do peso corporal, em quilogramas, dividido pelo quadrado da altura, em metros quadrados ($IMC = \text{kg}/\text{h}^2_{(m)}$), e também pelo risco de mortalidade associada. A obesidade é caracterizada quando o IMC encontra-se acima de $30 \text{ kg}/\text{m}^2$. A OMS define a gravidade da obesidade em: grau I (moderado excesso de peso) quando o IMC situa-se entre 30 e $34,9 \text{ kg}/\text{m}^2$; a obesidade grau II (obesidade leve ou moderada) com IMC entre 35 e $39,9 \text{ kg}/\text{m}^2$ e, por fim, obesidade grau III (obesidade mórbida) na qual IMC ultrapassa $40 \text{ kg}/\text{m}^2$. (TAVARES; NUNES; SANTOS, 2010)

Existem várias causas de obesidade, entre elas podemos destacar relação familiar instável, problemas genéticos, má alimentação, problemas de saúde, medicamentos, fatores emocionais, a inexistência de práticas de exercícios físicos, entre outros.

A obesidade tem causas multifatoriais e resulta de interação de fatores genéticos, metabólicos, sociais, comportamentais e culturais. Na maioria dos casos, associa-se ao abuso da ingestão calórica e ao sedentarismo, em que o excesso de calorias armazena-se como tecido adiposo, gerando o balanço energético positivo. O balanço energético pode ser definido como a diferença entre a quantidade de energia adquirida e gasta na realização das funções vitais e de atividades em geral. Pode tornar-se positivo quando a quantidade de energia adquirida é maior do que a gasta, podendo variar entre pessoas. (TAVARES; NUNES; SANTOS, 2010)

Em famílias em que os pais são obesos há maior chance dos filhos desenvolver a doença. (RECINE; RADAELLI, 2002)

A obesidade, além de ser um acúmulo de gordura corporal, é também um fator que contribui para alguns problemas no organismo ou doenças.

Vários distúrbios fisiopatológicos são causados pela obesidade, principalmente nas pessoas com IMC acima de $30 \text{ kg}/\text{m}^2$. Podem ser citados os distúrbios cardiovasculares (hipertensão arterial sistêmica, hipertrofia ventricular esquerda com ou sem insuficiência cardíaca, doença cérebro-vascular, trombose venosa profunda, entre outros), distúrbios endócrinos (diabetes *mellitus* tipo II, dislipidemia, hipotireoidismo, infertilidade e outros), distúrbios respiratórios (apneia obstrutiva do sono, síndrome da hipoventilação, doença pulmonar restritiva). A obesidade ainda pode gerar disfunções gastrointestinais, como hérnia de hiato e colecistite; distúrbios dermatológicos, como estrias e papilomas; distúrbios geniturinários, como anovulação e problemas gestacionais; distúrbios músculos-esqueléticos, como osteoartrose e defeitos posturais; neoplasias, como câncer de mama ou próstata; distúrbios psicossociais, como sentimento de inferioridade e isolamento social; e outras implicações, como o aumento do risco cirúrgico e anestésico e também a diminuição da agilidade física. (MANCINI; et al, 2002 apud TAVARES; NUNES; SANTOS, 2010)

Por ser uma doença que pode gerar tantas consequências, a obesidade precisa de tratamento:

O tratamento da obesidade varia de acordo com a gravidade da doença. Em alguns casos, são necessários medicamentos ou até mesmo intervenções cirúrgicas. No entanto, existem recomendações gerais adequadas para a grande maioria dos obesos:

educação (ou reeducação) alimentar, atividade física e a participação familiar e comunitária nesse processo.(RECINE; RADAELLI, 2002)

O tratamento para obesidade pode ser feito com uma dieta para emagrecer, prática regular de exercícios físicos e com a toma de remédios para obesidade como a Sibutramina. Em alguns casos, quando a obesidade é mórbida e coloca em risco a vida, uma cirurgia de redução do estômago ou a colocação de um balão intragástrico pode ser indicada.

Porém, o melhor tratamento para obesidade é uma dieta pobre em calorias com prática regular de exercícios físicos, pois é o tratamento que traz menos consequências para a saúde do paciente. O tratamento mais agressivo para o organismo é a cirurgia e está indicada especialmente na obesidade mórbida. (FRAZÃO, 2007)

Além de a obesidade afetar todo o sistema de saúde do adolescente, a obesidade irá danificar um dos pontos mais importantes na vida de um adolescente: sua autoestima.

Nem sempre a obesidade foi considerada uma doença, na Idade Média o “gordo” era visto como modelo de “corpo ideal”, indicava que o indivíduo era saudável e tinha condições financeiras para comprar alimento. Porém, com o passar do tempo a pessoa com sobrepeso começa a ser vista de outro jeito:

A ruptura, a revanche, vem com a Europa moderna. Os testemunhos de Saint-Simon na França e de Samuel Pepys na Inglaterra denigrem quase ao mesmo tempo os “gordos preguiçosos”, zombam das “fuças roliças” das “grandes e gordas criaturas”, dos “rostos vermelhos e panças enormes”, enquanto Madame de Sévigné teme mais que tudo “estourar de gorda”. O “grande” agora não passa de “gordo”, arriado e indolente. Prestígio e modelo mudaram: as antigas tabelas de alimentos empilhados desapareceram, o acúmulo alimentar já não é sinal de força, mas sim de descuido ou grosseria.

A história do gordo está ligada a essas reviravoltas. O desenvolvimento das sociedades ocidentais promove a o afinamento do corpo, a vigilância mais cerrada da silhueta, a rejeição do peso de maneira mais alarmada. O que transforma o registro de gordura, denegrindo-a, aumentando o seu descrédito e privilegiando insensivelmente a leveza. A amplitude de volume afasta-se cada vez mais do refinamento, enquanto a beleza se aproxima mais e mais do que é magro.(VIGARELLO, 2012, p. 10 e 11)

Atualmente a mídia e a sociedade veem o corpo magro como o “ideal” e “saudável”, e isso, muitas vezes, faz com que o indivíduo obeso além de ter doenças e problemas físicos ainda tenha problemas com a sua autoestima, o que, em alguns casos, colabora para que a pessoa se alimente de forma exagerada e acabe agravando ainda mais o seu quadro clínico.

Obesidade é uma doença e é necessário o acompanhamento de um nutricionista e/ou médico, porém é importante lembrar que corpo magro não é sinônimo de saudável.

7.2 Anorexia

A anorexia é um transtorno alimentar em que há uma obsessão pela magreza mesmo quando está abaixo do peso ideal para sua estatura (SBEM, 2016). Esse tipo de transtorno é muito comum em jovens, principalmente no sexo feminino, na qual, em muitos casos provocam doenças como a desnutrição e a desidratação do corpo ocasionado pela falta de nutrientes, e em casos mais graves, levando até morte (ZANIN, 2015).

Em suas demais complicações, a anorexia pode ocasionar a hipotensão, no que concede a diminuição da pressão arterial, a anemia onde ocasiona a debilidade e a fraqueza devido redução de hemoglobina, a redução de massa muscular devido a perda de peso excessiva, osteoporose ocasionada pela fraqueza dos ossos do corpo, a maior propensão a infecções por comprometimento do sistema imunológico, e em casos do sexo feminino pode levar a amenorreia, ocasionada pela parada do ciclo menstrual (GALVÃO, 2016).

A anorexia, por enquanto, não possui uma causa definida, mas em sua maioria, surge durante a adolescência, concedida pelas pressões da sociedade e a imposição de um modelo de corpo ideal, como por exemplo modelos, que possuem grandes chances em desenvolver a anorexia. Uma das outras causas, podem envolver a ansiedade, depressão ou algum tipo de trauma ocorrido anteriormente.

Não existe uma causa única para explicar o desenvolvimento da anorexia nervosa. Essa síndrome é considerada multi determinada por uma mescla de fatores biológicos, psicológicos, familiares e culturais. Alguns estudos chamam atenção que a extrema valorização da magreza e o preconceito com a gordura nas sociedades ocidentais estaria fortemente associada à ocorrência desses quadros. (GALVÃO, 2015)

No início do distúrbio, os sintomas são pouco notáveis, o anoréxico finge estar comendo e passa a usar roupas largas. A sua mente está obsessivamente voltada para a perda de peso, privando-se totalmente de alimentos calóricos, e a praticar exercícios físicos em excesso. Quando anorexia vai se agravando, o anoréxico mesmo estando com os seus ossos à mostra e muito abaixo do seu peso ideal, ainda deseja compulsivamente emagrecer, isso costuma estar ligado à depressão, tornando-se um distúrbio alimentar e psicológico (SBEM, 2016).

Contudo, como toda a doença e distúrbio, a anorexia ou anorexia nervosa, possui um tratamento. O tratamento deve ser realizado por profissionais como psicólogos, nutricionistas, em função dos problemas ocasionados pelo distúrbio. Ao ser diagnosticado, um dos

primeiros objetivos é a recuperação de massa corporal através de uma reeducação alimentar acompanhado pelos profissionais. A avaliação do paciente depende do seu risco de vida, levando a internação.

O tratamento dessa doença pode ser longo, podendo durar meses ou anos, e é comum haver recaídas em que a preocupação extrema com o peso volta a se apresentar (ZANIN, 2015)

Esse tratamento depende totalmente do estado do reconhecimento da anorexia, quanto mais precoce for o diagnóstico, mais rápido e eficaz será o tratamento, sendo que, para o sucesso do tratamento, em sua conscientização, a maior parte dependerá do paciente.

7.3 Bulimia

O termo bulimia, que também deriva do grego, significa “fome de boi” e caracteriza-se pela ingestão de grande quantidade de alimentos em curto período de tempo, seguida por métodos purgativos como o uso de laxantes e o vômito autoinduzido. (MARIANI, 2016)

Dentre as várias coisas na qual se observa na bulimia é muito analisado a imagem do corpo da pessoa e a alteração. A partir de um estudo feito sobre a constituição da imagem do corpo e a sua perturbação na bulimia, foi identificada uma importante articulação em ambas, na qual é dada em pontos fundamentais do psiquismo, na qual se destaca o racismo, as relações objetivas e a identificação.

A bulimia apresenta vários sintomas. Esses sintomas são caracterizados por vários aspectos, entre eles, podem ser citados:

- O consumo de alimentos maior do que o normal por um tempo limitado.
- Ter um comportamento excessivo e compulsivo cerca de duas vezes por semana, durante três meses, como por exemplo vomitar.
- A autoavaliação da sua aparência ser influenciada pela sua forma e peso do seu corpo, entre outros.

Existem dois tipos de bulimia: a purgativa e a sem purgação, sendo que a purgativa apresenta as seguintes características:

A bulimia nervosa do tipo purgativo é um transtorno alimentar que atinge cerca de 2% a 4% das mulheres adolescentes e adultas e se caracteriza por repetidos ataques de hiperfagia seguidos de métodos compensatórios inadequados para evitar o ganho

de peso, tais como uso de laxantes, diuréticos e autoindução de vômitos. (GUEDES, 2016).

Diferentemente, a bulimia sem purgação se dá com “dieta e exercícios para compensar a alta ingestão calórica durante os episódios de compulsão alimentar”. (CORAS, 2011)

O tratamento para bulimia inclui principalmente autoanálise pessoal orientada por um psicoterapeuta, terapias de grupo e reeducação alimentar com a colaboração de um nutricionista. Além disso, pode ser necessário a ingestão de remédios antidepressivos ou para evitar os vômitos prescritos pelo psiquiatra e em casos graves pode ser necessário o internamento hospitalar. O tratamento para bulimia é lento e pode demorar semanas para começar a mostrar algum resultado mas consegue fazer com que o paciente estabeleça uma relação mais saudável com os alimentos e a longo prazo é possível atingir a cura da doença. (ZANIN, 2007)

A pessoa bulímica sofre consequências variadas e também graves. A bulimia pode causar lesões irreversíveis ou de difícil tratamento. Dentre os problemas que são causados pela bulimia pode-se citar: depressão, fadiga, arritmia cardíaca, irregularidade menstrual, fragilidade nos ossos e nos dentes, dilatação dos vasos sanguíneos do rosto, problemas no estômago e esôfago.

7.4 Compulsão Alimentar

Compulsão alimentar é um transtorno no qual o indivíduo sente perda de controle e necessidade de comer, mesmo sem apetite ou após já estar saciado. Comer mais rápido que o normal, em segredo e sentir-se culpado ou triste por comer ‘descontroladamente’ são alguns dos sintomas desse distúrbio.

Causado, principalmente, por problemas com a imagem corporal, dietas realizadas de forma incorreta, estresse e também problemas emocionais mais graves como traumas, abuso ou negligência, esse transtorno pode ocasionar o desenvolvimento de problemas maiores, como, a obesidade, diabetes tipo 2, hipertensão, alto nível de colesterol, e possivelmente alguns problemas psicológicos como a depressão, e devido ao ganho de peso pela alimentação ‘exagerada’ e a sensação de baixa autoestima pode desenvolver a bulimia.

Segundo Emmanuele “de cada cinco comedores compulsivos, um sofre de depressão. No entanto, o distúrbio não se manifesta apenas em situações negativas da vida da pessoa.” (MACACIEL, 2012)

Como frequentemente ele está associado a problemas psíquicos (ansiedade, depressão, bipolaridade, etc), o tratamento psicológico/ psiquiátrico é indicado (tranquilizantes, antidepressivos, controladores do humor, aconselhamento e terapia familiar, grupos de apoio, terapia de grupo, aconselhamento alimentar). (ANNUSECK; et al., 2012)

O tratamento é feito com base em relatos do paciente, com uma atenção especial nos sintomas, o qual geralmente já sabe que possui esse transtorno e relata como se sente em relação ao mesmo.

7.5 Desnutrição

De acordo com o Relatório da Nutrição Mundial 2015, apresentado em outubro de 2015, pela ONG Ação Contra a Fome e Save The Children, quase um de cada três habitantes no mundo sofre de desnutrição (FARRAN, 2015)

A desnutrição ou, mais corretamente, as deficiências nutricionais – porque são várias as modalidades de desnutrição – são doenças que decorrem do aporte alimentar insuficiente em energia e nutrientes ou, ainda, com alguma frequência, do inadequado aproveitamento biológico dos alimentos ingeridos. (MONTEIRO, 2003)

Dependendo do quadro clínico a desnutrição pode se dividir em primário e secundário. Sendo que o fator primário: “é causado pela mal alimentação, ou pela falta da mesma. não ingerir os nutriente corretos, a falta de calorías, comer muito pouco, fazer dietas sem orientações medicas, pode ser a causa de desnutrição.” (RECINE; RADAELLI, 2016) Já no fator secundário, tem-se outra situação, pois “não é ingerido o suficiente, porque os gastos energéticos são altos, com isso a pessoa gasta mais do que ganha. O fator secundário pode ser causado também por outra doenças como o câncer e anorexia.” (RECINE; RADAELLI, 2016) Este quadro clínico pode ser causado ainda por outras condições, como o desmame precoce² e a renda familiar.

A desnutrição pode levar não apenas a uma diminuição da massa gordurosa, mas também na diminuição da massa muscular do paciente, levando a disfunção de órgãos como coração, pulmão, intestino, rins, entre outros. Além da falta de vitaminas e minerais necessários ao bom funcionamento do organismo. (WILKE, 2016)

² Nesta pesquisa entende-se como desmame precoce “um risco que ocorre entre crianças de 0 a 2 anos de idade. O leite da mãe tem nutrientes muito importantes para o bebê, e mesmo sendo alimentado com outros alimentos, as condições não irão ser as mesmas.” (RECINE; RADAELLI, 2016)

Um exemplo de desnutrição ocorreu em Santa Catarina, em agosto de 2015, um bebê de três meses morreu por conta de má alimentação em Palhoça. De acordo com a Polícia Civil, a mãe não amamentava a criança, que era alimentada apenas de óleos vegetais e castanha triturada.

Segundo a mãe, a nutrição do bebê era feita apenas com uma mistura de extratos, como óleo e coco e castanha. A mulher, formada em enfermagem, relatou que fez uma cirurgia para a retirada de próteses de silicone, após um processo de rejeição do organismo, e não poderia amamentar. (G1, 2015)

Muitas vezes as famílias de baixa renda não conseguem se alimentar corretamente, causando deficiências alimentares. Condições sanitárias precárias podem piorar muito, com o aparecimento de infecções a fome desaparece, e a alimentação que já era precária fica pior. Ou seja, a desnutrição na maioria dos casos é causada pelas condições sociais, portanto, não é distúrbio que tem suas causas em problemas do âmbito psicológico dos indivíduos. Destaca-se ainda que o Brasil vem buscando combater a desnutrição há anos, por meio de programas sociais como o Fome Zero e o Bolsa Família, pois em termos sociais é um grave problema para o país.

A falta de ingestão de nutrientes traz muitos malefícios: perda de peso, baixa imunidade, perda muscular, desaceleração do crescimento, alterações ósseas, entre muitas outras. (SAWAYA, 2006)

Esses problemas são mais graves em crianças de até cinco anos de idade, elas são as que mais sofrem com a desnutrição. A probabilidade de uma pessoa desnutrida pegar uma infecção é muito grande, e isso faz piorar o quadro, pois a pessoa perde a fome.

7.6 Vigorexia

Vigorexia, também conhecida como Anorexia Nervosa Reversa, é descrita como “um tipo de transtorno dismórfico corporal, em que o indivíduo potencializa defeitos estéticos que possui, ou ainda imagine que possui” (SOLER; et al., 2012). Diferentemente da anorexia e bulimia, o paciente com Vigorexia, normalmente masculino, não mede esforços para adquirir maior massa muscular com o mínimo de gordura corporal possível; em muitos casos o indivíduo acaba fazendo uso de “excesso de levantamento de peso, prática de dietas

hiperprotéicas, hiperglicídicas e hipolipídicas, e uso indiscriminado de suplementos protéicos, além do consumo de esteroides anabolizantes” (CAMARGO; et al., 2008) a fim de adquirir massa muscular em um curto período de tempo.

“Assim como a Ortorexia, quadro no qual o indivíduo se preocupa excessivamente com a pureza dos alimentos consumidos, a Vigorexia ainda não foi reconhecida como doença.” (CAMARGO; et al., 2008 *apud* Assunção, 2002; Zamora, Bonaechea, Sánchez e Rial, 2005).

O desenvolvimento desse TA – Vigorexia – relaciona-se a problemas de autoestima e a grande pressão da mídia, sociedade e do próprio indivíduo pelo desejo de ter o corpo ‘perfeito’. No caso do homem, o corpo perfeito pode ser descrito como forte e musculoso:

Enquanto para mulheres o corpo magro é considerado ideal e representa sua aceitação na sociedade, para homens este padrão corresponde a músculos cada vez mais desenvolvidos, muitas vezes alcançados somente com o uso de substâncias como os esteroides anabolizantes (CAMARGO, *et al.*, 2008 *apud* Damasceno, Lima, Vianna, Vianna e Novaes, 2005)

O desejo de ser incluso na roda de amigos ‘populares’ e de ser aceito pela sociedade e família faz com que adolescentes, jovens adultos e adultos passem a priorizar essa busca incessável pelo corpo desejado, resultando, em muitos casos, do total afastamento da vida social em função do TA.

Perdi amigos, porque me isolava, não falava com ninguém, não atendia ligações nem respondia emails. Só acordava, trabalhava, malhava e dormia. Sentia a necessidade de bloquear qualquer vida social até estar satisfeito o suficiente com meu corpo para ter a autoestima necessária para falar com as pessoas. (BALA, Pradeep *apud* G1. 2015)

Como consequência desse afastamento social, o indivíduo com esse TA não é diagnosticado e pode, devido ao extremo uso de anabolizantes, dieta não acompanhada de profissional especializado e exercício pesado sem orientação, sofrer paradas cardíacas e outras consequências que resultem a morte ou em sequelas neurológicas para o resto da vida.

7.7 Economia e transtornos alimentares

Os transtornos alimentares podem estar ligados não somente ao padrão estipulado pela mídia, mas também a fatores econômicos do país. A renda familiar e as condições do ambiente onde o indivíduo vive podem ser contribuintes para o desenvolvimento de alguns distúrbios, como a desnutrição, a anorexia, a obesidade e a compulsão alimentar.

Famílias de baixa renda, por não terem abundância na área financeira compram alimentos mais baratos ao invés de comprarem alimentos que atendam as suas necessidades alimentares, bem como os nutrientes necessários e assim podem dar início a algum distúrbio alimentar.

Nos países mais ricos o problema pode ser o tempo, onde a pessoa está sempre com pressa então opta por comprar ou fazer para se alimentar algo que não ocupe muito tempo, mas que assim, o indivíduo acaba se alimentando de uma forma errada e a não ingerir os nutrientes que ele precisa.

8. METODOLOGIA

Primeiramente, daremos continuidade as leituras e aprofundamento sobre o tema, para melhor elaboração do questionário e, posteriormente, para melhor analisar a resposta da pesquisa de campo³.

Para a pesquisa de campo, objetiva-se entrevistar adolescentes e jovens do próprio IFSC – JAR e das escolas municipais⁴ Max Schubert, Waldemar Schmitz e Machado de Assis, visto que temos uma pré autorização verbal para realizar a coleta de dados.

Após a aplicação dos questionários, estes serão pré avaliados para a realização das entrevistas com profissionais na área da saúde, tais como psicólogos e nutricionistas da prefeitura municipal de Jaraguá do Sul, para melhor entendimento sobre o tema na visão dos profissionais.

Com os dados obtidos dos questionários realizados, será feita uma análise entre as respostas dos estudantes de Ensino Médio do IFSC – JAR e dos estudantes do Ensino Fundamental das escolas já citadas com a fala dos entrevistados, bem como a comparação do método alimentar dos estudantes do Ensino Fundamental e dos estudantes de Ensino Médio.

Portanto, esta pesquisa configura-se como quantitativa, sendo que entende-se por quantitativa:

[...] os estudos de campo quantitativos guiam-se por um modelo de pesquisa onde o pesquisador parte de quadros conceituais de referência tão bem estruturados quanto possível, a partir dos quais formula hipóteses sobre os fenômenos e situações que quer estudar. Uma lista de consequências é então deduzida das hipóteses. A coleta

³ Nesta pesquisa compreende-se por pesquisa de campo “A pesquisa de campo caracteriza-se pelas investigações em que, além da pesquisa bibliográfica e/ou documental, se realiza coleta de dados junto a pessoas, com o recurso de diferentes tipos de pesquisa (pesquisa ex-post-facto, pesquisa-ação, pesquisa participante, etc.)” (FONSECA, 2002, *apud*. GERHARDT; SILVEIRA. 2009).

⁴ Entraremos em contato com escolas de iniciativa privada solicitando autorização para realizarmos a pesquisa, entretanto - devido a dificuldade de outras pesquisas com iniciativas privadas - não estamos “contando” com elas.

de dados enfatizará números (ou informações conversíveis em números) que permitam verificar a ocorrência ou não das consequências, e daí então a aceitação (ainda que provisória) ou não das hipóteses. (DALFOVO; *et al.*, 2008)

E também qualitativa, aqui neste projeto compreende-se como:

[...] aquela que trabalha predominantemente com dados qualitativos, isto é, a informação coletada pelo pesquisador não é expressa em números, ou então os números e as conclusões neles baseadas representam um papel menor na análise. Dentro de tal conceito amplo, os dados qualitativos incluem também informações não expressas em palavras, tais como pinturas, fotografias, desenhos, filmes, vídeo tapes e até mesmo trilhas sonoras.. (DALFOVO; *et al.*, 2008)

Por fim, elaboraremos o relatório com as conclusões obtidas com a pesquisa.

8.1 Fontes Bibliográficas para Aprofundamento

NUNES, Maria Angélica; APPOLINARIO, José Carlos; GALVÃO, Ana Luiza; COUTINHO, Walmir. **Transtornos Alimentares e Obesidade**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

TADDEI, José Augusto; DELGADO, Maria; MELIN, Paula; CÉLIA; Rosa; PASCHOA, Martha; BOTAFOGO, Ana. **Transtornos Alimentares e Obesidade Infantil - Criança em Consumo**. 1ª ed. Vol. 03. São Paulo: _____, 2009.

WEINBERG, Cybelle. **Transtornos Alimentares na Infância e Adolescência - Uma Visão Multidisciplinar**. São Paulo: Sá Editora, 2008.

9. CRONOGRAMA

Atividades 2016/02	Mar 2016	Abr 2016	Mai 2016	Jun 2016	Jul 2016	Ago 2016
Pesquisa Bibliográfica	X	X	X	X	X	
Elaboração de entrevista(s)	X					
Elaboração de questionários	X					
Realização de entrevista(s)		X				
Transcrição de entrevista(s)		X	X			
Aplicação de questionários		X	X			
Computação de dados			X	X		
Produção do relatório				X	X	

Apresentação final							X
--------------------	--	--	--	--	--	--	---

10 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BALA, Pradeep *apud Vigorexia, o distúrbio das academias que leva ao desejo de ter o corpo cada vez maior.* 2015. Disponível em: <<http://g1.globo.com/bemestar/noticia/2015/09/vigorexia-o-disturbio-das-academias-que-leva-ao-desejo-de-ter-corpo-cada-vez-maior.html>> Acesso em: 26 de fevereiro de 2016.

BUSKO, Deborah. Dicas de Mulher, 2004. **Compulsão alimentar.** Disponível em: <<http://www.dicasdemulher.com.br/compulsao-alimentar/>> Acesso em: 7 fev. 2016.

Minha vida. **Compulsão alimentar.** Disponível em: <<http://www.minhavidacom.br/saude/temas/compulsao-alimentar>> Acesso em: 12 fev. 2016

CAMARGO, Tatiana Pimentel Pires de; COSTA, Sarah Passos Vieira da; UZUNIAN, Laura Giron; VIEBIG, Renata Furlan. **Vigorexia: revisão dos aspectos atuais deste distúrbio de imagem corporal.** Revista Brasileira de Psicologia do Esporte. Vol.02. Nº. 01. São Paulo. Jun. 2008. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-91452008000100003> Acesso 24 de fevereiro de 2016.

CORAS, Priscila Melo; ARAÚJO, Ana Paula Serra de. **O Papel da Enfermagem no Tratamento dos Transtornos Alimentares do Tipo Anorexia e Bulimia Nervosas.** 2011. Disponível em: <<http://www.pgskroton.com.br/seer/index.php/biologicas/article/viewFile/1081/1036>>. Acessado em: 28 de Fevereiro de 2016.

CUMINALI, Natalia. 2011. **Distúrbios alimentares aumentam entre as crianças.** Disponível em <<http://veja.abril.com.br/noticia/saude/disturbios-alimentares-aumentam-entre-as-criancas>> Acesso em: 24 de fevereiro de 2016.

DALFOVO, Michael Samir; LANA, Rogério Adilson; SILVEIRA, Amélia. **Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico.** Revista Interdisciplinar Científica Aplicada, Blumenau, v.2, n.4, p.01-13

FARRAN, Albert Gonzalez. **Quase um de cada 3 habitantes do mundo sofre de desnutrição.** Disponível em <<http://exame.abril.com.br/mundo/noticias/quase-um-de-cada-3-habitantes-do-mundo-sofre-de-desnutricao>> Acesso em: 24 de fevereiro de 2016.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Mini Aurélio: o dicionário da língua portuguesa.** 8ª ed. Curitiba: Ed. Positivo, 2010.

FORTES, Leonardo de Souza; et al. **Autoestima, insatisfação corporal e internalização do ideal de magreza influenciam os comportamentos de riscos para transtornos alimentares?.** Revista de Nutrição. Vol. 28. Nº3. Campinas. Maio/Junho. 2015. Disponível

em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732015000300253>
Acesso em 27 de fevereiro de 2016.

FRAZÃO, Arthur. **Entenda como é feita e quem deve fazer a Cirurgia Bariátrica.** Disponível em <<http://www.tuasaude.com/cirurgia-bariatrica/>> Acesso em 25 de fevereiro de 2016.

GALVÃO, Ana Luiza. **ANOREXIA NERVOSA.** Disponível em: <https://www.abcdasaude.com.br/psiquiatria/anorexia-nervosa>> Acessado em 19 de fevereiro de 2016.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. **Métodos de pesquisa.** 1ª ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GUEDES, Carolina Cardoso; BUSSADORI, Sandra Kalil; MUTARELLI, Paulo Sérgio. **Estudo das alterações bucais que auxiliam no diagnóstico da bulimia nervosa do tipo purgativo: revisão de literatura.** Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=3660&fase=imprime>. Acessado em: 28 de Fevereiro de 2016.

MARIANI, Marisol. **Você poderá vomitar até o infinito, mas não conseguirá retirar sua mãe de seu interior – psicanálise, sujeito e transtornos alimentares.** Revista Cadernos Pagu. N°. 46. Campinas. Jan./abr. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cpa/n46/1809-4449-cpa-46-0373.pdf> >. Acessado em: 28 de Fevereiro de 2016.

RECINE, Elisabetta; RADAELLI, Patrícia. **Obesidade e Desnutrição.** Disponível em http://bvsmg.saude.gov.br/bvs/publicacoes/obesidade_desnutricao.pdf Acessado em 20 de Fevereiro de 2016.

SAWAYA, Ana Lydia. **Desnutrição: conseqüências em longo prazo e efeitos da recuperação nutricional.** Revista Estudos Avançados. Vol.20. N°.58. São Paulo. Set/Dez. 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142006000300016&lang=pt> Acesso em 24 de fevereiro de 2016.

SOLER, Patrícia Tatiana; FERNANDES, Helder Miguel; DAMANESCENO, Vinicius Oliveira; NOVAES, Jefferson Silva. **Vigorexia e níveis de dependência de exercício em frequentadores de academias e fisiculturistas.** Revista Brasileira de Medicina do Esporte. Vol.19. N°. 05. São Paulo. Set./Out. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922013000500009> Acesso em 24 de fevereiro de 2016

TAVARES, Telma Braga; NUNES, Simone Machado; SANTOS, Mariana de Oliveira. **Obesidade e qualidade de vida: revisão da literatura.** Revista Médica de Minas Gerais. Vol. 20. N°. 03. Minas Gerais. Ago. 2010. Disponível em <<http://rmmg.org/artigo/detalhes/371>> Acesso em 25 de fevereiro de 2016

VIGARELLO, Georges. **As metamorfoses do gordo: História da obesidade**. 1ª ed. Petrópolis: Ed. Vozes, 2012.

VILELA, João E. M; et al. **Transtornos alimentares em escolares**. Revista Jornal de Pediatria. Vol.80. Nº1. Rio de Janeiro. 2004. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n1/v80n1a10.pdf>> Acesso em 27 de fevereiro de 2016.

WILKE, Daniela. Entrevista por e-mail para a pesquisa: **Alimentação Juvenil e Suas Consequências Sociais em Jaraguá do Sul** - Conectando Saberes, concedida à Ângela Hilger, Emily Santos, Jeisiane Monteiro, Jessica Hobus, Milena Leithold e Scheila Klitzke; Blumenau, 25 de janeiro de 2016.

ZANIN, Tatiana. **Saiba como identificar os primeiros sinais da Anorexia**. 2015. Disponível em: <<http://www.tuasaude.com/anorexia/>> Acesso em: 19 de fevereiro de 2016.

Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metanologia. **Anorexia Nervosa: um Transtorno Psicológico**. Disponível em: <<http://www.endocrino.org.br/anorexia-nervosa-um-transtorno-psicologico/>> Acessado em 19 de fevereiro de 2016.

Abc.med.br, 2012. **O que é compulsão alimentar?**. Disponível em: <<http://www.abc.med.br/p/psicologia..47.psiquiatria/321090/o+que+e+compulsao+alimentar.htm>>. Acesso em: 7 fev. 2016.

G1, 2015. **Pais são presos após bebê de três meses morrer por desnutrição**. Disponível em <<http://g1.globo.com/sc/santa-catarina/noticia/2015/08/pais-sao-presos-apos-bebe-de-tres-meses-morrer-por-desnutricao.html>> Acesso em 24 de fevereiro de 2016.

Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. **10 Coisas que Você Precisa Saber Sobre Obesidade**. Disponível em <<http://www.endocrino.org.br/10-coisas-que-voce-precisa-saber-sobre-obesidade/>> Acesso em 25 de fevereiro de 2016.

UOL, 2016. **Transtornos alimentares são debatidos em congresso**. Disponível em: <http://www2.uol.com.br/sciam/noticias/transtornos_alimentares_sao_debatidos_em_congresso.html> Acesso em 01 de abril de 2016.

APÊNDICE

APÊNDICE 1 - ENTREVISTA COM A NUTRICIONISTA

Dados do/a Entrevistado/a:

Nome: Daniela Wilke

Idade: 35 anos

Formação Universitária: Nutricionista formada em 2001 pela Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI), Especialista em Nutrição Clínica e Metabolismo (Gama Filho/RJ), cursando Especialização em Alimentação e Nutrição na Atenção Básica (Fio Cruz/RJ)

Profissão/Local de Trabalho: Nutricionista da Secretaria de Saúde do município de Gaspar/SC

Cidade onde reside: Blumenau/SC

Quais as consequências de uma má alimentação na adolescência?

Na prática clínica, o que observamos na alimentação de adolescentes que apresentam uma má alimentação é a falta de alguns grupos alimentares, principalmente das frutas, verduras e legumes e o excesso de alimentos com alta concentração de gordura, açúcar e sal. Essa prática pode levar não apenas a obesidade, mas a diversas patologias ligadas a má alimentação como dislipidemias, diabetes mellitus, hipertensão arterial, entre outras. Doenças antes consideradas da “fase adulta”, agora também comum na infância e adolescência. Além, da falta de vitaminas, minerais e fibras necessários ao bom funcionamento do organismo.

Com qual frequência você auxilia pessoas com distúrbios alimentares?

Diariamente recebemos no consultório pacientes incomodados com o excesso de peso e durante a avaliação é comum identificar a compulsão alimentar ligada a diversos fatores comportamentais, emocionais, psicológicos, sociais, etc. Ou seja, é mais comum identificarmos a compulsão alimentar como distúrbio alimentar, pois muitas vezes não é vista pelo paciente como um “problema”, pois o que levou ele ao consultório foi “o excesso de peso” e muitos pacientes não conseguem identificar os motivos que os levou a “ganhar peso”. Raramente há atendimento de pacientes com distúrbios alimentares como a anorexia e bulimia, pois a identificação destas patologias se torna muito mais difícil, já que a “magreza” é considerada “normal” pela sociedade e na maior parte dos casos o problema é “escondido” pelo paciente que apresenta o distúrbio, sendo difícil ser identificado até mesmo por pessoas próximas como a família e amigos.

Existem medicações para pessoas com distúrbios alimentares no ramo da nutrição? Se existem, quais são e seus efeitos colaterais?

Os medicamentos mais utilizados são geralmente os ansiolíticos e psicotrópicos, sempre necessário a prescrição e acompanhamento médico. Lembrando que o profissional

nutricionista não pode prescrever medicação, apenas fitoterápicos.

Atualmente é mais raro observar na saúde pública a prescrição médica de inibidores de apetite, como por exemplo a Sibutramina, muito utilizada em anos anteriores e que foi associada principalmente à alteração da pressão arterial e casos de infarto, levando a ANVISA a exigir um melhor controle na prescrição deste medicamento.

Qual é, aproximadamente, o índice de jovens obesos e magros que vão pedir acompanhamento nutricional?

Vou colocar aqui os índices oficiais do SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional) do município de Gaspar do ano de 2014, pois ainda não foi encerrado a digitação do ano de 2015.

Dos 438 adolescentes avaliados pelas Unidades de Saúde, 282 (64,4%) apresentavam peso normal, 138 (31,5%) sobrepeso ou obesidade e 18 (4,1%) magreza acentuada ou magreza. Analisando os dados percebemos uma porcentagem acentuada de adolescentes com excesso de peso e uma porcentagem bem menor de adolescentes com magreza.

A anorexia pode ser considerada uma doença? Ela pode deixar sequelas no corpo, ou no psíquico?

A anorexia é uma doença que necessita de vigilância constante, mesmo após a recuperação nutricional do paciente, pois é comum as “recaídas”, onde o paciente acaba retornando aos hábitos anteriores que podem levar novamente ao agravo do estado de saúde.

É importante lembrar, que a anorexia pode levar ao óbito do paciente devido as sequelas tanto fisiológicas, como disfunção de órgãos como coração, intestino, rins ou até mesmo por sequelas psíquicas, onde o mais comum é o paciente cometer suicídio.

Na parte nutricional, como pode ser feito um tratamento para a anorexia?

Cada caso é cuidadosamente avaliado e orientado individualmente respeitando suas particularidades. Mas no geral é importante resgatar o vínculo do alimento com o paciente, introduzindo a alimentação aos poucos de forma gradativa, observando quais os alimentos que são mais aceitos e de que forma podemos utiliza-los. Apenas nos casos mais graves de desnutrição que é utilizada formas alternativas de alimentação como sondas para garantir o suporte nutricional adequado para a sobrevivência do paciente.

Os pacientes tratados com disfunções alimentares são, em maioria, homens ou mulheres?

Nos anos anteriores, poderíamos afirmar que a maioria eram mulheres e adolescentes. Hoje com o “culto a magreza” que observamos em nossa sociedade é comum observar a anorexia

tanto em mulheres, como em homens e em todas as faixas etárias, inclusive em crianças.

Como deve ser tratada uma pessoa com desnutrição?

Sempre com acompanhamento multiprofissional da equipe de saúde: enfermagem, médicos, psicólogo, nutricionista, agente comunitário de saúde, entre outros. Além, do apoio e acompanhamento dos familiares do paciente que precisam de orientação específica.

Quais são as alterações na composição corporal e no funcionamento normal do organismo que uma pessoa desnutrida pode ter?

A desnutrição pode levar não apenas a uma diminuição da massa gordurosa, mas também na diminuição da massa muscular do paciente, levando a disfunção de órgãos como coração, pulmão, intestino, rins, entre outros. Além da falta de vitaminas e minerais necessários ao bom funcionamento do organismo.

O que fazer para prevenir a desnutrição?

Manter uma alimentação equilibrada nutricionalmente e realizar atividade física orientada por profissional habilitado.

Quais são os tratamentos e os medicamentos existentes para o tratamento da bulimia?

Os medicamentos mais utilizados são geralmente os ansiolíticos e psicotrópicos, sendo sempre necessário a prescrição e acompanhamento médico.

Quais são os sintomas, diagnósticos e exames utilizados para a descoberta da bulimia?

A bulimia geralmente é descoberta quando o paciente perde o controle do esfíncter esofágico superior, resultado dos repetidos episódios de vômito induzido. Muitos pacientes procuram o médico com lesões no esôfago ou boca, ocasionado pela queimadura do suco gástrico. Geralmente, os familiares e amigos são os primeiros a perceberem que algo está errado, pois observam episódios de compulsão alimentar do paciente, seguido de episódios de vômito induzido, sendo essa prática repetida várias vezes ao dia.

É importante lembrar que cabe ao médico o diagnóstico que qualquer patologia, inclusive de distúrbios alimentares como anorexia e bulimia.

Sobre a ortorexia nervosa, que é um transtorno alimentar onde o indivíduo é “obcecado” por sua dieta e alimentação, existem benefícios e malefícios em tal distúrbio?

Na minha opinião pessoal tudo que é em excesso pode levar à problemas relacionados com

nossa saúde. No caso da ortorexia em específico, é comum observar que geralmente a pessoa apresenta outras obsessões, como por exemplo “mania de limpeza”, caracterizando distúrbios psicológicos que necessitam de acompanhamento e tratamento. É comum as pessoas com ortorexia nervosa apresentarem Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC), o que acaba influenciando e interferindo inclusive no convívio social.