

ABORDAGEM NUTRICIONAL NOS TRANSTORNOS ALIMENTARES

NUTRIÇÃO NOS TRANSTORNOS ALIMENTARES

NUTRITION IN EATING DISORDERS

VIVIANNE DO NASCIMENTO AZEVEDO

Graduanda em Nutrição pelo Centro Universitário do Rio Grande do Norte

CARINA LEITE DE ARAUJO OLIVEIRA

Prof^ª. do Curso de Nutrição do Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Endereço da Instituição: Rua Prefeita Eliane Barros, 2000, Tirol, Natal, Brasil

CEP: 59014-545

Telefone: (84) 3215-2917

Endereço do autor: Rua Minas Novas, 37, Neópolis, Natal/RN

CEP: 59088-725

Telefone: (084)32085208 / (084)91059962

Email: Viviannyazevedo@hotmail.com

ANO DE DEFESA:

2014

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo identificar na literatura científica produções existentes que abordem transtornos alimentares e o papel da nutrição e da família neste contexto. Trata-se de uma Revisão Bibliográfica realizada em bases de dados e em literatura impressa publicados num período entre 2002 a 2012. Os resultados obtidos foram lidos e discutidos à luz da teoria. A apresentação destes foi realizada à partir das seguintes categorias que emergiram: (1) distorção de imagem, (2) transtornos alimentares, (3) nutrição, (4) relação com a família. Com este estudo pode-se concluir e analisar entre as publicações na área que há distorção da imagem entre os adolescentes com transtornos alimentares é um sintoma central dos transtornos alimentares e que sua relação com a família pode influenciar positiva ou negativamente no percurso da doença e no tratamento. No quadro dos transtornos alimentares, aparece uma série de comportamentos desordenados, desorganizados e inadequados relativos à alimentação. Em função disso, o papel da nutrição é essencial para recuperar sua autoestima e acondicionar o portador a retomar sua vida sem traumas e uma boa convivência familiar e social.

Palavras-chave: Transtornos alimentares, distorção da imagem, nutrição, família.

ABSTRACT

This work aims to identify the existing scientific literature productions that approach eating disorders and the role of nutrition and family in this context. It is a the Literature Review held in databases and printed literature published in the period between 2002 to 2012. The results were read and discussed in the light of the theory. The presentation of these was held from the following categories that emerged: (1) image distortion, (2) food disorders, (3) nutrition, (4) relationship with the family. With this study we can conclude from the analysis and publications in the area that there is image distortion among adolescents with eating disorders and a core symptom of eating disorders disorders and their relationship with family can positively or negatively influence in the course of disease and treatment. This feeling is difficult to understand, so much by the person suffering the disorder as by the people who live with the patient. In the context of the eating disorders appears a series of jumbled, disorganized and inappropriate behavior relating to food. As a result, the role of nutrition is essential to regain their self-esteem and condition the carrier of disease to resume your life without trauma and with a good family and social life.

Keywords: Eating Disorders, Image distortion, nutrition, Family.

INTRODUÇÃO

Os Transtornos Alimentares (TAs) são doenças caracterizadas por graves alterações do comportamento alimentar e que afetam, na sua maioria, adolescente e adultos jovens do sexo feminino, podendo originar prejuízos biológicos, psicológicos e aumento da morbidade e mortalidade¹. Os transtornos podem ser considerados fenômenos pluridimensionais, ou seja, "são resultantes da interação de fatores pessoais, familiares e socioculturais, e se caracterizam por uma preocupação intensa não só com o corpo, mas com o peso e também com os alimentos"².

Historicamente os transtornos causavam curiosidade tanto nos médicos como na população por não conseguirem ter um entendimento maior do que acontecia com jovens mulheres. Os dois principais transtornos alimentares mais acometidos são a anorexia e bulimia nervosa.

A anorexia nervosa é caracterizada pela perda de peso à custa de dieta extremamente restrita, a busca desenfreada pela magreza, distorção da imagem corporal e alterações do ciclo menstrual. Já a bulimia nervosa caracteriza-se por episódios repetidos de grande ingestão alimentar chamado de episódios bulímicos e uma preocupação excessiva com o controle do peso corporal³.

De acordo com a APA (American Psychiatric Association, 2000)⁴, a Anorexia Nervosa(AN) e a Bulimia Nervosa(BN) parecem ter uma prevalência bem maior em sociedades industrializadas, como Estados Unidos, Europa, Canadá, Japão, nas quais existe abundância de alimentos e onde, especialmente no tocante das mulheres, ser atraente está ligado a magreza.

Esta busca pela magreza modificou-se junto com a evolução humana, pois antigamente as mulheres mais lindas e mais atraentes eram as que possuíam formas mais arredondadas, hoje vistas como "gordinhas", pois estavam também associadas à boa nutrição e a fartura⁵.

Segundo Claudino & Borges (2002)⁶ a idade média para o início da Anorexia nervosa é de 17 anos, com alguns picos aos 14 e aos 18 anos. O início do transtorno raramente ocorre em mulheres com mais de 40 anos. Já a Bulimia Nervosa, também começa no final da adolescência ou início da vida adulta, esta compulsão frequentemente começa durante ou após um episódio de dieta⁶.

Com o passar das décadas os padrões de beleza foram mudando e o que se observa atualmente é uma “grande influência midiática sobre a forma física ideal cada vez mais precocemente nas sociedades contemporâneas”⁷.

O culto ao corpo está diretamente associado à imagem de poder, beleza e mobilidade social, sendo crescente a insatisfação das pessoas com a própria aparência.⁸ A insatisfação com o corpo tem sido frequentemente associada à oposição entre a percepção e o desejo relativo a um tamanho e a uma forma corporal⁹.

O trabalho da equipe de saúde com os portadores de TAs é árduo, desgastante e muitas vezes bastante longo não só para os profissionais, mas principalmente para o doente e sua família^{10,11}. Esses pacientes e seus familiares apresentam algumas particularidades que representam um desafio aos cuidadores¹².

Portanto, a fim de compreender melhor a realidade destes transtornos alimentares surgiu a ideia de fazer uma investigação na literatura científica a fim de identificar as produções existentes que abordem transtornos alimentares e o papel da nutrição e da família neste contexto.

MÉTODOS

Trata-se de uma Pesquisa Bibliográfica que se deu a partir de busca em publicações científicas brasileiras e estrangeiras, indexadas na base de dados Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE); Literatura Latino Americana do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e outras fontes impressas de relevância no tema. Para a busca das publicações foram utilizados quatro delimitadores: 1) descritor primário: transtornos alimentares 2) descritor secundário: distorção da imagem 3) Descritor Terciário: nutrição 4) Descritor quaternário: função da família. Ano de publicação: de 2000 a 2014. Como critérios de inclusão foram: publicações em português que apresentaram um ou mais descritores contemplados e que apresentaram os textos completos nas versões online. Para a obtenção dos livros, realizou-se pesquisa na biblioteca central do Centro Universitário do Rio Grande do Norte- UNI-RN. Nesta etapa foi realizada uma leitura minuciosa de cada artigo e livro selecionado para observar a adequação ao tema, sua relevância, originalidade e profundidade. Os dados foram agrupados, avaliados, comparados e categorizados a fim de possibilitar sua análise. Os resultados finais foram apresentados no decorrer da pesquisa.

RESULTADOS

Distorção de Imagem

Uma das características dos TAs é a distorção de imagem das pessoas acometidas, conforme Souza, Martins, Monteiro, et al (2004)¹³ o distúrbio da distorção da imagem corporal é um sintoma caracterizado por uma "auto-avaliação dos indivíduos que sofrem desse transtorno, influenciada pela experiência com seu peso e forma corporal". Mesmo encontrando-se em boa forma, pessoas com distorção da imagem corporal tendem a esconder-se e evitar o contato com demais pessoas, seja por medo da aceitação, seja por não aceitarem a si próprios^{13,14}.

Este sentimento faz parte das características de TAs como Bulimia, Anorexia, Comer Compulsivo e também, fazem parte do Transtorno Dismórfico Corporal (TDC). Conforme Claudino & Borges⁶, a característica essencial do TDC é uma preocupação com um defeito na aparência. Esta preocupação pode causar sofrimento significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo¹⁵. Portanto, a distorção da imagem é um fator muito comum em pessoas que sofrem de algum tipo de TAs, as mesmas encontram-se fragilizadas em relação a sua imagem.

Ocorre um tipo de desconforto em relação ao seu "defeito", propriamente exagerado pelas mesmas¹⁶. Isto ocorre, porque na maioria das vezes estas pessoas não têm um entendimento significativo sobre o que está acontecendo consigo, não entendem o grau de comprometimento e não muito menos que possa ser um transtorno^{16,17}.

Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa

A insatisfação com a imagem corporal tem despertado grande interesse entre os pesquisadores, principalmente devido à sua estreita relação com os distúrbios alimentares tais como a anorexia e a bulimia¹⁸. Evidências têm demonstrado aumento na prevalência de insatisfação com a imagem corporal em adolescentes¹⁹. Da mesma forma, o número de casos de anorexia e bulimia nessa fase também tem aumentado^{19,20}.

A Anorexia Nervosa (AN) é uma doença que leva à inanição, com excessiva perda de peso (auto-imposta) e com grande desgaste físico e psicológico²¹. Em função

de uma distorção da imagem corporal, os indivíduos com AN não se percebem magros, mas sempre gordos, continuando a restringir suas refeições de uma maneira ritualizada^{22,23}.

Pacientes com AN podem apresentar comportamento bulímico/purgativo ou apenas restringir a alimentação, fato que levou o Diagnostic and statistical manual of mental disorders - DSM IV²⁴, a classificar a anorexia em dois subtipos: o Restritivo que inclui dietas e exercícios e a Compulsão periódica/purgativa onde além da dieta e exercício há episódios de compulsão e purgação. Conforme Figueira, Nardi et al (2014)^{25,26}, toma como critérios diagnósticos perda de peso e manutenção abaixo do normal (Índice de Massa Corporal igual ou inferior a 17,5Kg/m²) perda de peso pela evitação de alimentos que engordam e por vômitos auto-induzidos, purgação auto-induzida, exercícios excessivos, uso de anorexígenos e/ou diuréticos, distorção da imagem corporal e distúrbio endócrino.

Já Bulimia Nervosa (BN) é um transtorno da alimentação que possui enquanto características fundamentais: episódios recorrentes de compulsão periódicas (ingestão de uma grande quantidade de alimentos, em um espaço curto de tempo) e um sentimento de falta de controle sobre o comportamento alimentar durante o episódio²⁷.

A compulsão alimentar não está somente relacionada ao número de calorias ingeridas, mas também aos sentimentos, perda de controle e ingestão de determinados tipos de alimentos^{24,28}. Para fins classificatórios, foram designados subtipos usados para especificar a presença ou ausência do uso regular de métodos purgativos como meio de compensar uma compulsão periódica²⁶. O tipo purgativo descreve apresentações nas quais o indivíduo se envolveu regularmente na auto-indução de vômito ou no uso indevido de laxantes, diuréticos durante o episódio atual^{26,27,28}. Há ainda os sem purgação nos quais o indivíduo apresentam outros comportamentos compensatórios inadequados, tais como jejuns ou exercícios excessivos²⁸. Frequentemente, o padrão alimentar, na doença, é descrito como inadequado e desequilibrado nutricionalmente e com consumo calórico diário exagerado, quando comparado às recomendações^{29,30}.

Auto-aceitação

Outro sentimento que deve ser levado em conta com sujeitos que sofrem algum tipo de TAs é a auto-aceitação. Sentimento este de difícil compreensão, tanto por parte da pessoa que sofre o transtorno quanto das pessoas que convivem com o doente³¹. Estudos identificam que nem sempre as pessoas que sofrem de algum tipo

de transtorno têm uma percepção bastante clara de sua doença³². Esse dado é importante, visto que o modo como esses sujeitos se auto-avaliam determina o curso do próprio tratamento e de sua recuperação. Quanto menos aceitarem que estão doentes e que necessitam de tratamento, mais a doença pode evoluir e agravar-se podendo causar males irreversíveis^{32, 33}.

Experiência de uma pessoa com transtorno alimentar é permeada de múltiplos sentimentos e ideias, ora de características negativas, ora positivas³⁴. Os pacientes expõem um leque de sentimentos negativos em relação aos episódios de compulsão alimentar. Os mais comuns que são citados são: solidão, medo, culpa, raiva, tristeza e a não aceitação da doença e de sua imagem³⁵. Outro fato relevante para a não aceitação ou aceitação da doença é o apoio da família e dos amigos próximos. "A família é um elo fundamental para a recuperação e tratamento dos TAs"^{35,36}.

O Papel da família

A relação com a Família foi descrita como um ponto chave no tratamento de uma pessoa que sofre um TA. O apoio e a compreensão dos mesmos são fundamentais para que haja uma evolução no entendimento e aceitação desta doença³⁷. Porém, para Saikali (2004)³⁷ o comprometimento familiar é bastante evidente. "O sofrimento não fica limitado à pessoa portadora, a doença crônica prende toda a família em sua teia"^{37,38}. O sistema familiar como um todo precisa se reorganizar para enfrentar a nova realidade e se adaptar às condições de vida enfrentadas pela doença e pelo tratamento³⁸.

Na maioria dos casos, percebe-se que a primeira reação da família diante da nova situação que se apresenta é de medo e culpa. Devido a isso, o procedimento inicial em um trabalho familiar vem sendo o de receber as famílias e, através de uma atitude continente, porém firme e esclarecedora, informar sobre as doenças, suas manifestações e suas consequências³⁹.

A família assume um papel importantíssimo na recuperação dos pacientes, podendo apoiar, entender e colaborar com os profissionais que irão cuidar do tratamento. É decisivo o papel da equipe multiprofissional, composta por médicos psiquiatras, psicólogos, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e enfermeiros atuando em suas diferentes áreas e montando um tratamento indicado para os pacientes com TAs³⁶.

O papel da nutrição nos transtornos alimentares

O desenvolvimento de TAs é foco de várias pesquisas sobre o tema. Souto e Ferro-Bucher (2006)⁹ observaram que a "motivação inicial para a modificação da alimentação e a redução de peso foi pessoal, contando, inicialmente, com apoio ou indiferença da família e com o incentivo de educadores físicos". Assim, decorrente de uma insatisfação com o peso, dá-se início à prática de dietas restritivas. Percebe-se que a dieta surge com objetivo de redução de peso, posteriormente ocorre uma restrição alimentar rígida e o TA é desencadeado, podendo resultar na drástica restrição ou em episódios compulsivos, seguidos de práticas compensatório-purgativas (bulímicas) ou não (comedoras compulsivas)^{4,5}.

Para avaliar a ingestão alimentar além de ampla anamnese inicial com intuito de investigar sobre tabus, mitos e crenças sobre os alimentos, hábitos alimentares e distorção corporal, utiliza-se o registro alimentar^{4,6}, orientando o doente a fazer em domicílio as anotações referentes à alimentação contendo "informações a cerca dos alimentos e quantidades ingeridas, horário e local das refeições, percepção da fome e saciedade, mecanismos de purgação (indução de vômitos, uso de laxativos e diuréticos, exercícios físicos extenuantes, etc), além dos sentimentos relacionados ao ato de se alimentar"^{10,11}.

Este instrumento, embora ofereça uma riqueza de detalhes e informações sobre os sintomas da doença relativos aos hábitos e comportamentos alimentares do indivíduo, têm algumas limitações, como por exemplo: superestimativa das quantidades ingeridas, omissão ou manipulação de informações importantes, como número de vômitos diários, número de refeições feitas, ou mesmo negação da fome, além da veracidade das informações como um todo². Outra ferramenta de trabalho do nutricionista é o recordatório alimentar de 24 horas, recomendado no primeiro atendimento, que consiste numa "entrevista realizada por profissional treinado com objetivo de obter informações com o máximo de precisão acerca da alimentação nas últimas 24 horas"⁴⁰.

É de grande utilidade para confirmar os relatos anotados no registro alimentar e também oferece o panorama dos progressos ou pioras da evolução alimentar do paciente. Com esses recursos, é possível se observar, mesmo na modalidade ambulatorial de atendimento, características específicas de cada paciente ilustradas pelo comportamento alimentar, como: alimentação infantilizada (composta por mingaus, sopas e papinhas), utilização de medicação fitoterápica com efeito laxativo/diurético após as refeições, entre outros². Após a obtenção desses dados

sobre a alimentação, "é necessário bom senso e compreensão da doença como um todo para se progredir com as modificações na dieta e hábitos alimentares do indivíduo, com metas atingíveis e praticáveis, sem exigências de recuperação rápida e imediata do quadro clínico" ^{4,10}.

De maneira geral, em esquema de seguimento ambulatorial, o nutricionista utiliza instrumentos de orientação alimentar como a "Roda de Alimentos" associado ao registro alimentar para acompanhar a evolução dietética. Orientações com intuito de enfatizar a importância de uma alimentação saudável e equilibrada nos diversos grupos de alimentos para o restabelecimento das condições nutricionais⁶. No entanto, quando não há melhora significativa da ingestão alimentar, dos vômitos e uso de laxantes e diuréticos, com continua perda do peso corporal e piora do quadro clínico, a internação integral é indicada²⁶.

Finalmente, é possível que essa orientação seja compartilhada com a família, buscando a sua colaboração para que a alimentação no domicílio seja adequada em termos das refeições realizadas, horários, tipos de alimentos oferecidos e principalmente, condutas em relação ao doente e a sua própria alimentação³⁸.

A Influência do estado nutricional nos Transtornos Alimentares

Segundo a APA (2000) ⁴, estudo conduzido com adolescentes de uma escola pública evidenciou comportamentos não saudáveis para o controle de peso de adolescentes com sobrepeso, principalmente quando eram meninas. Dentre este comportamento estavam o uso de medicamentos, laxantes, diuréticos ou prática de vômitos. "A insatisfação com a aparência física faz com que crianças do sexo feminino com sobrepeso se engajem em dietas para perda de peso. Este comportamento é duas vezes mais frequente nas crianças com sobrepeso do que naquelas com peso dentro da normalidade" ³⁸.

Este comportamento de autoestima baseado na aparência física e o engajamento em dietas para perda de peso podem ser fator de risco para o desenvolvimento dos TAs numa fase mais tardia, com comprometimento do estado nutricional e do crescimento adequado.

A principal recomendação é que o sobrepeso e a obesidade em crianças e adolescentes podem estar associados à voracidade alimentar e a práticas não saudáveis para controle do peso²². Estes comportamentos podem ser fator de risco

para o desenvolvimento dos TAs. Pacientes submetidos à cirurgia bariátrica e que apresentam perda significativa de peso podem desenvolver AN, BN ou Transtornos Alimentares não específicos (TANE). Assim, o estado nutricional ocorre grande influência nos TAs⁶.

Portanto, de acordo com os resultados obtidos os TAs parecem estar ganhando espaço no meio acadêmico, o que é possibilitado pelas pesquisas abrangentes nessa área. Com este estudo pode-se vislumbrar na literatura como são apresentados os motivos que levam estas adolescentes a desenvolver algum tipo de transtorno alimentar. Um dos fatores de grande importância identificado neste trabalho foi a distorção da imagem. Por se caracterizar em uma grande preocupação com o peso corporal, gerando sofrimento para a pessoa, pois a mesma acredita que nunca está em seu peso ideal.

A sociedade determina e impõe um padrão de beleza que, inconscientemente, é incorporado. Na busca desse ideal de beleza de um corpo perfeito surge, atualmente, uma obsessão para controle e modelagem do corpo, além da preocupação e do medo da obesidade. A ênfase da sociedade contemporânea no ideal de magreza (culto ao corpo), as intensas propagandas na mídia de uma infinidade de regimes e de produtos dietéticos, bem como o crescimento de academias e do número de revistas sobre o assunto, fornecem ao ambiente sociocultural que justifica a perda de peso, trazendo consigo uma simbologia de que a beleza física proporcionaria autocontrole, poder e "modernidade".

Outro sentimento que pôde-se observar em pessoas que sofrem de algum tipo de TA, é a falta de auto-aceitação da forma corporal que possui. Na maioria das vezes esta situação não é compreendida pelas pessoas que fazem parte de sua vida, principalmente seus familiares. Por isso, a família torna-se um elo fundamental para quem sofre desses distúrbios.

A totalidade dos autores pesquisados referiu que o TA não envolve somente a pessoa doente, mas sim toda a família, pois os mesmos necessitam adaptar-se a nova realidade em que estão inseridos. No quadro dos distúrbios alimentares, aparece uma série de comportamentos desordenados, desorganizados e inadequados relativos à alimentação. Em função disso, é fundamental o papel da nutrição, pois avaliam as carências nutricionais do paciente a fim de eliminar o ciclo "compulsão alimentar - purgação" e estipular um padrão alimentar correto.

CONCLUSÃO

Portanto, neste trabalho realizado pode-se constatar o quanto pessoas que possuem Transtornos Alimentares sofrem com esta doença. Na maioria das vezes por não aceitarem que estão doentes e que necessitam de tratamento nutricional adequado. Enfim, com o desenvolvimento deste trabalho espera-se contribuir e acrescentar no conhecimento da área de saúde, a fim de refletir acerca das repercussões que a busca pelo dito "corpo perfeito" podem causar. Entretanto, essa imagem corporal idealizada é um padrão impróprio ou incompatível para a grande maioria da população.

As atividades do nutricionista representam uma parte importante no tratamento dos TAs. A American Psychiatric Association (APA)⁴ indica que "intervenção e educação nutricionais sejam integradas ao tratamento", com um nutricionista na equipe multiprofissional. Os atributos mais importantes para o nutricionista que trabalha com TA são: um amplo conhecimento da ciência da nutrição, habilidade no aconselhamento educacional e comportamental e uma atitude empática e de não julgamento^{4,31}.

Segundo Claudino & Borges (2002)⁸, os pacientes com TA desejam um terapeuta nutricional flexível, que entenda seus medos sobre alimentação e peso, saiba o que é um TA, trabalhe em um passo que eles possam alcançar, seja paciente, cuidadoso e que não julgue; que tenha experiência com pessoas que possuem TA, seja otimista e esperançoso sobre a recuperação e que trabalhe com ele mais de modo colaborativo do que controlador.

Desta forma, acredita-se que a Terapia Nutricional seja um ponto fundamental na abordagem multiprofissional e que pacientes tratados de seus comportamentos alimentares podem ter quadros de recuperação mais completos.

REFERÊNCIAS

1. Carvalho, R. S. De. (2009). Transtornos alimentares e imagem corporal na adolescência : uma análise da produção científica em psicologia, *11*(3), 200–223.
2. Cecon, R. S., Gusmão, L. S., Priore, S. E., Universidade, N., São, F. De, Escola, P., & Medicina, P. De. (2014). Transtornos alimentares e síndrome metabólica na adolescência, *3*, 47–53.
3. Lúcia, M., Bosi, M., Luiz, R. R., Maria, C., Lucia, M., & Jane, R. Autopercepção da imagem corporal entre estudantes de nutrição : um estudo no município do Rio de Janeiro, (21).
4. American Psychiatric Association. Practice guideline treatment for psychiatric disorders: compendium 2000. Washington: The Association; 2000.
5. Maria, J., & Sicchieri, F. (2007). Avaliação nutricional de portadores de transtornos alimentares : resultados após a alta hospitalar, *6*(1), 68–75.
6. Claudino AM, Borges MBF. Critérios diagnósticos para os transtornos alimentares: conceitos em evolução. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002;24 (Supl III):7-12
7. Maria, J., Sicchieri, F., Pilot, R., & Ribeiro, P. (2006). Transtornos alimentares - quadro clínico, *39*(3).
8. Martins, C. R., Pelegrini, A., & Petroski, E. L. (n.d.). Insatisfação com a imagem corporal e relação com estado nutricional , adiposidade corporal e sintomas de anorexia e bulimia em adolescentes, *32*(48), 19–23.
9. Souto S, Ferro-Bucher JSN. Práticas indiscriminadas de dietas de emagrecimento e o desenvolvimento de transtornos alimentares. *Rev Nutr Campinas.* 2006;19: 693-704.
10. Pilot, R., & Ribeiro, P. (2006). Grupo De Orientação Clínico-Nutricional A Familiares De Portadores De Transtornos Alimentares : Uma Experiência “Grata”, *39*(3).

11. Original, A. (n.d.). Percepção e satisfação corporal em adolescentes e a relação com seu estado nutricional, 33(6), 292–296.
12. Morelo, S., Bosco, D. A. L., & Vieira, J. M. (2008). Risco para desenvolvimento de transtornos alimentares em estudantes de Nutrição, 124–128.
13. Souza FGM, Martins MCR, Monteiro FCC, et al. Anorexia e bulimia nervosa em alunas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará – UFC. *Rev Psiq Clín.* 2004; 29:172-80.
14. Alvarenga, M. (2013). Terapia nutricional na anorexia e bulimia nervosas. 24(Supl III), 39–43.
15. Campagna VN, Souza AS. Corpo e imagem corporal no início da adolescência feminina. *Bol psicol.* 2006;56(124):9-35.
17. Sicchieri JMF, Bighetti F, Borges NJBG, Santos JE dos, Ribeiro RPP. (2006). Manejo nutricional nos transtornos alimentares. *Medicina (Ribeirão Preto)*. jul- set.;39(3):371-4.
18. Espíndola, C. R. (2006). Bulimia e transtorno da compulsão alimentar periódica : revisão sistemática e metassíntese, 28(3), 265–275.
19. Morgan, C. M., Ramalho, I., & Negrão, B. (2014). Etiologia dos transtornos alimentares : aspectos biológicos , psicológicos e sócio - culturais, 24(Supl III), 18–23.
20. Grando, L. H., Enfermería, P. D. E. Hospital, D. E. U. N., & Mental, D. E. S. (2005). Family and eating disorders : representations among nursing staff, 13(6), 989–995.
21. Original, A. (2004). Imagem corporal nos transtornos alimentares, 31(11), 164–166.
22. Lúcia, M., & Bosi, M. (2003). Mídia e subjetividade: impacto no comportamento alimentar feminino, 16(1), 117–125.
23. Appolin, C. (2011). Transtornos alimentares, 22(Supl II), 28–31.

24. Association, A P. (2014). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM IV). Washington: American Psychiatric Association.
25. Claudino, M. (2002). Transtornos alimentares : fundamentos históricos. 24(Supl III), 3–6.
26. Freitas, S., Gorenstein, C., & Appolinario, J. C. (2002). Instrumentos para a avaliação dos transtornos alimentares . 24(Supl III).
28. Figueira I, Mendlowicz M, Nardi AE, Marques C, Saboya E, Andrade Y, et al. O sofrimento da feiú- ra imaginária – transtorno dismórfico do corpo. J Bras Psiquiatr 1993; 42:303-12.
29. Gorgati, S. B., Holcberg, A. S., & Oliveira, D. De. (2002). Abordagem psicodinâmica no tratamento dos transtornos alimentares . 24(Supl III).
30. Hay, P. J. (2013). Epidemiologia dos transtornos alimentares : estado atual e desenvolvimentos futuros. 24(Supl III), 13–17.
31. Leal, C., Assumpção, D., & Cabral, M. D. (2012). Complicações clínicas da anorexia nervosa e bulimia nervosa. 24(Supl III), 29–33.
32. Medeiros, A. De, Beátriz, M., & Borges, F. (2002). Critérios diagnósticos para os transtornos alimentares : conceitos em evolução. 24(Supl III), 7–12.
33. Melin, P., & Araújo, A. M. (2014). Transtornos alimentares em homens : um desafio diagnóstico. 24(IV), 73–76.
34. Morgan, C. M., Ramalho, I., & Negrão, B. (2002). Etiologia dos transtornos alimentares : aspectos biológicos , psicológicos e sócio – culturais. 24(Supl III), 18–23.
35. Papelbaum, M., & Appolinário, C. (2011). Transtorno da compulsão alimentar periódica e transtorno obsessivo-compulsivo : partes de um mesmo espectro, 23(1), 38–40.
36. Assumpção CL, Cabral MD. (2014). Complicações clínicas da anorexia nervosa e bulimia nervosa. Rev Bras Psiquiatr.;24(Supl III):29-33.

37. Alvarenga M, Dunker KLL. Padrão no comportamento alimentar na anorexia e bulimia nervosas. In: Philippi S, Alvarenga M. Transtornos alimentares: uma visão nutricional. São Paulo: Editora Manole; 2003. p.131-48.
38. Spear B. Nutrição na adolescência. In: Mahan K, Escott Stump S. Krause: alimentos, nutrição e dietoterapia. São Paulo: Roca, 2005. p. 270-87.
39. Saikali CJ, Soubhia CS, Scalfaro BM, Cordás TA. Imagem corporal nos transtornos alimentares. Rev Psiquiatr Clín (São Paulo) 2004; 31:164-6.
40. Nunes MA, Olinto MTA, Barros FC, Camey S. Influência da percepção do peso e do índice de massa corporal nos comportamentos alimentares anormais. Rev Bras Psiquiatr 2006; 23:21-7.

ANEXO

ANEXO A- Categoria dos artigos

A Revista aceita artigos inéditos em português, espanhol ou inglês, com título, resumo e termos de indexação no idioma original e em inglês, nas seguintes categorias:

Original: contribuições destinadas à divulgação de resultados de pesquisas inéditas, tendo em vista a relevância do tema, o alcance e o conhecimento gerado para a área da pesquisa (limite máximo de 5 mil palavras).

Especial: artigos a convite sobre temas atuais (limite máximo de 6 mil palavras).

Revisão (a convite): síntese de conhecimentos disponíveis sobre determinado tema, mediante análise e interpretação de bibliografia pertinente, de modo a conter uma análise crítica e comparativa dos trabalhos na área, que discuta os limites e alcances metodológicos, permitindo indicar perspectivas de continuidade de estudos naquela linha de pesquisa (limite máximo de 6 mil palavras). Serão publicados até dois trabalhos por fascículo.

Comunicação: relato de informações sobre temas relevantes, apoiado em pesquisas recentes, cujo mote seja subsidiar o trabalho de profissionais que atuam na área, servindo de apresentação ou atualização sobre o tema (limite máximo de 4 mil palavras).

Nota Científica: dados inéditos parciais de uma pesquisa em andamento (limite máximo de 4 mil palavras).

Ensaio: trabalhos que possam trazer reflexão e discussão de assunto que gere questionamentos e hipóteses para futuras pesquisas (limite máximo de 5 mil palavras).

Seção Temática (a convite): seção destinada à publicação de 2 a 3 artigos coordenados entre si, de diferentes autores, e versando sobre tema de interesse atual (máximo de 10 mil palavras no total).

Categoria e a área temática do artigo: Os autores devem indicar a categoria do artigo e a área temática, a saber: alimentação e ciências sociais, avaliação nutricional, bioquímica nutricional, dietética, educação nutricional, epidemiologia e estatística, micronutrientes, nutrição clínica, nutrição experimental, nutrição e geriatria, nutrição

materno-infantil, nutrição em produção de refeições, políticas de alimentação e nutrição e saúde coletiva.

Preparo do manuscrito

Submissão de trabalhos

Serão aceitos trabalhos acompanhados de carta assinada por todos os autores, com descrição do tipo de trabalho e da área temática, declaração de que o trabalho está sendo submetido apenas à Revista de Nutrição e de concordância com a cessão de direitos autorais e uma carta sobre a principal contribuição do estudo para a área. Caso haja utilização de figuras ou tabelas publicadas em outras fontes, deve-se anexar documento que ateste a permissão para seu uso.

Enviar os manuscritos via site <<http://www.scielo.br/rn>>, preparados em espaço entrelinhas 1,5, com fonte Arial 11. O arquivo deverá ser gravado em editor de texto similar ou superior à versão 97-2003 do Word (Windows).

É fundamental que o escopo do artigo não contenha qualquer forma de identificação da autoria, o que inclui referência a trabalhos anteriores do(s) autor(es), da instituição de origem, por exemplo.

O texto deverá contemplar o número de palavras de acordo com a categoria do artigo. As folhas deverão ter numeração personalizada desde a folha de rosto (que deverá apresentar o número 1). O papel deverá ser de tamanho A4, com formatação de margens superior e inferior (no mínimo 2,5cm), esquerda e direita (no mínimo 3cm).

Os artigos devem ter, aproximadamente, 30 referências, exceto no caso de artigos de revisão, que podem apresentar em torno de 50. Sempre que uma referência possuir o número de Digital Object Identifier (DOI), este deve ser informado.

O texto do artigo deverá empregar fonte colorida (cor azul) ou sublinhar, para todas as alterações, juntamente com uma carta ao editor, reiterando o interesse em publicar nesta Revista e informando quais alterações foram processadas no manuscrito, na versão reformulada. Se houver discordância quanto às recomendações dos revisores, o(s) autor(es) deverão apresentar os argumentos que justificam sua posição. O título e o código do manuscrito deverão ser especificados.

Página de rosto deve conter

- a) título completo - deve ser conciso, evitando excesso de palavras, como "avaliação do...", "considerações acerca de..." "estudo exploratório....";
- b) short title com até 40 caracteres (incluindo espaços), em português (ou espanhol) e inglês;
- c) nome de todos os autores por extenso, indicando a filiação institucional de cada um. Será aceita uma única titulação e filiação por autor. O(s) autor(es) deverá(ão), portanto, escolher, entre suas titulações e filiações institucionais, aquela que julgar(em) a mais importante.
- d) Todos os dados da titulação e da filiação deverão ser apresentados por extenso, sem siglas.
- e) Indicação dos endereços completos de todas as universidades às quais estão vinculados os autores;
- f) Indicação de endereço para correspondência com o autor para a tramitação do original, incluindo fax, telefone e endereço eletrônico;
Observação: esta deverá ser a única parte do texto com a identificação dos autores.

Resumo: todos os artigos submetidos em português ou espanhol deverão ter resumo no idioma original e em inglês, com um mínimo de 150 palavras e máximo de 250 palavras.

Os artigos submetidos em inglês deverão vir acompanhados de resumo em português, além do abstract em inglês.

Para os artigos originais, os resumos devem ser estruturados destacando objetivos, métodos básicos adotados, informação sobre o local, população e amostragem da pesquisa, resultados e conclusões mais relevantes, considerando os objetivos do trabalho, e indicando formas de continuidade do estudo.

Para as demais categorias, o formato dos resumos deve ser o narrativo, mas com as mesmas informações.

O texto não deve conter citações e abreviaturas. Destacar no mínimo três e no máximo seis termos de indexação, utilizando os descritores em Ciência da Saúde - DeCS - da Bireme <<http://decs.bvs.br>>.

Texto: com exceção dos manuscritos apresentados como Revisão, Comunicação, Nota Científica e Ensaio, os trabalhos deverão seguir a estrutura formal para trabalhos científicos:

Introdução: deve conter revisão da literatura atualizada e pertinente ao tema, adequada à apresentação do problema, e que destaque sua relevância. Não deve ser extensa, a não ser em manuscritos submetidos como Artigo de Revisão.

Métodos: deve conter descrição clara e sucinta do método empregado, acompanhada da correspondente citação bibliográfica, incluindo: procedimentos adotados; universo e amostra; instrumentos de medida e, se aplicável, método de validação; tratamento estatístico.

Informar que a pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética credenciado junto ao Conselho Nacional de Saúde e fornecer o número do processo.

Ao relatar experimentos com animais, indicar se as diretrizes de conselhos de pesquisa institucionais ou nacionais - ou se qualquer lei nacional relativa aos cuidados e ao uso de animais de laboratório - foram seguidas.

Resultados: sempre que possível, os resultados devem ser apresentados em tabelas ou figuras, elaboradas de forma a serem auto-explicativas e com análise estatística. Evitar repetir dados no texto.

Tabelas, quadros e figuras devem ser limitados a cinco no conjunto e numerados consecutiva e independentemente com algarismos arábicos, de acordo com a ordem de menção dos dados, e devem vir em folhas individuais e separadas, com indicação de sua localização no texto. É imprescindível a informação do local e ano do estudo. A cada um se deve atribuir um título breve. Os quadros e tabelas terão as bordas laterais abertas.

O(s) autor(es) se responsabiliza(m) pela qualidade das figuras (desenhos, ilustrações, tabelas, quadros e gráficos), que deverão ser elaboradas em tamanhos de uma ou duas colunas (7 e 15cm, respectivamente); não é permitido o formato paisagem. Figuras digitalizadas deverão ter extensão JPEG e resolução mínima de 400 DPI.

Gráficos e desenhos deverão ser gerados em programas de desenho vetorial (Microsoft Excel, CorelDraw, Adobe Illustrator etc.), acompanhados de seus parâmetros quantitativos, em forma de tabela e com nome de todas as variáveis.

A publicação de imagens coloridas, após avaliação da viabilidade técnica de sua reprodução, será custeada pelo(s) autor(es). Em caso de manifestação de interesse por parte do(s) autor(es), a Revista de Nutrição providenciará um orçamento dos custos envolvidos, que poderão variar de acordo com o número de imagens, sua distribuição em páginas diferentes e a publicação concomitante de material em cores por parte de outro(s) autor(es).

Uma vez apresentado ao(s) autor(es) o orçamento dos custos correspondentes ao material de seu interesse, este(s) deverá(ão) efetuar depósito bancário. As informações para o depósito serão fornecidas oportunamente.

Discussão: deve explorar, adequada e objetivamente, os resultados, discutidos à luz de outras observações já registradas na literatura.

Conclusão: apresentar as conclusões relevantes, considerando os objetivos do trabalho, e indicar formas de continuidade do estudo. Não serão aceitas citações bibliográficas nesta seção.

Agradecimentos: podem ser registrados agradecimentos, em parágrafo não superior a três linhas, dirigidos a instituições ou indivíduos que prestaram efetiva colaboração para o trabalho.

Anexos: deverão ser incluídos apenas quando imprescindíveis à compreensão do texto. Caberá aos editores julgar a necessidade de sua publicação.

Abreviaturas e siglas: deverão ser utilizadas de forma padronizada, restringindo-se apenas àquelas usadas convencionalmente ou sancionadas pelo uso, acompanhadas do significado, por extenso, quando da primeira citação no texto. Não devem ser usadas no título e no resumo.

Referências de acordo com o estilo Vancouver

Referências: devem ser numeradas consecutivamente, seguindo a ordem em que foram mencionadas pela primeira vez no texto, conforme o estilo Vancouver.

Nas referências com dois até o limite de seis autores, citam-se todos os autores; acima de seis autores, citam-se os seis primeiros autores, seguido de et al.

As abreviaturas dos títulos dos periódicos citados deverão estar de acordo com o Index Medicus.

Não serão aceitas citações/referências de monografias de conclusão de curso de graduação, de trabalhos de Congressos, Simpósios, Workshops, Encontros, entre outros, e de textos não publicados (aulas, entre outros).

Se um trabalho não publicado, de autoria de um dos autores do manuscrito, for citado (ou seja, um artigo in press), será necessário incluir a carta de aceitação da revista que publicará o referido artigo.

Se dados não publicados obtidos por outros pesquisadores forem citados pelo manuscrito, será necessário incluir uma carta de autorização, do uso dos mesmos por seus autores.

Citações bibliográficas no texto: deverão ser expostas em ordem numérica, em algarismos arábicos, meia linha acima e após a citação, e devem constar da lista de referências. Se forem dois autores, citam-se ambos ligados pelo "&"; se forem mais de dois, cita-se o primeiro autor, seguido da expressão et al.

A exatidão e a adequação das referências a trabalhos que tenham sido consultados e mencionados no texto do artigo são de responsabilidade do autor. Todos os autores cujos trabalhos forem citados no texto deverão ser listados na seção de Referências.