

CENTRO FEDERAL DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA DE MINAS GERAIS
PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM ENSINO DE CIÊNCIAS HUMANAS E
LINGUAGENS
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

ELISÂNGELA COSTA MARTINS

TRANSTORNOS ALIMENTARES EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES:
QUAL É O PAPEL DA ESCOLA?

Curvelo- MG

2025

ELISÂNGELA COSTA MARTINS

**TRANSTORNOS ALIMENTARES EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES:
QUAL É O PAPEL DA ESCOLA?**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado na Pós-graduação Lato Sensu
em Ensino de Ciências Humanas e
Linguagens do CEFET/MG.

Orientador(a): Cleide Maria de Oliveira
Levon Canchumani

Curvelo- MG

2025

Martins, Elisângela Costa.

M386t Transtornos alimentares em crianças e adolescentes: qual é o papel da escola? / Elisângela Costa Martins. – 2025.
98 f. : il.

Orientadora: Cleide Maria de Oliveira Lovon Canchumani.

Trabalho de conclusão de curso (especialização) – Centro Federal de Educação Tecnológica de Minas Gerais, Programa de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Ensino de Ciências Humanas e Linguagens, Curvelo, 2025.

Bibliografia.

1. Distúrbios alimentares. 2. Jovens - Saúde e higiene. 3. Escola.
I. Canchumani, Cleide Maria de Oliveira Lovon. II. Título.

CDU: 616-03



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL - MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
CENTRO FEDERAL DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA DE MINAS GERAIS
Campus Curvelo
Rua Raymundo Mattoso, 900, Bairro Santa Rita, Curvelo – MG.
CEP: 35.790-636 - Tel: (38) 3729-3900

Elisângela Costa Martins

TRANSTORNOS ALIMENTARES EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES: qual é o papel da escola?

Monografia apresentada ao Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Ensino de Ciências Humanas e Linguagens do Centro Federal de Educação Tecnológica de Minas Gerais - CEFET-MG, Campus Curvelo, em 16 de abril de 2025 como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Ensino de Ciências Humanas e Linguagens, aprovada pela Comissão Examinadora de Defesa de Trabalho de Conclusão de Curso constituída pelos(as) professores(as):

Profª Drª Cleide Maria de Oliveira Lovon Canchumani – Orientador(a)
Centro Federal de Educação Tecnológica de Minas Gerais

Profº Drº Adriano Gonçalves
Centro Federal de Educação Tecnológica de Minas Gerais

Profª Ms. Jaqueline
Centro Federal de Educação Tecnológica de Minas Gerais

Pós-Graduação Lato Sensu em Ensino de Ciências Humanas e Linguagens
Departamento de Formação Geral
CEFET-MG – Campus Curvelo

RESUMO

Os transtornos alimentares são graves patologias psiquiátricas que alteram o comportamento alimentar e geram impactos nocivos na saúde da população mundial com alta taxa de mortalidade. Este trabalho investiga a atuação das instituições de ensino na prevenção dos transtornos alimentares, tema pouco abordado, visto que os distúrbios são frequentemente associados somente à área da saúde. É preciso transpor esse desafio, afinal a educação tem participação direta na formação do modo de ser e de viver dos indivíduos e possui ferramentas que podem agregar qualidade de vida e bem-estar à jornada humana, como os programas de intervenção primária. Eles têm se destacado dentre os planos de prevenção dos transtornos alimentares a partir da integração entre escola, canais de comunicação, família, governo e instituições da saúde para evitar o sofrimento (físico, psicológico e social) e o dispendioso tratamento dos transtornos. No entanto, depois de estabelecida a doença, as recomendações são outras, incluindo o apoio da família e a colaboração entre multiprofissionais com técnicas terapêuticas, como a nutricional, psicoterapêutica e farmacológica, para identificar e superar os diversos fatores etiológicos responsáveis pelo surgimento da doença. Esta pesquisa foi construída por meio de revisão bibliográfica, buscando evidências para o entendimento, a precaução e a recuperação dos distúrbios alimentares em variados âmbitos da existência humana, abarcando o cognitivo e o acadêmico.

ABSTRACT

Eating disorders are serious psychiatric conditions that alter eating behavior and impact the health of the global population, resulting in a high mortality rate. This study investigates the role of educational institutions in preventing eating disorders, a topic rarely addressed, as these disorders are often associated solely with the healthcare field. This challenge must be addressed, as education plays a direct role in shaping individuals' way of being and living and offers tools that can enhance quality of life and well-being throughout the human journey, such as primary intervention programs. These programs stand out among eating disorder prevention plans, based on the integration of schools, communication channels, families, governments, and healthcare institutions to prevent suffering (physical, psychological, and social) and the costly treatment of these disorders. However, once the disease has been established, recommendations vary, including family support and collaboration between multidisciplinary teams using

therapeutic techniques such as nutritional, psychotherapeutic, and pharmacological approaches to identify and overcome the various etiological factors responsible for the onset of the disease. This research was constructed through a bibliographic review, seeking evidence for the understanding, prevention and recovery of eating disorders in various areas of human existence, encompassing the cognitive and academic.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Sofrimento com o peso corporal na anorexia nervosa e na bulimia nervosa	17
Figura 2 - Distorção da autoimagem, critério diagnóstico da anorexia nervosa	19
Figura 3 - Conduta alimentar restritiva, outro critério da anorexia nervosa	21
Figura 4 - Transtorno alimentar Pica, nomeado em analogia ao pássaro <i>Pica pica</i>	28
Figura 5 - Dieta restritiva e compulsão alimentar, os extremos da bulimia nervosa	57
Figura 6: Desmistificação da comida para uma alimentação saudável	65

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Modalidades de tratamento para pacientes com anorexia nervosa (AN) e bulimia nervosa (BN) - ambulatorial, semi-internação ou internação integral	49
Quadro 2 - Convergências metodológicas nos programas de prevenção	75

LISTA DE ABREVIATURAS

Academy of Nutrition and Dietetics (AND)

Ambulatório de Bulimia e Transtornos Alimentares (AMBULIM)

American Dietetic Association (ADA)

American Psychiatry Association (APA)

Anorexia nervosa (AN)

Associação Brasileira das Empresas de Refeições Coletivas (ABERC)

Base Nacional Comum Curricular (BNCC)

Bulimia nervosa (BN)

Centro Federal de Educação Tecnológica de Minas Gerais (CEFET/MG)

Classificação Internacional de Doenças (CID-11)

Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN)

Documentos Curriculares Nacionais (DCNs)

Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)

Episódio de compulsão alimentar (ECA)

Esquemas Iniciais Desadaptativos (EIDs)

Grupo de Estudos em Alimentação e Nutrição (GENTA)

Índice de massa corporal (IMC)

Inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRS)

Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB)

Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5)

New Moves Brasil (NMB)

Organização das Nações Unidas (ONU)

Organização Mundial de Saúde (OMS)

Ortorexia nervosa (ON)

Outro transtorno alimentar especificado (OTAE)

Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs)

Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE)

Restaurantes universitários (RU)

Scientific Electronic Library Online (SciELO)

Segurança alimentar e nutricional (SAN),

Semana de Conscientização de Transtornos Alimentares (SE DÊ CONTA)

Síndrome do comer noturno (SCN)

Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN)

Terapia cognitivo-comportamental (TCC)

Terapia cognitivo-comportamental multicomponentes (TCCM)

Terapia comportamental dialética (TCD)

Terapia de aceitação e compromisso (ACT)

Terapia de reciclagem infantil (TRI)

Terapia focada na compaixão (CFT)

Teste de Atitudes Alimentares (EAT)

Teste de Investigação Bulímica Edimburgo (BITE)

Transtorno alimentar (TA)

Transtorno alimentar na infância (TAI)

Transtorno alimentar restritivo evitativo (TARE)

Transtorno alimentar sem outra especificação (TASOE)

Transtorno de compulsão alimentar periódica (TCAP ou TCA)

Transtorno do espectro autista (TEA)

Transtornos alimentares não especificados (TANE)

Unidades de Alimentação e Nutrição (UAN)

SUMÁRIO

1 Introdução	13
2 Transtornos alimentares: uma definição conceitual	15
2.1 Transtornos alimentares e da alimentação	15
2.2 Anorexia nervosa (AN)	17
2.3 Bulimia nervosa (BN)	23
2.3.1 Semelhanças e diferenças entre anorexia e bulimia	25
2.4 Transtorno de compulsão alimentar periódico (TCAP)	26
2.5 Pica	28
2.6 Transtorno de ruminação	29
2.7 Transtorno alimentar restritivo evitativo (TARE)	30
2.8 Transtornos alimentares especificados/Outros transtornos alimentares (OTAE)	31
2.9 Transtornos alimentares não especificados (TANE)	32
3 As abordagens terapêuticas dos transtornos alimentares	33
3.1 Tratamento nutricional	33
3.2 Tratamento psicoterapêutico	35
3.3 Programas de intervenções integradas de tratamento	41
3.4 Tratamento farmacológico	44
3.5 A importância da família no tratamento dos transtornos alimentares	47
4 O papel da escola na prevenção e combate dos distúrbios alimentares	49
4.1 Comportamentos de risco para transtorno alimentar em crianças e adolescentes em escolas públicas e privadas e estratégias de prevenção	49
4.2 A família e os meios de comunicação como fatores de risco para o desenvolvimento dos transtornos alimentares em crianças e em adolescentes	55
4.3 O papel da escola na prevenção dos transtornos alimentares e na promoção da alimentação saudável	62
4.4 Modelos de programas preventivos dos transtornos alimentares nas escolas	71
4.5 Aprofundamento da relação entre a pós-graduação em Ciências Humanas e Linguagens e o tema transtornos alimentares	80

4.6 A necessidade de ampliar as produções científicas e os avanços tecnológicos acerca dos transtornos alimentares	86
5 Conclusão	89
Referências	91

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho de conclusão da Pós-graduação Lato Sensu em Ensino de Ciências Humanas e Linguagens do Centro Federal de Educação Tecnológica de Minas Gerais (CEFET/MG) no campus Curvelo tem como objetivo central investigar o papel das instituições de ensino na prevenção dos transtornos alimentares (TA) em crianças e adolescentes, grupos mais vulneráveis às influências externas. A proposta é selecionar e especificar abordagens exitosas, como os programas de prevenção primária, conforme informado por Dunker (2009, p. 10), porque atuam nas populações de risco para TA com o empenho coletivo da escola, famílias, clínicas, centros comunitários, organizações religiosas e mídias até alcançar mudanças nas normas sociais, como melhorias na indústria de alimentos e nas propagandas direcionadas às crianças e adolescentes com a representatividade de modelos de beleza reais, normalizando os diversos tipos e formas corporais. A participação governamental é essencial para assegurar que as medidas de profilaxia sejam implementadas e mantidas, com assistência ao eixo educação e saúde e ampliação do número de profissionais especializados na identificação e no tratamento dos TA. Pretende-se averiguar também as intervenções de prevenção dos TA que não foram bem-sucedidas no cenário escolar e que motivaram comportamentos de risco para as perturbações alimentares. O propósito secundário é salientar os programas de tratamento efetivos depois do surgimento dos transtornos alimentares, com ênfase na integração da equipe multidisciplinar.

A pesquisa exploratória foi estruturada na revisão bibliográfica de artigos com o tema transtornos alimentares, cuja metodologia incluiu a busca nas bases de dados, como Google Acadêmico, Periódicos CAPES e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Foram selecionados os que reportavam os transtornos alimentares, sua caracterização, fatores de risco, prevenção, e impactos físicos, psicológicos e sociais, entre outros. Os critérios de elegibilidade dos estudos compreenderam aqueles com idioma em português, resultados relevantes e disponibilização integral. O arranjo tem três capítulos, o primeiro conceitua o objeto “transtornos alimentares” majoritariamente por intermédio dos manuais oficiais de padronização internacional da American Psychiatry Association (APA) e da Organização Mundial de Saúde (OMS), visto que é indispensável entender as dimensões e as graves consequências, como as físicas, cognitivas, acadêmicas, emocionais e relacionais. A anorexia nervosa, por exemplo, é um dos transtornos mais preocupantes devido à desnutrição severa, risco de problemas cardíacos e elevada taxa de mortalidade. O aumento da incidência e da

prevalência desses transtornos tem aguçado pesquisas por respostas funcionais e inovadoras para minimizarem os efeitos nocivos da enfermidade, os altos custos do tratamento e os desafios vivenciados pelas famílias. É primordial propagar as características e os critérios diagnósticos dos distúrbios alimentares, a fim de propiciar a identificação precoce desse sério problema de saúde pública.

O segundo capítulo determina algumas das estratégias terapêuticas disponíveis com o intuito de ajudar na construção de uma perspectiva positiva para os indivíduos que enfrentam os transtornos alimentares; e destaca a urgência de intervenções precoces ao detectar os transtornos com brevidade, favorecendo a recuperação integral da saúde. O último capítulo trata das raízes do problema e da responsabilidade compartilhada entre escola, família, governo e mídia. A intenção é explicitar estudos realizados em diferentes instituições educacionais que abarcam os comportamentos de risco para o desenvolvimento dos transtornos alimentares em crianças e adolescentes (grupos vulneráveis). O número expressivo de estudantes com desconhecimento das condições de risco nesse levantamento de estudos evidencia a importância de expandir as práticas preventivas com divulgação dos sinais e dos danos dos transtornos alimentares. A escola desempenha papel significativo na construção de uma sociedade potencialmente consciente com promoção de ações que possam repercutir em políticas sociais e práticas alimentares mais saudáveis. A educação pode ser uma ferramenta para empoderar crianças e adolescentes, fomentando uma geração que reconheça os problemas alimentares e que atue na busca de soluções.

Por fim, a escolha do tema deste trabalho de conclusão de curso (TCC) foi motivada por uma vivência pessoal relativa às dores causadas pelo transtorno alimentar da bulimia nervosa em uma pessoa muito próxima da autora. O compartilhamento desse porquê com o(a) leitor(a) foi encorajado pela comissão organizadora de defesa de TCC, assim como o entrelace do tema com referências da pós-graduação em Ensino de Ciências Humanas e Linguagens na expectativa de fomentar micro-revoluções na área da educação, uma das concepções aprendidas durante a especialização. A intenção é justamente quebrar os paradigmas dos transtornos alimentares (TA), tomando-os como assunto transversal a ser tratado desde a formação acadêmica dos profissionais da educação e da saúde (que podem se envolver com a prevenção, o diagnóstico e o tratamento dos TA) até o lecionamento em sala de aula e a produção de pesquisas científicas e de materiais informativos.

2 TRANSTORNOS ALIMENTARES: UMA DEFINIÇÃO CONCEITUAL

2.1 Transtornos alimentares e da alimentação

Os transtornos alimentares (TA) são doenças psiquiátricas marcadas por pertinentes alterações no padrão alimentar, segundo Cabrera (2006, p. 2). Os critérios diagnósticos e os tratamentos dessas enfermidades são descritos pela American Psychiatry Association (APA, maior estrutura de médicos psiquiatras dos Estados Unidos) através do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5, 2013), e pela Organização Mundial de Saúde (OMS, agência da Organização das Nações Unidas/ONU que coordena ações mundiais em saúde pública) por meio da Classificação Internacional de Doenças (CID-11, 2018), norteando assim a atuação dos profissionais da área da saúde, mediante análise de Hiluy et al. (2019, p. 1 e p. 8). Appolinário e Claudino (2000, p. 2) complementaram que os quadros patológicos dos transtornos alimentares são frequentemente agravados por distúrbios mentais concomitantes, como comportamento obsessivo compulsivo, fobia social, síndrome do pânico, transtorno de ansiedade, transtorno de personalidade, e transtornos do humor (transtornos afetivos e depressivos).

Os comportamentos desordenados com déficit ou excesso no consumo e na absorção dos alimentos comprometem o bem estar emocional, físico, mental e social de mais de 70 milhões de seres humanos no mundo, de acordo com a Associação Brasileira de Psiquiatria (Brasil, 2022, s.p.). Essas condições clínicas são observadas predominantemente em adolescentes e jovens adultas do sexo feminino, afetando 3,2% delas com idade entre 18 e 30 anos, em conformidade com Leal et al. (2012, p. 2), fundamentados na APA e na American Dietetic Association (ADA), atualmente chamada de Academy of Nutrition and Dietetics (AND) e composta por nutricionistas, dietista e outros profissionais de alimentação e nutrição dos Estados Unidos. Ademais, os distúrbios são desprovidos de uma causa específica, pois atingem indivíduos de classes sociais, culturas, etnias, idades, gêneros e pesos corporais diversos. Logo, a origem dos transtornos alimentares é explicada pelo modelo etiológico multifatorial, ou seja, pela influência de fatores ambientais, biológicos, comportamentais, genéticos, hereditários, psicológicos ou socioculturais inter-relacionados, com base em Appolinário e Claudino (2000, p. 1 e p. 3). Os fatores são classificados em predisponentes (facilitadores do surgimento do transtorno, como o sexo feminino); precipitantes (que causam os sintomas da patologia, como dieta para emagrecer combinada com críticas maternas); e mantenedores (que prolongam ou

não o quadro clínico, como a crença da magreza representando sucesso e poder), em consonância com Cândido et al. (2015, p. 2).

Os fatores de influência para os transtornos alimentares, encontrados nas convergências entre Nunes e Holanda (2008, p. 2), Dunker (2009, p. 3), Ferreira e colaboradores (2012, pp. 2-3), e Cândido et al. (2015, pp. 2-3), são catalogados em restrição alimentar para emagrecer (geralmente iniciada na adolescência em decorrência da má aceitação das mudanças corporais como a gordura no corpo feminino), desde que somada a outros fatores, como os psicológicos, midiáticos, individuais, familiares e/ou apelo sociocultural da magreza. A lista dos causadores inter-relacionados da doença abrange também disfunções hormonais, seja por predisposição genética ou por deficiências nutricionais, incluindo alterações dos neurotransmissores, como noradrenalina e serotonina; autoimagem corporal negativa; autoestima baixa; dificuldade em expressar as emoções; expectativas irreais junto à insegurança e à inadequação; traços de personalidade, como obsessividade, perfeccionismo e instabilidade afetiva; histórico de transtornos psiquiátricos, como depressão e transtorno da ansiedade; dependência de álcool ou outras drogas; relações familiares patológicas, com padrões de interação como rigidez, intrusividade, evitação de conflitos ou falta de cuidados; histórico familiar de transtorno alimentar; pressão externa dos pares, seja de parceiros afetivos, amigos, colegas de escola ou de trabalho; e profissões que promovem a magreza, como a de atriz, modelo e nutricionista. Além de eventos estressores com alterações da dinâmica familiar; desorganização da vida; ou ameaça à integridade física, como enfermidade, gravidez, abuso sexual e físico e outros traumas.

Evidências sugerem que fatores psicossociais desempenham um importante papel na distribuição dos transtornos alimentares. A influência da “cultura do corpo” e da pressão para a magreza que as mulheres sofrem nas sociedades ocidentais (especialmente as adolescentes) parece estar associada com o desencadeamento de comportamentos anoréticos. Determinadas profissões que exigem leveza para melhor desempenho (como ginastas, jockeys, patinadoras, bailarinas) ou esbeltez para “comercialização” da imagem (modelos, atrizes) se encontram em risco aumentado para o desenvolvimento do transtorno. Appolinário e Claudino (2000, p. 1).

As seguintes categorias de transtornos alimentares são reconhecidas pelos dois manuais classificatórios mais usados atualmente, Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) e Classificação Internacional de Doenças (CID-11): anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN), transtorno de compulsão alimentar periódica (TCAP), transtorno alimentar restritivo/evitativo (TARE), pica, transtorno de ruminação, transtornos alimentares especificados, e transtornos alimentares não especificados, segundo Hiluy et al. (2019, p. 4 e p. 8). Essas doenças são subdivididas no capítulo 06 - Transtornos mentais, comportamentais e

do neurodesenvolvimento da CID-11, de acordo com o título Transtornos alimentares e da alimentação. Os transtornos alimentares são comportamentos alimentares anormais acrescidos da preocupação excessiva com o peso e a forma corporais. Portanto, compreendem a anorexia nervosa (AN) e a bulimia nervosa (BN), simbolizadas pela balança e pela fita métrica na figura 1 a seguir em alusão às ações recorrentes de pesar e de medir o próprio corpo.

Figura 1 – Sofrimento com o peso corporal na anorexia nervosa e na bulimia nervosa



Fonte: Rittenhouse (2021, s.p.).

Os transtornos da alimentação, por sua vez, não estão associados ao sofrimento intenso com o peso e a forma do corpo, mas sim à ingestão de substâncias não nutritivas (pica) ou à regurgitação voluntária de alimentos (transtorno de ruminação), entre outras condições. Leal et al. (2012, p. 2) esclareceram que o DSM definiu os distúrbios que não se enquadram na anorexia nervosa (AN) e na bulimia nervosa (BN) (categorias notavelmente conhecidas) em outra ramificação, denominada transtorno alimentar sem outra especificação (TASOE). No entanto, Alves e Ratze (2015, pp. 1-3) verificaram que os critérios diagnósticos do TASOE são limitados no DSM-5, uma vez que se baseiam mais na exclusão do que na inclusão, e cujo conhecimento seria dificultado pela restrição de estudos, apesar de ser tão significativa para a prática clínica quanto o subgrupo da AN e da BN em função do potencial risco à vida.

Os transtornos alimentares representam relevantes problemas de saúde pública e são tratados como doenças emergentes da sociedade pós-moderna, em razão das altas taxas de prevalência e de mortalidade, de acordo com Nunes e Holanda (2008, p. 1). O diagnóstico tardio da enfermidade pode gerar severas consequências, destacando-se a anorexia nervosa pelo risco de rápida progressão até o estado extremo da desnutrição (caquexia) com índice de mortalidade entre 15% e 20% dos casos, sobretudo em mulheres jovens, embora esteja crescendo entre os homens, mediante afirmação de Lima e Knupp (2007, p. 5). O aumento da incidência (frequência de casos novos) e da prevalência (frequência de casos novos e existentes) desses transtornos em países desenvolvidos e em desenvolvimento (abrangendo o Brasil) foi determinado por Dunker (2009, pp. 1-2) como fator impulsionador para pesquisas de programas de prevenção mais eficazes a fim de superar impactos, tais como efeitos físicos para os pacientes, elevados custos do tratamento e repercussões para os familiares. Diante do exposto, e em conformidade com Cândido et al. (2015, p. 2), é de grande importância identificar e divulgar os fatores etiológicos, os sinais e as graves implicações dos distúrbios alimentares (comportamentos de risco), com o propósito de alertar a população (principalmente os indivíduos suscetíveis às perturbações alimentares, os pais, e os profissionais da educação e da saúde) para evitar que a doença seja instalada (prevenção) ou tratá-la com maior brevidade se já manifestada.

2.2 Anorexia nervosa (AN)

O termo anorexia tem origem no grego “an”, deficiência ou ausência de, e “orexis”, apetite, inapetência, segundo Ferreira et al (2012, p. 2). Como os transtornos alimentares são padronizados nos manuais oficiais internacionais, segue a distinção dos critérios diagnósticos para a anorexia nervosa (AN) no DSM-5:

A restrição da ingesta calórica em relação às necessidades, levando a um peso corporal significativamente baixo no contexto de idade, gênero, trajetória do desenvolvimento e saúde física (definido como um peso inferior ao peso mínimo normal ou, no caso de crianças e adolescentes, menor do que o minimamente esperado). Há medo intenso de ganhar peso ou de engordar, ou comportamento persistente que interfere no ganho de peso, mesmo estando com peso significativamente baixo; e, por último, a perturbação no modo como o próprio peso ou a forma corporal são vivenciados influencia indevidamente a autoavaliação do indivíduo ou há ausência persistente de reconhecimento da gravidade do baixo peso corporal atual. Hiluy, J. et al. (2019, p. 2.)

A patologia está vinculada à distorção da autoimagem corporal, na qual o indivíduo centra a avaliação na aparência física excessivamente magra e deturpa a própria imagem, gerando a

insatisfação com o corpo e a percepção irreal de que se está acima do peso ainda que esteja definhando, consoante Appolinário e Claudino (2000, p. 2). A autopercepção e o reconhecimento da autoimagem no espelho se iniciam aos dois anos de idade. O corpo da criança começa a exprimir a identidade e a mente a consolidar a preocupação com a percepção dos outros sobre a aparência externa em um processo gradual sob a influência dos julgamentos culturais desde o pré-escolar, segundo Oliveira e Hutz (2010, p. 580) que, alicerçados em Castilho (2001), explicaram que a imagem corporal é desenvolvida “na medida em que introjetam conceitos do que é valorizado como atraente. As crianças também formam imagens do que não é valorizado ou aceito, ou seja, de como não “deveriam” parecer.” Assim, a imagem corporal é a representação mental que o ser humano possui do respectivo corpo, se distorcida pode ser comparada ao autorretrato visto por um espelho quebrado, conforme ilustrado na figura 2.

Figura 2: Distorção da autoimagem, critério diagnóstico da anorexia nervosa



Fonte: Quais são os principais distúrbios alimentares?. Disponível em <
<https://www.eatingdisorderhope.com/information/body-image>>. Acesso em: 03 mar. 2025.

A construção da imagem corporal não é isolada, mas sim parte da interação entre a pessoa e o mundo social ao redor e aludi à imagens corporais diversas, conforme a perspectiva socioló-

gica de Giordani (2006, p.1):

Para as anoréxicas, os limites do corpo quase se apagam diante das circunstâncias em que vivem, do cotidiano de seus relacionamentos, dessa rede de relações concretas e afetivas em que estão submersas. (...) A negação da gravidade do seu estado físico (...) se manifesta na incompreensão dos limites do seu corpo e nessa forma perturbada de vivenciar o baixo peso. Clinicamente, o indivíduo com anorexia põe em xeque a própria vida; o aspecto cadavérico, a pele ressecada e pálida, a queda de cabelo podem não provocar qualquer mudança no itinerário autoimposto de abstinência e purgação. O seu projeto continua sendo emagrecer, livrar-se da gordura. (...). Giordani (2006, p.3)

O índice de massa corporal (IMC) é outro critério diagnóstico da anorexia nervosa, sugerido pela CID-11 no valor menor que 18,5 kg/m² em adultos ou IMC para a idade abaixo do quinto percentil em crianças e adolescentes, conforme informado por Hiluy et al. (2019, pp. 2 e 8). A fórmula do índice de massa corporal, em consonância com Marra (2023, s.p.), é $IMC = \text{peso} / (\text{altura}^2)$, isto é, a divisão do valor do peso (em quilos) pelo montante da altura ao quadrado (em metros). O resultado deve ser localizado na tabela do ICM, refletindo o estado nutricional do indivíduo: se menor que 16 indica magreza grave; entre 16 e 16,9, magreza moderada; entre 17 e 18,5, magreza leve; entre 18,6 e 24,9, o peso ideal; entre 25 e 29,9, sobrepeso; de 30 a 34,9, obesidade grau I; de 35 a 39,9, obesidade grau II ou severa; e maior que 40, obesidade grau III ou mórbida. O conhecimento do IMC desajustado requer a aquisição de uma nova rotina mais saudável, sob o apoio de médicos, nutricionistas e educadores físicos, além da prática do autoamor para contornar possíveis conflitos de autoestima.

A gravidade da anorexia nervosa é classificada pela CID-11 com base no índice de massa corporal (IMC) em perigosamente baixo (< 14 kg/m² ou percentil < 0,3); com IMC significativamente baixo (IMC = 14-18,5 kg/m² ou percentil = 0,3-5); em recuperação com peso corporal normal (IMC > a 18,5kg/m² em adultos ou acima do quinto percentil em crianças e adolescentes, com a manutenção do peso saudável e a cessação dos hábitos alterados que o refreavam); anorexia especificada; ou anorexia inespecífica, de acordo com Hiluy et al. (2019, pp. 2 e 8). Os autores atentaram para a diferença de classificação da enfermidade no DSM-5 em anorexia leve (IMC > 17kg/m²), moderada (16-16,99 kg/m²), grave (15-15,99 kg/m²) ou extrema (< 15 kg/m²). A doença ainda é classificada a partir dos comportamentos que motivam o medo de ganhar peso no DSM-5 e na CID-11, em conformidade Hiluy et al. (2019, p. 2). O padrão alimentar restritivo se dá através de dieta rígida, de jejum exagerado e de gasto energético desmedido por exercícios físicos. Isso é ilustrado sequencialmente na figura 3, pela seleção de alimentos em porções progressivamente reduzidas. Já o padrão de compulsão-purgação ocorre por restrição alimentar com medidas purgativas para expulsar o alimento

ingerido, como autoindução de vômitos e abuso de diuréticos, enemas ou laxantes por um período de 3 meses. À medida que a enfermidade avança em quaisquer dos tipos, a perda de peso progride até o risco de óbito, segundo Appolinário e Claudino (2000, p. 2).

Figura 3 – Conduta alimentar restritiva, outro critério da anorexia nervosa



Fonte: Rittenhouse (2021, s.p.).

A incidência dos transtornos alimentares quase dobrou entre 1955 e 1984, e a anorexia nervosa (AN) teve um aumento constante anual em mulheres de 10 a 19 anos, com prevalência entre 2% e 5% nesse intervalo de 20 anos, sendo a terceira doença crônica mais comum entre adolescentes nos Estados Unidos, depois da obesidade e da asma, de acordo com Fischer et al., 1995, citados por Dunker e Philippi (2003, p. 2). A exploração literária de Alves et al. (2008) com duração de 08 de março a 08 de julho de 2005 é destacada dentre as pesquisas dos comportamentos alimentares de risco para a AN na população brasileira, com preponderância entre 4,9% e 25% a depender da etnia, idade, atividade ocupacional e grau de urbanização da amostra de 1.148 estudantes de escolas públicas e privadas de 10 a 19 anos. A patologia é salientada pela American Psychiatry Association (APA, 2000) como o transtorno alimentar com a maior taxa de mortalidade, cerca de 0,56% ao ano, devido às complicações físicas (como desnutrição, desequilíbrio dos componentes do sangue, problemas cardiovasculares ou insuficiência de múltiplos órgãos) ou por suicídio, consoante Ferreira et al. (2012, p. 4).

Diante disso, é de extrema importância que os pais e os sujeitos mais próximos da pessoa com anorexia nervosa fiquem atentos aos sinais de alerta da doença, especificados a seguir pelas convergências literárias entre Appolinário e Claudino (2000, pp. 1-2), Nunes e Holanda (2008, p. 2), Ferreira et al. (2012, p. 4), Rittenhouse (2021, s.p.), e Brasil (2022, s.p.). A pessoa se recusa a comer, alegando dores, inapetência ou que se alimentou, e se desvia das refeições em família e em outras situações sociais. O padrão alimentar é alterado de maneira ritualizada, com início na evitação de carboidratos para impedir o ganho de peso, que se transforma em dietas acentuadamente restritivas. Outro indicativo da doença é o comportamento obcecado de contar as calorias dos alimentos, de medir e pesar o corpo, de praticar atividade física ou de usar medicamentos para emagrecer sem acompanhamento médico. A fixação crescente com a dieta, o peso e a forma corporal é externada com angústia e desconforto, e tende a restringir os interesses humanos e dificultar a manutenção do trabalho ou dos laços afetivos, provocando o isolamento social e comprometendo o bem-estar mental e emocional.

As graves consequências da enfermidade, elencadas por Appolinário e Claudino (2000, pp. 1-2), Nunes e Holanda (2008, p. 2), Ferreira et al. (2012, p. 4), Rittenhouse (2021, s.p.) e Brasil (2022, s.p.), abrangem mudança de humor e intensa desregulação da emoção e dos hormônios com diminuição ou ausência do período menstrual e infertilidade, se for o caso; fadiga, perda de concentração e de clareza, irritabilidade, tontura, desmaio e danos cerebrais. Além de anemia; degenerações no sistema tegumentar, como cabelos e unhas quebradiços, pele excessivamente seca e corpo coberto por lanugo, que são pelos finos e desprovidos de pigmentação; intolerância ao frio; azia, constipação crítica e refluxo; fraqueza muscular e óssea; e desequilíbrios hidroeletrolíticos causados pela desnutrição, com risco de arritmia cardíaca e de morte súbita. O diagnóstico ultrapassa a análise da aparência do corpo, dependendo da avaliação de uma equipe multidisciplinar com nutricionista, psicólogo, psiquiatra, entre outros especialistas, visto que a anorexia nervosa pode coexistir com os demais transtornos mentais.

As desordens do apetite e da imagem corporal também podem prejudicar crianças em idade escolar, demonstradas pelo desejo por um corpo mais magro e pela tentativa de eliminar peso, segundo citação de Yager J. et al. (2000) por Appolinário e Claudino (2000, p. 1). Uma pequena parcela dessas crianças prossegue para o transtorno alimentar típico, porém, os indícios na infância representam potenciais fatores de risco para o surgimento dos transtornos na adolescência, por isso o profissional de saúde que atende pacientes pediátricos precisa reconhecer e investigar precocemente os traços de transtorno alimentar infantil (TAI), com vistas à prevenção do problema. A anorexia nervosa (AN) é o TAI prevalente em meninas a

partir dos 7 anos de idade, mediante possível associação com sintomas depressivos e com comportamento obsessivo, incluindo extrema preocupação com a escola. Larsen et al. (2015), citados por Rodrigues Lourenço et al. (2024, p. 2), reforçaram a alimentação desordenada em meninos e meninas como um dos fatores críticos para a manifestação do TAI, o aumento do índice de massa corporal (IMC), o histórico de dismorfia corporal, a depressão e o bullying, somados à influência do avanço tecnológico.

Appolinário e Claudino (2000, p. 1) citaram Fosson et al. (1987), Higgs et al. (1989), Marchi e Cohen (1990), Bryant-Waugh e Lask (1995), e Piñero (1999) a respeito da recusa alimentar poder ser justificada pelas crianças pelo medo de engordar, vontade de emagrecer, náuseas, dor abdominal, sensação de plenitude, inapetência ou inaptidão para engolir. A anorexia precoce abarca menos métodos purgativos (vômitos e laxantes) e mais atividade física por esportes, subida de escada e abdominais para controlar o peso. As afetações englobam emagrecimento rápido devido os baixos níveis de gordura corporal em crianças, redução do peso esperado e desajustes no desenvolvimento, como risco de osteoporose e baixa estatura. Rodrigues Lourenço et al. (2024, p. 2), por citação de Rubio et al. (2020), acrescentaram à lista os malefícios de teor cognitivo, emocional ou acadêmico nas situações crônicas, e os efeitos físicos com necessidade de nutrição enteral nos casos severos.

2.3 Bulimia nervosa (BN)

A palavra bulimia deriva do grego “boul”, boi, ou “bou”, grande quantidade, e “lemos” (fome), ou seja, “fome de boi”, fome suficiente para devorar um boi, segundo Nunes e Holanda (2008, p. 2). Appolinário e Claudino (2000, pp. 2-3) e Hiluy et al. (2019, pp. 2-4) caracterizaram a doença por episódios de compulsão alimentar (ECAs) recorrentes e intermediados com práticas compensatórias inadequadas para privar o ganho de peso pelo menos uma vez por semana durante a média de três meses, no DSM-5. Esse ciclo é impulsionado pela sensação de infelicidade e de preocupação colossal com o tamanho e a forma do corpo e é realizado em segredo com sentimentos de arrependimento, de autopunição, de culpa e de vergonha. Appolinário e Claudino (2000, p. 2) complementaram que a bulimia nervosa (BN) é rara antes dos 12 anos e comum em adolescentes e mulheres jovens, o que foi validado por Leal et al. (2012, p. 2), com fundamentação na American Dietetic Association (ADA, atualmente chamada de Academy of Nutrition and Dietetics) e na American Psychiatry Association (APA/menção

ao DSM-4^a versão), ao informar a taxa de prevalência da BN de aproximadamente 1% a 3%, com cerca de 90% desses indivíduos sendo mulheres adolescentes e adultas jovens.

A bulimia nervosa (BN) se classifica em duas categorias, conforme especificaram Appolinário e Claudino (2000, p. 3) e Nunes e Holanda (2008, p. 3), apoiados no DSM. O tipo purgativo apresenta práticas compensatórias regulares para o controle do peso, como vômitos, enemas, laxantes, diuréticos, hormônios tireoidianos e outros medicamentos. A autoindução da êmese alivia o desconforto físico da hiperalimentação ao eliminar o excesso de comida ingerido; inicia-se com a inversão dos movimentos peristálticos e colocação dos dedos e objetos na garganta; e passa a acontecer sem incitação mecânica à medida que o transtorno progride. O tipo não-purgativo se refere às compensações, como jejum exagerado, dietas rígidas e exercícios físicos. A frequência semanal das condutas compensatórias inapropriadas ordena a gravidade da BN no DSM-5 em leve (1 a 3), moderada (4 a 7), grave (8 a 13) ou extrema (de 14 vezes para cima). Todavia, Hiluy et al. (2019, p. 3) ponderaram que a gravidade pode se derivar de outras expressões clínicas ou da incapacidade funcional.

O padrão repetitivo de compulsão e de compensação ocasiona múltiplas complicações, que são detalhadas por Appolinário e Claudino (2000, p. 3), Nunes e Holanda (2008, pp. 2-3) e Alvarenga e Scagliusi (2010, p. 3). Os indicadores de natureza gastrointestinal pela exposição constantes ao ácido estomacal são azia, dor de garganta crônica, inflamação no esôfago, inchaço das glândulas salivares com alargamento das parótidas, inflamação na mucosa oral, incidência de cárie pela erosão dental e refluxo gastroesofágico. Ulcerações, nomeadas como sinal de Russell, podem ser observadas no dorso da mão da pessoa com bulimia, usado para induzir êmese várias vezes por dia. O transtorno alimentar pode favorecer a tendência a comportamentos de risco, como automutilação; abuso de álcool, cafeína e outras substâncias estimulantes; e demais distúrbios mentais, como comportamento obsessivo compulsivo e transtorno depressivo; e ainda pode causar hipocalcemia, com fadiga, câimbra muscular, arritmia cardíaca, desidratação intensa, desmaio, tontura, e morte.

O episódio de compulsão alimentar (ECA) é definido pela American Psychiatry Association (APA - DSM-5) como a ingestão, em um lapso de tempo restrito (por exemplo, até 2 horas), de uma quantidade de alimento explicitamente maior do que outro indivíduo consumiria sob circunstâncias idênticas. A compulsão alimentar está associada à percepção de descomedimento alimentar, de não conseguir parar de comer e nem controlar a quantidade ou o tipo dos alimentos - predominantemente biscoitos, doces, massas, pães e substancial volume de líquidos para diluir o conteúdo estomacal, conforme descrito por Alvarenga e Scagliusi

(2010, p. 3). As autoras destacaram a extrema variabilidade de calorias e de nutrientes, dependendo da fase restritiva ou compensatória. A evitação em participar das refeições em família e ambientes públicos se deve justamente à sensação de perda de controle sobre o comportamento diante da comida (aspecto subjetivo) e da ingestão rápida de grandes quantidades de comida (aspecto objetivo), o que foi identificado por Appolinário e Claudino (2000, p. 3).

A compulsão alimentar se instaura comumente durante dietas de emagrecimento, desencadeadas pela restrição relacionada à fome ou às questões emocionais. Contudo, após a consolidação do ciclo compulsão alimentar-purgação, o comportamento compulsivo passa a ocorrer nas diversas situações que geram sentimentos negativos, como ansiedade, frustração, solidão, tédio e tristeza, segundo entendimento de Appolinário e Claudino (2000, p. 3). Dunker (2009, p. 3), ao citar Patton et al. (1999), reforçou que o hábito de realizar dietas drásticas somado a outros fatores etiológicos pode aumentar em até 18 vezes o risco de adolescentes manifestarem um transtorno alimentar. Alvarenga e Scagliusi (2010, p. 3) compartilharam a perspectiva ao delimitarem o processo da bulimia nervosa (BN) por dieta, compulsão e purgação, apontando a restrição alimentar como o primeiro passo do transtorno, e contrapondo-se à visão de que indivíduos com compulsões alimentares buscavam as dietas restritivas posteriormente, como forma de compensação.

2.3.1 Semelhanças e diferenças entre anorexia e bulimia

A escassez de informação pode resultar na suposição de que a anorexia nervosa e a bulimia nervosa são a mesma patologia. São transtornos distintos, embora apresentem similaridades, como os fatores biopsicossociais (dimensões biológica, psicológica e social dos seres) no estabelecimento das patologias, que compreendem a supervalorização da magreza interligada à imagem de sucesso difundida pelas mídias, moda atual e indústria da beleza; as disfunções neuroquímicas; a predisposição genética; e as pressões da família e dos colegas de escola, entre outros, segundo Appolinário e Claudino (2000, p. 2) e Brandt et al. (2019, p. 2). Os transtornos do humor, ansiedade e personalidade simultâneos aos transtornos alimentares, que dificultam o tratamento, coexistem frequentemente com as duas doenças, de acordo com Appolinário e Claudino (2000, p. 3) e Cabrera (2006, pp. 2-3). A autora ainda reconheceu o estado emocional da baixa autoestima em todos os distúrbios alimentares, incluindo a anorexia e a bulimia nervosa, porém, com maior representativa nesta do que nas demais, com risco de

suicídio. Ambas se relacionam por uma psicopatologia comum, a preocupação excessiva com o peso e a forma corporal (medo de engordar), que se desdobra na adoção de dietas restritivas e comportamentos compensatórios para alcançar o corpo idealizado com sinais como hiperatividade física, isolamento das refeições coletivas, práticas purgativas (vômitos e diarreias) e consequências clínicas da alimentação desordenada, segundo Nunes e Holanda (2008, p. 2).

A anorexia nervosa é comum em mulheres entre 12 e 17 anos, e bulimia surge frequentemente em mulheres no início da vida adulta, em consonância com o Ministério da Saúde (Brasil, 2022, s.p.). Já Appolinário e Claudino (2000, p. 3) discerniram as duas doenças pelo critério do peso corporal. Os indivíduos com bulimia podem estar nas categorias sobrepeso ou obesidade, no entanto, geralmente estão na faixa considerada normal ou abaixo dela, porque compensam a compulsão alimentar com comportamentos inadequados para evitar o ganho de peso. Enquanto os sujeitos com anorexia nervosa exibem o peso significativamente inferior do esperado, pois comem cada vez menos em decorrência da distorção da imagem corporal, parâmetro diagnóstico essencial da anorexia nervosa que é divergente nas duas enfermidades:

É uma alteração da sensopercepção (percepção de si mesmo) e está presente nas pessoas com anorexia nervosa, como critério diagnóstico inclusive. A percepção distorcida do corpo é a única distorção que essas pessoas têm da realidade, sendo que invariavelmente se sentem e se percebem mais gordos do que são. (...) A pessoa com bulimia pode ter distorção da imagem corporal, mas geralmente essa distorção aparece como indefinição quanto a se ver gordo ou magro – o corpo é percebido disforme. Cabrera (2006, p. 2).

2.4 Transtorno de compulsão alimentar periódico (TCAP)

O transtorno de compulsão alimentar periódica (TCAP) ou transtorno de compulsão alimentar (TCA) é um diagnóstico novo na CID-11, que o caracteriza por episódios de compulsão alimentar (ECAs) recorrentes com a frequência de pelo menos uma vez por semana por alguns meses, segundo Hiluy et al. (2019, pp. 3-4 e 8), que apresentaram a classificação da gravidade da patologia no DSM-5 pela frequência semanal de ECA em leve (1 a 3), moderada (4 a 7), grave (8 a 13) ou extrema (de 14 para cima). O DSM-5, em conformidade com Costa e Melnik (2016, p. 236), define distintamente os episódios de compulsão alimentar (ECAs) com a frequência em pelo menos duas vezes por semana durante 3 meses no mínimo, assim compartilhados pela bulimia nervosa (BN) e pelo TCAP. Embora, o TCAP se diferencie da BN pela ausência de regularidade dos comportamentos compensatórios inapropriados para impedir o acréscimo de peso, conforme observado por Hiluy et al. (2019, pp. 3-4) com

fundamentação no DSM-5 e na CID-11. Portanto, a autopercepção sobre a aparência e o peso do corpo não é válida como critério diagnóstico para o TCAP, mas sim a compulsão alimentar correlacionada ao sofrimento intenso.

Recorda-se que a compulsão alimentar associada a transtornos psiquiátricos concomitantes (como ansiedade, baixa autoestima, depressão e síndrome do pânico) é um dos traços da bulimia nervosa (BN), com a descrição de indicadores no DSM-5, como comer isoladamente por vergonha das grandes quantidades de alimento ingeridas mesmo sem a sensação física de fome e mais rapidamente que o normal até se sentir desconfortavelmente cheio, desgostoso consigo, deprimido, constrangido, culpado ou enojado, consoante Hiluy et al. (2019, p. 8). Os autores ressaltaram o critério diversificado na CID-11, que admite a perda de controle como característica central do episódio de compulsão alimentar (ECA subjetivo), independentemente da quantidade de comida (aspecto objetivo). Dessa maneira, a CID-11 reduz o número de diagnósticos subsindrômicos (casos em não se apresenta todos os sintomas do transtorno, mas se fica no limiar) e de transtornos alimentares não especificados (TANE), enquanto amplia o diagnóstico para a BN e o TCAP permitindo a inclusão de pacientes com ECA subjetivo em tratamentos específicos para os dois transtornos alimentares.

Leal et al. (2012, p. 2) complementaram que o transtorno de compulsão alimentar periódica (TCAP) se destaca no subgrupo transtorno alimentar sem outra especificação (TASOE), presente no DSM para organizar os distúrbios que não se enquadraram nas categorias da anorexia nervosa (AN) e da bulimia nervosa (BN). Já Costa e Melnik (2016, p. 236) e Freitas et al. (2024, p. 2) afirmaram que o TCAP está dentre os transtornos alimentares mais frequentes, com base na American Psychiatric Association (APA, 2013).

Costa e Melnik (2016, pp. 236 e 242) ainda detalharam a prevalência do TCAP (associado à epidemia da obesidade) de 1,6% para mulheres e de 0,8% para homens em 12 meses nos Estados Unidos, sendo notoriamente semelhante nos dois sexos quando comparado com a anorexia nervosa, que predomina em mulheres jovens (aproximadamente 0,4% em 12 meses), tal qual a bulimia nervosa que oscila entre 1 a 1,5% em mulheres. Aliás, a considerável prevalência do TCAP entre os transtornos alimentares e a estreita relação com a obesidade são os principais motivos pelos quais ele saiu da classificação dos transtornos alimentares não especificados (TANE) e foi incluído como uma categoria diagnóstica específica no DSM-5, o que facilitou a identificação e tratamento da enfermidade.

2.5 Pica

O transtorno alimentar denominado como pica faz analogia à ave “*Pica pica* ou Pega-rabilonga”, ilustrada na figura 4, pois o pássaro da espécie *Pica* come quase tudo.

Figura 4 – Transtorno alimentar Pica, nomeado em analogia ao pássaro *Pica pica*



Fonte: Pega-rabuda: características, reprodução, alimentação, habitat e comportamento. Disponível em <<https://www.passaro.org/pega-rabuda/>> Acesso em: 03 mar. 2025.

Os critérios diagnósticos para o distúrbio no DSM-5 (2013) condizem com a ingestão de substâncias não alimentares e não nutritivas de forma grave que requeira atenção clínica pelo período mínimo de 1 mês, segundo Hiluy et al. (2019, pp. 3 e 5). A CID-11 (2018) diverge um pouco ao se referir ao consumo regular de substâncias não nutritivas e de alimentos crus persistente e gravemente. As matérias comumente ingeridas são areia, barro, cabelo, cinzas de cigarro, creme dental, fezes de animais, fósforos, gelo, giz, notas de dinheiro, palitos de dente,

papel, pedras, pelos, sabão e terra, em harmonia com Appolinário e Claudino (2000, p. 1), Alves e Ratze (2015, p. 2) e Alberto (2024, s.p.). Os autores atestaram maior frequência da patologia associada à deficiência intelectual, histórico familiar de pica, e influência de fatores emocionais ou de fatores nutricionais (como deficiência de ferro e zinco em gestantes, apesar de não supridos pelas substâncias não alimentares).

O comportamento alimentar desajustado também é denominado picacismo ou alotriofagia, e causa afetações na saúde física e mental, como complicações na cavidade oral, como deterioração e quebra de dentes; desequilíbrios no sistema digestório, como cólicas intensas, constipação e contaminação por parasitas; disfunções no estado nutricional, como perda de peso, deficiências nutricionais e desnutrição; e acidentes, como intoxicação de chumbo pela ingestão de lascas de tinta e perfuração no trato gastrointestinal causada por itens pontiagudos, de acordo com Appolinário e Claudino (2000, p. 1) e Alberto (2024, s.p.). o transtorno não é diagnosticado quando se tratar de tradição cultural, como na Georgia Piedmont nos Estados Unidos, onde algumas pessoas comem barro correntemente; ou em crianças menores de dois anos de idade, o que se justifica pela fase de colocarem substâncias não nutritivas na boca e as deglutir, desde que não prejudique o desenvolvimento infantil.

2.6 Transtorno de ruminação

O diagnóstico do transtorno de ruminação, definido por Hiluy et al. (2019, pp. 3 e 5) com base no DSM-5 e na CID-11, compreende a condição em que se regurgita repetidamente alimentos depois de ingeridos (expulsar o conteúdo do esôfago ou do estômago para fora da boca) várias vezes por semana por tempo igual ou superior a um mês. O conteúdo regurgitado é cuspidado ou ruminado (ato de mastigar novamente o alimento e engoli-lo outra vez). O indivíduo pode relatar que não consegue parar de regurgitar, embora o processo não englobe repulsa, pois é intencional e dessemelha-se da ação de vomitar, que envolve contrações violentas dos músculos do abdômen de maneira involuntária. Appolinário & Claudino (2000, p. 1) esclareceram que o diagnóstico é por exclusão, quando a regurgitação não puder ser melhor justificada por outra condição médica, como doença do refluxo gastroesofágico, ou por ocorrer somente durante episódios dos demais transtornos, como anorexia ou bulimia nervosa.

O distúrbio alimentar é concebido alternativamente como transtorno de ruminação-regurgitação, e pode surgir em qualquer estágio da vida, de bebês a adultos. Como o comportamento não é socialmente aceitável, as pessoas o ocultam ao comer em público,

cobrindo a boca com a mão ou tossindo, recusam refeições coletivas, e coíbem drasticamente a quantidade de alimentos que consomem ou nem comem antes de atividades social e profissional. Os quadros de restringir a alimentação e cuspir o alimento regurgitado podem ocasionar deficiências nutricionais, redução de peso, desnutrição, desequilíbrio hidroeletrolítico, desidratação e até óbito, conforme ponderado por Appolinário & Claudino (2000, p. 1) e por Attia e Walsh (2022, s.p.).

2.7 Transtorno alimentar restritivo evitativo (TARE)

O transtorno alimentar restritivo/evitativo (TARE) foi caracterizado no DSM-5 e na CID-11 como comportamentos alimentares anormais persistentes que não satisfazem as necessidades nutricionais e/ou energéticas apropriadas. Além disso, a patologia compartilha com a anorexia nervosa (AN) o padrão de restrição alimentar severa que gera emagrecimento excessivo, impossibilidade do ganho de peso esperado em crianças ou grávidas, comprometimento do crescimento em crianças, deficiências nutricionais ou interferência no comportamento psicossocial, como dificuldade em participar de atividades sociais, comer em convívio e manter os relacionamentos, consoante Hiluy et al. (2019, pp. 3-5). Entretanto, os autores alertaram que o diagnóstico do TARE legitima o encorajamento da alteração alimentar não na preocupação com o peso, como na AN, mas sim na interação com os alimentos e as emoções que eles provocam em comedores seletivos/restritivos, conforme proposto por Rodrigues et al. (2025, p. 4) com foco no estudo de Cardoso et al. (2023).

O transtorno alimentar também pode ser confundido com a alimentação exigente, visto que ela se inicia comumente na infância com alimentação seletiva pelos aspectos sensoriais dos alimentos, porém, mantém o apetite adequado. O TARE, diferentemente, significa desinteressar pela comida; evitar certos alimentos com baixa gama de aceitação em razão da sensibilidade às características sensoriais deles (como cor, textura, sabor, cheiro, visual e temperatura); ou comer demasiadamente pouco por fobia ao vômito, à asfixia ou à outras possíveis consequências aversivas da alimentação, ou seja, a avaliação do TARE está definida nos critérios da indisposição em comer, da hipersensibilidade sensorial e da aversão ao ato de comer, em conformidade com Attia e Walsh (2022, s.p.) e Rodrigues et al. (2025, p. 4.), baseados na American Psychiatric Association (APA).

O transtorno alimentar restritivo evitativo pode ser influenciado por fatores genéticos, psicológicos e sociais, emergir na fase infantil e se manter até a vida adulta e coexistir com

outras comorbidades psiquiátricas, como transtorno de ansiedade generalizada, transtornos depressivos, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, e transtorno do espectro autista (TEA), segundo Attia e Walsh (2022, s.p.) e Kozak et al. (2024, p. 1). Rodrigues et al. (2025, p. 5) deliberaram sobre a prevalência do TARE em crianças com TEA pela pesquisa de Pontes et al. (2024) acerca das dificuldades no processamento dos estímulos sensoriais dos alimentos (textura, aroma, sabor, cor e sons). Outrossim, Rodrigues et al. (2025, p. 11-12) se apoiaram em Brigham et al. (2018) e Iron-Segev et al. (2020) para associarem respectivamente o pensamento aversivo aos efeitos da alimentação aos traumas (como refluxo, problemas gastrointestinais e náuseas, que exteriorizam a evitação alimentar como proteção contra a repetição das experiências negativas vivenciadas); e as dificuldades alimentares aos problemas sociais e emocionais (com ênfase na ansiedade).

A doença foi acrescida nos manuais diagnósticos para substituir o antigo transtorno da alimentação da primeira infância; superar obstáculos como a restrição da idade até seis anos; e ampliar os sintomas em crianças, adolescentes e adultos, de acordo com Kozak et al. (2024, pp. 1, 3, 5-6). Os autores analisaram o estudo de Cooney (2018), que foi realizado com 28 pacientes internados em um hospital para tratamento do transtorno alimentar, dos quais 64,5% era do sexo feminino e com idade média de 13 anos, 96,4% demonstrou perda de peso ou falha em alcançar o ganho de peso adequado e 3,6% dependia de suplementos nutricionais. Os principais indícios do TARE foram diminuição dos tamanhos das porções nas refeições (96,4%); gatilho para perturbação alimentar como bullying, morte de membro familiar (71,4%); rejeição de alimentos específicos (64,3%) e histórico de náuseas (60%).

O diagnóstico do TARE é relativamente recente, o que contribui para dados epidemiológicos escassos. Appolinário & Claudino (2000, p. 1) advertiram a respeito do diagnóstico para o transtorno não ser estabelecido quando o quadro clínico puder ser melhor explicado por indisponibilidade de alimentos, tradições culturais (como o jejum religioso), tratamentos médicos (radioterapia, quimioterapia), alergias alimentares, problemas no trato digestivo que impedem a absorção dos nutrientes, câncer ou demais transtornos psiquiátricos, como os alimentares (anorexia nervosa/AN e bulimia nervosa/BN), depressão ou esquizofrenia.

2.8 Transtornos alimentares especificados/Outros transtornos alimentares (OTAE)

Transtornos alimentares especificados (TA Especificados) pela CID-11 ou Outro transtorno alimentar especificado (OTAE) no DSM-5 se referem à categoria geral com as

condições clínicas que não preenchem todos os critérios diagnósticos dos transtornos típicos ou que se encontram na etapa inicial de investigação não suficientemente graves, embora apresentem queixas como desconforto clínico ou dano social, de acordo com Costa e Melnik (2016, p. 236) e com Hiluy et al. (2019, pp. 3 e 5), que destacaram alguns desses transtornos no DSM-5, conforme detalhado a seguir. Appolinário & Claudino (2000, p. 3) focalizaram o estudo de Dancyger e Garfinkel (1995) quanto à importância do diagnóstico precoce das síndromes parciais, pelo fato de que elas podem evoluir para quadros completos em 50% dos casos.

A anorexia nervosa atípica não é classificada como anorexia nervosa (AN) porque preenche os critérios para AN típica, salvo pelo índice de massa corporal (IMC) não baixo. A BN de baixa frequência e/ou duração limitada preenche os critérios para BN típica, menos a frequência dos episódios de compulsão alimentar (ECAs) e dos comportamentos compensatórios menor que uma vez por semana e/ou por menos de 3 meses. O TCA de baixa frequência e/ou duração limitada é similar aos critérios para TCA, fora a frequência da hiperfagia, que acontece menos de uma vez por semana e/ou por menos de 3 meses. O transtorno de purgação é tipificado por repetição de purgação que influencia o peso ou a forma do corpo, porém, sem compulsão alimentar. A síndrome da alimentação noturna ou síndrome do comer noturno (SCN) é a ingestão excessiva e recorrente de comida à noite após o despertar do sono ou depois de uma refeição, e se distingue da BN pela falta dos comportamentos indevidos para compensar a comida em demasia, e da TCAP por ocorrer à noite e não a qualquer hora do dia. Ademais, a síndrome tem estreita relação com ansiedade, depressão, distúrbios do sono, eventos estressores e obesidade, sendo que o aumento no grau de obesidade, amplia o risco da SCN.

2.9 Transtornos alimentares não especificados (TANE)

Os transtornos alimentares não especificados (TANE) contemplam a última categoria do CID-11 e no DSM-5, que os conceituam como patologias características aos transtornos alimentares, causadoras de sofrimento clínico ou de prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas da vida, mas que não satisfazem todos os critérios, segundo Hiluy et al. (2019, pp. 3 e 8). Rittenhouse (2021, s.p.) os equipararam aos transtornos alimentares especificados, exceto que são aplicados em situações como as de pronto-socorro,

em que o clínico opta por não descrever o motivo pelo qual os critérios não são atendidos para um distúrbio, devido à insuficiência de informações para um diagnóstico especificado.

3 AS ABORDAGENS TERAPEUTICAS DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES

3.1 Tratamento nutricional

A abordagem nutricional é fundamental no tratamento dos transtornos alimentares, segundo Freitas et al. (2024, p. 7), que exploraram a pesquisa de Hay et al. (2015) quanto à contribuição da reabilitação nutricional para a saúde física e mental nos quadros de anorexia nervosa. Vieira (2024, s.p.), por sua vez, admitiu a relevância do plano nutricional na recuperação da síndrome de pica, com suplementação oral a depender dos exames laboratoriais, e com intervenção cirúrgica nos casos de desordem severa no sistema digestório. A autora explicou que indivíduos com a síndrome podem resistir em procurar apoio pelo receio de serem julgados pela prática não socialmente aceitável, porém, o padrão alimentar alterado pode diminuir ou desaparecer ao longo do tempo com o tratamento articulado entre nutrição, psicologia, psiquiatria e farmacologia. A nutricionista Vieira (2024, s.p.) enfatizou: "Buscamos ajudar na construção da compreensão individual em relação à comida. Para isso auxiliamos no reconhecimento de sensações e emoções associadas à ingestão de determinados alimentos". A integração entre as terapias foi sustentada do mesmo modo pelo psiquiatra Alberto (2024, s.p.): "A avaliação nutricional e os tratamentos psicológicos e psiquiátricos também são essenciais para compreender e abordar as causas subjacentes do comportamento alimentar inadequado (...) porque, junto com o comportamento, existe uma questão social que é importante ressignificar."

A colaboração entre os nutricionistas e os demais profissionais de saúde é precípua para a obtenção do plano alimentar adaptado para as demandas singulares de quem possui transtorno alimentar, o que foi sublinhado por Freitas et al. (2024, pp. 7-8) nas observações de Dold et al. (2015), Costa e Melnik (2016) e Grenon et al. (2019). A intervenção nutricional alinhada ao monitoramento médico e aos medicamentos psicotrópicos (nos casos agravados por doenças psiquiátricas concomitantes, como depressão e ansiedade) é uma das estratégias utilizadas para recompor o peso corporal, superar as deficiências nutricionais, minimizar os comportamentos alimentares desordenados, e otimizar a relação do paciente com a comida. Costa e Melnik (2016, p. 262) analisaram a expressividade do tratamento nutricional associado à psicoterapia

na fase do tratamento ambulatorial ou da internação de pacientes com transtorno alimentar de compulsão alimentar (TACP) para a perda de peso.

Alvarenga & Scagliusi (2010, p. 1 e pp. 6-10) validaram similarmente o imperativo de uma equipe multiprofissional com terapia nutricional especializada para o tratamento da bulimia nervosa (BN). O nutricionista que atua no tratamento dos transtornos alimentares é o terapeuta nutricional, com habilidades de aconselhamento nutricional para lidar com as atitudes alimentares e da insatisfação corporal; de escuta empática; e de postura confiante, confortável e não parental. Além disso, embora os terapeutas nutricionais não façam psicoterapia, é considerável que conheçam certos conceitos a fim de evitarem manipulação por parte do paciente, como os conceitos psicoterapêuticos de transferência e contratransferência, não ensinados nos cursos de graduação em nutrição, mas inerentes à relação entre paciente e terapeuta, tais como psicoterapeuta, terapeuta nutricional e psiquiatra.

O terapeuta nutricional foi definido como o único profissional qualificado para prover educação nutricional em função de concepções errôneas disseminadas por dietas da moda e reforçadas pela mídia que podem induzir os membros da equipe de tratamento a acreditarem em crenças alimentares inadequadas, de acordo com Alvarenga & Scagliusi (2010, pp. 6 e 9), com fundamentação na American Dietetic Association (ADA), atualmente chamada de Academy of Nutrition and Dietetics (AND). A organização estabeleceu as diretrizes para o tratamento nutricional dos transtornos, nas quais o terapeuta nutricional atuará na primeira etapa, a da educação nutricional (com tópicos dos programas de nutrição clássicos, como alimentação balanceada, pirâmide dos alimentos, exigências nutricionais com ênfase nos mitos e crenças a serem trabalhados e desconstruídos no tratamento). O nutricionista carece de aprender técnicas terapêuticas complementares ao ofício, como as cognitivo-comportamentais, interacionais, relacionais, educacionais e de entrevista motivacional para acessar crenças, sentimentos e comportamentos disfuncionais dos pacientes e para ajudá-los nas mudanças no estágio seguinte do tratamento, o do aconselhamento nutricional. Portanto, o profissional deve rever as compreensões e as crenças pessoais sobre alimentação saudável para estar apto para o tratamento nutricional da BN e dos transtornos restantes.

Alvarenga & Scagliusi (2010, pp. 6 e 9) estudaram o programa de tratamento nutricional diferenciado de dezoito semanas elaborado por terapeutas nutricionais do Ambulatório de Bulimia e Transtornos Alimentares (AMBULIM) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, impulsionados pelas diretrizes da ADA, experiência profissional e literatura científica. O programa difundia os seguintes tópicos: 1) Como é o

tratamento nutricional: métodos e importância; 2) O que é bulimia nervosa? 3) O papel da restrição alimentar na bulimia nervosa; 4) Definição dos nutrientes: o que são e para que servem; 5) Vitaminas e minerais: fontes e importância; 6) A roda de alimentos: porque preciso de todos nutrientes?; 7) Pirâmide de alimentos: como balancear uma refeição? 8) Como variar a alimentação? 9) Conceitos de fome, apetite e saciedade; 10) Fibras e funcionamento do intestino; 11) Necessidades energéticas e metabolismo basal; 12) Gasto energético e atividade física; 13) Absorção e digestão dos alimentos; 14) Dietas: porque não funcionam; 15) Peso adequado, índice de massa corporal e composição física; 16) Alimento diet e light; 17) Como comer em situações sociais? 18) Avaliação do período e discussão de técnicas para manutenção de hábitos saudáveis.

O tratamento nutricional dos dezoito tópicos foi apontado por Alvarenga & Scagliusi (2010, p. 10) com repercussão positiva na redução dos sintomas bulímicos e do comportamento alimentar alterado. As autoras concluíram que a primeira intervenção é o tratamento nutricional, efetivo para bulimia nervosa se combinado com Terapia cognitivo-comportamental (TCC), o que realça a colaboração entre as abordagens nutricional e psicológica defendida por Vieira (2024). O tratamento das atitudes alimentares disfuncionais na BN requer o entendimento amplo do significado da alimentação na vida do ser humano, seja física, social e emocional; e o modo e as razões pelas quais a alimentação é afetada nesse transtorno.

3.2 Tratamento psicoterapêutico

A Terapia cognitivo-comportamental (TCC) foi classificada por Freitas et al. (2024, p. 6) como uma das intervenções notoriamente eficiente no tratamento da bulimia nervosa e do transtorno de compulsão alimentar periódica, sob o auxílio de Dold et al. (2015). Indica-se a TCC integrada à outras perspectivas terapêuticas para o tratamento das imagens corporais distorcidas, visto que é um passo crítico na recuperação da anorexia nervosa, segundo Ekern (2012, s.p.) e Rittenhouse (2021, s.p.), que esclareceram que a TCC favorece o processo de reconhecer gatilhos e padrões de pensamentos negativos para substituí-los por pensamentos e condutas saudáveis com uma autofala mais racional.

A Terapia cognitivo-comportamental (TCC) associada ao tratamento pluridisciplinar para os transtornos alimentares foi igualmente assinalada por Camargos et al. (2020, p. 2), com amparo nos estudos de Beck & Rosa (2013), Aratangy & Buonfiglio (2017), Asbahr et al. (2017), Caminha et al. (2017), Agras (2019), e Friedberg & McClure (2019). Os autores

explicaram que a terapia considera o impacto das cognições disfuncionais no estado de humor, sentimentos e comportamentos e, conseqüentemente, no desencadeamento dos transtornos psicológicos. A eficácia da psicoterapia para o tratamento dos TA está nas abordagens direcionadas ao perfeccionismo extremo, à baixa autoestima (em relação ao peso e à imagem corporal) e às dificuldades em manejar emoções intensas e relacionamentos interpessoais. A TCC aplicada em crianças e adolescentes enfatiza a interferência das interpretações dos eventos nas respostas comportamentais e emocionais, porque se disfuncionais podem prejudicar a capacidade para resolver problemas e as aptidões comportamentais e sociais.

A flexibilidade da terapia é relevante por se adaptar às condições singulares de cada um, e por propiciar o tratamento em contextos diversos, incorporando intervenções on-line que permitem o acesso ao tratamento para populações que carecem de serviços especializados presencialmente, de acordo com Fitzsimmons-Craft et al. (2020), citados por Freitas et al. (2024, p. 6). A TCC é ressaltada dentre os protocolos de intervenção psicoterápica satisfatórios no restabelecimento da saúde mental em crianças devido à flexibilidade e ao potencial de trabalhar o autoconhecimento, a autodescoberta, os recursos de autoeficácia e a reestruturação cognitiva. Os terapeutas cognitivos oferecem essas habilidades às crianças para praticarem a regulação comportamental, modificando os esquemas e as crenças, segundo Camargos et al. (2020, p. 2), que buscaram respaldo nas pesquisas de Wright et al. (2008), Cartaxo (2014) e Friedberg & McClure (2019):

(...) esquemas são estruturas semânticas complexas que organizam as funções cognitivas. Eles se comportam como matrizes ou um conjunto de regras para o processamento da informação por meio de mecanismos como seleção, codificação e atribuição de significados das informações captadas do meio interno ou externo. Crenças, por sua vez, são unidades semânticas carregadas multissensorialmente, formadas por uma amálgama de sensações, imagens, proposições que oferecem um molde para a visão que temos de nós mesmos, do mundo e do futuro. Esquemas e crenças têm início na infância e se constituem pela influência das experiências infantis, dos modelos oferecidos pelos cuidadores, pela influência educacional, pelos traumas e pelos sucessos observados ou experimentados. Camargos et al. (2020, p. 2)

O protocolo da Terapia cognitivo-comportamental (TCC) no tratamento do transtorno alimentar restritivo evitativo (TARE) por Thomas et al. (2018) foi estudado por Kozak et al. (2024, p. 8). A intervenção compreende 4 estágios com 20 a 30 sessões de 6 a 12 meses para sujeitos de até 16 anos, cujo papel é importante no treinamento para se recuperar da doença, com técnicas como as de relaxamento. No Estágio 1, o terapeuta conduz a psicoeducação sobre o TARE, incentiva o paciente a uma alimentação consistente com automonitoramento, varia os alimentos e reintroduz os excluídos da dieta. O acréscimo mínimo de 500 calorias por dia é

prescrito para pacientes com baixo peso, com a cooperação da família. No Estágio 2, o terapeuta canaliza a psicoeducação para as deficiências nutricionais e progride com a introdução das frutas, vegetais, proteínas, laticínios e grãos. No Estágio 3, o terapeuta mantém a correção de deficiências nutricionais, promove o ganho de peso, trata as deficiências psicossociais e analisa as configurações a serem exploradas no paciente para a manutenção do tratamento. No Estágio 4, o terapeuta ajuda o indivíduo na detecção da evolução do quadro, e na elaboração do plano de prevenção de recaídas e de metas para o futuro.

As terapias, em geral, devem se ocupar das diferentes dimensões da experiência do paciente, cognitivas, comportamentais, emocionais e relacionais. Além da TCC, existe a Terapia comportamental dialética (TCD), empregada para exteriorizar habilidades de enfrentamento e regulação emocional a fim de controlar os impulsos desordenados, e a Arteterapia, para expressar as emoções e reconfigurar as percepções sobre a autoimagem corporal, consoante Ekern (2012, s.p.) e Rittenhouse (2021, s.p.). Freitas et al. (2024, p. 6), com embasamento em Berg et al. (2013), Gale et al. (2014), e Kelly e Carter (2015), também destacaram terapias complementares à TCC, como a Terapia de aceitação e compromisso (ACT) e a Terapia focada na compaixão (CFT). Ambas são eficazes em atenuar os sintomas dos transtornos alimentares (TA) e melhorar a qualidade de vida. A ACT centra na aceitação das experiências internas e no compromisso com ações sustentadas em valores pessoais, e ajuda o paciente a lidar com a ansiedade e a depressão associadas aos TA, instigando maior resiliência emocional. A CFT, por sua vez, propõe aumentar a autocompaixão e reduzir a autocrítica e vergonha, comuns nos casos de TA.

A Terapia cognitivo-comportamental multicomponentes (TCCM), por sua vez, corresponde à integração de Técnicas cognitivo-comportamentais (TCC), tais como Terapia cognitivo-comportamental (TCC) clássica, racional emotiva comportamental (TREC), comportamental dialética (TCD), de aceitação e compromisso (ACT), de reciclagem infantil (TRI), segundo convergências literárias entre Caminha & Caminha (2011), Beck & Rosa (2013), Barbosa & Murta (2015), Beck et al. (2017), Linehan, (2018), e Lipp et al. (2019), verificadas por Camargos et al. (2020, p.3). Os protocolos de TCCM no tratamento da anorexia nervosa (AN) em uma aluna do ensino fundamental II com 13 anos de idade foram investigados por Camargos et al. (2020, pp. 3-5). Ela apresentava recusa alimentar, distorção de autoimagem, medo excessivo de engordar e índice de massa corporal (IMC) calculado em 15,5, indisposição para atividades cotidianas, isolamento social e ansiedade em situações escolares, critérios que validaram o diagnóstico da anorexia nervosa (AN) pela psiquiatra da equipe do Hospital de

Clínicas Universitário, onde a adolescente foi internada para o tratamento do transtorno alimentar e da comorbidade clínica decorrente, pneumonia atípica. A jovem demonstrou comprometimento do autodesenvolvimento socioemocional e da individualização; histórico familiar de depressão, de ansiedade, e de preocupação com a imagem e o alto desempenho; e comportamento rígido com rotina diária inflexível e com obediência estrita a ordens e regras institucionais.

Os pais relataram que ela media a circunferência de braços e pernas desde os sete anos de idade, mas potencializou os hábitos da restrição alimentar, da dança e dos exercícios físicos para perder peso e emergiu as práticas auto lesivas após evento estressor em que mãe se afastou de casa para trabalhar. O acompanhamento psicoterápico foi realizado em 29 sessões, com equipe multidisciplinar especializada em TA (clínica, psicóloga, psiquiatra e nutricionista) para a renutrição e o controle de risco de autoextermínio. A psicoterapia com TCCM foi continuada com a paciente e com a família semanalmente. A seleção e a sequência dos métodos usados na intervenção não obedeceram a protocolo pré-existente, mas sim agregaram técnicas eficazes no tratamento infanto-juvenil para obter a conceituação cognitiva, identificar a situação-problema e avaliar os padrões parentais para fundamentar o procedimento terapêutico. A conceitualização cognitiva foi elaborada com uso da TRI em sessões T (trabalhe suas emoções) e em sessões R (recicle seu pensamento), nas quais a adolescente apresentou crenças centrais de desamor, de desamparo e de desvalor, e crenças secundárias de compensação. A emoção do medo combinada às situações sociais foi percebida quando ela faltou na escola após a internação como estratégia de evitar explicar o ocorrido. A raiva de si foi distinguida nas condutas de autoagressão, como arranhar-se e bater-se.

O tratamento foi intensificado para a regulação emocional, com a utilização de técnicas da TCD (treino para a prática de mindfulness) e da TCC baseada em Mindfulness (técnica de respiração em três etapas). A reestruturação cognitiva pela mudança de pensamento foi feita com a TCC clássica, com técnicas, como a psicoeducação pelo registro de pensamento-ação e a confecção de cartão de enfrentamento, que não proporcionaram o alcance dos objetivos psicoterápicos, em discrepância com o role-playing, que teve performance superior com recursos lúdicos, como bexiga e barbante. As intervenções no nível dos pensamentos foram menos triunfantes que as no nível emocional na TRI, provavelmente porque técnicas com raciocínio lógico-abstrato são menos eficazes em crianças e adolescentes pela capacidade metacognitiva em formação ou mesmo prejudicada pela dieta deficitária de nutrientes em casos de anorexia nervosa (AN). Os desafios relacionados à essas técnicas podem contribuir para os

pacientes com AN não aderirem ao tratamento, com o qual têm mais barreiras, segundo Hillen et al. (2015), Dalle Grave et al. (2016) e Puls et al. (2018), por citação de Camargos et al. (2020, p. 6).

A conceituação cognitiva mostrou a necessidade de focar nas habilidades de ajustamento emocional com o fortalecimento do vínculo paciente-terapeuta, pois a ausência delas e a predominância de emoções negativas é fator de risco na origem e na manutenção da AN, e a restrição alimentar pode ser uma estratégia para regular as emoções, conforme estudos de Haynos & Fruzzetti (2011), Wildes et al. (2012) e de Nyman et al. (2019) citados por Camargos et al. (2020, pp. 5-6). Inversamente, a diminuição da desregulação emocional resultou no ganho de peso em pacientes com AN. As Técnicas da TRI, da TCD e da TCC baseada em Mindfulness foram executadas para melhorar essas habilidades e ressignificar as crenças e os Esquemas Iniciais Desadaptativos (EIDs) – EID de inibição emocional, de emaranhamento/self e de defectividade/vergonha. Ressalta-se que somente após quinze sessões, mediante a consolidação do vínculo com a psicóloga e da regulação emocional, é que foi possível adicionar as intervenções destinadas às manifestações características do transtorno alimentar, como as distorções da autoimagem e do corpo com mecanismos da Terapia do esquema, como vivências emocionais de imagens mentais, dramatização e reparentalização com a terapeuta. A técnica de contornar o corpo em um papel no chão várias vezes demonstrou o avanço da paciente ao observar com aceitação o delineamento do próprio contorno, assim como nos relatos referentes a tentar não pensar em corpo, gostar um pouco dele e acolher o que ele a permitia fazer, como praticar caratê e dançar.

As últimas sessões do protocolo foram dedicadas a revisar as capacidades e as ferramentas condicionadas no processo psicoterápico; e a determinar, com técnicas da TCC e da TRI, de possíveis futuros obstáculos para prevenir recaída no tratamento. A paciente definiu como aprendizados na psicoterapia o de não ficar sem comer, não se importar com o julgamento alheio, e sentir prazer e interesse na realização de atividades, como aulas de violão. Ela evoluiu o desempenho escolar e o convívio social com pares e familiares; e atenuou o humor negativo, as oscilações emocionais e a distorção da percepção da autoimagem. Concluiu-se que a Terapia cognitiva-comportamental multicomponentes com equipe pluridisciplinar, com psicóloga e diversos profissionais, associando as técnicas cognitivas clássicas às de terceira onda (mindfulness, modificação de imagens e reparentalização), foi bem-sucedida ao estabilizar os hábitos alimentares e, conseqüentemente, aumentar o IMC e reduzir o medo de ingerir alimentos e a preocupação com o peso e o corpo no tratamento da AN:

Em transtornos complexos como os TAs, o uso de múltiplas técnicas que explorem registros imagísticos, regras proposicionais, e as percepções olfativas, cinestésicas, visuais, táteis, auditivas e gustativas, parece permitir um trabalho mais integral, holístico promissor na flexibilização das crenças e dos esquemas, uma vez que as relacionadas ao comportamento alimentar têm elementos multissensoriais e cognitivos em sua fundamentação. Camargos et al. (2020, p. 6).

A Gestalt-terapia considera que a evitação de sentimentos é assinalada no vultoso tempo despendido para as preocupações com a comida, o peso e o corpo (contando calorias, planejando horários para exercícios, elaborando o próximo episódio compulsivo e/ou purgativo, procurando por defeitos no corpo). Deve-se auxiliar o indivíduo para que compreenda o significado da comida, que é diferente para cada um, ao invés de apenas variar um costume alimentar e eliminar a expressão clínica. Ao admitir algo errado na estrutura alimentar, pode-se entender os indícios da enfermidade como um pedido de ajuda para mirar no que estão encobrindo, e reconfigurar o padrão, alterando a relação com a comida e com o mundo, consoante Nunes & Holanda (2008, pp. 4 e 7). O conceito de saúde, na abordagem da Gestalt-terapia, coincide com comportamento livre, espontâneo, criativo, segundo Perls (1997) e Panazzolo, (2002); e a concepção do estar doente corresponde a processo e não a algo definitivo vazio de perspectiva de transformação, de acordo com Polito (1999), autores citados por Nunes & Holanda (2008, p. 5).

O enfoque está na saúde e no resgate do esplendor criativo, segundo Nunes & Holanda (2008, pp. 4, 7-8). O transtorno alimentar não é tratado isoladamente, excluindo o contexto em que a pessoa vive e os estímulos que ela recebe, pois ela é composta por camadas físicas, mentais e espirituais e existe em uma sociedade com a qual interage, influenciando e sendo influenciada através dos relacionamentos. A Gestalt-terapia integra o emocional do paciente pela visão holística, porquanto ele está desconectado do corpo e dos sentimentos. O todo é tratado e não apenas o sintoma, em virtude do elemento não possuir somente a doença, mas também a manifestação verbal e não verbal, a linguagem do corpo, e as mudanças físicas. A bulimia, por exemplo, tem um aspecto relacional, em que a fome fisiológica se transmuta em fome de relação, de pertencimento, cuja satisfação não é encontrada no meio e passa a ser procurada na comida, em conformidade com Angermann (1998) e Teixeira (2005), citados por Nunes & Holanda (2008, p. 7).

A escolha da modalidade da psicoterapia - terapia individual, familiar ou grupal - reforça a relevância de ajustar o tratamento às especificidades de cada um, segundo Ekern (2012, s.p.). A prática individual permite, por exemplo, a um sujeito enfrentar os padrões irrealistas de imagem corporal, enquanto outro observa um trauma não resolvido para conseguir lidar com a

alimentação desordenada. A terapia familiar ensina aos membros da família como ajudar o portador da doença e alterar a estrutura que esteja contribuindo para o transtorno. A terapia de grupo possibilita ao paciente auxiliar e ser ajudado por outros em situações semelhantes, aprimorando o senso de responsabilidade, conexão e suporte. Aliás, Appolinário & Claudino (2000, p. 2) indicaram a combinação de variadas psicoterapias (individual cognitivo-comportamental, interpessoal e terapia de família) para o complexo tratamento da anorexia nervosa.

3.3 Programas de intervenções integradas de tratamento

Os autores Appolinário & Claudino (2000, p. 2), Cabrera (2006, p. 3), Ekern (2012, s.p.) e Rittenhouse (2021, s.p.) defenderam os cuidados especializados de múltiplos profissionais capacitados em uma equipe interdisciplinar como requisito para atender às necessidades do ser holisticamente e obter maior eficácia no tratamento dos transtornos alimentares. Haja vista que a anorexia nervosa (AN) requer um programa multifacetado para tratar os inúmeros fatores que impulsionaram para o surgimento e a manutenção da doença, como a união da psicoterapia ao aconselhamento nutricional para planejar e monitorar as refeições em âmbito residencial ou ambulatorial. Souza-Kaneshima e colaboradores (2006, p. 7) citaram Duchesne e Almeida (2002), apoiando da mesma maneira a efetividade da combinação das abordagens médica, psicológica e nutricional em moderar a restrição alimentar e a atividade física para diminuir o distúrbio da imagem corporal e aumentar o peso e a autoestima no tratamento de anorexia nervosa.

A significância da multidisciplinaridade de psicólogos, fonoaudiólogos e nutricionistas para o tratamento do transtorno alimentar restritivo evitativo (TARE) foi evidenciada por Rodrigues et al. (2025, pp. 5-6, 8-9, 14-15) com a ferramenta Questionário de Frequência Alimentar, na qual a dieta restritiva de uma menina de nove anos com TARE evoluiu de um alimento (suplemento lácteo) para setenta e cinco, mediante o protocolo de integração sensorial com práticas quinzenais ao longo de seis meses. Uma das tarefas relacionava as Cartas Emoções às reações despertadas pelos alimentos numa adaptação do Baralho da Evitação Alimentar. A criança escolheu a maçã para carta do amor por gostar da cor vermelha; a aveia para o medo por não a ter experimentado; o leite, para o nojo pela similaridade com o suplemento lácteo diário; a banana para a tristeza, porque a lembrava de episódios de refluxo; e o feijão para o prazer, devido ao aroma. Rodrigues et al. (2025, p. 10) explicaram pelo estudo de Zushi et al.

(2023) que as características sensoriais atribuídas pelo processamento cognitivo ou pelo estado emocional influenciam a percepção gustativa.

Rodrigues et al. (2025, pp. 13 e 16) ainda interpretarem as respostas da criança para as Cartas Alimentos por meio de pesquisas diversas, como a de Scaglioni et al. (2018) que justificou a preferência por doces pelo estímulo psicobiológico da doçura, amplificador da palatabilidade e do consumo. A escolha da batata frita e do bolo foi especificada pela textura macia que facilita a mastigação e pela ausência de outras texturas na dieta da criança, por meio de Ross et al. (2024). O interesse por morango foi explicitado pelo sabor ácido, menos complexo para os receptores do paladar, por intermédio de Faralla et al. (2023) e pela cor vermelha vibrante, diferente das frutas e vegetais verdes, porque a sensação da cor remete a pouca atratividade, segundo Santos et al. (2018).

A criança superou a restrição alimentar centralizada na sensibilidade sensorial (paladar, tato e olfato) e nas preocupações aversivas da alimentação quando reduziu a evitação de tocar e cheirar alimentos e aumentou a vontade em provar os que não eram familiares, como na preparação de cupcakes em uma oficina, segundo Rodrigues et al. (2025, pp. 14-15 e 17). A eficácia da análise sensorial para o entendimento e a recuperação do TARE permitiu mapear preferências e aversões dos alimentos para comedores seletivo/restritivos.

Os autores, cientes de que o tratamento precoce promove melhorias notáveis na vida dos indivíduos, sugeriram o emprego do cronograma de intervenção terapêutica sensorial em contextos clínicos a fim de estender a reestruturação cognitiva alimentar a um número maior de elementos, otimizando a aceitação e a variedade alimentares. Kozak et al. (2024, pp. 7-9) reafirmaram a força da pluridisciplinaridade no tratamento do transtorno alimentar restritivo evitativo (TARE) com assistência de pediatra, psiquiatra, nutricionista, psicólogo, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional em um centro de referência em transtornos alimentares. Ademais, reconheceram a Terapia cognitivo-comportamental (TCC), o tratamento familiar, o treinamento dos pais, e a possibilidade de realimentação hospitalar, como alimentação por sonda e farmacoterapia adjuvante como partes do plano de tratamento do TARE.

A adesão às estratégias de internação ou de atendimento residencial especializado podem ser consideradas quando o tratamento ambulatorial for insuficiente, em casos de pessoas com anorexia nervosa com peso corporal abaixo de 75% do mínimo ideal ou perdendo peso rapidamente; ou com bulimia nervosa (BN) e complicações médico-psiquiátricas ou outros comportamentos de risco, embora o tratamento extra-hospitalar com psicoterapia cognitivo-comportamental, aconselhamento nutricional e administração de psicofármacos seja habitual

para BN, segundo Appolinário & Claudino (2000, p. 3). Cabrera (2006, p. 3) esclareceu que o tratamento dos transtornos alimentares deve ocorrer em serviços especializados com atendimento ambulatorial e leitos para internação em hospitais públicos de nível terciário, hospitais universitários ou clínicas especializadas nos grandes centros no Brasil.

Transtornos de personalidade e da impulsividade, transtornos de humor, transtornos de ansiedade e dependência de álcool e drogas podem estar associados aos transtornos alimentares (comorbidades), dificultando o tratamento e comprometendo o prognóstico e requerem acompanhamento psiquiátrico conjunto, tanto no tratamento ambulatorial quanto no tratamento hospitalar com a indicação de uma equipe multiprofissional. Cabrera (2006, p. 3).

A equipe de profissionais precisa se reunir para firmar um diagnóstico orgânico, e para planejar a estratégia terapêutica. Além de construir um relacionamento interpessoal com confiança para superar impasses e dificuldades na relação com os pacientes, por exemplo, os diagnosticados com anorexia nervosa que podem tentar usar de tensões e contradições entre a equipe para sabotarem o tratamento, segundo Cabrera (2006, p. 2-4). Aliás, a pesquisadora distinguiu indivíduos com anorexia, que são levados ao médico com contrariedade e rejeitam as instruções por não se sentirem doentes, daqueles com bulimia nervosa, cujo sofrimento faz com que procurem assistência, embora também se oponham ao tratamento. Tal qual Appolinário & Claudino (2000, p. 2) assentiram a dificuldade dos sujeitos com anorexia nervosa em pedir por ajuda por não sentirem inquietação com a condição física. Nunes & Holanda (2008, p. 7) mencionaram da mesma maneira as posturas de defesa, de afastamento e de resistência em enfermos com transtornos alimentares que não sentem que têm um problema.

As intervenções combinadas no programa estruturado para transtornos alimentares são dirigidas ao paciente e à família, que é incentivada a frequentar os grupos de orientação e a terapia familiar com apoio nutricional e psicoterapia. Recomenda-se firmar um contrato terapêutico entre equipe, paciente e família, com metas para a recuperação do estado nutricional; regras da instituição para o tratamento ambulatorial, a internação integral e a regularidade das avaliações da evolução do tratamento; e critérios claros das condições de alta. A estabilização do estado nutricional, interligado às orientações alimentares, medicações psicotrópicas, terapia ocupacional e psicológica são substancialmente eficazes quando comparadas às intervenções isoladas, conforme pontuado por Cabrera (2006, p. 4).

Cabe salientar os especificadores (se em remissão parcial ou em remissão completa) usados no DSM-5 para determinar o estágio de atividade para três transtornos alimentares (TA), de acordo com Hiluy et al. (2019, pp. 2-4), antes de retratar o prognóstico do programa de

tratamento com intervenções combinadas. Depois de preenchidos todos os critérios de anorexia nervosa, se o baixo peso corporal deixar de ser satisfeito por um período sustentado e o restante dos critérios for mantido, a anorexia está em remissão parcial. Todavia, se nenhum dos marcadores for mais atendido, o estágio é de remissão completa. Os especificadores para a bulimia nervosa são baseados nos episódios de compulsão alimentar. Após os critérios terem sido preenchidos, se alguns deles forem mantidos por um intervalo de tempo, trata-se de remissão parcial; e se nenhum for mais preenchido, é remissão completa. Um dos especificadores para o transtorno de compulsão alimentar é a remissão parcial, se após satisfeitos todos os parâmetros diagnósticos por um tempo sustentado, a alimentação excessiva (hiperfagia) ocorrer com frequência inferior a um episódio por semana. Entretanto, se os critérios cessarem, concebe-se a remissão completa.

Posto isso, expõe-se que Cabrera (2006, p. 5) encontrou taxas de melhora e cura para pacientes que seguiram tratamento regular para anorexia nervosa, no qual 40% recuperam-se totalmente, 30% progredem sensivelmente, 20% têm a doença tornada crônica e 10% morrem. O prognóstico é pior quando existe comorbidade, como transtorno de personalidade borderline, evitativo, narcísico ou o tratamento é iniciado tardiamente. Os resultados apontaram para 30% dos pacientes em remissão total dos sintomas no tratamento da bulimia nervosa, 50% com redução deles, mas com recaídas e 20% com manutenção da doença. O prognóstico é agravado por alcoolismo, abuso de drogas, transtorno borderline e do impulso.

Cabrera (2006, p. 1), com foco no Serviço de Interconsulta em Saúde Mental no Hospital das Clínicas da Faculdade de Ribeirão Preto, concluiu que o sucesso nas intervenções começa no estudo de cada paciente e da respectiva doença pelo time de profissionais com boa comunicação, buscando um plano terapêutico personalizado, com múltiplas abordagens, bem como se reunindo periodicamente para trocar experiências e buscar diretrizes comuns, articulados em uma equipe. Rodrigues Lourenço et al. (2024, p. 3), por intermédio de Oliveira et al. (2017, alertaram que, apesar das medicações e das abordagens multidisciplinares serem corretamente realizadas no tratamento dos transtornos alimentares, existe a possibilidade de não se alcançar a remissão completa do quadro.

3.4 Tratamento farmacológico

Fármacos podem ser prescritos pelos profissionais da saúde para diminuição do peso, tratamento da ansiedade, depressão e demais transtornos mentais associados aos transtornos

alimentares. Apesar disso, o médico precisa se atentar para as indicações terapêuticas, o perfil dos efeitos adversos dos remédios e as complicações clínicas concomitantes ao transtorno, conforme estimado por Appolinario e Bacaltchuk (2002, p. 1). As medicações psicotrópicas devem ser vistas como uma modalidade terapêutica secundária no tratamento dos transtornos alimentares, considerando o contexto da equipe multiprofissional com intervenções integradas. As dificuldades do tratamento medicamentoso podem ser exemplificadas por pessoas com anorexia nervosa e bulimia nervosa, que tendem a recusá-lo sob as justificativas de temor de ganho de peso e descrença na eficácia dos remédios; e o bom desfecho depende da habilidade da equipe médica em recomendá-los, preferencialmente após ter firmado a relação de confiança com o paciente, apresentando os medicamentos com objetividade, sem supervalorização dos benefícios, nem desvalorização dos efeitos adversos, conforme apontamento de Cabrera (2006, pp. 4-5).

O tratamento medicamento somado a outros métodos terapêuticos no manejo dos transtornos alimentares foi defendido por Rodrigues Lourenço et al. (2024, pp. 2-3) no “Projeto de Educação no Trabalho para a Saúde do Centro Universitário de Volta Redonda”, com o caso de uma escolar com 09 anos de idade, sob suspeita de anorexia nervosa. Foi prescrita a Fluoxetina 20mg/ml 5 gotas/dia e após 7 dias 10 gotas/ dia, e a criança e a mãe foram instruídas sobre o padrão alimentar, com introdução de psicoterapia. A criança evoluiu o humor e a aceitação de pequenas quantidades de alimentos no retorno da consulta, embora ainda os cuspsse. Foi administrado Sulfato Ferroso 3 mg/kg, 12 gotas após exames laboratoriais, mantida a Fluoxetina, e fornecidas novas orientações alimentares à família. Na consulta seguinte, a paciente demonstrou progresso ao sentar-se à mesa durante refeições, aceitar a ingestão de alimentos e líquidos em quantidades moderadas e o lanche na escola. O Sulfato Ferroso 3mg/kg foi ajustado para 13 gotas/dia e a Fluoxetina foi mantida. Por fim, a criança, com o passar do tempo, passou a ter consultas mensais para o acompanhamento do tratamento e a avaliação pediátrica.

Appolinário & Claudino (2000, p. 2) examinaram o tratamento do TCAP combinado com acompanhamento dietético adequado, psicoterapia cognitivo-comportamental e inibidores seletivos da recaptação de serotonina – ISRS (fluoxetina, fluvoxamina e sertralina) ou de agentes como a sibutramina e o topiramato. Assim como o tratamento da anorexia nervosa com antidepressivos ou ansiolíticos em comorbidade psiquiátrica coexistente, e com fluoxetina para auxiliar na manutenção do peso pós-internação, em conjunto com diversas modalidades da

psicoterapia. Tal qual o potencial eficaz da fluoxetina no controle dos episódios de compulsão alimentar no tratamento da bulimia nervosa.

Appolinario e Bacaltchuk (2002, pp. 1-2) esmeraram os avanços nas pesquisas das abordagens medicamentosas no tratamento dos três transtornos profusamente observados na área da saúde - anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN) e transtorno de compulsão alimentar periódica (TCAP). Os autores avaliaram a ação de antidepressivos, antipsicóticos e outros agentes (cipro-heptadina, lítio, tetra-hidro-canabiol, clonidina, natrexona, hormônio do crescimento, zinco e cisaprida) no tratamento da anorexia nervosa, com destaque para a aferição entre placebo e fluoxetina na dose diária de 40 mg, em que o antidepressivo propiciou adição de peso, redução da psicopatologia associada e prevenção de recaídas após a retomada do peso. O insucesso dos inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRS) na fase aguda da AN poderia se justificar pela ineficiência no estágio de desnutrição ou pela curta duração da medicação.

Os estudos da atuação dos fármacos na bulimia nervosa estabeleceram mais aceitação da interação com psicoterapia do que o tratamento medicamentoso isolado, com maiores taxas de remissão a curto prazo e alívio nos sintomas depressivos associados. Antidepressivos tricíclicos ocasionaram efeitos negativos como ganho de peso, boca seca e constipação, e a bupropiona provocou convulsões. A dose de 60 mg/dia de fluoxetina foi superior ao placebo na contenção dos comportamentos purgativos e dos episódios de compulsão alimentar (ECA). Os antidepressivos não tiveram eficácia em dietas rígidas que ampliavam o risco de ECA por causa da brevidade de 4 a 6 meses, nem em purgação por êmese, possivelmente pela interferência dos vômitos na absorção incompleta da droga. E estudos com ISRS mostraram redução nas taxas de recaída com uso continuado, mas com elevadas taxas de abandono, segundo Appolinario e Bacaltchuk (2002, pp. 2-3).

Appolinario e Bacaltchuk (2002, pp. 3-4) encerraram a verificação na sincronização bem-sucedida de antidepressivos com psicoterapia para o transtorno de compulsão alimentar periódica (TCAP). Uma pesquisa com pacientes obesos com TCAP sugeriu a eficácia da sibutramina, agente antiobesidade inibidor da recaptação de serotonina e noradrenalina, com respostas indesejadas leves, como boca seca e constipação. A sibutramina, na dose de 15 mg/dia durante 12 semanas, confirmou a remissão dos ECAs e o decréscimo do peso corporal naqueles que concluíram o estudo. A intervenção do topiramato foi favorável na BN e no TCAP, ao reduzir o aporte de carboidratos e os comportamentos impulsivos, expandir a saciedade e estabilizar o humor. O medicamento minimizou os ECAs e o peso corporal, em testes com

pacientes com TCAP e com transtorno do humor, assim como pacientes mulheres com TCAP, com obesidade e sem comorbidade psiquiátrica, e os efeitos adversos, como fadiga e sonolência, desapareceram até a dose final. A comparação com placebo em pacientes com obesidade e com TCAP comprovou que o topiramato mitigou os ECAs, o peso corporal, os traços depressivos relacionados e as alterações da imagem corporal, mas com acentuada incidência de reações adversas, provavelmente pela alta dose a partir de 213 mg/dia. Os autores concluíram que as conquistas obtidas nas explorações literárias sobre a utilização da farmacologia para a recuperação de doentes com BN e com TCAP renovaram a expectativa para os tratamentos das demais psicopatologias alimentares.

3.5 A importância da família no tratamento dos transtornos alimentares

O valor da família foi sinalizado na terapia familiar pela intervenção da rotina alimentar ter sido mais eficaz para controle dos transtornos alimentares quando equiparada à abordagem individual de tratamento, com base em Rodrigues Lourenço et al. (2024, p. 4) ao endossar Couturier et al. (2013). Além da adoção de terapias adjuvantes, como o Yoga, que melhorou sintomas psicológicos e comportamentais ao abrandar quadros de estresse, ansiedade e depressão; e da interação medicamentosa com antipsicóticos (olanzapine, risperidone, quetiapine e aripiprazole) e/ou antidepressivos (fluoxetina e sertralina), que, apesar dos efeitos colaterais, como constipação, proporcionaram progresso psicológico em pacientes em tratamento da anorexia nervosa (AN) e da bulimia nervosa (BN).

Os tratamentos integrados são igualmente significativos para o transtorno alimentar restritivo evitativo (TARE), com atuação farmacológica e da família, segundo Kozak et al. (2024, pp. 8-9). A administração de medicamentos anti-histamínicos (ciproheptadina e buclizina) evidenciou ganho de peso e apetite, e a de olanzapina (antipsicótico atípico) e mirtazapina, (antidepressivo atípico) aumentou o apetite, sendo necessárias maiores evidências científicas para embasar as prescrições. Segundo os autores, a efetividade das suplementações nutricionais com orexígenos (estimulantes de apetite) ou vitaminas orais não são isoladas, mas conjuntamente às mudanças comportamentais da família no processo do tratamento. Kozak et al. (2024, p. 8) ainda destacaram a investigação de Cooney (2018), na qual um garoto de 16 anos conseguiu ingerir mais proteínas, frutas e vegetais e diminuir a angústia envolvida na alimentação após 11 sessões de TCC associadas às intervenções de refeições em casa, em que a mãe reforçou o consumo de novos alimentos.

A família é essencial no tratamento dos transtornos alimentares, também em conformidade com Nunes & Holanda (2008, pp. 7-8), pois junto ao meio e aos valores da sociedade pode contribuir para a manutenção do problema e dificultar o reequilíbrio. Compreender e sentir o corpo e as emoções não resolve o problema totalmente, o ambiente social precisa acolher a mudança. O entendimento foi validado por Appolinário & Claudino (2000, p. 1), ao defenderem como objetivo do tratamento do transtorno alimentar restritivo evitativo (TARE - denominado anteriormente como transtorno da alimentação da primeira infância) recuperar o estado nutricional do paciente com dificuldade em se alimentar, valendo-se da avaliação dos pais e dos fatores psicossociais que estejam favorecendo para o surgimento e a perpetuação da patologia.

A relevância da família foi examinada da mesma forma por Kozak et al. (2024, pp.1-3, 5 e 7) tanto no diagnóstico dos transtornos alimentares na população pediátrica, em razão dos cuidadores geralmente serem os primeiros a perceberem os sinais do TARE, quanto no tratamento, que depende da inclusão de um plano alimentar inicialmente alicerçado nas preferências da criança, da possibilidade de suplementação nutricional, e sobretudo da orientação da família, responsável pela eficácia dos resultados.

A intervenção nutricional e a terapia familiar são fundamentais nos esquemas de tratamento dos transtornos alimentares (TA) para adolescentes e jovens adultos, o que foi constatado por Freitas et al. (2024, p. 8) na Terapia familiar Maudsley por Lock e Le Grange (2019), que envolve a família diretamente no ciclo terapêutico, capacitando os pais para atuarem ativamente no acréscimo do peso dos filhos e na promoção de comportamentos alimentares saudáveis, impulsionando a restauração e a redução das taxas de recaída. Os autores, respaldados por Costa e Melnik (2016), Klatzkin et al. (2018) e Treasure et al. (2020), complementaram que a adesão dos familiares no tratamento pode ajudar a aperfeiçoar a comunicação e a dinâmica familiar, frequentemente afetadas pelos TA; além de fornecer uma rede de amparo emocional para os pacientes, que pode ser decisivo para manter a recuperação a longo prazo; e moderar o estresse e a carga sobre os cuidadores. O apoio familiar para o restabelecimento das condições clínicas-psiquiátricas do doente, segundo Cabrera (2006, p. 3), é tão importante a ponto de determinar a escolha da modalidade de tratamento dos transtornos alimentares, se ambulatorial, semi-internação ou internação integral, conforme exemplificado para a anorexia nervosa e a bulimia nervosa no quadro a seguir.

Quadro 1- Modalidades de tratamento para pacientes com anorexia nervosa (AN) e bulimia nervosa (BN) - ambulatorial, semi-internação ou internação integral

	AN	BN
Tratamento Ambulatorial	Possível desde que as reavaliações sejam frequentes, - Intervenção: paciente e família - Programa estruturado	Habitual Indicações: - Acompanhamento regular - Intervenção: paciente/família
Semi-internação (HD)	Pode ser indicado (Programa Estruturado) Indicações: - Falha no tratamento ambulatorial - Famílias muito disfuncionais - Observação do comportamento e re-feições assistidas	Pouco sugerido e muito pouco acatado Indicações: - Complicações médicas graves, - Transtornos psiquiátricos associados de difícil manejo (estabilização) - Famílias muito disfuncionais
Internação Integral	Pode ser necessário (IMC<16) Indicações: - Falha no tratamento ambulatorial - Para tratamento intensivo, onde a recuperação nutricional pode ser monitorada (oral, enteral, parenteral), - Correções das complicações orgânicas, - Comorbidades psiquiátricas graves e tentativa de suicídio.	Pode ser necessário Internações muito breves Indicações: - Controle dos desequilíbrios metabólicos, - Hematêmese, - Ciclo bulimia/purgação incontroláveis, - Comorbidades psiquiátricas graves e tentativa de suicídio.

Fonte: Estratégias de intervenção interdisciplinar no cuidado com o paciente com transtorno alimentar: o tratamento farmacológico, Cabrera (2006, p. 3).

4 O PAPEL DA ESCOLA NA PREVENÇÃO E COMBATE DOS DISTÚRBIOS ALIMENTARES

4.1 Comportamentos de risco para transtorno alimentar em crianças e adolescentes em escolas públicas e privadas e estratégias de prevenção

Leal et al. (2012, pp. 1-2, 9 e 12) observaram uma significativa distância entre a preocupação com a padronização da definição e critérios diagnósticos para os transtornos alimentares (TA) e a preocupação com os comportamentos de risco para esses transtornos. Os pesquisadores encontraram uma vasta frequência desses comportamentos em função do tipo de instrumento, e da região ou país de origem na revisão da literatura nacional e internacional. Parte da dificuldade em caracterizar os comportamentos de risco para os transtornos estaria na necessidade de considerar conjuntamente as diferenças entre as culturas e a globalização de costumes alimentares e ideais estéticos disseminada pela mídia, uniformizando culturas

distintas. Por exemplo, critérios diagnósticos para os transtornos estruturados em normas culturais ocidentais podem ser inapropriados para países orientais.

Vinte e sete denominações para “comportamentos de risco para transtornos alimentares (TA)” foram localizadas por Leal et al. (2012, pp. 9 e 12) em 76 produções. A terminologia proeminentemente recorrente foi “risco de transtornos alimentares”, seguida de “comer transtornado”. Expressões como “comportamento alimentar transtornado” e “atitudes alimentares transtornadas” também foram frequentes. “Atitudes alimentares anormais”, “comportamentos alimentares anormais”, “padrões alimentares anormais” e “sintomas de transtornos alimentares” foram menos usuais. A frase “comportamento de risco para transtorno alimentar” foi a mais explorada no cenário brasileiro. Os autores, em resposta à acentuada oscilação, indicaram a padronização dos termos utilizados nas averiguações dos comportamentos de risco de TA e do método de avaliação do fenômeno, visando o cotejamento de estudos para identificar precocemente os comportamentos, o que possibilitaria criar sistemas de prevenção e de intervenção amplamente efetivos para os transtornos alimentares. Bem como, sugeriram o estabelecimento dos comportamentos de risco para TA pela presença das queixas características, como restrição alimentar, compulsão e purgação, e que as práticas menos severas para controle do peso fossem concebidas como “comer transtornado”.

Os autores discerniram dentre os questionários para examinar comportamentos de risco para TA, o predomínio do Eating Attitude Test/Teste de Atitudes alimentares (EAT-26) e do Bulimic Investigatory Test Edinburgh/ Teste de Investigação Bulímica Edimburgo (BITE) em 62,5% e 50% dos artigos, respectivamente. Apesar disso, a ausência de padronização desses comportamentos pode ocasionar uma variedade desproporcional na prevalência das condutas. Aliás, Leal et al. (2012, p. 9) investigaram oito publicações nacionais, com a preponderância alternando entre 1,1% e 39,04%. Posta a relevância de se compreender os comportamentos de risco para os transtornos alimentares, os percentuais alarmantes serão evidenciados a seguir, no levantamento de pesquisas delimitadas no período de 2003 a 2024, que foram realizadas com os grupos mais vulneráveis aos transtornos (crianças e adolescentes) em escolas públicas e privadas e defenderam a intervenção da família, da escola, do governo e da mídia como estratégia preliminar para impedir a somatização dos transtornos alimentares.

O trabalho de Dunker e Philippi (2003) em uma instituição de ensino particular na região urbana e central no município de São Paulo no Estado de São Paulo no intervalo de 05 de outubro a 05 de novembro de 1998, com 279 adolescentes do sexo feminino com idades de 15 anos a 18 anos e 11 meses. Dunker e Philippi (2003, p. 2), tal qual Ferreira et al. (2012, pp. 2-

3), citaram Castro & Goldenstein (1995), que tratam o gênero feminino e a idade como as principais causas da anorexia nervosa, com início na adolescência entre 15 e 18 anos, junto às metamorfoses marcantes na fisiologia e na bioquímica corporal, com um acúmulo pronunciado de gordura. As adolescentes ficam preocupadas com o ganho de peso e potencializam a insatisfação com a medida do quadril e o interesse pelo emagrecimento entre 12 e 16 anos. Assim, o ato de restringir os alimentos para emagrecer na adolescência pode ser uma resposta de rejeição às transformações corporais, como ganho de gordura, de medida e de peso e, se associado aos outros agentes etiológicos vistos anteriormente, pode predispor a um transtorno alimentar.

Dunker e Philippi (2003, p. 8) concluíram que o número elevado de jovens com indícios de anorexia nervosa encontrado neste estudo e o aumento de adolescentes com o transtorno justificariam a implementação de programas de intervenção nutricional. Desse modo, recomendaram ações para implementar políticas na área de educação e de saúde para precaver o aparecimento da doença, mediante campanhas governamentais na mídia; para inserir no currículo escolar o conteúdo programático em nutrição, alimentação e padrões de peso, e a atividade física desde a pré-escola; para impactar as empresas alimentícias a divulgarem a alimentação adequada nos rótulos dos alimentos; e para incluir a família dos adolescentes em reuniões e discussões nas escolas sobre a magnitude dos hábitos e dos comportamentos alimentares. Cabe destacar que Dunker desenvolveu o programa piloto “Se liga na nutrição” com a orientadora Philippi, voltado para meninas de 12 a 14 anos, estudantes de escolas particulares na cidade de São Paulo. A iniciativa objetivava motivar o pensamento crítico referente às normas socioculturais e estéticas vigentes, e a alimentação saudável, além de desencorajar condutas de restrição alimentar, conforme detalhado no subtítulo 4.4 Modelos de programas preventivos dos transtornos alimentares nas escolas.

Souza-Kaneshima et al. (2006, p. 1) averiguaram os distúrbios da imagem corporal e a anorexia nervosa em 187 adolescentes, alunas do ensino médio da rede pública na cidade de Maringá no Estado do Paraná. Souza-Kaneshima et al. (2006, p. 5) citaram Reato (2002) para fundamentar a origem multifatorial dos transtornos alimentares, constatando a imagem corporal pela percepção subjetiva da autoaparência e por fatores psicológicos e sociológicos. Logo, o adolescente consolida a autoimagem gradualmente à medida que o corpo muda para os contornos de adulto, o que corrobora o entendimento de Dunker e Philippi. Ademais, Souza-Kaneshima et al. (2006, p. 6) citaram Saikali et al. (2004), articulando a distorção da imagem corporal como uma evidência primária da anorexia nervosa; e Patton et al. (1999), quanto à

preocupação demasiada com o peso por si só não ser suficiente para diagnosticar um transtorno alimentar, embora adolescentes com essa preocupação tendem a ter uma predisposição sete vezes maior ao transtorno.

Souza-Kaneshima et al. (2006, p. 6) também analisaram as contribuições de Assunção et al. (2002), Souza et al. (2002) e Dunker e Philippi (2003), para comparar o percentual de 31,6% das adolescentes do sexo feminino com sintomatologia anoréxica no estudo em Maringá com o percentual de 21,1 a 27,7% em outras regiões do Brasil. Souza-Kaneshima et al. (2006, p. 8) concluíram que o adolescente é amplamente influenciável por fatores externos e crenças de beleza e de atratividade física; e que a alta prevalência dos sinais de anorexia e de distorção da imagem corporal presente na amostra poderia se justificar pelos meios de comunicação, pela propagação do corpo magro como ideal, e pela estigmatização do excesso de peso.

Todavia, não é divulgado que a busca obsessiva da magreza pode iniciar o desenvolvimento de transtornos alimentares que apresentam graves conseqüências, principalmente se ocorrerem na adolescência. Desta forma, esses achados são relevantes para o estabelecimento de campanhas educativas, principalmente na forma de palestras que forneçam as informações necessárias para a identificação dos fatores de risco para o desenvolvimento da anorexia nervosa. Souza-Kaneshima et al. (2006, p. 8).

Souza-Kaneshima e colaboradores (2008, p. 1) realizaram outra pesquisa com alunos do ensino médio na cidade de Maringá acerca do distúrbio da imagem corporal e da bulimia nervosa, conscientes da importância das investigações sobre os transtornos alimentares em adolescentes. O trabalho obteve os seguintes resultados: 48,13% dos 187 adolescentes com distúrbios de imagem corporal; 3,74 com alto grau de desordem alimentar; 39,04% com médio grau; 2,67 com gravidade alta de bulimia nervosa, e 7,49%, com gravidade moderada. Souza-Kaneshima et al. (2008, p. 6) verificaram, segundo O'Dea e Abraham (2000), Serra e Santos (2003) e Gucciardi et al. (2004), que o adolescente, sobretudo do sexo feminino, exibe insatisfação com o corpo, odiando-se pelos quilos a mais e aderindo à dieta e atividade física rigidamente para compensar as calorias ingeridas; e que essa insatisfação é um desdobramento de pré-conceitos da imagem corporal concebidos pela sociedade e meios de comunicação.

O adolescente em conflito com a imagem real do corpo e a fantasiada pode manifestar insatisfação corporal e baixa autoestima, que propiciam o surgimento de transtornos alimentares, como a bulimia nervosa, conforme estudos de Reato (2002), Andrade e Bosi (2003), Goldberg et al. (2003) e Mond et al. (2004). Souza-Kaneshima et al. (2008, p. 7) concluíram que grande parte do grupo observado apresentou distorção da imagem corporal, apesar do estado nutricional da maioria dos adolescentes demonstrar peso ideal (eutrofia). Isso

demandou a análise dos fatores de risco que influenciam o aparecimento da distorção e da bulimia nervosa, cujo conhecimento pode contribuir para campanhas didáticas, como palestras para esclarecer ao público jovem o risco do culto ao corpo impactar em transtornos alimentares.

Zordão et al. (2015, pp.1-3 e 5-7) observaram similarmente tal distorção em 335 adolescentes, entre 10 e 19 anos, em escolas públicas na cidade de Alfenas no Estado de Minas Gerais no decorrer dos anos de 2011 e de 2012. As autoras coletaram dados como peso, estatura, índice de massa corporal, informações socioeconômicas, frequência alimentar, e utilizaram ferramentas como o Teste de Atitudes Alimentares (EAT), e a escala de figuras de silhueta, com a qual foi averiguado que: 48,4% das alunas estavam insatisfeitas pelo excesso de peso e 51,6% estavam satisfeitas com o peso ou insatisfeitas com a magreza. O objetivo era detectar a relação entre a distorção da imagem corporal e a suscetibilidade aos distúrbios alimentares em adolescentes, sendo que 28,4% delas preencheram as 2 condições.

Os fatores externos (como mídia, familiares e amigos) colaboram para as adolescentes se sentirem gordas ou desproporcionais, mesmo com o peso adequado ou abaixo dele. Tal como a distância do corpo real com o idealizado favorece a viabilidade de conflito, comprometendo a autoestima, pois a insatisfação com o sobrepeso equivaleu a 48,4% da amostra, como fator para o começo dos distúrbios alimentares. As autoras concluíram que a insatisfação com a imagem corporal e outros fatores de risco dos transtornos alimentares precisam receber a devida atenção dos governos, da família e da escola para a criação de políticas e programas com medidas de prevenção e de tratamento dos transtornos a fim de garantir a saúde das adolescentes no Brasil.

Brandt et al. (2019, pp. 1-2, 6 e 8) executaram um estudo com 850 adolescentes do sexo feminino de 14 escolas de ensino médio públicas e particulares em Campina Grande no Estado da Paraíba para avaliarem comportamentos de risco para transtornos alimentares. O percentual de 34,1% da amostra tinha 15 anos, 33,1% 16 anos, 23,2% 17 anos e 9,6% 18 anos, e a massa (76,2%) era composta por alunas de escolas públicas. Os resultados apontaram para 42,0% da amostra com padrões de risco, de dieta e de controle de peso e 1,4% com sinais de bulimia instalados. O medo de ganhar peso foi demasiado, em 62,8% das adolescentes e o jejum por um dia inteiro foi a principal prática restritiva (29,9%). Quase metade do subgrupo que estava em situação de risco para bulimia (medo de ganhar peso, procura por conforto emocional em alimentos e dietas rigorosas) acreditava ter hábitos alimentares adequados, o que revelou a preocupante falta de entendimento sobre a própria condição. Embora o desejo comum de ser magra tenha sido apurado entre as adolescentes nos dois tipos de instituições, aquelas de escolas

privadas adotavam mais comportamentos de risco, possivelmente pelo maior acesso a recursos purgativos e à divulgação de métodos inadequados de controle de peso.

O estudo expressou a pressão das colegas de escola para a adequação aos ideais culturais como fator de influência no desencadeamento de transtornos alimentares, especialmente entre adolescentes, fase de vulnerabilidade, com impactos negativos na autovalorização, na satisfação com a forma do corpo e no bem-estar psicológico. Mais da metade da amostra que relatou buscar conforto emocional na alimentação estava em risco para transtornos alimentares. Brandt et al. concluíram que comportamentos de risco devem ser tratados como um problema de saúde coletivo, fomentando intervenções educacionais e programas de conscientização para abordarem os fatores emocionais e sociais que contribuem para essas condutas. Iniciativas para promover a autoestima e a aceitação corporal ajudariam a contornar a suscetibilidade dos adolescentes.

Freitas et al. (2020, pp. 1-2 e 8) inspecionaram produções literárias, nas quais a prevalência de insatisfação corporal entre adolescentes em idade escolar foi alta, também em função da elevada cobrança social de amigos, familiares e da forte influência da mídia pela busca do corpo perfeito. A insatisfação corporal pode ser um fator de risco à saúde nutricional e psicossocial do adolescente, tornando-o mais sensível aos transtornos alimentares. Isso exige que essa discussão seja transportada para dentro das escolas e das famílias com medidas implementadas por programas e políticas públicas que visem à promoção da saúde e que se relacionem com a percepção da imagem corporal e o estágio da adolescência.

Freitas (2024, s.p.) ao investigar a correlação entre as mídias (incluindo as sociais) e o estabelecimento dos transtornos alimentares por meio da insatisfação da imagem corporal na adolescência, enfatizou o estudo de Galhardi et al., (2017), realizado com 212 adolescentes do sexo feminino, alunos de escola pública e de organização não governamental em São Paulo e Marília, no Estado de São Paulo. Indicou-se que 85,8% da amostra tinha insatisfação corporal e a maior parte queria uma silhueta menor. O acesso superior a 10 vezes no dia às plataformas do Facebook e do Instagram aumentou a probabilidade de insatisfação corporal em 6,57 e 4,47 vezes, respectivamente. Freitas (2024, s.p.), diante da gravidade dos transtornos alimentares entre adolescentes e com fundamentação em Kater et al. (2002) e Stice e Ragan, (2002), revalidou a escola como ambiente para a prevenção da doença pelo uso do lecionamento sobre mudanças corporais da puberdade, controle de fome e peso, incentivo à atividade física saudável, informações referentes à epidemiologia dos TA, influência da mídia, e riscos da restrição alimentar e da obesidade.

4.2 A família e os meios de comunicação como fatores de risco para o desenvolvimento dos transtornos alimentares em crianças e em adolescentes

Diversos pesquisadores colaboraram com as reflexões acerca dos transtornos alimentares e da relação entre corpos e estereótipos, como Cabrera (2006, pp. 1-2) com a ponderação de que: “As perturbações do comportamento alimentar desafiam nosso entendimento pois alimentar-se é, desde os primórdios, associado a sobrevivência, ao alívio de tensão (fome) e a satisfação (prazer)”. Nunes & Holanda (2008, p. 7) citaram Panazzolo (2002) quanto a anorexia nervosa e a perda de peso serem percebidas como uma conquista por disciplina pessoal, ao passo que o ganho de peso seria um inaceitável fracasso do autocontrole; e citaram Hirschmann & Munter (1992, p.13): “Fazer regime tornou-se parte de nossa cultura a tal ponto que as mulheres costumam fazê-lo sem levar em conta seu peso real. Passaram a considerar que, qualquer que seja seu peso, o melhor seria pesar menos”. Uma das causas disso, segundo Oliveira & Hutz (2010, pp. 4 e 6), é a rigidez do padrão de beleza, que tende a penalizar com críticas as mulheres que não o correspondem e a gratificar com admiração aquelas que o alcançam. Os seres, se influenciados pela tecnologia de produção de massa e ideais estéticos, podem se desconectar do corpo real e ceder às pressões externas da sociedade.

O Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), gerenciado pelo Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE), é destacado pela segurança alimentar e nutricional (SAN) nas escolas. A SAN se refere ao direito de todos terem acesso físico, social e econômico à comida em quantidade, qualidade e variedade adequadas para suprir as necessidades nutricionais. Contudo, ela carece ser adaptada também à diversidade cultural alimentar, pois a alimentação é carregada de signos e símbolos e não se trata somente do gosto e das questões sensoriais do alimento, mas do cenário e da experiência que geraram o gosto, da história alimentar, do significado afetivo da comida. Tudo isso configura a cultura alimentar. Azevedo e Zanotto (2024, p. 8), amparados em Farias (2020), conceituaram a alimentação em sentido vital – o ato de comer para continuar vivo, propósito da alimentação. E na acepção existencial, determinada culturalmente – principalmente na dimensão social e equivalente à convivência, almoço em família, lanche na escola, churrasco entre amigos, etc. Portanto, questões de natureza biológica (a sensação de fome e a demanda alimentar), social, cultural e psicológica exercem forte influência nos seres humanos e na escolha do alimento a ser ingerido.

A atividade das Cartas Lugares (casa, casa de algum familiar, escola, festa, passeio/viagem e restaurante) realizada por Rodrigues et al. (2025, p.12) no estudo de caso de

uma criança de 9 anos com transtorno alimentar restritivo evitativo (TARE), na qual ela relacionou alimentos que remetiam a conforto às ocasiões e locais específicos com base nas reminiscências afetivas desses lugares, ou seja, as experiências e as memórias influenciam as condutas alimentares. Rodrigues et al. (2025, p., por meio de Rossi et al. (2008) e Lima et al. (2024), afirmaram que o TARE na infância pode persistir na vida adulta, o que se deve ao comportamento alimentar na fase infantil ser decisivo para criar os hábitos alimentares, uma das razões para a eclosão dos transtornos alimentares e, conseqüentemente, para a prevenção destes. Rodrigues et al. (2025, p. 15), por Oliveira et al. (2022), advertiram sobre a premência das crianças experienciarem interações com a comida, como ver, tocar, cheirar, provar e comer, para se permitirem consumir novos alimentos.

O padrão alimentar pode ser analisado pela potencialidade de influenciar os contextos da saúde e da doença ao longo da vida, de acordo com Rossi et al. (2023, pp. 1, 4 e 7). O comportamento alimentar é aprendido pela repetição da rotina dos familiares. Destarte, os pais desempenham papel decisivo na compra, no preparo e no controle da qualidade dos alimentos, o que pode delimitar a cultura alimentar da criança e, por conseguinte, do adulto. As preferências saudáveis têm que ser instigadas nos primeiros anos de vida, presumindo que a alteração do padrão alimentar na vida adulta tende a ser ineficaz. Dentre os estudos de Rossi et al. dos fatores que impactam na formação desse padrão (como família, televisão, redes sociais, escola, condições socioeconômicas, religião e valores culturais), está a constatação de que as escolhas alimentares dependem da disponibilidade, das preferências e dos fatores cognitivos, como o conhecimento dos benefícios e do custo associados aos alimentos, na qual:

O'Dea (2003, pp. 497-501) avaliou uma amostra de 213 crianças e adolescentes entre 7 e 17 anos com crenças relativas aos benefícios e às barreiras de uma alimentação saudável, e aos processos que consideravam eficazes para ultrapassar essas barreiras. As vantagens mais referidas em ter uma alimentação saudável foram: os benefícios psicológicos (aumento da auto-estima) e as sensações físicas agradáveis e, conseqüentemente, uma melhora no desempenho físico. As barreiras a uma alimentação saudável relatadas foram: conveniência no acesso e acessibilidade a alimentos não saudáveis, a pressão dos pares, o controle parental na alimentação (os alimentos disponíveis em casa não são saudáveis), as preferências e os impulsos alimentares não saudáveis no controle de estados emocionais. As estratégias mais referidas para lidar com as barreiras identificadas foram: o apoio parental, o planejamento (levar comida saudável ou não levar dinheiro para a escola), as estratégias cognitivas (lembrar-se dos inconvenientes da comida não saudável) e as estratégias educacionais (mais informação, publicidade aos alimentos saudáveis). Rossi et al. (2023, p. 5).

Werneck et al. (2021, pp. 1-2) reforçaram a percepção de Rossi et al. de que a família pode ensinar a função precípua da comida, que é se nutrir, comer para suprir as exigências de energia e de nutrientes no organismo (fome fisiológica). E igualmente pode naturalizar o

comportamento de comer as emoções negativas e positivas (fome emocional) a contar da infância. O comportamento de recompensa acontece com grandes quantidades de comidas hiperpalatáveis, com sabor demasiadamente agradável, porém ricas em gordura, carboidrato e sódio. A pessoa se sente merecedora de comer fartamente macarronada, pizza, sanduíches, sorvete, chocolate, etc. quando está ansiosa, entediada, raivosa ou triste e quando está alegre, feliz ou orgulhosa. O comer emocional gera inicialmente sensações de alívio, de conforto e de prazer, que são comumente seguidas por culpa e frustração, e está atrelado a estereótipos de fraqueza. A alimentação desordenada pode se transformar em compulsão alimentar a longo prazo e progredir para transtorno de compulsão alimentar periódica (TCAP) ou bulimia nervosa (BN) alternando-se com comportamentos compensatórios inapropriados para o controle de peso como ilustrado na figura 5 a seguir. O comer emocional ainda pode aumentar o risco de outras doenças, tais como câncer, diabetes, hipertensão arterial e obesidade. No entanto, as modificações de hábitos específicos podem proporcionar o benefício de uma relação saudável com a comida aos indivíduos com compulsão alimentar, como a prática do autoconhecimento para aprender a lidar com as emoções de modo favorável à saúde (sem dor e sem punição) e a detectar e gerenciar os gatilhos que disparam as desordens alimentares.

Figura 5 – Dieta restritiva e compulsão alimentar, os extremos da bulimia nervosa



Fonte: Mais de 70 milhões de pessoas no mundo possuem algum distúrbio alimentar . Disponível em <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/setembro/mais-de-70-milhoes-de-pessoas-no-mundo-possuem-algum-disturbio-alimentar>> Acesso em: 03 fev. 2025.

A alimentação é um processo determinado pelo padrão da família desde a introdução alimentar, que permite identificar os perfis dos responsáveis pela criança, de cuidador, controlador, indulgente e negligente, segundo Kozak et al. (2024, p. 6). As preocupações dos pais no que tange às perturbações alimentares podem ser somatizadas em estresse durante as refeições que, por sua vez, pode gerar para os filhos uma relação negativa com os alimentos. A família é alertada por Rossi et al. (2023, p. 3 e 7) quanto à urgência de avaliar se o ambiente compartilhado favorece a alimentação excessiva e o sedentarismo. Os responsáveis pelas crianças devem monitorar o tempo de exposição à televisão, visto que ela pode transmitir informações equivocadas sobre alimentos e nutrição. A publicidade de produtos hiperpalatáveis pode incentivar as crianças a pedi-los, uma vez que os mais anunciados tendem a ser os mais consumidos, em contraste com frutas, legumes e verduras, o que também influencia o padrão alimentar junto a fatores culturais. O entendimento foi fortalecido por Ramos e Meneses (2021, p. 12), ao confirmarem que a apresentação de equipamentos eletrônicos às crianças geralmente para que se distraiam ou se acalmem, pode ser aproveitada pela mídia para atraí-las ludicamente e torná-las consumidoras precoces pelo contato com comerciais de venda de bens alimentícios.

A nutrição cerebral é essencial para o esperado desenvolvimento cognitivo da vida intrauterina até a velhice, conforme esclarecimento de Ramos e Meneses (2021, pp. 7-8) por citação de Michel (2012) e Souza (2015). Os carboidratos, as proteínas e os lipídios são macronutrientes, ou seja, possuem papel especial no crescimento dos sistemas humanos em todas as fases da vida. No entanto, as mudanças no padrão alimentar da população em geral (a progressiva aprovação dos açúcares e dos industrializados e a baixa ingestão das frutas e das verduras) são as causas primárias das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT/ como obesidade e diabetes), outro grande problema de saúde pública na sociedade atual, pois têm acentuado índice de mortalidade no Brasil e no mundo, segundo Rinaldi et al. (2008) e Daudt (2013), citados por Ramos e Meneses (2021, p. 8). Os impactos do uso desmedido de açúcar pela população brasileira, principalmente em virtude da mídia que veicula comerciais de açúcar e derivados industrializados massivamente ao público infantil, foram analisados por Ramos e Meneses (2021, pp. 1-2 e 7). Considerou-se o declínio das funções cognitivas através da alteração funcional e anatômica do sistema nervoso central e anexos, com desdobramentos, como falhas e déficits de aprendizagem e memória, e até morte celular danosa.

Ramos e Meneses (2021, p. 13) citaram Domiciano et al. (2014) ao observarem que a mídia e as indústrias de produtos alimentícios utilizam meios apelativos nas propagandas para atrair ao telespectador, como os fatores emocionais que vinculam a sensação de deleite ao

alimento comercializado. Ramos e Meneses (2021, p. 15), por citação de Cortez et al. (2011) e Kenny (2011), explicaram que o cérebro participa ativamente do controle da sensação de prazer e de comportamentos, como alimentação, sexualidade e motivação, integrando processos corticais cognitivos, sensoriais e emocionais com mecanismos hipotalâmicos e balanço energético. Os neurônios, quando estimulados por substâncias doces ou hormônios opioides (reflexo semelhante às drogas), aumentam em duas ou três vezes a sensação de prazer, levando à busca por alimentos ricos em açúcar. O desejo do querer ligado a alimentos hiperpalatáveis está sincronizado à diminuição da resposta dopaminérgica no sistema límbico e em outros centros neurais, provocando a busca por esses alimentos em estímulo a uma resposta recompensadora, em frequência e quantidade cada vez maiores para obter igual sensação de prazer em resposta a estímulos anteriores. As autoras sugeriram campanhas de incentivo à alimentação saudável para reduzir açúcar, com a adesão da mídia à comerciais sobre os malefícios da alimentação nutricionalmente desequilibrada e os perigos das doenças crônicas não transmissíveis; e mais estudos na área educacional para melhor compreensão de como o excesso de açúcar afeta o desempenho cognitivo e o rendimento escolar.

Os impactos da nutrição infantil inadequada também foram investigados por Bernardi et al. (2020, pp. 1-2), com referência à ingestão insuficiente e exorbitante de macronutrientes, vitaminas e minerais, que pode provocar a desnutrição e o sobrepeso, respectivamente, e prejudicar o desenvolvimento físico e mental. A pesquisa da condição nutricional de 552 crianças de 7 a 9 anos de idade, alunos de 16 escolas públicas urbanas indicou o predomínio de peso adequado (58,3%), de pouca prática de atividade física (68,1%), de boas práticas alimentares (79,7%) e de bons conhecimentos em nutrição (59,8%). Bernardi et al. (2020, p. 2), apoiados nas produções de Chung et al. (2004) e Marshall et al. (2004), atribuíram as modificações no estado nutricional das crianças com alto índice de massa corporal (IMC) a fatores como a baixa frequência de atividades físicas e brincadeiras, pouco difundidas pela família e sem espaços adequados na comunidade, além da insuficiência de conhecimento das crianças sobre saúde; da influência do padrão alimentar inadequado da família – como o exagero de alimentos e bebidas com baixo valor nutricional; e da limitada supervisão da seleção alimentar saudável pelos pais, que precisam dedicar grande parte do dia ao trabalho.

Brandt et al. (2019, p. 1) evidenciaram a recorrência do conforto emocional na alimentação como fator de risco para adolescentes manifestarem transtornos alimentares, pois a compulsão alimentar e a obesidade podem ser instigadas pelo conflito entre ansiedade e alimentação. O problema crônico da obesidade, abordado por Bernardi et al. (2020), e Ramos

e Meneses (2021) pode ter relação direta com o transtorno de compulsão alimentar (TCAP), conforme correlacionado por Hiluy et al. (2019, p. 4). Pessoas com TCAP ganham peso e podem se tornar obesas com maior risco à patologias concomitantes, como as endócrinas (diabetes) e as cardiovasculares (hipertensão, infarto, etc.). Aliás, a obesidade é descrita como um dos desdobramentos do transtorno na CID-11, apesar de registrá-los separadamente, visto que o elevado peso corporal não é determinante para o diagnóstico do transtorno alimentar se não atender à definição de compulsão alimentar.

O uso da Internet e da televisão pode intervir da mesma forma nos hábitos alimentares dos adolescentes, conduzindo-os a seguirem as padronizações da beleza, da moda e da indústria alimentícia, ditadas por imponentes marcas comerciais que patrocinam influenciadoras digitais para transmitirem aos “seguidores” o estereótipo do corpo perfeito. O marketing digital pode incitar o consumo desenfreado e práticas inadequadas, exemplificadas por dieta restritiva, jejum prolongado e exercícios físicos intensos, consoante Freitas (2024, s.p.). A autora elucidou que os adolescentes precisam lidar com diversas transformações simultâneas, sejam elas comportamentais, emocionais, físicas, hormonais e mentais, por isso podem apresentar dificuldade de assimilação e de aceitação do corpo após as mudanças físicas, e exibir vulnerabilidade na busca da identidade e de vínculos de amizade para se sentirem aceitos e pertencentes, tornando-se susceptíveis à pressão estética e social.

Tosatti et al. (2007, pp. 10-11) concluíram que a mídia contribui significativamente para os transtornos alimentares e para obesidade influenciando os adolescentes, por não assumir um parâmetro em relação a saúde. A disparidade dos meios de comunicação está no aumento do sobrepeso na população e na valorização do padrão estético magro com frequente manipulação digital das imagens de modelos e atrizes em revistas para acentuar traços de beleza e magreza como representações corporais idealizadas e irreais. As mensagens midiáticas veiculadas são igualmente incongruentes quanto à epidemia da obesidade junto às doenças associadas (como hipertensão, cardiopatias, diabetes e dislipidemias), e à publicidade de alimentos ultracalóricos de dietas inadequadas e de produtos com promessas de emagrecimento rápido sem embasamento científico. Zordão et al. (2015, p. 2) similarmente consideraram a oferta abundante de alimentos de alto teor energético fáceis de serem consumidos, somada à vida cotidiana progressivamente sedentária como dificultadores da tarefa de manter o corpo magro, em contrapartida, a representatividade dos ideais de beleza feminina na mídia está centrada em modelos e atrizes de sucesso extremamente magras. Azevedo e Zanutto (2024, p. 5) revalidaram o paradoxo atual de comida farta e seres humanos excessivamente mal nutridos.

Os meios de comunicação atuais, como o acesso às redes sociais, tais como Facebook, Instagram, Tik Tok, WhatsApp e Youtube, são decisivos na formação comportamental dos adolescentes, ao inspirá-los com protótipos de vida midiáticos, sob o risco de potencializarem a distorção da autoimagem pelas comparações com o corpo perfeito, geralmente irreal, alterado por tecnologia e divulgado nas mídias como algo conquistável, segundo Freitas (2024, s.p.) com ênfase em Hohlfeldt et al. (2001). A frustração por não alcançarem a forma autoimposta desperta a insatisfação com o corpo e o desejo incessante por um número menor na balança, o que pode comprometer a saúde mental e negatar as relações sociais. Isso é resultado da falta de autopercepção corporal, fator essencial na construção de identidade. Este tema pode ser sintetizado na citação de Souza et al., 2013 por Freitas e colaboradores (2020, p. 8): “O conhecimento da percepção que o adolescente tem do seu próprio corpo, as influências externas e os fatores associados são fundamentais para o reconhecimento precoce e a adoção de medidas preventivas de distúrbios da imagem corporal.”

Freitas e colaboradores (2020, p. 7) citaram Tiggemann et al. (2013): “O padrão de beleza estabelecido pela sociedade passou por mudanças substanciais nos últimos anos, com a propagação da atratividade representada como corpos magros e musculosos”. Tosatti et al. (2007, p. 3), com base em Andrade e Bosi (1998) e Marinho (2005), complementaram que o corpo magro simboliza mecanismo de legitimação social e atributo de poder na contemporaneidade. Entretanto, a estruturação da beleza nos anos 40 e 50 divergia com estrelas de Hollywood, como Marilyn Monroe, apreciadas pelos seios fartos e corpos curvilíneos.

Ribera (2017, p. 286) abordou o impacto dos padrões arquetípicos da mulher nos concursos de beleza, nos cinemas e em outros meios; e a propagação dos modelos de corpos femininos exageradamente magros com procedência no fenômeno de Twiggy na década de sessenta: “Tratava-se de uma garota de 17 anos quase esquelética que se introduziu na moda europeia e americana. Suas medidas - 79-56-81 - deram uma virada radical nas medidas até o momento vigente”. A aparência física se tornou inevitável na imagem da mulher em diversas épocas e culturas, pressionando os corpos a se modificarem para atender aos apelos históricos e sociais, com utilização de recursos como espartilhos para encolher as medidas das mulheres, que foram sendo substituídos por cintas, dietas, exercícios físicos e cirurgias no decorrer do tempo.

A ditadura da aparência física e do apelo visual é massacrante, prova disso é que o Brasil é líder mundial no ranking de cirurgias plásticas em jovens. Os dados da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP) demonstraram que, dos quase 1,5 milhão de procedimentos

estéticos feitos em 2016, 97 mil (6,6%) foram realizados em pessoas com até 18 anos de idade, de acordo com Lourenço (2021, s.p.). O aumento de 141% no quantitativo de intervenções entre jovens de 13 a 18 anos nos últimos 10 anos, segundo a SBCP, aponta para motivos interligados às redes sociais, insatisfação com a autoimagem e infelicidade por causa das dificuldades em se sentir capaz para lidar com o mundo e a realidade ao redor. Coltro (2021, s.p) recomenda cirurgias com fins estéticos a partir dos 18 anos, quando os jovens possuem mais autonomia e maturidade para tomarem decisões. Embora se deva analisar separadamente os casos de sofrimentos emocionais com restrições sociais autoimpostas que cerceiam a autoestima e a qualidade de vida, como o sofrimento do bullying escolar.

4.3 O papel da escola na prevenção dos transtornos alimentares e na promoção da alimentação saudável

As abordagens primárias para prevenir o agravamento dos transtornos alimentares, sobretudo dentre os grupos destacadamente vulneráveis (crianças e adolescentes) podem ocorrer de inúmeras formas no ambiente escolar, em conformidade com Dunker (2009, p. 4). Freitas (2024, s.p.), apoiada em Kater; et al. (2002), exemplificou algumas ações, como trabalhar as alterações corporais da puberdade e a influência dos aspectos positivos e negativos da mídia; incentivar o autoconhecimento e a boa relação com a comida; e funcionar como um espaço de convivência que permita aos professores observarem os espectros de transtornos alimentares (traços que indicam tendência aos distúrbios) ou os transtornos depois de somatizados. Freitas (2024, s.p.) alertou para a importância da sensibilização sobre essas patologias na adolescência, uma vez que “a atenção dos familiares e profissionais da saúde ainda no estágio inicial do desenvolvimento das doenças é a maneira mais eficaz de prevenção, e isto somente pode ser alcançado por meio da educação e tratamentos adequados para a população.” A escola é uma poderosa ferramenta na construção de uma sociedade consciente e informada, pois detém um papel crucial em disseminar conhecimento e promover ações que resultem em políticas sociais e atitudes mais saudáveis.

A narrativa de Freitas (2024, s.p.) para incentivar a atividade física saudável corrobora o que foi investigado por Bernardi et al. (2020, pp. 6-7) nos estudos de Racette et al. (2003), Reinehr et al. (2003), Carvalho e Papaléo (2010), Enes e Slater (2010), Lopes et al. (2010) e Wijga et al. (2010), quanto a tendência de crianças com sobrepeso ou obesidade serem menos ativas ao ar livre, com impacto no índice de massa corporal (IMC), seja pelo uso abusivo de

eletrônicos ou pelo estilo de vida urbano, como a falta de segurança em muitos bairros, que provocam o isolamento em casa. Ademais, o excesso de peso e o sedentarismo em crianças constituem um potencial problema de saúde pública diante da maior exposição às doenças crônicas não transmissíveis (DCT). Em razão disso, foram propostas ações pedagógicas contínuas para encorajar a alimentação saudável e a atividade física regular na escola, onde as crianças permanecem por longos períodos de tempo. Tosatti et al. (2007, p. 11) adicionaram a necessidade de aprimorar a infraestrutura das áreas públicas e de ampliação do decurso da educação física nos estabelecimentos escolares a fim de efetivar a intervenção do movimento.

Azevedo e Zanotto (2024, pp. 2 e 5) afirmaram que as crianças comiam melhor entre os anos 50 e 90 do que atualmente, por causa da disponibilidade de alimentos in natura, como as frutas que “estavam sempre à mão ou no pé”, apesar da expressiva ingestão de glúten. Ademais, as crianças brincavam mais com o corpo, por isso gastavam mais energia do que no padrão alimentar atual. Tosatti et al. (2007, p. 2) citaram Fisberg (2003): “em alimentação, assim como na vida, o equilíbrio é o segredo”, o que inclui comer adequadamente todos os tipos de alimentos e em horários regulares, e desconsiderar o corpo ideal construído cultural e subjetivamente. É pertinente mencionar o equilíbrio da prática da alimentação saudável e dos exercícios físicos para alcançar o estado corporal de saúde e bem-estar, diante do risco da ortorexia nervosa (ON) - derivada do grego, “orthos” (correto) e “orexis” (apetite). A ON é um tema complexo por tratar do comportamento obsessivo patológico por saúde alimentar, qualidade dos alimentos e pureza da dieta, segundo Martins et al. (2011, p. 2).

A crescente preocupação com uma vida mais saudável, aliada ao conhecimento dos muitos fatores que afetam a saúde humana (genéticos, ambientais, comportamentais, culturais, dietéticos, entre outros), tem gerado também maior interesse pelo alcance de uma alimentação saudável. A ideia de que a dieta exerce um importante papel na promoção da saúde e prevenção de doenças está cada vez mais presente na consciência coletiva. No entanto, o foco de discussão sobre a “alimentação saudável” é usualmente apenas o biológico, e a alimentação adequada é pensada em função de uma dieta que atenda às recomendações nutricionais. Deve-se considerar que um foco apenas biológico pode ser perfeccionista e, conseqüentemente, não realista. (...) Uma visão biopsicossocial sobre a alimentação saudável implica também que o julgamento sobre o que é saudável ou não depende de muitos fatores, tais como: história individual e familiar, cultura, religião, aspectos econômicos, experiência pessoal, preferências e aversões, conhecimentos e crenças, entre outros. (MARTINS et. al., 2011, p. 2).

Penaforte et. al. (2017, p. 2) referenciaram o perigo da ortorexia nervosa (ON) se disfarçar de discurso de saúde socialmente aceitável, o que impede o enfrentamento dela como um problema quando a preocupação com o comer saudável se transforma em obsessão e a vida do indivíduo acontece em torno da comida, acarretando grandes restrições alimentares e complicações sociais. Penaforte et. al. (2017, pp. 2-3 e 23) observaram 140 (cento e quarenta)

estudantes de graduação do curso de Nutrição da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), de ambos os sexos e maiores de idade. A suscetibilidade dos acadêmicos de nutrição à ON é explicada pelas vastas exigências da profissão e pressões sociais relacionadas ao peso, aparência e alimentação. Questão preocupante, porque crenças equivocadas do significado do comer saudável podem comprometer o processo de aconselhamento nutricional, sendo fundamental o esclarecimento dos conceitos de alimentação saudável e do que é ser saudável durante a formação profissional do nutricionista; e o entendimento amplo da alimentação, que transponha a perspectiva biológica, tomando os aspectos sociais, culturais e emocionais que a compõem.

Martins et al. (2011, pp. 1-2, 7, 9 e 11) averiguaram produções científicas que, apesar das limitações metodológicas como ocorrências em localidades diversificadas (Alemanha, Áustria, Itália, Suécia e Turquia), assinalaram de forma semelhante como agrupamentos vulneráveis às condutas ortoréxicas os da área da saúde (estudantes de medicina, médicos, nutricionistas), assim como aqueles com ansiedade ou obsessivo-compulsivos, e mulheres que supervalorizam o corpo perfeito em profissões esportistas de fisiculturismo e de atletismo ou de modelos de aparência física e de estilo de vida. Os autores propuseram mais pesquisas em torno do comportamento alimentar inadequado com a intenção de alertar os especialistas da área da saúde para as consequências na saúde física e emocional, visando que encontrem o equilíbrio em suas práticas alimentares pessoais e evitem disseminar orientações rígidas sobre alimentação saudável em sua atuação profissional, visto que o conceito e a adoção de hábitos saudáveis e seguros na alimentação devem estar afastados de atitudes obsessivas e perfeccionistas.

Cabe destacar que existem movimentos sólidos de profissionais da área da saúde que se comprometeram em propagar conhecimento com responsabilidade, como o Grupo de Estudos em Alimentação e Nutrição (GENTA) em São Paulo:

Somos um grupo de nutricionistas e uma educadora física com a missão de estudar, pesquisar, e discutir formas de tratar e prevenir os transtornos alimentares e a obesidade. Acreditamos que abordar e considerar os aspectos biopsicossociais da alimentação é o caminho para uma relação saudável com a comida e com o corpo, ou seja, para ter saúde e bem-estar. Somos um grupo que se incomoda, provoca e reage às idiossincrasias que permeiam o contexto da nutrição, mas respondemos com ciência e encontramos um lugar que nos realiza e faz sentido em nossa profissão. GENTA (2019, s.p.).

O GENTA promove anualmente a Semana de Conscientização Sobre Transtornos Alimentares e Obesidade (Se Dê Conta), conforme detalhado no subtítulo 4.4 Modelos de

programas preventivos dos transtornos alimentares nas escolas. A iniciativa visa “alertar o público sobre a seriedade dos transtornos alimentares e seus fatores de risco relacionados”, GENTA (2019, s.p.). Além de oferecer conteúdo sobre transtornos alimentares, outros transtornos, obesidade, exercício físico e a relevância da prevenção, com base científica, conforme ilustrado na figura 6 a seguir, que desmistifica o rótulo dos alimentos em bons e maus.

Figura 6: Desmistificação da comida para uma alimentação saudável



Fonte: Materiais Se Dê Conta. Disponível em < <https://www.genta.com.br/materiais-educativos/>>. Acesso em: 08 maio. 2025.

A capacitação dos profissionais da área da saúde é um meio eficiente de prevenir os transtornos alimentares, do mesmo jeito que os da área da educação, em virtude dos professores serem fontes de influência sobre os alunos, principalmente crianças e adolescentes, conforme endossado por Dunker (2009, pp. 4, 8-9). O docente é responsável por não transmitir informações inadequadas pertinentes à aceitação e à rejeição corporal, uma vez que os adultos não estão imunes ao poder das redes sociais. Além disso, a escola desempenha um prestigioso papel na descoberta e na construção da identidade das crianças e dos adolescentes. É um espaço

de convívio para os adolescentes que procuram por pertencimento em grupos de outros alunos, medindo o valor próprio pela condição do corpo magro, superestimado pela sociedade atual. Os adolescentes são susceptíveis aos transtornos alimentares no âmbito escolar assim como nos demais ambientes, devido às crises associadas às alterações da puberdade com rejeição do corpo ou com autopercepção irreal da imagem corporal, em especial as vítimas de bullying, como reflexo do trauma e da violência.

Azevedo e Zanotto (2024, pp. 2, 5, 7-8) defenderam de modo idêntico a educação alimentar no quadro escolar, comparando o seu mérito ao aprendizado da educação financeira ou sexual, pois serão grandiosamente úteis no decorrer da vida. Os autores, assim como Bernardi et al. (2020) e a Ramos e Meneses (2021), relacionaram o que se come (do carboidrato à proteína) à nutrição cerebral, o que justificaria pensar a alimentação como um fator determinante no desenvolvimento da criança, influenciando a aprendizagem. Daí, o estudo de Faria e Shinohara (1998), relacionando à redução da aptidão intelectual à situações de ausência de alimentos nutritivos, anemia severa e desnutrição (originadas da anorexia nervosa) e a quadros de desgaste pelo transtorno de ansiedade concomitante à bulimia nervosa. Os transtornos alimentares afetam não somente a condição psicológica, bem como a permanência na escola, pela dificuldade de concentração no presente. Eles podem perturbar quem está em idade escolar por outros motivos, como depressão, desmemória, lentidão sináptica e instabilidade emocional em relação à aceitação pessoal ou à convivência coletiva.

Camargos et al. (2020, p. 2), com base nos exames de Aratangy & Buonfiglio (2017), Treasure et al. (2017), Weinberg (2019), e Yilmaz et al. (2019), também listaram a exclusão escolar como um dos desdobramentos do transtorno desde a fase inicial na infância e na adolescência, além do comprometimento da qualidade de vida, prejuízo da taxa de crescimento, desajuste no índice de massa corporal (IMC), e disfunções relativas à autoestima, autoimagem e regulação emocional. Indivíduos obesos ou excessivamente magros enfrentam questões particulares e estéticas, e a percepção dos outros, que pode vir acompanhada de apelidos maldosos e de bullying, de acordo com Ida e Silva (2007), e Diniz (2017), mencionados por Azevedo e Zanotto (2024, p. 9).

Dessa forma, a influência social impacta no aprendizado ao alterar a percepção da criança no que diz respeito a si e do grupo em relação a ela. Pessoas com transtorno alimentar sofrem de perda temporária de memória, que requer muita energia corporal, em déficit sem a alimentação adequada. Tal qual falhas na concentração, ocasionadas pela falta de energia corporal e pela ansiedade agregada ao transtorno; ou lentidão sináptica pela sonolência

decorrente da baixa energia corporal e cerebral ou da adaptação aos medicamentos antidepressivos e ansiolíticos exigidos no tratamento complexo dos problemas emocionais e fisiológicos, segundo Azevedo e Zanotto (2024, pp. 8 e 10) com citação de Faria (1998), Nunes e Vasconcelos (2008) e Diniz (2017). Azevedo e Zanotto (2024, p. 11) explicaram o ciclo da alimentação a contar do momento da gestação por citação de Sartório et al. (2014):

A alimentação adequada e as funções cognitivas parecem ter uma estreita relação antes mesmo do nascimento, uma vez que a quantidade e os alimentos ingeridos pela gestante podem influenciar diretamente o desenvolvimento cerebral do feto. Na infância, considerando que o cérebro continua a apresentar um intenso processo de desenvolvimento, particularmente até os dois anos de vida, aquilo que é ingerido também é considerado essencial para que a criança tenha plena capacidade de aquisição de desenvolvimento neuropsicomotor, bem como, de aprendizagem das atividades diárias ou intelectivas. Contudo, apesar da relevância do tema, o impacto da alimentação e aprendizagem tem sido ainda muito pouco explorado em estudos brasileiros. (Sartório et al., 2014, p. 39).

Blanco e Eichler (2020, pp.1 e 8) igualmente relacionaram a alimentação ao ambiente escolar, e averiguaram a maneira como os regramentos alimentares fazem parte da vida das crianças e dos adolescentes, e se as condutas saudáveis orientadas pela literatura científica eram seguidas, como o Guia Alimentar produzido por órgãos públicos no Brasil. A pesquisa foi realizada com 19 crianças e adolescentes no Rio Grande do Sul, sendo 11 (57,89%) do sexo masculino, dos quais 10 (52,63%) estudavam em escolas privadas e 9 (47,37%), em públicas, com as seguintes idades: 15,79% de 6 anos; 31,58% entre 7 e 9 anos; 26,31% entre 10 e 12 anos; e 26,31% entre 15 e 16 anos. Os autores analisaram como se constroem e são praticadas as regras de empratamento utilizando as atividades de composição de pratos para a refeição do almoço, e de entrevistas semiestruturadas. O que resultou seis subdivisões de montagens de pratos, de seleções majoritariamente ditadas por gosto ou interesse pelo lúdico até escolhas mais conscientes de alimentação saudável. Evidenciou-se que o aprendizado das regras de empratamento emerge das instruções parentais e do empirismo pessoal, e que as habilidades para a seleção de alimentos são influenciadas pelo estágio de evolução cognitiva dos indivíduos. As regras de empratamento observadas foram construídas a partir das experiências empíricas de pessoas próximas, o que embora seja natural, requer um estímulo para a criticidade sobre as escolhas.

Nessa perspectiva, Blanco e Eichler (2020, p. 27) concluíram que os conteúdos escolares e os guias alimentares podem favorecer a racionalização das normas alimentares, promovendo decisões alimentares mais saudáveis fundamentados em comprovações científicas. Segue a conceituação dos guias alimentares no Brasil:

Os guias alimentares são instrumentos que definem as diretrizes oficiais sobre alimentação saudável para a população. A primeira versão do Guia alimentar para a população brasileira foi publicada em 2006 e a versão revisada foi publicada em 2014, (...). A primeira versão do Guia para Crianças foi publicada em 2002, revisada em 2010 e em 2019. A versão atual o alinhou às orientações do Guia alimentar para população brasileira, atualizou as recomendações diante das mais recentes evidências científicas disponíveis, que fortalecem tais recomendações, e acrescentou especificidades às crianças menores de dois anos. A publicação apresenta um conjunto de informações, análises, recomendações e orientações sobre escolha, combinação, preparo e consumo de alimentos que objetivam promover a saúde de pessoas, famílias e comunidades e da sociedade brasileira como um todo. O Guia é para todas as pessoas, individualmente e como membros de famílias e comunidades, assim como cidadãos. E o Guia para crianças brasileiras menores de dois anos é voltado para todas as pessoas que participam do cuidado com a criança. (...) Nesta lógica, além do Guia ser um instrumento de Educação Alimentar e Nutricional é também um documento indutor de políticas públicas, para além do setor saúde. Está em sintonia com o conceito de Segurança Alimentar e Nutricional abordando a qualidade da alimentação, por meio da oferta de alimentos mais saudáveis, diversificados e que respeitem a cultura alimentar local. Brasil (s.d., s.p.)

Ferro et al. (2019, p. 1), por sua vez, executaram um estudo com 41 alunos, de 6 a 12 anos, a fim de graduar os tipos de alimentos vendidos na cantina de uma escola privada, o consumo efetivo das crianças e a influência deles sobre estado nutricional dos discentes através do levantamento do índice de massa corporal (IMC). Constatou-se que 70,7% do total de crianças se alimentavam diariamente na cantina, das quais 75% dos meninos e 42,8% das meninas estavam com excesso de peso. As autoras ainda verificaram se os alimentos vendidos na cantina estavam adequados à legislação vigente, com resposta favorável somente no suco de frutas e nos salgados assados. As conclusões a que chegaram foram a de que a fiscalização dos produtos vendidos nas cantinas das instituições de ensino não foi consolidada, principalmente das escolas particulares; e a de que a capacitação das partes envolvidas na alimentação infantil seria o meio ideal para empreender a educação nutricional. Azevedo e Zanotto (2024, pp. 6-7) confirmaram como a elevada ingestão de alimentos hiperpalatáveis (dispersores e atrativos) pode ultrapassar os limites das dimensões da família e da mídia e se tornar uma preocupação no ambiente escolar, por dificultar o foco alimentar saudável. Os autores enfatizaram que os hiperpalatáveis e as bebidas doces se propagam nas instituições privadas, corroborando o entendimento de Ferro et al. (2019). Em contrapartida, as entidades educacionais públicas, em geral, servem uma alimentação adequadamente controlada por nutricionistas.

Ribeiro et al. (2021, pp. 2-3), mediante fundamentação da Associação Brasileira das Empresas de Refeições Coletivas (ABERC), destacaram o crescente movimento de refeições fora de casa com aproximadamente 14 milhões de refeições/dia em 2019, 230 mil empregos diretos e 2,6 bilhões de reais de receita anual. Esse contexto tem aumentado a preocupação em relação às escolhas alimentares pouco saudáveis por causa dos tipos de alimentos geralmente

oferecidos em restaurantes comerciais, fast food e até em restaurantes universitários (RU) que estão dentre as Unidades de Alimentação e Nutrição (UAN). Por isso, Ribeiro et al. (2021, pp. 1, 3-4) avaliaram qualitativamente as refeições fornecidas a estudantes brasileiros do mesmo modo que Ferro et al. (2019), porém no RU de uma universidade pública no Leste de Minas Gerais por uma empresa terceirizada, que se qualificava como uma UAN de médio porte. O RU funcionava diariamente com a média de 1200 refeições coletivas, com serviço self-service parcial com três variações de saladas, arroz branco e integral, feijão, e uma guarnição; uma porção de proteína animal (ou opção vegetariana); doce ou fruta a ser escolhida como sobremesa; e suco de fruta e café. Os cardápios do RU observados no almoço no mês de abril de 2019, segundo Ribeiro et al. (2021, pp. 1 e 9), apresentaram ofertas diárias de frutas, folhosos e doces (100%). A ocorrência de carnes gordurosas, de alimentos ricos em enxofre e da monotonia de cores foi de 57,1%, 47,6% e 38,1%, respectivamente, sugerindo ajustes no cardápio. Já os critérios fritura e fritura associada a doces com percentuais reduzidos (9,5%), demonstraram a preocupação do nutricionista em limitar essas preparações para mitigar possíveis efeitos deletérios ao organismo. Os doces diários, apesar dos resultados satisfatórios, devem ser evitados em virtude dos riscos de doenças crônicas.

Os restaurantes universitários (RU) são assistenciais porque oferecerem ao universitário refeições de qualidade nutricional e com controle higiênico-sanitário a preços acessíveis, o que decresce a evasão por dificuldade financeira para manutenção da alimentação. Esses espaços são úteis para a promoção da saúde e dos bons hábitos alimentares, fortalecendo o direito à alimentação adequada, saudável e contínua, de forma socialmente justa, por fornecerem a refeição diária primordial para os estudantes, o almoço, conforme citação de Brasil (2016, s.p.) e de Benvindo e Bandoni (2017) por Ribeiro et al. (2021, pp. 2-3). Anteriormente, a Lei nº 8.080/1990, que estabeleceu o Sistema Único de Saúde (SUS), reconheceu o caráter fundamental da alimentação para a saúde e a vida, e atribuiu ao Ministério da Saúde a responsabilidade de elaborar políticas públicas relativas à alimentação e à nutrição; e a Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (Lei nº 11.346/2006) assegurava a alimentação de qualidade, que se tornou direito social no Brasil pelo artigo 6º da Constituição Federal pela emenda nº 64 de 2010.

A importância das escolas na garantia da alimentação enquanto direito social foi ratificada por Pedraza et al. (2015, p. 2) nas convergências entre Goulart et al. (2010), Oliveira e Martorell (2010), e Oliveira et al. (2013), precisamente nas creches públicas brasileiras. As creches e a clientela direta têm aumentado, principalmente a parcela de crianças brasileiras de nível

socioeconômico desprivilegiado nos centros urbanos, o que possibilita às mães trabalharem e proverem a família. Pedraza et al. (2015, p. 1 e 11) investigaram o papel das creches públicas brasileiras para o controle da desnutrição entre as crianças, considerando fatores como a idade da criança, o peso ao nascer, o número de irmãos, a renda familiar, a escolaridade da mãe e a constância na creche. Concluiu-se que, apesar da exposição a mecanismos infecciosos que podem repercutir negativamente no estado nutricional infantil, a relação da condição nutricional com a frequência à creche pública foi positiva e favorece o desenvolvimento físico, intelectual, psicológico e social das crianças que permanecem neste espaço a maior parte do dia.

Calichman (2023, p. 1) corroborou a análise da parceria governamental para a obtenção de práticas alimentares adequadas na rede pública de ensino. A autora investigou a relação do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) com os estudantes, suas famílias e a merenda escolar em instituições públicas do Distrito Federal. As respostas de um questionário para as memórias referentes à alimentação escolar entre 12 (doze) egressos demonstraram que 33,3% deles não estavam cientes do PNAE (embora, deveriam participar ativamente do programa) e os 66,7% restantes o conheciam, mas não através da escola. Outras respostas indicaram falha na aplicação abrangente do PNAE, sem espaço para devolutiva pelos alunos e para intervenção dos discentes e dos familiares nos procedimentos alimentares da escola.

É urgente então pensar de que formas o estado, por meio da escola, intensifica os processos de insegurança alimentar da população, contribuindo para a descredibilização das instituições escolares em si, parte essencial da tentativa de precarização da escola pública e das instituições que representam e defendem a democracia representativa. Um ambiente que alimenta seus estudantes de forma quase autoritária por não oferecer respaldo do que se come e da onde vem, não pode prosperar e nem oferecer condições de sucesso acadêmico e profissional para seus estudantes. Calichman (2023, p.21).

O acesso às legislações com o devido compromisso dos órgãos estatais é necessário para garantir o pleno cumprimento dos direitos alimentares. Recursos com temas alimentares são encontrados na Internet, tais como a cartilha Desmistificando dúvidas sobre alimentação e nutrição e o Guia Alimentar para a População Brasileira em sites governamentais. Informações relativas ao PNAE estão na página on-line do programa. Referências como a Lei federal nº 11.947/2009 - atendimento da alimentação escolar e do Programa Dinheiro Direto na Escola aos alunos da educação básica; o Memorando-Circular nº 6/2022/SEE/DISE – Alimentação, de 23 de fevereiro de 2022 que trata da alimentação escolar do novo ensino médio; e Cardápios da alimentação escolar podem ser pesquisados nos sites oficiais da Educação do Estado de Minas Gerais, tal qual as instruções do Caderno de Orientações aos Municípios para Adesão ao Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN).

A página on-line oficial do Grupo de Estudos em Alimentação e Nutrição (GENTA) se destaca por disponibilizar materiais sobre os transtornos alimentares em diversos formatos, tais como folhetos para download, informativos, vídeos e referências bibliográficas de estudos científicos. Iniciativas acerca dos transtornos alimentares, como “A Cartilha Transtornos Alimentares - Saúde Mental na Pandemia”, elaborada pela Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ) (2021, s.p.), foram realizadas durante a pandemia da doença do coronavírus (COVID-19) com intensas mudanças na rotina, tendo em vista que os distúrbios alimentares surgem ou se agravam em contextos de estresse e de instabilidade emocional, como os que foram vivenciados nesse complexo período.

Os materiais exemplificados e tantos outros, embora disponibilizados gratuitamente, requerem ampla divulgação. Blanco e Eichler (2020, p. 27) mencionaram que a ausência de contato com os conteúdos científicos no ambiente escolar e com os reproduzidos por institutos de saúde pode dificultar a consolidação de normas alimentares bem fundamentada. A escola é uma das instituições que pode ofertar acesso às legislações dos direitos básicos da alimentação, e promover a conscientização da importância da alimentação saudável entre crianças e adolescentes. Ela tem o potencial de oferecer o conhecimento para que esses grupos susceptíveis aos transtornos alimentares compreendam os impactos das escolhas e dos comportamentos alimentares e possam visar os benefícios para a saúde a longo curso. A escola, ao reconhecer a forte influência cultural na alimentação, pode complementar a educação familiar em uma perspectiva científica para instigar hábitos mais saudáveis dentre os alunos e, consequentemente, gerações futuras.

4.4 Modelos de programas preventivos dos transtornos alimentares nas escolas

Dunker (2009, p. 2) investigou as diversas metodologias do programa de abordagem preventiva em transtornos alimentares (TA) publicadas em vários países e constatou a carência de um delineamento adequado das intervenções e de maior abrangência populacional para que se possa reduzir a insatisfação corporal e a restrição alimentar em populações de risco para TA. Dunker (2009, pp. 3-4) observou a dificuldade em combater a anorexia (AN) mesmo com tratamento adequado, internação hospitalar e acompanhamento terapêutico pós-alta, diferentemente da melhora e da remissão nos casos de bulimia nervosa, embora o tratamento seja caro e, logo, limitado a uma pequena parcela de indivíduos. Estes dados demonstraram a necessidade de mais pesquisas de estratégias de prevenção efetivas, principalmente no Brasil,

onde a acentuada prevalência de TA em jovens gera danos a curto e longo prazo para a saúde, com resistência ao tratamento e alto custo financeiro e humano. Os programas de prevenção trabalham com bastantes propostas metodológicas educacionais e variáveis, correspondentes à população (sexo e idade), número de sessões, tipo de mediador, formato do programa, e seguimento do estudo, de acordo com Dunker (2009, p. 8), que considerou como objetivo primordial educacional desses programas lidar com os aspectos etiológicos contributivos para as manifestações gerais dos TA (pressão sociocultural pela magreza impelida pela família, amigos e mídia, internalização dos ideais de magreza pelas mulheres, insatisfação corporal, dieta restritiva e baixa autoestima), em conformidade com Stice et al. (1999).

A análise preventiva dos transtornos alimentares (TA) pode transformar o conhecimento em políticas sociais multidimensionais e práticas delineadas, com o objetivo de impedir que crianças e adolescentes apresentem bloqueios na relação com a imagem corporal e com a comida e mitigar os impactos dos TA na saúde física e mental de crianças e adolescentes, segundo Dunker (2009, p. 2), com citação de Levine e Piran (2001) e de Levine e Smolak (2001). O programa de prevenção deve ser baseado na população em que será aplicá-lo em três níveis - primário, secundário e terciário. A prevenção primária busca reduzir ou extirpar fatores de risco dos TA em seres saudáveis. Ela pode ser universal com enfoque na população em geral, como a renovação das leis que regulam as propagandas da indústria da dieta, ou seletiva se o público é não sintomático sob risco para TA por pertencer a uma determinada faixa etária, ter baixa autoestima, ou viver em um meio competitivo voltado para a performance do peso e forma corporal. A prevenção secundária inclui prevenção seletiva para evitar o desenvolvimento de um quadro clínico completo dos TA em pessoas com os sinais preliminares da doença manifestada (como indução do vômito para eliminar peso corporal) ou do prenúncio dela (como distorção da imagem corporal, preocupação excessiva com o peso corporal, hábito de pular refeições). E a prevenção terciária visa refrear os sintomas de quem apresenta a condição de TA, priorizar a qualidade de vida, limitar a evolução dos TA, e atenuar as consequências nos quadros crônicos.

As estratégias de prevenção primária são as mais encontradas na literatura, conforme Dunker (2009, pp. 4 e 8) concluiu na descrição de Rosen et al. (1998), da menor para maior abrangência populacional. Programas educacionais destinados a escolas e populações em risco para transtornos alimentares (TA) são criados para obter resultados positivos a depender da adesão da escola através do treinamento dos professores e demais funcionários; permissão para intervenções em sala de aula; acréscimo de material educativo no currículo escolar e nas

discussões com os alunos; aconselhamento individual para grupos de risco de TA; incentivo à oferta de alimentos saudáveis nas cantinas; modificação dos conteúdos trabalhados nas aulas de educação física; e concretização de atividades externas junto à comunidade e aos pais. Recomenda-se a integração entre escolas, clínicas, centros comunitários, organizações religiosas e mídias locais para unir reforços nos programas propostos. As transmutações das normas da sociedade estão na base do modelo, tanto da indústria de alimentos quanto das propagandas dirigidas às crianças e adolescentes com belezas reais, de diversos tipos e formas corporais. Ademais, depende-se da colaboração governamental na assistência à saúde, com o alargamento do número de profissionais especializados no diagnóstico e no tratamento das perturbações alimentares.

A idade ideal de intervenção foi defrontada por Dunker (2009, p. 9), a partir da pesquisa de Stice et al. (2000), na qual a imagem corporal e as preocupações com a alimentação começariam a aparecer em meninas aproximadamente aos 8 anos e se intensificariam na puberdade; e em um estudo de Davison et al. (2003) com crianças dos 5 aos 9 anos, dentre as quais, as meninas que mais apresentaram comportamento de restrição alimentar aos 9 anos já estavam insatisfeitas e preocupadas com o corpo aos 5 e 7 anos. Portanto, a intervenção pode melhor repercutir em idades precoces, embora produções significativas tenham sido feitas em idade mínima de 9 e máxima de 18 anos com direcionamento da prevenção primária às adolescentes de 11 a 14 anos, por ser uma fase de alto risco, com aumento da insatisfação corporal e instauração de práticas de controle do peso. Os programas são voltados às meninas, por apresentarem maiores risco e interesse por temas pertinentes à imagem corporal, alimentação e perda de peso corporal. Os meninos são passíveis aos TA, mas a desmotivação pelo assunto pode prejudicar o aprimoramento do programa.

Programas mediados por profissionais preparados com conhecimentos sobre imagem corporal, transtornos alimentares (TA) e saúde foram mais efetivos do que os mediados por professores das escolas. Dunker (2009, p. 9) verificou que os trabalhos de O'Dea e Maloney (2000) e Stice et al. (2007) apontaram a dificuldade dos educadores em realizar treinamento adequado em função das outras demandas que a profissão requer, dificultando o programa. Outrossim, existe o risco de transferirem crenças e atitudes pessoais negativas em relação ao próprio corpo, como a má aceitação e a discriminação corporal. O método interativo mostrou ser mais eficiente nas intervenções do que o didático, ou seja, a participação dos adolescentes em conversas de equipe com um mediador, facilitador do diálogo e da dinâmica, viabilizou trocas de experiências, aprendizado, e alteração de comportamentos. Por fim, os testes

geralmente eram longitudinais, em que se espera que o grupo experimental não progrida com os fatores de risco para TA se confrontado com o grupo controle ao final do programa ou de 3 a 12 meses depois do encerramento.

É importante que os profissionais conheçam as abordagens não efetivas de prevenção de problemas alimentares e de imagem corporal em escolas para estabelecer as efetivas e duradouras, conforme apurado por Dunker (2009, p. 10). As estratégias educacionais da década de 90 demonstraram mais transtornos do que benefícios, como o currículo escolar idealizado por Killen et al. (1993) com adolescentes americanos de 11 a 13 anos, que incluía temáticas como mudanças corporais da adolescência, riscos da restrição alimentar, definição e diagnóstico de transtornos alimentares (TA), pressão sociocultural pela magreza, alimentação e atividade física saudável. O programa teve um desfecho negativo, com crescimento dos problemas alimentares. No estudo de Mann et al. (1997) com mulheres universitárias americanas, a estratégia de depoimentos de pacientes que se recuperaram de TA com relatos de restrição alimentar, condutas de vômitos e de laxantes expandiu os sintomas dos TA ao final do processo. Outro exemplo de insucesso é o programa voltado para adolescentes inglesas entre 13 e 14 anos, que debateu a pressão sociocultural pela magreza, imagem corporal, autoestima, regulação do peso corporal, riscos da restrição alimentar, descrição e diagnóstico de TA. Houve redução da restrição alimentar, entretanto, ela se acentuou após seis meses do término do programa, que possivelmente valorizou a preocupação com o peso corporal, estimulando as adolescentes a fazerem dieta restritiva.

Todos esses programas aplicaram a técnica pedagógica (aula didática), notificando os adolescentes sobre os riscos de controlar o peso corporal e de restringir a alimentação, e esclarecendo comportamentos inadequados, como o uso de vômitos, laxantes, diuréticos, o que pôde ter disseminado crenças, atitudes e comportamentos precedentes aos transtornos alimentares normalizando-os. Dunker (2009, p. 10) citou O'dea e Maloney (2000) no que tange a programas com tendência a tratar os alimentos de maneira negativa, rotulando-os em bons e maus, poderem predispor a aversão a determinados alimentos, substancialmente os ricos em gordura e carboidratos, e o início de uma dieta restritiva. Investigações a partir de 1998 intencionaram identificar a metodologia mais adequada para os programas, tendo em vista os comprometimentos daqueles retromencionados. Os impactos foram diversificados, segundo Abascal et al. (2004), Stice (2004) e Stice et al. (2007), com ênfase na abordagem primária (universal ou seletiva) de modo geral.

Os programas de prevenção têm como metas a mudança dos conhecimentos, crenças, atitudes, e comportamentos vinculados aos transtornos alimentares (TA), exemplificados pela satisfação corporal, restrição alimentar, discriminação corporal, influência da mídia, autovalorização, alimentação e atividade física, conforme Dunker (2009, p. 11) concluiu. Os resultados são avaliados por diferentes instrumentos, nem todos validados, o que dificulta a comparação entre eles. A maioria dos programas conquistou a modificação de atitudes relacionadas à mídia, a moderação dos sintomas gerais dos TA, e o aumento da autoestima e do entendimento quanto à restrição alimentar, nutrição e atividade física. Entretanto, quando se afere a satisfação corporal e a restrição alimentar, confirma-se a análise de Levine e Piran (2001) de que tais programas tendem a elevar o conhecimento, mas com efeitos temporários nas crenças e atitudes e pouco duradouros nos comportamentos. As convergências metodológicas detectadas durante a revisão bibliográfica foram sintetizadas por Dunker (2009, p. 13) no quadro a seguir.

Quadro 2 - Convergências metodológicas nos programas de prevenção

Metodologia	Indicado	Não indicado
População de estudo	- Todas as faixas etárias (Maior recomendação para a faixa de 11 a 14 anos) - As meninas apresentam resultados mais positivos	- Os meninos podem atrapalhar a intervenção, se estiverem junto com as meninas
Local de estudo	- Escolas, Universidades, Internet	
Número de sessões	- Estudos com maior número de sessões, com metodologia interativa	- Estudos com poucas sessões e com metodologia didática
Tipo de mediador	- Especialista em TA treinado	- Professores com pouco tempo de treinamento e sem supervisão
Seguimento do estudo	- Estudos com grupo controle com avaliação: antes, depois, 6 meses e 1 ano após o programa	- Estudos sem grupo controle, com avaliação no início e final
Conteúdo educacional	- Desenvolvimento de uma imagem corporal positiva - Alimentação e atividade física saudáveis - Mudanças corporais da adolescência/genética - Discriminação corporal - Influência da mídia (como lidar com as mensagens) - Melhora da autoestima - Riscos da restrição alimentar	- Relatos de pacientes com TA - Definição de TA com descrição de práticas inadequadas de perda de peso - Tratar os alimentos como “bons” e “maus”

Fonte: Conclusões sobre as metodologias preventivas de TA, Dunker (2009, p. 13).

Dunker (2009, p. 14) também delimitou tópicos para discussões e trabalhos futuros a partir dos programas de prevenção do transtorno alimentar (TA) revisados: 1) seleção adequada dos grupos de estudo nas escolas, separando o grupo controle do experimental para evitar troca de informações; 2) mais estudos de prevenção direcionada, com populações maiores; 3) estudos com faixas etárias precoces, antes dos 9 anos; 4) investigações com seguimentos de maior duração para dosar a mudança dos comportamentos; 5) estudos de propostas de integração dos programas com a família e professores; 6) elaboração de estratégias de prevenção universal mais eficazes, que atinjam as meninas e os meninos; 7) aperfeiçoamento dos programas com estratégias inovadoras, como as realizadas on-line; 8) criação de programas de TA e de obesidade juntos; 9) inclusão da atenção do governo na regulação de propagandas veiculadas na mídia. As conclusões da revisão foram fundamentadas como fonte de dados para profissionais da área da saúde, como nutricionistas, psicólogos, psiquiatras, enfermeiros e professores de educação física no sentido de alertá-los para a postura que devem ter perante os pacientes e alunos, principalmente nas mensagens que serão passadas às crianças e adolescentes, evitando transmitir crenças distorcidas em relação à alimentação e peso.

Abordagens promissoras podem auxiliar novos programas e estratégias educacionais, como o programa de educação nutricional “Body Basics”, O’dea (2002) de grande sucesso na Austrália, que faz parte do currículo escolar e conta com a colaboração dos adolescentes, pais, educadores, profissionais de saúde, a indústria de alimentos e o governo. Dunker (2009, p. 11) ainda depositou expectativas em movimentos de prevenção universal com ampliação do alcance populacional, como a Campanha pela Real Beleza, que se iniciou em 2004 com a Dove, marca pertencente à empresa de cosméticos e alimentos, Unilever. A campanha global conseguiu desafiar o molde atual de beleza, no entanto, são necessários aprofundamentos científicos para comprovar o efeito. Outro evento relevante é a Semana de Conscientização de Transtornos Alimentares (SE DÊ CONTA), empreendida pelo Grupo de Estudos em Alimentação e Nutrição (GENTA) desde 2005 em São Paulo. O encontro objetiva alertar sobre os TA, questionar os padrões de beleza atuais, avisar a respeito dos perigos por trás das dietas e preocupações com peso, desfazer mitos difundidos e promover a aceitação corporal para os públicos de risco (genérico e específico), como adolescentes, pais e professores de escolas, universitários da área de saúde, moda, publicidade, jornalismo, instrutores e frequentadores de academias de ginástica, e profissionais da área da saúde, em especial nutricionistas. Trata-se de uma iniciativa de nutricionistas e uma educadora física que produzem livros, artigos científicos e teses relativas aos TA, cujas referências bibliográficas estão disponibilizadas na página on-

line oficial da instituição. Segundo GENTA (2019, s.p.), o grupo tem a missão de “Atuar na prevenção, educação e conscientização sobre os transtornos alimentares e obesidade” e os seguintes objetivos:

Alertar a população sobre os fatores que contribuem para o surgimento e manutenção dos Transtornos Alimentares e Obesidade e promover discussões e reflexões sobre ditadura da beleza e prática das dietas; obsessão cultural pelo corpo "perfeito", estigma da obesidade, alimentação, saúde, beleza e bem-estar, e influência da mídia e da cultura na insatisfação corporal, autoaceitação e autoestima. GENTA (2019, s.p.)

Cabe ressaltar que o Dia Mundial de Conscientização dos Transtornos Alimentares foi idealizado pela Academy for Eating Disorders em 2015, e acontece em 02 de junho em colaboração com ativistas, voluntários e mais de 200 organizações em 45 países para apoiar indivíduos impactados por transtornos alimentares, segundo Brasil (2022, s.p.). O tema “Transtornos Alimentares: Quebre o Preconceito e Apoie as Famílias” foi selecionado para abordar em 2025 a inevitabilidade da mediação precoce das famílias e dos profissionais da área da saúde para a eficácia dos processos de recuperação, além da urgência de ações dos governantes das nações e dos gestores de programas de saúde para propiciar os tratamentos dos transtornos alimentares com embasamento científico, qualidade e garantia de acesso. O movimento criou “9 verdades” com vistas a ampliar a compreensão dos transtornos alimentares, e motivar pesquisas que beneficiem os tratamentos:

- Verdade nº 1: Muitas pessoas com transtornos alimentares parecem saudáveis, mas podem estar extremamente doentes.
- Verdade nº 2: As famílias não têm culpa e podem ser as melhores aliadas dos pacientes e profissionais de saúde no tratamento.
- Verdade nº 3: Um diagnóstico de transtorno alimentar é uma crise de saúde que interrompe o funcionamento pessoal e familiar.
- Verdade nº 4: Transtornos alimentares não são escolhas, mas doenças graves de influência biológica.
- Verdade nº 5: Transtornos alimentares afetam pessoas de todos os gêneros, idades, raças, etnias, formas e pesos corporais, orientações sexuais e níveis socioeconômicos.
- Verdade nº 6: Transtornos alimentares representam um risco aumentado de suicídio e complicações médicas.
- Verdade nº 7: Genes e ambiente desempenham papéis importantes no desenvolvimento de transtornos alimentares.
- Verdade nº 8: Genes por si só não predizem quem desenvolverá transtornos alimentares.
- Verdade nº 9: A recuperação completa de um transtorno alimentar é possível. Detecção e intervenção precoces são importantes. Brasil (2025, s.p.)

O programa “Se liga na nutrição” para meninas de 12 a 14 anos de idade da educação básica da rede privada de São Paulo foi igualmente citado por Dunker (2009, p. 13). A

empreitada pioneira da tese de doutorado com a orientadora Philippi demonstrou mitigar a preocupação com peso e alimentação, bem como a influência da mídia na aceitação de padrões de beleza. Porém, sem poder estatístico em função da pequena amostra. Dunker (2006, p. 1), então doutoranda à época, desenvolveu o programa de prevenção de risco para transtornos alimentares em adolescentes “Se liga na nutrição”, cujo objetivo era incitar o pensamento crítico referente às normas socioculturais, à imagem corporal e aos padrões de beleza, reforçando a notoriedade da alimentação saudável e desencorajando a restrição alimentar, por meio do ensino de conceitos de saúde e nutrição.

As alunas observadas no programa apresentaram compreensão de alimentação saudável e aceitação do tema proposto. A admissão da disciplina de nutrição ao currículo contribuiu para a prevenção de transtornos alimentares (TA), por prospectar o conhecimento sobre a nutrição saudável e evitar os comportamentos concernentes aos TA na adolescência. Portanto, providências como o “Se liga na nutrição” deveriam ser disseminadas em escolas públicas e privadas. Desde este estudo, Dunker (2006, p. 1) mencionava os impactos da alta incidência de TA na sociedade como decorrência das imposições de valores sociais e estéticos com o padrão de beleza e de sucesso implicando um corpo magro. E apontava as mudanças corporais na adolescência como geradoras de comportamentos alimentares inadequados, levando à restrições alimentares que comprometem a qualidade da alimentação, mas que podem ser reduzidas por programas de prevenção de TA.

As missões de prevenção de transtornos alimentares (TA) são escassas no Brasil, onde os esforços são para impedir majoritariamente a obesidade. Dunker et al. (2018, pp. 1 e 10), por sua vez, discutiram os pontos positivos e negativos da implementação do programa de prevenção conjunta de obesidade e de transtornos alimentares New Moves para meninas de escolas públicas em São Paulo. Foram utilizadas técnicas comportamentais, como a teoria sociocognitiva e a entrevista motivacional, e conteúdo com os fatores compartilhados pelos dois problemas de saúde. Outras adaptações foram sugeridas, como o decréscimo da quantidade de informações do manual e das atividades em cada sessão quando relacionadas ao suporte social e à alimentação, para possibilitar a compreensão pelas populações com dificuldades de aprendizado e o interesse nos temas levantados. As autoras abordaram a adaptação transcultural e as dificuldades metodológicas da consolidação de programas internacionais, em contraste ao projeto delas, que foi financiado. Reconhecendo assim, a escassez de investimento em pesquisa no país que dificulta a realização de estudos nacionais capazes de gerar intervenções preventivas. O New Moves Brasil (NMB) pode ser reproduzido e servir de referência para

novos modelos de intervenção no país, apesar dos desafios. As pesquisadoras o recomendaram como uma disciplina optativa voltada às meninas, funcionando como estratégia comportamental diferenciada em escolas de tempo integral.

O desempenho da escola como local de prevenção e debate em relação às doenças frequentes na fase da adolescência, como a anorexia e a bulimia nervosa também foi refletido por Santos et al. (2023, p. 3). Os autores destacaram o estudo “Promover saúde na escola” de Casemiro et al. (2014), que realçou a instituição enquanto local de encontro entre saúde e educação, onde é possível ensiná-las por meio de ações para prevenção e fortalecimento de fatores de proteção à saúde. Entretanto, as iniciativas de educação em saúde persistem centradas na doença, ações de triagem e prevenção porque os Documentos Curriculares Nacionais (DCNs) tratam a saúde de forma limitada, dando enfoque à biologia e à fisiologia do corpo humano, segundo pesquisa de Sousa et al. (2019). Os dois trabalhos deram visibilidade à necessidade de estabelecer e solidificar espaços para participação coletiva da comunidade escolar e profissionais da saúde, e de tirar o foco da doença e dos conceitos biológicos subjacentes e investir no cuidado destinado às pessoas.

Santos et al. (2023, pp. 16-18) propuseram investigações sobre o processo formativo dos professores referente aos tipos de transtornos alimentares (TA) e se os profissionais estão habilitados para explorar o assunto de modo a facilitar o exame da problemática para a saúde dos educandos, pois os autores inferiram que os transtornos não são tratados com as devidas constância e importância nas disciplinas de Ciências e Biologia, nem no contexto escolar. Santos et al. (2023, p. 17) citaram Sousa et al. (2019) para esclarecer que os transtornos alimentares são um tema transversal significativo para a educação em saúde, o que gera a crítica das duas disciplinas representarem tradicionalmente as áreas de exposição de tópicos relacionados à saúde, quando deveriam estar contemplados em todos os componentes curriculares. Além disso, citaram Mohr e Venturi (2013) quanto o cenário de realização de projetos voltados para a saúde, como os TA, demonstrar que “há carência de reflexões de natureza pedagógica para pensar, analisar e propor atividades de educação em saúde na escola”. Santos et al. (2023, p. 1) concluíram isso após a investigação da satisfação com a imagem corporal, e do ensino dos transtornos alimentares nas disciplinas de Ciências e Biologia em uma amostra de 92 adolescentes no município de Ponta Grossa no estado do Paraná.

A escola exerce um relevante papel junto à família na identificação de comportamentos de risco e no encaminhamento para profissionais especializados em um trabalho colaborativo, segundo Casemiro et al. (2014), citados por Santos et al. (2023, p. 16). Ademais, a elaboração

e a sucessão regular e contextualizada de estratégias interventivas para temas atuais, como os TA, pode auxiliar na vigília dos sinais de risco do próprio aluno e entre os seus pares, cuja proximidade é maior do que com os professores ou com o restante da equipe escolar. Por fim, Santos et al. (2023, pp. 15-17) observaram os alunos insatisfeitos com o corpo e o peso em número superior em relação aos satisfeitos, sendo as meninas mais insatisfeitas que os meninos. E evidenciaram que o conteúdo vago sobre TA nas disciplinas de Ciências e Biologia requer a execução de medidas preventivas entre os adolescentes para apoiá-los no desenvolvimento do pensamento autônomo, contentamento com a autoimagem e empoderamento da autoestima; de discutir a cultura do corpo vigente e os prejuízos à saúde; de desconstruir a ideia do padrão de corpo ideal e perfeito para combater o preconceito com a pluralidade corporal; e de propiciar o entendimento de que a preocupação excessiva com o corpo e a busca pela perfeição pode comprometer a saúde do indivíduo.

4.5 Aprofundamento da relação entre a pós-graduação em Ciências Humanas e Linguagens e o tema transtornos alimentares

Faz-se necessário estreitar o entrelace entre a pós-graduação em Ensino de Ciências Humanas e Linguagens e o tema transtornos alimentares, embora ele tenha sido explicitado em trechos espaçados nos títulos anteriores. Santos et al. (2023, p. 15), conforme visto anteriormente, trataram do motivo de alguns alunos negarem saber ou recordar de ter estudado os transtornos alimentares (TA) nas disciplinas de Ciências e Biologia como uma decorrência do ensino fixado no nível fisiológico dos transtornos e sem uma visão próxima à realidade do aluno, mediante a argumentação de Sousa et al. (2019), de que os documentos curriculares que norteiam a educação brasileira, como os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs), as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e a Base Nacional Comum Curricular (BNCC), referenciam discussões pertinentes à alimentação e nutrição. No entanto, a abordagem da saúde, se estrita, enfoca a anatomia e a fisiologia do corpo humano. Santos et al. (2023, p. 15), sob influência de Araya (2017), ponderaram que a ênfase no funcionamento biológico e nos ciclos fisiológicos vinculados à alimentação ocorre identicamente no sistema de formação dos professores, o que poderia sugerir falta de preparo durante o processo formativo para aprenderem a contextualizar assuntos como os TA, e a incorporar os aspectos socioculturais à dimensão biológica nos métodos de ensino-aprendizagem. A disciplina da pós-graduação, O lugar das Humanidades e Linguagens na BNCC, evidenciou a importância do currículo escolar

ao orientar a prática docente, visto que ele é constituído pelo conteúdo a ser ensinado em sala de aula, as metodologias de aprendizagem pelas quais o ensino ocorre e os processos de avaliação do conhecimento.

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) definiu o currículo como o conjunto de competências a serem desenvolvidas no decorrer da Educação Básica, para fins de estruturação das atividades escolares. Isso porque o currículo escolar tem o objetivo de organizar o Projeto Político Pedagógico da Escola, documento que explicita as atividades a serem realizadas no transcorrer do ano letivo. Portanto, o currículo é o instrumento pelo qual se produzem as experiências, os saberes (as disciplinas e os conteúdos) e os processos de formação da identidade dos alunos e dos professores no ambiente da escola. Ele estabelece os objetivos de aprendizagem em cada etapa para a construção do conhecimento, a partir de três modelos integrativos. Sendo eles o currículo social, baseado na realidade local da escola e dos alunos; o currículo oculto, referente às ações e aos valores subentendidos nos conteúdos trabalhados; e o currículo estruturador, que trata das disciplinas de maneira interdisciplinar. Daí, a necessidade do ensino dos transtornos alimentares (TA) na formação e na prática dos docentes ser pautado em uma visão contextualizada com a realidade dos alunos, segundo Santos et al. (2023, p. 15). Para que superar as dificuldades do treinamento dos educadores referente aos transtornos alimentares durante o processo formativo e na atualização profissional em função das outras demandas que a profissão, é preciso que o governo e outras instituições invistam mais nos programas de prevenção dos transtornos alimentares mediados por professores, consoante Dunker (2009, p. 9).

A boa notícia é que o currículo escolar não é imutável, sofre modificações de acordo com as diferentes realidades e modelos de sociedade. Os documentos normativos são responsáveis por defini-lo, o que garante às escolas a obrigatoriedade de obedecê-los. Porém, os documentos normativos não são o currículo. Assim, as escolas possuem “certa autonomia” para elaborá-lo valorizando a realidade de cada região do país e para utilizá-lo como ferramenta para diminuir as desigualdades ao abordar aspectos sociais e culturais essenciais para a formação cidadã. Inclusive, o comportamento alimentar está ligado à identidade que o indivíduo confere a si próprio e a um grupo, o que compreende as esferas cultural e regional. Conforme visto, a segurança alimentar e nutricional (SAN) nas escolas e em outros contextos, deve ser adaptada ao ciclo de vida, à condição clínica individual e à diversidade cultural alimentar. As culturas locais, assim como a globalização de costumes, interferem em diversas dimensões do ser humano, na alimentação, na forma com a qual ele aprende a construir a imagem corporal a

partir da interação com o mundo social e com imagens corporais diversas, nos comportamentos de risco para os transtornos alimentares, segundo Leal et al. (2012) e Oliveira e Hutz (2010), conforme visto anteriormente.

Os condicionamentos externos podem fomentar danos físicos, psicológicos e sociais, com papel significativo na etiologia e na manutenção dos transtornos alimentares (TA), segundo Freitas et al. (2024, p. 8-9), com citação de Valença e Germano (2009), Culbert et al. (2015), Treasure et al. (2020), Austin et al. (2023) e Levine (2024). Indivíduos expostos a ideais corporais midiáticos são mais propensos a desencadear insatisfação corporal, fator de risco para os comportamentos alimentares desordenados, principalmente da anorexia nervosa (AN), da bulimia nervosa (BN) e do transtorno de compulsão alimentar periódica (TCAP) em qualquer idade, sobretudo na infância e na adolescência devido à pressão para atingir padrões corporais ideais, amplamente incitados pela cultura popular, globalização e mídia. A conscientização da influência dos fatores socioculturais pode ser materializada em programas educacionais preventivos que promovam a aceitação corporal, a diversidade de formas corporais e o pensamento crítico das normas socioculturais e estéticas vigentes, criando assim um ambiente saudável e inclusivo, minimizar a influência nociva e, conseqüentemente, reduzir a incidência de TA. As relações de domínio da cultura que acontecem através da reprodução cultural representam uma das causas da imposição desses ideais corporais nos diversos segmentos da sociedade:

Uma posição de força material inicial, determinada pela posse diferencial de capital econômico, permite que a cultura das classes e dos grupos dominantes seja definida como “a” cultura (...), uma escolha entre outras que não parece ser uma escolha - é transmutado, pela alquimia das relações de força entre as classes sociais, em capital simbólico - uma espécie de capital que incorpora no agente, como se fosse algo natural nele, os outros capitais; distinção; credibilidade conferida ao agente pelos demais agentes. (...) O capital simbólico, por sua vez, dissimula as relações de força materiais. Tem-se, portanto, uma força simbólica, reproduzida no campo simbólico, mas nascida de uma força material (determinada pelo diferencial de capital econômico), dissimulando e contribuindo para manter, pela dissimulação, a posse desigual de capital econômico. (PEREIRA, 1.997, pág. 41-42)

A missão de estudar as contradições e injustiças dos diferentes currículos de acordo com os diversos modelos de sociedade foi confiada ao profissional da educação para que tenha repertório o suficiente para refletir sobre qual tipo de currículo orienta a sua prática docente; quais são as intencionalidades implícitas desse instrumento; se existe outra possibilidade de currículo com a qual se identifique para conseguir os mecanismos necessários para trabalhar a transformação que deseja no espaço em que vive. Ademais, espera-se que a escola e o seu novo

currículo não somente formem sujeitos críticos, democráticos, autônomos, conscientes das desigualdades sociais, mas também indivíduos pós-críticos, que tenham repertório o suficiente para valorizar as diferenças e romper com as lógicas e crenças curriculares, como as da superioridade do conhecimento acadêmico científico, e para desenvolver a solidariedade e respeitar os diferentes tipos de conhecimento, em conformidade com as autoras Ana Canen e Vera Maria Ferrão Candau. Cabe citar a disciplina da pós-graduação, Metodologia da Pesquisa para referenciar a contribuição e as limitações do conhecimento científico no âmbito acadêmico e enfatizar que todas as categorias, seja mítica, científica, do senso comum, estética ou filosófica, são válidas para explicar os diversos fenômenos, experiências e acontecimentos do planeta e os problemas da humanidade.

Esta disciplina, além de subsidiar a elaboração do projeto de pesquisa e do trabalho de conclusão de curso (TCC), ainda demonstrou que os diferentes tipos de conhecimentos podem coexistir em equilíbrio e não há um melhor do que o outro para entender a realidade totalizada. O que está em questão, para além de qual deles os sujeitos escolhem utilizar, é com qual propósito eles decidem usá-los. Por exemplo, Blanco e Eichler (2020, p.1), concluíram que os regramentos da alimentação fazem parte da vida humana, sendo inicialmente aprendidos por orientações parentais e pelo empirismo individual. E que os conteúdos escolares e os guias sobre alimentação podem auxiliar na racionalização dessas regras, favorecendo escolhas mais saudáveis, pela fundamentação no conhecimento científico. Esse tipo de conhecimento é manifestado quando se observa e se questiona os fenômenos com o objetivo de alcançar o resultado mais exato possível, mesmo quando em desacordo com os julgamentos pessoais. O conhecimento científico é impessoal, pois se alicerça em fatos que tratam da verdade:

Ao que parece, há uma grande diferença entre nossas certezas cotidianas e o conhecimento científico. Como e por que ela existe? (...) O que distingue a atitude científica da atitude costumeira ou do senso comum? Antes de qualquer coisa, a ciência desconfia da veracidade de nossas certezas, de nossa adesão imediata às coisas, da ausência de crítica e da falta de curiosidade. Por isso, ali onde vemos coisas, fatos e acontecimentos, a atitude científica vê problemas e obstáculos, aparências que precisam ser explicadas e, em certos casos, afastadas. (Chauí, 2000, p. 217-218)

Um dos trabalhos acadêmicos da disciplina Metodologia da Pesquisa incluiu problematizar a noção de que o conhecimento científico é objetivo, imparcial, isento, verdadeiro, portanto, superior aos outros tipos de conhecimento a partir da análise do filme Contato, do diretor Robert Lee Zemeckis. Cabe pontuar uma fala da figura de Palmer Joss, escritor, teólogo, conselheiro espiritual e consultor da Casa Branca, que nega ser opositor à ciência e a tecnologia e lança a seguinte indagação:

Estamos mais felizes como raça humana, o mundo é fundamentalmente melhor por causa da ciência e tecnologia? Fazemos compras em casa, navegamos pela rede, mas ao mesmo tempo nos sentimos mais vazios, mais solitários e mais afastados uns dos outros do que em qualquer outra época da história (...). estamos nos transformando numa sociedade sintetizada? (CONTACT. Direção: Robert Zemeckis, 1997).

O personagem de Joss mencionou a forma como a humanidade tenta preencher os vazios da vida, movida principalmente pela baliza dos parâmetros econômicos. Sem sentido de direção, perdida, ela procura o significado. Contudo, o vazio não é externo, não é alheio à essência humana, é da alma. Essa cena, que aborda o pensamento espiritual, pode se relacionar com os posicionamentos de diversos autores citados neste trabalho, como Freitas (2024, s.p.) ao alertar sobre o potencial do marketing digital em incitar o consumo desenfreado e práticas inadequadas, exemplificadas por dieta restritiva, jejum prolongado e exercícios físicos intensos. As pressões estéticas e sociais podem fazer com que os sujeitos sintam solidão e adentrem em quadros preocupantes de depressão, independentemente da idade, o que agrava o transtorno alimentar, porque habitualmente induz ao isolamento social, de acordo com Azevedo e Zanotto (2024, p. 9). Afora as sugestões de Ekern (2012, s.p.) e Rittenhouse (2021, s.p.) de estimular a recuperação dos transtornos alimentares a longo prazo com meditação, prática de mindfulness, mantras positivos, diário de notícias, sessões em grupos de apoio, ações em instituições de caridade, estreitando assim a relação com o corpo e a apreciação dele a partir de experiências internas, em vez de apenas avaliá-lo esteticamente.

Para discutir a relevância terapêutica da escrita e da linguagem corporal para os transtornos alimentares, cabe salientar que a disciplina Corpo, Cultura e Educação instigou os discentes a refletirem e a escreverem sobre o corpo e a sua relação com os contextos histórico-culturais a partir da própria história e vivência corporal, com base no conceito de escrevivência corporal, nomeado por Conceição Evaristo. Nessa disciplina, a linguagem do corpo foi conceituada por Saura (2014, p. 166) como uma “linguagem simbólica, sensível e imaginal”, ilustrada nas colaborações de antropólogos, filósofos e mitólogos, como o catálogo sistematizado das imagens que compõem o repertório imaginal humano por Gilbert Durand, nos limites físicos dos regimes diurno e noturno com imagens desde os primórdios da existência que regulam a função simbólica nas dimensões psíquica, pessoal, social e corporal. Saura (2014, p. 167) explicou essa construção “nos mitos, nas religiões, na literatura, no cinema, nas artes em geral, que atualizam e reatualizam essas imagens primordiais, elaboradas para suportarmos a nossa realidade e dar sentido à nossa existência”. Daí provém uma das finalidades dos momentos do lazer, que é a de contemplar “a expressão deste imaginário humano, uma vez que

se propõe a trabalhar com o corpo, no corpo, a nossa manifestação corporal e assim, o contato com elementos de nossa ancestralidade, expressos no nosso imaginário bio-cultural.” Não por acaso, que Ekern (2012, s.p.) e Rittenhouse (2021, s.p.) sinalizaram a terapia de movimento, dança e arte como alguns dos recursos para a recuperação dos transtornos alimentares, visto que têm o potencial de promover uma conexão profunda com o próprio corpo.

Em História da Educação: Teoria e Métodos, a linguagem transcendeu a escrita, como na elaboração da carta “Análise do monumento campus Curvelo através da iconografia” para os alunos experienciarem o papel de novos historiadores brasileiros ao redigirem o processo de construção do campus Curvelo através de uma fonte valiosa de pesquisa, a iconografia. Influenciando assim, a construção deste trabalho a partir do recurso das multilinguagens com uso das linguagens verbal e visual para definir os transtornos alimentares por meio de textos, figuras e de quadros. Cabe salientar a importância da pesquisa dos transtornos alimentares na educação, como as técnicas de ensino, conscientização e prevenção no ambiente escolar e as abordagens dos impactos na aprendizagem, conforme detalhamento no título 4.6 A necessidade de ampliar as produções científicas e os avanços tecnológicos acerca dos transtornos alimentares.

Ao mencionar a ferramenta tecnologia, compete informar que disciplina Letramentos Digitais também conversa fluidicamente com o tema transtornos alimentares, por exemplo no trato do letramento digital enquanto prática que exige dos usuários não somente o domínio das tecnologias digitais, bem como a utilização com competência, autonomia e reflexão para as funções sociais e culturais, seja para fins pessoais ou profissionais. O que corrobora o posicionamento de autores, como Dunker (2009, p. 2) quanto às estratégias de prevenção primária renovarem as leis que regulam as propagandas da indústria da alimentação; e Leal et al. (2012, p. 9), para que as mídias digitais sejam utilizadas não mais como motivadoras dos transtornos alimentares, mas sim das estratégias preliminares para impedir a somatização da doença. Conteúdos relacionados à alimentação e demais práticas saudáveis já são produzidos nas redes sociais, como @alilaveda, @nutrigabilobo, entre tantos outros. A Internet ainda pode propiciar o acesso a artigos científicos, legislações, livros, recomendações e tantas outras abordagens da alimentação e dos distúrbios alimentares, conforme visto anteriormente.

Dunker (2009, p. 14) ainda indicou o ambiente on-line para aperfeiçoamento dos programas de prevenção com estratégias inovadoras, o que poderia ser feito pela escola por métodos plurais ensinados em todas as disciplinas da pós-graduação, inclusive Educação a Distância: Teoria e Prática, visto que essa modalidade de educação utiliza tecnologias da

informação e comunicação (TICs) para promover o aprendizado fora do ambiente tradicional de sala de aula. Tal qual *Linguística Aplicada ao Ensino e Aprendizagem de Línguas: Aspectos Teóricos, Práticos, Reflexivos e Emocionais*, considerando que o avanço tecnológico aumentou as ferramentas digitais no nosso cotidiano, principalmente entre jovens, transformando as formas de comunicação e de estudo. Não por acaso, Freitas et al. (2024, p. 3) se apoiaram em Berg et al. (2013) e Austin et al. (2023) acerca do desenvolvimento tecnológico possibilitar o tratamento dos transtornos alimentares. A utilização de aplicativos móveis e plataformas de telemedicina vem facilitando o acesso à intervenções terapêuticas, especialmente na pandemia de COVID-19, ao suplementarem os tratamentos tradicionais com abordagens personalizadas e de qualidade, o que é benéfico para pacientes em áreas remotas ou com recursos limitados para os serviços especializados.

Ateliê de Ensino: Estratégias e Métodos de Aprendizagem Ativa foi outra disciplina que tratou da importância do aperfeiçoamento metodológico por parte dos professores e dos dirigentes das escolas. Como exemplo de analogia à transversalidade dos transtornos alimentares, cita-se a multidisciplinaridade nas aulas compartilhadas com outros profissionais da educação. Aliás, foi em uma aula entrecruzada com a disciplina Corpo, Cultura e Educação que ensinaram o importante conceito de micro-revoluções, referente à solicitude dos docentes em investigar e aderir a novas possibilidades que fortaleçam a prática profissional na quebra das crenças negativas arraigadas pelo sistema, o que pode ser resumido no seguinte questionamento direcionado aos professores: Qual micro-revolução você pode fazer no ambiente de aula hoje? Embora, essa reflexão possa ser adaptada para as quaisquer áreas profissionais.

4.6 A necessidade de ampliar as produções científicas e os avanços tecnológicos acerca dos transtornos alimentares

O profissional de saúde que lida com o atendimento das crianças e dos adolescentes deve conhecer as diretrizes clínicas dos transtornos alimentares (TA), tendo em vista que surgem em larga frequência nesses grupos etários e que o diagnóstico precoce pode favorecer a conscientização do problema alimentar, segundo Appolinário & Claudino (2000, p. 4). Rodrigues Lourenço et al. (2024, p. 3), por intermédio de Oliveira et al. (2017), definiram a atualização constante como uma das exigências do profissional examinador dos transtornos alimentares para conduzir a anamnese de maneira humanizada, fortalecer o vínculo médico-

paciente, guiar um tratamento personalizado e, conseqüentemente, agregar êxito ao tratamento. Freitas et al. (2024, p. 5) citaram Fairburn e Patel. (2014) e Klatzkin et al. (2018), para complementarem que a atualização da comunidade clínica e científica é demandada para obtenção de práticas revolucionárias de diagnóstico e de tratamento que possam ser implementadas em cenários culturais e socioeconômicos diversos, minimizando as disparidades no acesso ao tratamento, e os efeitos nocivos dos transtornos alimentares em diferentes populações.

Os transtornos alimentares (TA) estão sendo estudados no Brasil e em outros países, pois podem se tornar graves perturbações se não prevenidos, gerando tratamento oneroso e complexo, mediante ponderação de Cabrera (2006, p. 3). As pesquisas nacionais têm aclamado pela expansão das ferramentas terapêuticas dos transtornos, apesar das ascensões literárias. Alvarenga & Scagliusi (2010, p. 10) recomendaram mais investigações da eficácia dos modelos de tratamento especializado e das intervenções com ênfase nas mudanças das atitudes alimentares e na relação do paciente com o alimento e o corpo por um período estendido para a recuperação com menos recaída. Camargos et al. (2020, p. 6) perceberam do mesmo modo os desafios do tratamento dos TA, por isso indicaram o prosseguimento da perscrutação sobre Terapia cognitiva-comportamental multicomponentes para obtenção de outras técnicas de abordagens de terceira onda em terapia cognitiva (mindfulness, modificação de imagens e reparentalização) a serem incorporadas nas práticas clínicas. Assim como Appolinario e Bacaltchuk (2002, p. 4) sugeriram o aditamento das investigações dos tratamentos medicamentosos para os transtornos alimentares.

A produção literária é importante para renovar os tratamentos e outros aspectos dos transtornos alimentares. Martins et al. (2011, p. 11) observaram que mais estudos da ortorexia nervosa (ON) poderiam embasar a possível validação da perturbação como transtorno alimentar, uma vez que ela não foi oficialmente reconhecida como tal pelo DSM-5 ou pela CID. Azevedo e Zanotto (2024, p. 11) solicitaram inovações nas dimensões restantes dos transtornos alimentares, como a urgência de aprofundar o exame dos efeitos permanentes dos transtornos alimentares na cognição infanto-juvenil, principalmente nos adolescentes devido à expressiva frequência da anorexia e da bulimia nervosa nessa etapa da vida. As autoras aconselharam o acompanhamento do agrupamento até a fase adulta, a fim de verificar se os impactos cognitivos persistiram ou não. Santos et al. (2023, p. 17) também propuseram mais investigações sobre o ensino dos transtornos alimentares dentro da escola, com foco nas disciplinas e Ciências e Biologia. Freitas (2024, s.p.), ao esmiuçar a relação das mídias sociais com a vida dos

adolescentes e com a incidência dos transtornos alimentares, concluiu que as mídias podem se tornar fatores de risco externo para a distorção de imagens e as comparações com os demais usuários das mídias. A autora ainda pediu por mais pesquisas para compreender melhor a interferência das mídias na saúde mental e nutricional dos adolescentes.

Freitas et al. (2024, p. 5), com base em Fairburn e Patel (2014), Klatzkin et al. (2018), e Austin et al. (2023), defenderam a revisão abrangente da bibliografia dos transtornos alimentares (TA) para entendê-los com maior precisão, designar lacunas no conhecimento existente e direcionar futuras investigações na área, dada a crescente ocorrência dessas condições. A revisão é prestigiosa a ponto de influenciar políticas de saúde pública, e ampliar as abordagens diagnósticas e terapêuticas para a criação de programas de prevenção e de tratamento mais eficazes na redução da incidência e da prevalência dos TA. Culbert et al. (2015), Olsavsky et al. (2019), Fitzsimmons-Craft et al. (2020) e Di Giacomo et al. (2022), citados por Freitas et al. (2024, p. 7), similarmente a Dold et al. (2015) citados por Freitas et al. (2024, p. 3), ressaltaram a contribuição científica sobre os fatores de risco (genéticos, biológicos e socioculturais) para esmerar as origens subjacentes aos transtornos alimentares e firmar intervenções personalizadas na atuação clínica e progressos nos tratamentos farmacológicos. Como por exemplo, a exploração dos fatores genéticos que propõe a associação da hereditariedade aos TA, com o potencial de desvendar os mecanismos biológicos subjacentes que predisponham aos TA; e a descoberta em neurobiologia que relaciona anomalias estruturais e funcionais no cérebro de indivíduos com TA, disfunções no circuito de recompensa e controle impulsivo ao surgimento de comportamentos alimentares desordenados.

Freitas et al. (2024, p. 9), com fundamentação em Dold et al. (2015), Olsavsky et al. (2019) e Treasure et al. (2020), incentivaram a pesquisa regular das abordagens pluridisciplinares que combinam insights genéticos, neurobiológicos, psicológicos e socioculturais. A definição de novos biomarcadores e a aplicação de tecnologias avançadas, como a inteligência artificial podem aprimorar o diagnóstico e o tratamento dos transtornos alimentares (TA) com detecção precoce e monitoramento contínuo. Freitas et al. (2024, p. 7), alicerçados nos estudos de Berg et al. (2013), Costa e Melnik (2016) e Di Giacomo et al. (2022), salientaram as funcionalidades dos aplicativos móveis, tais como monitoramento de sintomas, diários alimentares, exercícios de Terapia cognitivo-comportamental (TCC) e lembretes de consultas, o que colabora com o engajamento dos pacientes no tratamento. O emprego das tecnologias em planos de tratamento integrado dos TA se justificaria por complementar as sessões presenciais com suporte adicional entre as consultas.

5 CONCLUSÃO

Os resultados deste trabalho, realizado a partir da revisão bibliográfica, mostraram que os transtornos alimentares são questões de saúde complexas, exigindo prevenção e tratamento devido à crescente incidência e à alta taxa de mortalidade, seja por desnutrição, problemas cardíacos, suicídio ou outras causas. Os transtornos alimentares possuem reconhecimento padronizado no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5, 2013) e na Classificação Internacional de Doenças (CID-11). O DSM-5 utiliza a subclassificação das categorias de transtornos alimentares em um subgrupo com a anorexia nervosa (AN) e a bulimia nervosa (BN), e a outra ramificação com os transtornos restantes, denominada transtorno alimentar sem outra especificação (TASOE). Ponderou-se a respeito da restrição dos estudos e, por conseguinte, da limitação do conhecimento sobre as características dos TASOE, subdiagnosticados apesar de tão importantes quanto AN e BN para a prática clínica

O início dos transtornos alimentares (TA) pode passar despercebido pelos pais e pelo próprio indivíduo, por desconhecerem os sinais da doença. O tempo decorrido entre a identificação da perturbação de saúde e a procura pelo tratamento pode durar anos, prejudicando a remissão completa da doença. Diante disso, indica-se a conscientização sobre transtornos alimentares na infância e na adolescência a começar da família, da escola, do governo e das mídias. A atenção dos familiares e dos profissionais da saúde e da educação ainda na fase de aparecimento das doenças é uma das maneiras mais eficazes para contornar o problema. O tratamento dos transtornos alimentares pode ser desafiante quando se parte do princípio que os seres humanos estabelecem relações específicas com o mundo, portanto, a comida representa igualmente uma experiência mundana, impregnada de crenças, de sentimentos e de pressões exteriores. O tratamento nutricional associado à Terapia cognitivo-comportamental tem demonstrado êxito para modificar paradigmas e atitudes alimentares inadequadas. Embora permaneça a urgência de compreender a origem multifatorial dos transtornos alimentares para prover técnicas eficientes de prevenção e de recuperação; e a necessidade de implementar a universalização nos moldes de beleza atuais, sobretudo nas mídias sociais com maior acolhimento de corpos reais nas suas múltiplas formas e pesos.

Os meios de comunicação (principalmente as redes sociais), as famílias e as instituições de ensino podem ser espaços para incentivar as pessoas que sofrem com os transtornos alimentares a buscarem por ajuda e para divulgar os diferentes tratamentos da enfermidade. Afora as campanhas para precaver o surgimento dos transtornos alimentares, com ações para

desmistificar os padrões rígidos de beleza e de alimentação, normalizar os valores culturais da diversidade corporal, da saúde alimentar e do bem-estar emocional e, conseqüentemente, influenciar positivamente a autoestima das crianças e dos adolescentes. Para tanto, as responsabilidades no planejamento e na execução de programas preventivos podem ser compartilhadas entre escolas, famílias, clínicas, hospitais, igrejas, entidades governamentais, televisão e demais instrumentos de comunicação, entre outros. A estratégia de vinculação da prevenção primária nas escolas à mudança cultural e às políticas públicas tem evidenciado a efetividade desses programas.

Conclui-se que as discussões e pesquisas relativas aos transtornos alimentares são predominantemente direcionadas para as áreas da saúde na atualidade, justificando a demanda de produções literárias futuras na área educacional ou no entrelace dos dois eixos. Por fim, Frois et al. (2011), citados por Freitas (2024, s.p.), sabidamente concluíram que: “ninguém nasce odiando o próprio corpo, isso ocorre através de influências externas adquiridas por meio de costumes, culturas e mídias sociais que fazem parte de uma sociedade e impactam diretamente a vida do ser humano ao longo dos anos”.

REFERÊNCIAS

- ALVES, E.; VASCONCELOS, F.A.G., CALVO, M.C.M., Neves J. Prevalência de sintomas de anorexia nervosa e insatisfação com a imagem corporal em adolescentes do sexo feminino do Município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, nº 3, 2008; 24(3) doi: 10.1590/S0102-311X2008000300004
- ANDRADE, Angela; MAGALHÃES BOSI, Maria Lúcia. Mídia e subjetividade: impacto no comportamento alimentar feminino. **Revista de Nutrição**, [S. l.], v. 16, n. 1, 2003. Disponível em: <https://puccampinas.emnuvens.com.br/nutricao/article/view/9123>. Acesso em: 11 maio. 2025.
- APPOLINÁRIO, J.C.; BACALTCBUK, J. Tratamento farmacológico dos transtornos alimentares. **Rev. Bras. Psiquiatr**, v. 24, supl. 3. São Paulo. Dez, 2002.
- APPOLINÁRIO, J.C.; CLAUDINO, A.M. Transtornos alimentares. **Revista Brasileira de Psiquiatria** [on-line]. Braz. J. Psychiatry 22, supl. 2, pp. 28-31.22, 2000. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/rbp/a/P6XZkzr5nTjmdVBTYyJVZPD>> Acesso em: 20 de dez. 2024.
- ATTIA, Evelyn. **Transtorno alimentar restritivo evitativo**, 2022. Disponível em <<https://www.msmanuals.com/pt/casa/dist%C3%BArbios-de-sa%C3%BAde-mental/transtornos-alimentares/transtorno-alimentar-restritivo-evitativo>> . Acesso em: 28 nov. 2024.
- ATTIA, Evelyn. **Transtorno de ruminação**, 2022. Disponível em <<https://www.msmanuals.com/pt/casa/dist%C3%BArbios-de-sa%C3%BAde-mental/transtornos-alimentares/transtorno-de-rumina%C3%A7%C3%A3o>> . Acesso em: 28 nov. 2024.
- AZEVEDO, Gilson Xavier de; ZANOTTO, Simone Maria. A relação entre transtorno alimentar e aprendizagem. ISSN: 2675-4681 - **REEDUC UEG** , v. 10, n. 1, jan/dez 2024. Disponível em: <http://orcid.org/0000-0001-5207-1351>. Acesso em: 11 maio. 2025.
- BERNARDI, L.; MENON, M. U.; NOVELLO, D. Fatores associados ao estado nutricional de escolares: condições demográficas, socioeconômicas, alimentares e de atividade física. **RBONE - Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 14, n. 87, p. 560-570, 3 nov. 2020.
- BLANCO, Vanessa Just Blanco; EICHLER, Marcelo Leandro. O desenvolvimento cognitivo e sua relação com a construção de regras alimentares: um estudo de caso sobre o empratamento

e a alimentação saudável. **Revista Eletrônica de Psicologia e Epistemologia Genéticas**, Volume 12 Número 2, 2020.

BRANDT LMT et al. Comportamento de risco para bulimia em adolescentes. **Revista Paulista de Pediatria**, 37(2), 217-224, 2019. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/rpp/a/v5LCmGNqPTTcnjwLr7kr33w/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 02 fev. 2025.

BRASIL. GENTA. **Folhetos disponíveis**, 2025. Disponível em <<https://www.genta.com.br/>>. Acesso em: 8 maio. 2025.

BRASIL. Governo de Minas Gerais. **Lei Federal nº 11.947, de 16 de junho de 2009** - dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar e do programa dinheiro direto na escola aos alunos da educação básica, 2023. Disponível em <<https://www.gov.br/fnde/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/programas/pnae>>. Acesso em: 01 fev. 2025.

BRASIL. Governo de Minas Gerais. **Plano Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional**, 2023. Disponível em <https://www.mg.gov.br/pesquisaportalmg?termo_buscado=Plano+Municipal+de+Seguran%C3%A7a+Alimentar+e+Nutricional>. Acesso em: 01 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Agricultura e Pecuária. **Guia alimentar para a população brasileira**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em <Guia Alimentar para a População Brasileira_2014.pdf — Ministério da Agricultura e Pecuária>. Acesso: em 01 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Educação. **Programa Nacional de Alimentação Escolar**, s.d.. Disponível em <<https://www.gov.br/fnde/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/programas/pnae>>. Acesso em: 01 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Desmistificando dúvidas sobre alimentação e nutrição**, 2021. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/publicacoes-para-promocao-a-saude/desmistificando_duvidas_sobre_alimentacao_nutricao.pdf/view>. Acesso em: 01 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia para a elaboração de refeições saudáveis em eventos-MS MDSA**, 2016. Disponível em: <https://www.gov.br/servidor/pt-br/siass/centrais_conteudo/manuais/guia-para-a-elaboracao-de-refeicoes-saudaveis-em-eventos-ms-mds-brasil-1-edicao.pdf/view>. Acesso em: 8 maio. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guias alimentares**, s.d.. Disponível em <<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/promocao-da-saude/guias-alimentares/publicacoes>>. Acesso em: 01 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Mais de 70 milhões de pessoas no mundo possuem algum distúrbio alimentar**, 2022. Disponível em <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/setembro/mais-de-70-milhoes-de-pessoas-no-mundo-possuem-um-disturbio-alimentar>>. Acesso em: 01 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **“Quebre o Preconceito e Apoie as Famílias”: 02/6 – Dia Mundial de Ação contra os Transtornos Alimentares 2025**, 2025. Disponível em <<https://bvsmis.saude.gov.br/quebre-o-preconceito-e-apoie-as-familias-02-6-dia-mundial-de-acao-contra-os-transtornos-alimentares-2025/>>. Acesso em: 8 maio. 2025.

CABRERA, Catalina Camas. Estratégias de intervenção interdisciplinar no cuidado com o paciente com transtorno alimentar: o tratamento farmacológico. **Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, Brasil, v. 39, n. 3, p. 375–380, 2006. DOI: 10.11606/issn.2176-7262.v39i3p375-380. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/703..>> Acesso em: 6 abr. 2025.

CALICHMAN, Paula V. **O Programa Nacional de Alimentação Escolar - PNAE: reflexões acerca da alimentação na escola**. 2023. 24 p. Monografia (Graduação - Pedagogia) - Universidade de Brasília, Brasília.

CAMARGOS, Samara Pereira da Silva; LOPES, Renata Ferrarez Fernandes; BERNARDINO, Leonardo Gomes. Terapia Cognitivo-Comportamental Multicomponente para adolescentes com transtorno alimentar: um estudo de caso. **Rev. bras.ter. cogn.**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 2, p. 114-121, dez. 2020 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872020000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 10 maio 2025.

CÂNDIDO, A. P. C.; CARMO, C. C.; PEREIRA, P. M. de L. Transtornos Alimentares: Uma Revisão dos Aspectos Etiológicos e das Principais Complicações Clínicas. **HU Revista**, [S. l.], v. 40, n. 3 e 4, 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/2439>>. Acesso em: 21 abr. 2025.

CHAUÍ, Marilena. **Convite à filosofia**. 13 ed. São Paulo: Editora Ática, 2000. Unidade 7, Cap. 1, p. 9-26.

CONTACT. Direção: [Robert Zemeckis](#), 1997.

COSTA, Marcelle Barrueco e MELNIK, Tamara. Efetividade de intervenções psicossociais em transtornos alimentares: um panorama das revisões sistemáticas Cochrane. *Einstein (Sao Paulo)*, v. 14, n. 2, p. 235-277, abr. 2016. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082016RW3120>.

DUNKER, Karin Louise Lenz; ALVARENGA, Marle dos Santos; CLAUDINO, Angélica Medeiros. Prevenção de transtornos alimentares e obesidade: relato de experiência da implementação do programa New Moves. **Saúde em Debate**, [S. l.], v. 42, n. 116 jan-mar, p. 331–342, 2018. Disponível em: <<https://saudeemdebate.org.br/sed/article/view/821>>. Acesso em: 15 maio. 2025.

DUNKER, Karin Louise Lenz e PHILIPPI, Sonia Tucunduva. Hábitos e comportamentos alimentares de adolescentes com sintomas de anorexia nervosa. **Rev. nutr**, v. 16, n. 1, p. 51-60, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1415-52732003000100006>. Acesso em: 05 abr. 2025.

DUNKER, Karin Louise Lenz. Prevenção dos transtornos alimentares: uma revisão metodológica. **Nutrire: rev. Soc. Bras. Alim. Nutr.** = J. Brazilian Soc. Food Nutr., São Paulo, SP, v. 34, n. 2, p. 195-211, ago. 2009.

DUNKER, Karin Louise Lenz. **Programa de prevenção de comportamentos de risco para transtornos alimentares em adolescentes: estudo piloto**. 2006. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

FERREIRA, C. R.; KARKOW, D.; VASCONCELOS, K. A. DA F.; PINTO, L. M.; VIDAL, L. R.; SOUTO, M. G. M.; NAVARRO, F. Aspecto nutricional da anorexia nervosa. **RBONE - Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 1, n. 6, 15 jan. 2012.

FERREIRA et al. Modelo etiológico dos comportamentos de risco para os transtornos alimentares em adolescentes brasileiros do sexo feminino. **Cad. Saúde Pública** (on-line), Rio de Janeiro, 32(4):e00024115, abr, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/rD8tCkBtPkYDTy7mp6pBvpd/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 23 mar. 2025.

FERRO, E. L. B. S.; MENDES, M. G. M.; ALVES, K. de O.; PEREIRA, C. H. C.; SILVA, S. C.; PINA, M. G. M. Cantina escolar e sua influência no estado nutricional. **Brazilian Journal of Development**, [S. l.], v. 5, n. 10, p. 19723–19738, 2019. DOI: 10.34117/bjdv5n10-187. Disponível em: <<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/3841>>. Acesso em: 22 mar. 2025.

FONTELLA, R. M.; BARCELOS, A. L. V.; MACHADO D'ALMEIDA, K. S. Prevalência de comportamentos de risco para transtornos alimentares em atletas: Uma revisão sistemática. **RBNE - Revista Brasileira de Nutrição Esportiva**, v. 18, n. 108, p. 76-98, 22 fev. 2024.

FREITAS, Christian B. de; VELOSO Thiago C. Pereira; SILVA SEGUNDO, Lenoilson P. da; SOUSA, Filipe P. G. de; GALVÃO, Brenda S.; PAIXÃO, Phelipe A. R. Prevalência de insatisfação corporal entre adolescentes. *Research, Society and Development*, Vargem Grande Paulista-SP, v.9, n.4, mar. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.33448/rsd-v9i4.3018>>. Acesso em: 12 maio 2025.

FREITAS, Gabrielle Aparecida Alves de; SOUZA, Livia Carolina Brum de; OLIVEIRA, Juliana Alves de; NOGUEIRA, Júlia Holanda; GONÇALVES, Mateus Sousa. Abordagens diagnósticas e tratamento dos transtornos alimentares: uma revisão bibliográfica. **RECIMA21 - Revista Científica Multidisciplinar - ISSN 2675-6218**, [S. l.], v. 5, n. 6, p. e565319, 2024. DOI: [10.47820/recima21.v5i6.5319](https://doi.org/10.47820/recima21.v5i6.5319). Disponível em: <https://recima21.com.br/index.php/recima21/article/view/5319>. Acesso em: 11 maio 2025.

FREITAS, Letícia Bezerra de. Influência das mídias sociais em transtornos alimentares na adolescência, **Ciências da Saúde**, Volume 29 - Edição 140/NOV 2024 / 03/11/2024 Acesso em: 01 abr. 2025. REGISTRO DOI: 10.69849/revistaft/fa10202411032257.

GIORDANI, Rubia Carla Formighieri. A autoimagem corporal na anorexia nervosa: uma abordagem sociológica. **Psicologia & Sociedade**; 18 (2): 81-88; mai./ago. 2006 81 Universidade Federal do Paraná.

GOIS, Ísis. **A data de 02 de junho: Dia Mundial de Conscientização dos Transtornos Alimentares**, 2023. Disponível em <<https://www.crn3.org.br/noticia/02-de-junho-dia-mundial-de-conscientizacao-dos-transtornos-alimentares>>. Acesso: em 02 abr. 2025.

GUILHERME, Eduardo Alves; RATZKE, Roberto. Transtorno alimentar sem outra especificação (PICA): ingestão de sacolas plásticas como tentativa de emagrecer resultando em abdômen agudo. **Debates em Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 3, p. 32–35, 2015. DOI: 10.25118/2236-918X-5-3-5. Disponível em: <<https://revistardp.org.br/revista/article/view/912>>. Acesso em: 31 mar. 2025.

HABIB, Nina (@alilaveda). 2025. “A mente ansiosa sempre busca beliscar”. Instagram, 5 de maio de 2025. <https://www.instagram.com/p/DJRRg40gRcx/>

JACQUELYN, Ekern. **Transtornos da imagem do peso e do corpo: causas, sintomas e sinais**, 2012. Disponível: <<https://www.eatingdisorderhope.com/information/body-image#ib-toc-anchor-5>>. Acesso em: 28 nov. 2024.

KOZAK, L. F.; OLIVEIRA, L. L. F.; SILVEIRA, L. C. de S. Perspectiva atual do transtorno alimentar restritivo/evitativo em crianças. **Brazilian Journal of Health Review**, [S. l.], v. 7, n. 2, p. e68888, 2024. DOI: 10.34119/bjhrv7n2-363. Disponível em: <<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/68888>>. Acesso em: 25 mar. 2025.

LEAL, Greisse Viero da Silva et al. O que é comportamento de risco para transtornos alimentares em adolescentes?. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 62, n. 1, p. 62-75, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0047-20852013000100009>>. Acesso em: 01 abr. 2025.

LOBO, Gabriela (@nutrigabilobo). 2025. “Por que eu parei de usar o relógio para treinar?”. Instagram, 5 de maio de 2025. <https://www.instagram.com/p/DJSUtEkxi5V/>

LOURENÇO, Tainá. **Cresce em mais de 140% o número de procedimentos estéticos em jovens**, 2024 (on-line) Disponível em <<https://jornal.usp.br/?p=381431>> Acesso em: 01 abr. 2025.

MARRA, Alexandre R. **Saiba como calcular o seu IMC.**, 2023. Disponível em <<https://vidasaudavel.einstein.br/calcular-o-seu-imc/>> Acesso em: 01 abr. 2025.

MARTINS, M. C. T. et al. Ortorexia nervosa: reflexões sobre um novo conceito. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 24, n. 2, p. 345-357, mar./abr. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v24n2/a15v24n2.pdf>>. Aceso em: 18 mai. 2025.

NUNES, Arlene Leite; HOLANDA, Adriano. Compreendendo os transtornos alimentares pelos caminhos da Gestalt-terapia. **Rev. abordagem gestalt.**, Goiânia , v. 14, n. 2, p. 172-181, dez. 2008. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672008000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 01 fev. 2025.

OLIVEIRA, L. L.; HUTZ, C. S. Transtornos alimentares: o papel dos aspectos culturais no mundo contemporâneo. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 3, p. 575–582, 2010.

PEDRAZA, Dixis Figueroa; SOUZA, Maercio Mota de; e ROCHA, Ana Carolina Dantas. Fatores associados ao estado nutricional de crianças pré-escolares brasileiras assistidas em

creches públicas: uma revisão sistemática. **Rev. Nutr., Campinas**, 28(4):451-464, jul./ago., 2015.

PENAFORTE FRO, et al. Ortorexia nervosa em estudantes de nutrição: associações com o estado nutricional, satisfação corporal e período cursado J Bras Psiquiatr. 2018;67(1):18-24.

PEREIRA, Gilson R. de M. A arte de se ligar às coisas da cultura: Escola e lei de retorno do capital simbólico. **Educação & Sociedade**, ano XVIII, nº 60, dezembro de 1997.

RAMOS, V. P.; MENESES, C. O. R. de. Efeitos do consumo excessivo de açúcar sobre o desempenho cognitivo: uma revisão de literatura. **Brazilian Journal of Health Review**, [S. l.], v. 4, n. 6, p. 24931–24951, 2021. DOI: 10.34119/bjhrv4n6-106. Disponível em: <<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/39540>>. Acesso em: 23 mar. 2025.

RIBEIRO SABBAGH, Melissa Ionara; DE ALBUQUERQUE BARBOSA, Maria Cristina; CARNEIRO, Angélica Cotta Lobo Leite. Análise qualitativa das preparações do cardápio de um restaurante universitário. **Revista da Associação Brasileira de Nutrição - RASBRAN**, [S. l.], v. 12, n. 4, p. 213–223, 2021. DOI: 10.47320/rasbran.2021.2059. Disponível em: <https://www.rasbran.com.br/rasbran/article/view/2059>. Acesso em: 11 maio. 2025.

RIBERA, Jordi Planella. **Corpo, cultura e educação**. Marília: Oficina Universitária, 2017. (p. 286).

RITTENHOUSE, Margot. **O que é um transtorno alimentar: tipos, sintomas, riscos e causas**, 2021. Disponível em < <https://www.eatingdisorderhope.com/information/eating-disorder#ib-toc-anchor-0>> Acesso em: 28 nov. 2024.

RODRIGUES LOURENÇO, Bernardo; VIEIRA CURY INACIO, Bruno; PEDROSO PAIVA, Luis Felipe; FARIA GALVÃO OSORIO, Rodrigo. TRANSTORNOS ALIMENTARES NA INFÂNCIA. **Caminhos da Clínica**, [S. l.], n. 3, 2024. DOI: 10.47385/camclin.4539.3.2024. Disponível em: <https://revistas.unifoa.edu.br/caminhos/article/view/4539>. Acesso em: 25 maio. 2025.

RODRIGUES, T. R. A.; BORONI, A. B. de O.; CHAGAS, A. de S.; PIO, A. A.; FIGUEIREDO, S. O.; MOREIRA, F. I.; SANTOS, M. M. de O.; PEREIRA, P. A. P. Comportamento alimentar de criança com transtorno alimentar restritivo evitativo (TARE): um estudo de caso. **OBSERVATÓRIO DE LA ECONOMÍA LATINOAMERICANA**, [S. l.], v. 23, n. 3, p. e9236, 2025. DOI: 10.55905/oelv23n3-043. Disponível em:

<https://ojs.observatoriolatinoamericano.com/ojs/index.php/olel/article/view/9236>. Acesso em: 25 maio. 2025.

ROSSI, Alessandra; MACHADO MOREIRA, Emília Addison; SOARES RAUEN, Michelle. Determinantes do comportamento alimentar: uma revisão com enfoque na família. **Revista de Nutrição**, [S. l.], v. 21, n. 6, 2023. Disponível em: <<https://puccampinas.emnuvens.com.br/nutricao/article/view/9627>>. Acesso em: 8 abr. 2025.

SANTOS ALVARENGA, Marle dos; BAEZA SCAGLIUSI, Fernanda. Tratamento nutricional da bulimia nervosa. **Revista de Nutrição**, [S. l.], v. 23, n. 5, 2010. Disponível em: <<https://periodicos.puc-campinas.edu.br/nutricao/article/view/9430>>. Acesso em: 03 abr. 2025.

SANTOS, Erika Cristina Cordeiro dos; OLIVEIRA, Andréa do Carmo Bruel de; SCOMPARIN, Dionizia Xavier. Percepção de transtornos alimentares entre adolescentes em uma escola pública do município de Ponta Grossa - PR: uma contribuição para o ensino de ciências e biologia. **Revista de Ensino de Biologia da SBEnBio**, [S. l.], v. 16, n. 1, p. 142–162, 2023. DOI: 10.46667/renbio.v16i1.863. Disponível em: <https://renbio.org.br/index.php/sbenbio/article/view/863>. Acesso em: 12 maio 2025.

SAURA, Soraia Chung. O imaginário do lazer e do lúdico anunciado em práticas espontâneas do corpo brincante. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 163-175, jan./mar. 2014.

SOUZA-KANESHIMA et al. Ocorrência de anorexia nervosa e distúrbio de imagem corporal em estudantes do ensino médio de uma escola da rede pública da cidade de Maringá, Estado do Paraná. *Acta Scientiarum. Health Sciences*. Maringá, v. 28, n. 2, p. 119-127, 2006.

SOUZA-KANESHIMA et al. Identificação de distúrbios da imagem corporal e comportamentos favoráveis ao desenvolvimento da bulimia nervosa em adolescentes de uma Escola Pública do Ensino Médio de Maringá, Estado do Paraná. *Acta Scientiarum. Health Sciences*. Maringá, v. 30, n. 2, p. 167-173, 2008.

TOSATTI, A. M.; PERES, L.; PREISSLER, H. Imagem corporal e as influências para os transtornos alimentares nas adolescentes jovens. **RBONE - Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 1, n. 4, julho de 2007.

VIEIRA, Marlucy Lindsey; ALBERTO, Rodrigo Lancelote. **Você sabe o que é picacismo? Entenda!**, 2024. Disponível em <<https://www.cejam.org.br/noticias/voce-sabe-o-que-e-picacismo-entenda>> Acesso em: 02 mar. 2024.

WERNECK, Gabriella de Paula; OLIVEIRA, Diana Ramos de. Autoestima e estereótipos do comer emocional. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande , v. 13, n. 3, p. 117-130, set. 2021. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2021000300010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 abr. 2025. <<https://doi.org/10.20435/pssa.v13i3.1157>>

ZORDÃO et al. Associação da imagem corporal e transtornos alimentares em adolescentes de Minas Gerais (Brasil). **Nutr. clín. diet. hosp.** 35(2): 48-56, 2015.