

1ª EDIÇÃO - JULHO 2023

REVISTA CICLOS

EDIÇÃO LIMITADA
REVISTA IMPRESSA



PATRICIA ACIOLY E
CAROL BANDEIRA

DE PROFESSORAS À EMPRESÁRIAS

CONECTANDO O MUNDO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE



www.institutociclosensino.com.br



03

EDITORA CHEFE

05

**HISTÓRIA
INSTITUTO CICLOS**

07

**DE PROFESSORAS
À EMPRESÁRIAS**

11

**AYURVEDA PARA O
OUTONO**

15

**TRANSIÇÃO DE
CARREIRA**

21

ARTIGO CIENTÍFICO
TRANSTORNOS ALIMENTARES NA
INFÂNCIA: ANOREXIA E BULIMIA
NERVOSA

37

EMPRESAS



CONTEÚDO

EDITOR CHEFE



Olá!

Prezado leitor,

Sou Carol Bandeira, Diretora de Cursos do Instituto Ciclos e Editora Chefe da Revista.

Este mês de julho de 2023 estamos completando 5 anos de história! Um marco muito importante para a Instituição, e queremos comemorar com todos que estiveram conectados conosco de alguma forma. São 5 anos de muito compartilhamento, conexão e realização de sonhos.

Esta revista nasceu do desejo de podermos trazer artigos científicos, relatos de experiências, vivências clínicas, bem como dividir um espaço para divulgação de empresas que contribuam com a atuação em saúde.

Todo mês teremos a edição digital, mas também em alguns momentos a edição limitada física. Ela será mais um dos nossos canais de compartilhamento, por onde temos a possibilidade de entregar conteúdo de qualidade, de forma acessível e gratuita.

Caroline Bandeira

DIRETORA DA REVISTA



institutociclosensino.com.br



institutociclosocial



instituto ciclos ensino



Editora Chefe : Carol Bandeira
Editora de arte : Carol Bandeira
Produção e conteúdo: Equipe Instituto Ciclos

Diretora Geral : Patricia Acioly
Diretora de Cursos: Carol Bandeira

CEOs do Instituto Ciclos



HISTÓRIA

INSTITUTO CICLOS

A vida é feita de ciclos. Todos com começo, meio e fim. Quando um capítulo acaba, logo vem outro. E outro. E mais outro. Alguns prometem lágrimas, outros, suspiros de felicidade.



Mas sempre tem uma nova cena, uma nova fase e uma nova surpresa. Foi exatamente em uma nova fase que nasceu o Instituto Ciclos. Para que Ciclos novos sejam formados levando conhecimento e oportunidade para profissionais da área da saúde.

Fundado por duas nutricionistas e docentes, que em 2018 uniram forças para criar a 1ª instituição de pós-graduação 100% EAD no Brasil, ele possui o objetivo de transformar o atendimento em saúde e proporcionar uma experiência inovadora que une teoria e prática clínica.

Carol Bandeira e Patrícia Acioly hoje contam com um time de docentes espalhados pelo Brasil e o mundo, possibilitando um conhecimento diverso e amplo a nível mundial. Assim seguem caminhando alinhadas ao propósito de transformar vidas e somar experiências na carreira de muitos profissionais. Com amor, qualidade, inovação e transformação de ciclos junto ao mercado.

DE PROFESSORAS A EMPRESÁRIAS

CONECTANDO O MUNDO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Imagine uma história de determinação e paixão pela educação em saúde, onde duas Professoras e Nutricionistas se unem para criar um negócio que ultrapassa barreiras geográficas.

Bem-vindo ao Instituto Ciclos Ensino, onde as trajetórias de Patrícia Lovatel Acioly e Carol Bandeira se entrelaçam em busca de transformar vidas por meio do conhecimento.

Com base em nossas experiências, reconhecemos a importância de oferecer um ensino de qualidade, capaz de capacitar os profissionais da área a irem além e alcancarem seus objetivos.

Minha jornada começou em 2000, quando dei meus primeiros passos como professora. Ao longo dos anos, desempenhei diversos papéis, como supervisora, coordenadora e diretora em todos os níveis de educação, sempre buscando oferecer uma educação de qualidade que fizesse a diferença na vida dos alunos.



Acredito firmemente no poder do conhecimento para impulsionar carreiras e promover mudanças positivas na área da saúde, transformando a vida de nossos alunos.

Já a história da Carol é igualmente inspiradora. Com três filhos e uma paixão pela nutrição clínica, ela iniciou sua carreira nesse campo. No entanto, seu amor pela docência falou mais alto, e em 2007, ela ingressou na área educacional. Foi nesse momento que tive a oportunidade de contratá-la como professora no ensino técnico.

A parceria entre nós duas se fortaleceu ao longo dos anos, à medida que compartilhávamos nossa expertise e visão sobre educação em saúde. Juntas, encontramos uma maneira de combinar nossos conhecimentos e experiências complementares para criar algo único: o Instituto Ciclos Ensino.

Em 2018, fundamos a primeira instituição de pós-graduação em saúde do Brasil, oferecendo programas de alta qualidade para profissionais em busca de crescimento e aprimoramento em suas áreas de atuação. No Instituto Ciclos Ensino, reunimos profissionais experientes e comprometidos para oferecer programas de pós-graduação em diversas áreas da saúde. Nosso objetivo é capacitar os profissionais de saúde a se destacarem em suas carreiras e impulsionar o setor como um todo.

Desde então, nossa jornada tem sido marcada por crescimento e conquistas.

Em apenas cinco anos, expandimos nossa equipe de doze professoras e um curso de pós-graduação para um time de 300 docentes altamente qualificados e apaixonados por ensinar, oferecendo 15 cursos de pós-graduação. Cada membro da equipe desempenha um papel fundamental na criação de uma experiência educacional excepcional para nossos alunos.

Enquanto isso, a equipe do Instituto Ciclos Ensino cresceu para além dos professores, contando atualmente com 20 colaboradores diretos e indiretos.

Esses profissionais desempenham papéis essenciais em áreas como administração, suporte técnico, marketing e atendimento ao aluno.

“

De professoras a empreendedoras, nossa jornada é um testemunho de como a paixão, a determinação e a colaboração podem criar conexões poderosas.

Juntos, trabalhamos em harmonia para oferecer um ambiente de aprendizado enriquecedor e um suporte eficiente aos nossos alunos. Além disso, temos o orgulho de compartilhar que já formamos mais de 1000 alunos em nossos diferentes cursos de pós-graduação.

Ver o sucesso e o impacto que esses profissionais estão alcançando em suas carreiras nos motiva a continuar aprimorando nosso trabalho e expandindo nossas conexões.

Nossa história não se limita apenas ao Brasil. Com o uso da tecnologia e da educação online, conseguimos levar nosso conhecimento e experiência para além das fronteiras, conectando-nos com estudantes em diferentes países. Hoje temos alunos na Austrália, Argentina, Estados Unidos, Inglaterra, Portugal, entre outros. Essa expansão global nos permite trocar ideias, compartilhar perspectivas e enriquecer a educação em saúde em escala internacional.

De professoras a empresárias, nossa jornada é um testemunho de como a paixão, a determinação e a colaboração podem criar conexões poderosas.

Convidamos você a fazer parte dessa história, juntando-se a nós no Instituto Ciclos Ensino.



Se você é um profissional de saúde em busca de crescimento e impacto, venha se conectar conosco e descobrir as oportunidades que aguardam no mundo da educação em saúde.

Juntos, podemos construir um futuro mais saudável e promissor,

expandindo fronteiras e criando conexões significativas que transcendem o ensino e transformam vidas.

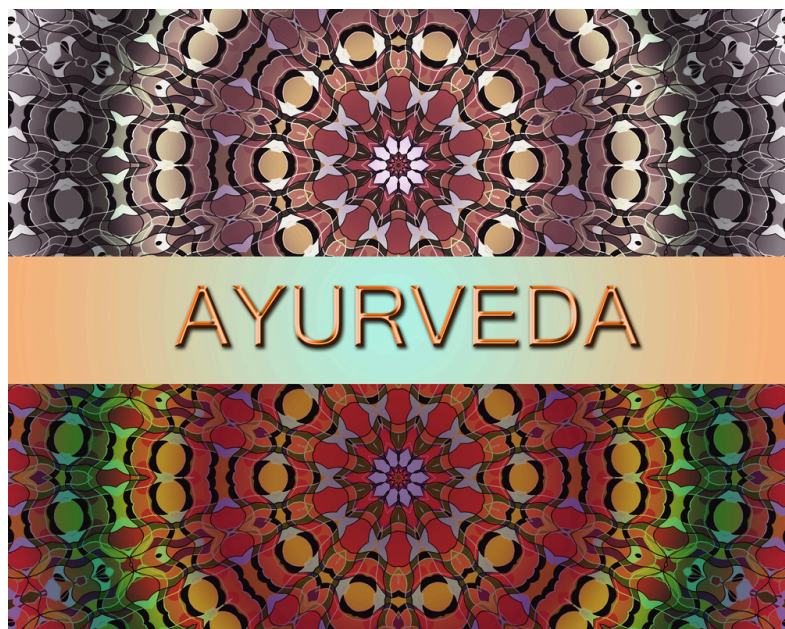
PATRICIA ACIOLY

Diretora Geral do Instituto Ciclos

O céu é o limite quando acreditamos em nós mesmas e no poder do conhecimento para iluminar o caminho rumo a um futuro brilhante e repleto de realizações.



AYURVEDA PARA O OUTONO



O Ayurveda é o sistema de medicina tradicional da Índia que une filosofia, ciência e espiritualidade.

É a arte do viver saudável que envolve todas as fases da vida, corpo, mente e espírito. Como toda ciência, apresenta aspectos práticos e teóricos. Literalmente, a palavra Ayurveda tem dois significados:



AYUR = VIDA, VEDA = SABEDORIA. De acordo com o Ayurveda, a saúde é o estado de equilíbrio dos três princípios fundamentais que regem o organismo - ou princípios bio-psico-físicos - chamados de DOSHAS. São eles: VATA (ar e éter), PITTA (fogo e água) e KAPHA (terra e água).

O corpo, a mente e o espírito estão constantemente interagindo e se relacionando com os demais indivíduos e com o ambiente ao redor. Para promover a saúde, o Ayurveda leva em consideração todas estas interligações. Os doshas são substâncias altamente reativas, ou seja, são perturbados o tempo todo, seja por uma rotina irregular, uma situação de stress, vírus, bactérias e até as mudanças climáticas.

Estas últimas, estão descritas em um capítulo inteiro dentro do Ayurveda, devido a sua importância – chamado RITUCHARYA, pode ser traduzido como “rotina sazonal” para a promoção da saúde.

A troca de estação do ano não é só uma mudança no calendário. O Ayurveda entende que o clima influi diretamente no nosso organismo e pode determinar desequilíbrios em nossa saúde. Felizmente, no capítulo Ritucharya estão descritas várias condutas para evitar que esses desequilíbrios aconteçam e assim se promova a saúde em todas as estações do ano.

Partimos do princípio que devemos estar sempre atentos aos sinais que o organismo dá. Dependendo da constituição de cada indivíduo, ou seja, do predomínio do dosha vata, pitta ou kapha no organismo, ele será afetado de forma diferente pelas condições climáticas. Quem nunca notou que um dia nublado, frio e úmido nos afeta de modo diferente do que um dia ensolarado, quente e seco?

O indivíduo com predominância do dosha kapha, por exemplo, sofrerá mais com o frio e com a umidade. O indivíduo mais pitta, sofrerá mais com o clima demasiadamente quente, e o indivíduo predominantemente Vata, com as estações mais secas e com vento. Durante o Outono, o dosha que pede mais atenção é vata. Por ser constituído dos elementos Ar e Éter, os atributos de vata são: seco, frio, leve, produz dureza e aspereza, é transparente e sutil.

No outono, os ventos, a queda de temperatura (comparado com a estação do ano que ficou para trás, o verão) e a secura do ar, tratam de agravar o dosha vata em todos os indivíduos.

A pele e os cabelos podem ficar mais secos, a digestão fica irregular, há tendência à obstipação intestinal, com aumento da sede. Não raro, a secura das mucosas nasais e das vias respiratórias superiores desencadeiam processos alérgicos e os típicos resfriados e gripes.

A fim de buscar o equilíbrio de vata no Outono, o Ritucharya orienta:

1. Alimentação para pacificar vata: favorecer alimentos de sabor doce, azedo e salgado. Os alimentos devem ser servidos bem cozidos e quentes. Uma sopa de vegetais é uma ótima pedida! As especiarias também são muito bem vindas, pois são aquecedoras e favorecem o agni, o fogo digestivo. Exemplos: gengibre, cardamomo, noz-moscada, canela, cominho, coentro, cravinho e alho. Erva-doce, sal marinho, também são bons.

Frutas: abacate, manga, mamão, uvas, azeitonas, coco, figos, melões.

Legumes: batata doce, ervilha, beterraba, cenoura, berinjela, abóbora, pimentão, alcachofras, feijão verde, inhame. Procure não consumir alimentos crus, como saladas, principalmente à noite. Azeite de oliva é bom. Ghee, a manteiga clarificada, é ótimo e deve ser consumido junto com os alimentos.

Todas as nozes são boas.

Consuma líquidos quentes como leite morno (de vaca ou vegetal) com especiarias ou chás com especiarias e gengibre. Um bom chá para pacificar Vata dosha pode ser feito com partes iguais de semente de cominho, coentro e erva-doce.

2. Atividades: correr muito, andar de bicicleta, exercício em demasia, trabalhar demais irão agravar o dosha vata.

Apressar-se para chegar na hora, longas horas de estudo, ficar até tarde da noite acordado, muita música alta ou barulho, expor-se ao vento frio sem proteger a cabeça, mãos e pés gelados... tudo isso deve ser evitado! Falar em excesso, gritar, chorar e rir demais, também irão agravar vata! A fim de minimizar todos estes efeitos, deve-se manter uma rotina regular com horários fixos para acordar, dormir e fazer as refeições. Procurar por atividades mais tranquilas, buscar o equilíbrio mental através da prática de meditação, yoga e pranayama, leituras e atividades edificantes, música agradável, tai chi chuan também podem ser uma boa pedida.

e pranayama, leituras e atividades edificantes, música agradável, tai chi chuan também podem ser uma boa pedida.

3. A auto- massagem com óleo de gergelim (amornado em banho maria) é maravilhosa para pacificar Vata dosha, com especial atenção para esfregar óleo nas solas dos pés e no couro cabeludo. O ideal é fazer isso antes de deitar: ajuda a relaxar e promove um sono profundo.

As cores que ajudam a pacificar vata são: vermelho, laranja e amarelo. Branco também é adequado. Tomar uma xícara de leite morno

Antes de dormir é muito bom durante o outono e inverno, juntamente com cúrcuma, cardamomo, gengibre em pó e noz-moscada. O ideal é estar na cama por volta das 22hs.

O que faz o Ayurveda tão diferente da medicina ocidental é que não é uma forma passiva de medicina – ela requer que o indivíduo tenha responsabilidade pelo seu próprio cuidado, dia-a-dia, através da auto-observação e de escolhas baseadas no discernimento.

Escolher a alimentação, ter disciplina para manter a rotina, buscar equanimidade das emoções e relações entre todas as inúmeras possibilidades da vida.

Atitudes simples no dia a dia o levarão no caminho para prevenção, autocura e crescimento em direção à plenitude.

DRA. SILVIA GIOIELLI

Médica pediatra com especialização em Ayurveda no Brasil e na Índia





TRANSIÇÃO DE CARREIRA

FLÁVIA SCHAIDHAUER

Encontrando Propósito e Realização
na Amamentação Científica

No início de sua jornada profissional, aos 18 anos, a protagonista desse relato decidiu seguir o caminho da medicina. Com o passar dos anos, tornou-se mãe aos 28 e 32 anos, conciliando a maternidade com seu trabalho na área de pediatria e neonatologia. Durante duas décadas, dedicou-se a essa área, adquirindo conhecimento e experiência na assistência a crianças e recém-nascidos.

Em 2018, ao abrir seu consultório privado, a profissional percebeu uma necessidade de se capacitar na área de amamentação. Decidiu, então, buscar cursos de capacitação que pudessem aprimorar seus conhecimentos nesse campo.

O primeiro passo foi realizar o curso ministrado por Bianca Balassiano, uma consultora renomada que despertou o desejo de estudar cada vez mais.

Motivada pela busca constante por conhecimento, a profissional decidiu dar um passo além e ingressou em uma pós-graduação em aleitamento, ministrada pelo renomado Prof. Marcus Renato de Carvalho, com mais de 20 anos de atuação na área. Essa experiência foi enriquecedora, pois permitiu o aprofundamento em pesquisas científicas



e a troca de conhecimento com outros profissionais interessados no tema.

Ao mergulhar na literatura científica e nos artigos da área, a protagonista percebeu uma oportunidade única de unir suas paixões: estudar e ensinar com propósito. Foi então que decidiu fazer a prova de certificação internacional do IBLCE, tornando-se uma consultora em lactação com certificação reconhecida internacionalmente. Essa escolha foi impulsionada pela ausência de regulamentação da profissão no Brasil, evidenciando a importância de buscar credenciais que validassem sua expertise.

Após a certificação, a profissional finalizou sua pós-graduação e mestrado, adquirindo ainda mais conhecimento e embasamento teórico. Sua jornada acadêmica culminou na coordenação da turma de Florianópolis da pós-graduação em Aleitamento, sob a tutela do Dr. Marcus Renato de Carvalho. Essa oportunidade de coordenar um curso foi um grande aprendizado, proporcionando não apenas o compartilhamento de conhecimento, mas também a habilidade de inspirar e influenciar futuros profissionais da área.

No entanto, foi com a fundação da Amamentação Científica que a protagonista encontrou seu verdadeiro propósito. Seu objetivo principal era levar o conhecimento científico da academia para profissionais que muitas vezes não possuíam tempo ou acesso a pesquisas atualizadas. A missão era proporcionar a esses profissionais a oportunidade de se atualizarem e, conseqüentemente, levar para as famílias um manejo clínico da amamentação baseado em evidências científicas.

Essa transição de carreira, embora não seja financeiramente atrativa como a prática clínica, trouxe uma sensação de felicidade e realização para a profissional. Por muito tempo, ela se sentiu sobrecarregada pela maternidade, lutando para encontrar propósito e perspectiva além do trabalho necessário para pagar as contas. No entanto, com a transição, ela reencontrou seus sonhos de ser docente e pesquisadora, construindo algo que pode impactar positivamente a vida de famílias e profissionais.

É importante ressaltar que a felicidade e a realização pessoal muitas vezes vão além do aspecto financeiro. Quando encontramos um propósito significativo em nossa carreira e nos dedicamos a algo que amamos, isso pode trazer uma satisfação e um sentimento de realização muito mais profundos do que simplesmente buscar sucesso material.

Além disso, o apoio da família tem sido um fator fundamental nessa jornada de transição. As filhas da protagonista se tornaram suas maiores apoiadoras, orgulhosas de vê-la construindo algo que pode mudar a vida de pessoas e famílias.

Em suma, a história de transição de carreira da protagonista é um exemplo inspirador de como seguir paixões e encontrar um propósito transformador pode trazer felicidade e realização pessoal. Mesmo enfrentando desafios financeiros, ela encontrou a satisfação em contribuir para a área da amamentação, levando conhecimento atualizado para profissionais e famílias. Sua história é um lembrete de que, muitas vezes, o caminho menos óbvio pode ser o mais recompensador.

Minha transição de carreira foi uma jornada desafiadora, mas repleta de significado e satisfação pessoal. Quero compartilhar com você o passo a passo que segui para alcançar uma transição bem-sucedida:

1. Autoavaliação e reflexão:

- Fiz uma análise honesta sobre minha carreira atual, buscando identificar o que realmente me motivava e trazia satisfação.
- Refleti sobre meus interesses, paixões e habilidades que poderiam ser explorados em uma nova área.
- Também levei em consideração o impacto da transição em minha vida pessoal e financeira.

2. Pesquisa e conhecimento:

- Dediquei um tempo significativo para pesquisar a área de interesse que desejava seguir.
- Identifiquei as competências e conhecimentos necessários nessa nova área.
- Busquei informações sobre cursos, certificações ou formações que poderiam agregar valor à minha transição de carreira.

3. Aquisição de habilidades e conhecimentos:

- Realizei cursos, workshops e programas educacionais para preencher as lacunas em minhas habilidades e conhecimentos.
- Busquei mentores ou profissionais experientes na área para orientação e conselhos valiosos.
- Também aproveitei a oportunidade de realizar estágios ou trabalhos voluntários para adquirir experiência prática.

4. Construção de uma rede de contatos:

- Participei ativamente de eventos, conferências e workshops relacionados à minha área de interesse.
- Conectei-me com profissionais da área por meio de redes sociais e grupos online.
- Busquei mentores ou pessoas que já haviam feito uma transição semelhante, aproveitando a sabedoria e experiências compartilhadas.

5. Elaboração de um plano de transição:

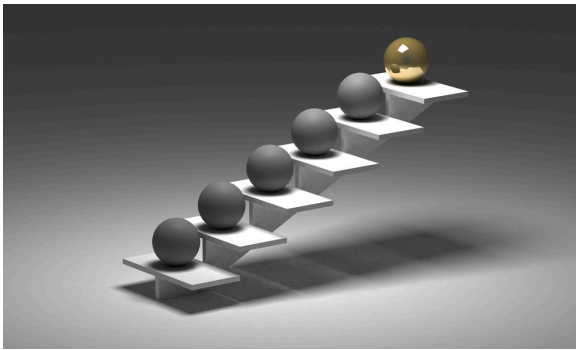
- Defini metas claras e realistas para minha transição de carreira.
- Criei um plano estratégico, estabelecendo prazos e ações específicas para alcançar meus objetivos.
- Optei por uma transição gradual, mantendo meu trabalho atual enquanto me preparava para a nova carreira.

6. Construção de experiência prática:

- Busquei oportunidades para aplicar meus conhecimentos e habilidades na nova área.
- Engajei-me em projetos, freelancers ou trabalhos voluntários que me permitissem adquirir experiência prática.
- Construí um portfólio ou currículo que destacava minhas habilidades e realizações na nova área.

7. Networking e busca de oportunidades:

- Mantive-me ativa em minha rede de contatos, participando de eventos e conferências relacionados à minha nova área.
- Mantive-me atualizada sobre vagas, projetos ou parcerias que pudessem surgir.
- Também criei um site, blog ou perfil profissional online para promover minha expertise na nova área.



DRA. FLÁVIA SCHAIDHAUER

PEDIATRA, DOCENTE, PESQUISADORA E EMPREENDEDORA



8. Adaptação e perseverança:

- Persevere em meu objetivo, lembrando-me constantemente do propósito maior que me motivava a realizar essa transição.

Conclusão:

Minha transição de carreira foi um processo desafiador, mas gratificante. Seguindo esses passos, você também pode encontrar propósito e realização na sua jornada profissional. Lembre-se de que a transição requer tempo, esforço e determinação, mas pode resultar em uma carreira significativa e satisfatória. Não tenha medo de buscar sua paixão e transformá-la em uma carreira realizadora.



TRANSTORNOS ALIMENTARES NA INFÂNCIA: ANOREXIA E BULIMIA NERVOSA

- (1) Caroline Bandeira
- (2) Juliana da Silveira Gonçalves

RESUMO

O trabalho buscou discutir os transtornos alimentares em quanto às suas características e fatores de risco. A pesquisa de artigos foi realizada nas bases de dados PubMed e SciELO pela combinação dos termos 'crianças', 'comportamento alimentar', 'transtorno alimentar', 'bulimia' e 'anorexia', nos idiomas português e inglês. Foram considerados os artigos publicados entre 2008 e 2022, sendo selecionados 49 que analisaram o desenvolvimento do comportamento alimentar e de seus transtornos, a anorexia e a bulimia nervosa e os transtornos alimentares não especificados. Os transtornos alimentares, em especial os não especificados, mostraram-se comuns na infância. Sua presença foi atribuída principalmente ao ambiente familiar e à exposição aos meios de comunicação. As comorbidades psicológicas muitas vezes acompanhavam o diagnóstico do transtorno. Dentre os fatores de risco para os TA, o momento das refeições mostra-se fundamental na determinação do comportamento alimentar e no desenvolvimento de seus transtornos.

ABSTRACT

The following work To discuss eating disorders in children regarding their characteristics and risk factors. Articles were searched in the PubMed and ScieLO databases, combining the terms 'children', 'eating behavior', 'eating disorder', 'bulimia', and anorexia', both in Portuguese and in English. Studies published between 2008 and 2018 were retrieved and 49 articles that assessed eating behavior and disorders, nervous anorexia and bulimia, and non-specific eating disorders were selected.

(1)Doutora, Docente do Curso de Pós-graduação em Nutrição Materno Infantil e Coordenadora do Curso do Instituto Ciclos, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. dracarolbandeira@gmail.com

(2)Doutora, Docente do Curso de Pós-Graduação em Nutrição Materno Infantil do Instituto Ciclos, Florianópolis, Santa Catarina, Coordenadora do Curso de Nutrição da Estácio, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, jusg.nutri@gmail.com

Eating disorders, especially non-specific ones, The presence of such disorders was attributed mainly to family environment and exposure to the media. Eating disorders were frequently followed by psychological comorbidities. Among the risk factors for TA, the moment of the meal is fundamental in the eating behavior and in the development of its disorders.

DESCRITORES: comportamento alimentar; hábitos alimentares; anorexia; bulimia; criança

KEYWORDS: feeding behavior; food habits; anorexia; bulimia; child

INTRODUÇÃO

Antes de ser essencial para a sobrevivência, a alimentação é, também, um meio de interação da criança com o mundo, ou seja, o relacionamento que a criança tem desde os primeiros dias com a comida e com a mãe é que estabeleceu sua conduta alimentar. A relação emocional, que tem início no aleitamento materno e, depois, ao receber o alimento dos adultos, em uma perpetuação da relação de bem-estar advinda do ato de ser alimentado e cuidado, é que define o relacionamento da criança com o alimento mais tarde. As crianças apresentam, caracteristicamente, o que costuma ser chamado de neofobia, isto é, a relutância em consumir novos alimentos na primeira oferta (1).

Os transtornos alimentares (TA) são transtornos psiquiátricos que afetam, na sua maioria, adolescentes e adultos jovens do sexo feminino, e podem levar a grandes prejuízos biológicos e psicológicos e ao aumento de morbidade e mortalidade (2). Os distúrbios do apetite são comuns em pediatria e, muitas vezes, fazem parte de etapas normais do desenvolvimento da criança, que quer mostrar sua independência (1).

Consideramos TA na infância quando o quadro se inicia antes dos 14 anos de idade. Segundo alguns autores, a menor idade encontrada até agora foi 7 anos, mas o pico de incidência se dá logo antes dos 13 (3).

A Organização Mundial da Saúde(4) define pequena infância como a idade compreendida do recém nascido aos 10 anos de idade, já adolescência como o período compreendido entre 10 e 19 anos de idade, abrangendo a pré-adolescência, o período entre 10 e 14 anos e adolescência propriamente dita, dos 15 aos 19 anos (5).

A incidência e a prevalência dos distúrbios do comportamento alimentar, que correspondem, basicamente, à anorexia e à bulimia nervosa, tornam-se cada vez mais frequentes nos últimos anos e têm sido objeto de inúmeras pesquisas científicas e alvo de atenção da comunidade médica e da população em geral. É importante que o pediatra se familiarize com esse distúrbio para a detecção precoce e a terapêutica adequada das perturbações do comportamento alimentar (1).

As duas síndromes são caracterizadas pelo comportamento alimentar bizarro. A principal característica da anorexia nervosa é a recusa alimentar, distinguindo-se da bulimia, em que há perda de controle a alimentação, compensada pela indução do vômito e por práticas laxativas. Embora a anorexia e a bulimia nervosa apresentem manifestações e evoluções distintas, os dois quadros são marcados por dupla obsessão: o corpo e a comida (1).

Desse modo, o presente estudo procurou discutir as características e os fatores de risco associados aos TA na infância.

METODOLOGIA

A busca pelos artigos foi realizada nas bases de dados PubMed e SciELO, combinando-se os termos 'infância', 'comportamento alimentar', 'transtorno alimentar', 'bulimia' e 'anorexia', nos idiomas português e inglês. Foram considerados os artigos publicados entre 2008 e 2022, sendo selecionados 49 estudos que analisaram

o desenvolvimento do comportamento alimentar e de seus transtornos, a anorexia nervosa (AN), a bulimia nervosa (BN) e os TA não especificados.

RESULTADO E DISCUSSÃO

Anorexia nervosa (AN), em geral, ocorre nos primeiros anos da puberdade e sem motivos aparentes (1). É o distúrbio mais frequente, quase sempre na forma restritiva (3).

A AN caracteriza-se por grande perda de peso em consequência de dieta restritiva na busca incessante pela magreza; outros aspectos centrais na psicopatologia são os distúrbios de imagem corporal e a ausência dos ciclos menstruais (2).

O termo alemão *pubestaestmagersucht*, cujo significado é busca pela magreza em adolescentes, é o mais adequado psicopatologicamente, já que o termo anorexia significa perda de apetite, o que não ocorre no quadro clínico dos pacientes (2).

Já o termo bulimia nervosa (BN) surgiu dos termos gregos *bous* (boi) ou *bou* (grande quantidade) e *limeos* (fome), ou seja, uma fome intensa, suficiente para devorar um boi. Hipócrates o utilizava para descrever uma fome patológica (2).

A BN ocorre em adolescentes mais velhos que também mostram preocupação constante com a comida e episódios frequentes de hiperfagia, seguido de um forte sentimento de culpa. Há obsessão com o corpo, períodos de restrição alimentar, uso de medicamentos para emagrecer e tendência a práticas purgativas (exercícios físicos exagerados, provocação de vômitos, uso de laxativos e diuréticos), podendo ser sucedida pela anorexia (1).

Por muito tempo, os distúrbios da ingestão alimentar foram considerados típicos de mulheres de classe sociais abastadas, mas, atualmente, tem-se observado que eles ocorrem em todas as camadas sociais e que têm se tornado comuns, tanto em centros rurais quanto em áreas urbanas, com evidência em certas profissões, nas quais a aparência física é extremamente valorizada, como atletas, bailarinos, ginastas e modelos. A ocorrência em homens é cerca de 10 a 20 vezes menor que a verificada em mulheres (1).

Transtornos Alimentares

Nos transtornos alimentares (TA), o consumo alimentar, a estrutura e as atitudes alimentares estão seriamente comprometidos. Do ponto de vista alimentar, os TA são caracterizados por dietas restritivas severas, ingestão alimentar irregular, aversões alimentares, compulsões e comportamento de purgação. Algumas atitudes alimentares disfuncionais são: ter pensamentos obsessivos com alimentos e calorias, ter raiva de sentir fome, ser incompetente para selecionar o que comer, procurar os alimentos para compensar problemas psicológicos, comer até sentir dor, apresentar crenças e mitos radicais sobre alimentação e peso, entre outros (6).

O consumo e a estrutura alimentar inadequados têm uma relação direta com as atitudes alimentares disfuncionais próprias dos TA. Os indivíduos estabelecem um padrão irregular e não saudável, com consumo inadequado de energia e nutrientes porque possuem uma relação complicada com o alimento, crenças extremas ou radicais sobre nutrição, sentimentos confusos sobre o ato de se alimentar e sobre os alimentos (raiva, desejo, culpa, negação) e, ainda pensamentos obsessivos com a alimentação e seus possíveis efeitos no peso e no corpo e com o significado de comer) (2).

As desordens alimentares mais ocorridas nesse período incluem, anorexia e bulimia nervosa (as mais comuns), seletividade alimentar, disfagia funcional, pica e obesidade. Todas afetam a saúde, o crescimento e a fertilidade na idade adulta (3).

Grande parte dos transtornos alimentares, entretanto, são os chamados transtornos alimentares não especificados (TANE). Estes incluem os quadros parciais de AN e BN. Em relação aos quadros parciais, podemos encontrar casos sugestivos de algum dos dois transtornos, mas que não apresentam todos os critérios diagnósticos (2).

Alguns estudos mostram que frequentemente as crianças deprimidas têm dificuldades para adquirir o peso esperado para idade. Em geral são aquelas que se tornam “o menor ou mais magro da turma”. Algumas, porém, podem ter aumentado do apetite e passam a ter peso excessivo para sua idade e estatura (7).

Nos casos de depressão, as situações de “não quer comer nada” ou de “devorar tudo o que vê pela frente” ocorrem em consequência de alterações genuínas de apetite, e aparecem como uma das manifestações clínicas em crianças que mais atraem atenção, sendo também a que mais preocupa os familiares (7).

A conduta nutricional adotada para prevenção e tratamento nesses casos baseia-se nos princípios da preservação do apetite, visto que as atitudes e reações mais comuns diante da inapetência são desespero, uso da força, insistência e imposição do alimentos, fatores que agravam ainda mais a recusa alimentar (1).

Em resumo, os distúrbios alimentares em crianças são caracterizados por um comportamento alimentar problemático, associado a um ou mais dos seguintes fatores: problemas psicológicos ou de desenvolvimento específicos; efeitos negativos no crescimento, maturação ou saúde física; efeitos negativos no desenvolvimento geral ou no funcionamento da família; isolamento social (3).

Devemos ainda considerar normal que a criança diminua seu consumo de alimentos no período de 1 a 5 anos de idade, época em que a redução do apetite é consequência de uma desaceleração no crescimento, e quando as atenções estão mais voltadas ao ambiente, e não à comida. Por volta dos 3 anos de idade, a criança, demonstrando maior preferência por aquilo que conhece e fazendo prevalecer a sua vontade, no intuito de “confrontar” o adulto. São manifestações temporárias que se bem compreendidas e toleradas pelos pais, não trazem consequências ao futuro comportamento alimentar dela (3).

Os comportamentos alimentares anormais serão considerados preocupantes quando ultrapassarem essa faixa etária ou causarem retardo no crescimento, no desenvolvimento, ou dano à saúde física ou mental do paciente (3).

Finalmente, deve-se diferenciar o transtorno alimentar de certas causas orgânicas que podem eventualmente provocar sintomas semelhantes, como tumores no sistema nervoso central, síndrome de má-absorção intestinal, diabetes, infecções, entre outras que o médico identificará. Além disso, é necessário investigar se os episódios de recusa alimentar ou de hiperfagia são consequências de uma depressão (3).

Para definir o diagnóstico de TA em uma criança utilizamos os mesmos critérios diagnósticos para adultos; entretanto, o reconhecimento e o diagnóstico são mais difíceis na infância e na adolescência, porque as próprias crianças podem ter dificuldade em reconhecer, nomear e manifestar seus sentimentos (8,9,10).

Fatores predisponentes / etiológicos

Não há uma causa específica responsável pelos TA. Acredita-se que o modelo multifatorial contribua no seu aparecimento, com participação de fatores biológicos, genéticos, psicológicos, socioculturais e familiares (11). Os pacientes articulam-se de maneira que levam à insatisfação com a forma do corpo e à prática de dietas restritivas, que correspondem às alterações básicas para o desencadeamento da doença (1).

Fatores biológicos

Afecções gastrintestinais, hipofisárias, hipotalâmicas e alterações de vários neurotransmissores têm sido apontadas como prováveis fatores causais dos distúrbios do comportamento alimentar (1).

A alteração destes neurotransmissores como a serotonina, dopamina e noradrenalina têm sido postuladas como predisponentes para os TA (12). Existem dúvidas, porém, se essas alterações precedem ou decorrem da restrição alimentar na AN ou do padrão caótico de ingestão quando episódios compulsivos estão presentes (2).

Fatores Genéticos

Estudos indicam maior prevalência de AN em algumas famílias, o que sugere um modelo de transmissão genético (13). O mesmo ocorre em familiares com BN (2). Trabalhos com gêmeos monozigóticos e dizigóticos afetados pela AN e BN mostram maior concordância do transtorno no primeiro grupo (14,15).

Alguns autores sugerem um componente genético na transmissão dos distúrbios do comportamento alimentar, justificando sua ocorrência em épocas em que a magreza e as dietas restritas não eram socialmente valorizadas. O risco de anorexia ou bulimia entre filhas e irmãs de pacientes com esses distúrbios é de 2 a 20 vezes maior que na população geral.

No entanto, a predisposição familiar é indistinguível da exposição a fatores ambientais comuns e a herança genética poderia explicar uma vulnerabilidade específica a algumas doenças, como obesidade e doenças psiquiátricas, frequentemente associadas aos distúrbios do comportamento alimentar (1).

Fatores familiares

Desde as primeiras descrições dos distúrbios do comportamento alimentar, enfatiza-se o papel do relacionamento familiar (o declínio da função paterna, com mães dominadoras e superprotetoras e pais omissos) e a dissolução familiar. Algumas vezes, a doença tem papel estabilizador do núcleo familiar, unindo os membros em torno do objetivo comum de cuidar do doente (1).

Há descrições que pais superprotetores podem ter um papel na etiopatogenia do TA, os quais prejudicam o desenvolvimento de habilidades sociais. Seus comentários, que demonstram insatisfação com o peso dos filhos, são um importante fator preditivo de desenvolvimento do transtorno (16).

Fatores Psicológicos

De maneira geral, os pacientes acometidos têm identidade pessoal incompleta e lutam para manter o controle sobre o ambiente. Costumam julgar a si próprios, baseando-se quase exclusivamente em sua aparência física, com a qual demonstram extrema insatisfação, com percepção alterada de suas formas corpóreas e negação de seu estado caquético. A depressão também pode ser secundária e as complicações coexistentes, uma vez que a reabilitação nutricional geralmente determina melhora do humor (1).

Fatores precipitantes

A prática de dietas restritivas e a personalidade instável podem induzir ao aparecimento dos distúrbios do comportamento alimentar em indivíduos predispostos. A depressão é o fator precipitante em muitos casos. Qualquer evento adverso da vida pode agir como fator precipitante, como experiências perturbadoras da puberdade e mudanças de ambiente em indivíduos com dificuldade de adaptação (1).

Fatores perpetuadores

A desnutrição leva a sintomas secundários que podem perpetuar a doença. Assim, enquanto a depressão leva à restrição alimentar, a desnutrição conduz à deterioração do humor. Sintomas secundários, como retardo no esvaziamento gástrico decorrente de diminuição da motilidade do trato gastrointestinal, podem levar à saciedade precoce e facilitar a restrição alimentar (1).

Anorexia Nervosa (AN)

A anorexia nervosa (AN) é caracterizada por restrição, quantitativa e também qualitativa. O quadro tem início tipicamente com dietas restritivas, mas nem sempre com dietas da moda. Muitos pacientes afirmam terem feito uma dieta restritiva por conta própria, e, às vezes, mudanças na sua alimentação com o objetivo de serem “mais saudáveis”. Assim, retiram da dieta os alimentos que julgam pouco saudáveis e/ou muito calóricos, a ponta da restrição poder progredir para uma dieta extremamente frugal (6, 17,18).

O termo “anorexia” é inadequado, pois, geralmente, a perda de apetite é rara até a fase final da doença. Pacientes anoréxicos desenvolvem hábitos alimentares bizarros e negam que o comportamento seja incomum ou simplesmente recusam-se a discuti-lo (1).

A alimentação é bastante restrita em energia, pobre em gordura e rica em proteínas, o que determina perda eventual de 25 a 35% do peso corpóreo. Com o objetivo de perder peso, é comum que associem a restrição alimentar à indução do vômito e à prática de exercícios físicos extenuantes e uso de laxantes (1). Tendem a superestimar o tamanho de seus corpos, embora sejam capazes de avaliar corretamente o peso de outras pessoas. Negam a doença, assim como a sensação de fome ou cansaço e as mudanças da aparência, e podem mostrar deficiências do raciocínio abstrato e do pensamento conceitual (1).

É o distúrbio mais frequente, quase sempre na forma restritiva. Crianças quando chegam à consulta, costumam reportar sintomas físicos, como náusea, dores abdominais, empachamento (sensação de estômago cheio) ou incapacidade para engolir os alimentos, e raramente são encontradas causas orgânicas, além de desnutrição, para justificar esses sintomas. A perda de peso é rápida e dramática, e muitas apresentam desnutrição severa. A desidratação é frequente e potencialmente perigosa. As crianças se desidratam mais rapidamente que os adultos, e constantemente a restrição no consumo de líquidos faz parte do distúrbio (3).

As crianças costumam ter uma ótima apresentação pessoal, mania de perfeição e um rendimento superior na escola, mas muitas são extremamente oponentes aos pais (às vezes até emburram no meio de uma consulta) (3).

O aparecimento do distúrbio, que se inicia com um regime alimentar aparentemente inofensivo, está muitas vezes associado a fases de desenvolvimento físico, entrada em um ciclo escolar diferente/ superior (como, por exemplo, perda de amigos) ou perda de algo querido (luto, mudança de casa ou de escola) (3).

A depressão como consequência da desnutrição aparece mais rapidamente em crianças que em adultos; as crianças se tornam mais lentas nos planos físico e psicológico. É comum a associação do problema alimentar com distúrbios depressivos (de 60 a 95% dos casos), com a angústia de separação (20% dos casos) e com o distúrbio obsessivo-compulsivo (de 20 a 35% dos casos) (3).

Há preocupação com peso e conteúdo calórico dos alimentos, medo de engordar, uma visão distorcida de porções alimentares adequadas, culpa associada ao fato de comer, aumento do interesse na preparação dos alimentos e receitas, preocupação sobre comer na frente dos outros e baixa auto-estima. Meninos se preocupam mais com a forma do corpo do que com o peso, e o exercício excessivo é comumente parte do distúrbio obsessivo-compulsivo (3).

Bulimia Nervosa (BN)

A bulimia nervosa (BN) é caracterizada por um ciclo restrição-compulsão-purgação (19). De maneira típica, o quadro também tem início com uma dieta, frequentemente com uma “dieta da moda” (20). A restrição alimentar te, portanto, papel iniciador e perpetuador do quadro, e embora muitas vezes seja entendida como uma síndrome compulsiva, a BN, na verdade, é caracterizada por ciclos de restrição e compulsão. A estrutura da alimentação é caótica, uma vez que este ciclo pode acontecer em tempos e intervalos variados. Em certos dias, os pacientes podem realizar refeições mais estruturadas, enquanto alguns dias possam ser restritivos e outros muito inadequados, desestruturados e excessivos, caracterizando um padrão “caótico” (3).

Essas irregularidades de estrutura alimentar podem ocasionar um consumo alimentar bastante variável – dependendo da fase restritiva ou compulsiva – em relação a energia, macro e micronutrientes (6,21,22).

Os estudos com consumo alimentar em BN apontam ingestão calórica muito alta, mas também dias restritivos com ingestão energética muito baixa; a ingestão de nutrientes é também variável e inadequada (3,6,21-24).

Esse padrão irregular de alimentação, juntamente com as práticas purgativas, geram uma importante disfunção nos mecanismos de fome, apetite e saciedade dos pacientes com BN (6, 18).

A bulimia é quase sempre associada a problemas da adolescência, como consumo de bebidas alcoólicas, fumo, atividade sexual. Há casos de depressão e de autoagressão (3).

Os vômitos auto-induzidos e o uso de laxantes ou diuréticos são bem menos comuns do que em adultos. Os casos de bulimia nessa população são raríssimos, mas acontecem. Alguns estudos descrevem crianças sofrendo de sangramento gastroesofágico causado pelos vômitos repetitivos (3).

Os pacientes apresentam uma série de medos e preconceitos em relação ao alimento e ao controle de peso e possuem diferentes crenças, conceitos e mitos radicais sobre alimentação e nutrição. Pensam demais sobre o que comer, quanto comer, no que basear suas escolhas alimentares (calorias, paladar, desejo, facilidade de purgação) (3).

Em vez de reconhecerem que têm um problema com a comida, acham que o problema é a existência da comida. Na BN, é mais claro o uso de alimentos para compensar ou lidar com uma série de problemas emocionais, familiares e sociais (6).

O aspecto comportamental característico dos bulímicos é a alimentação excessiva e compulsiva seguida de purgação. Os episódios bulímicos ocorrem secretamente, em uma média de 12 ocorrências semanais, com ingestão de refeições ricas em carboidratos e altamente energéticas, seguida de indução de vômitos por mecanismo reflexo utilizando os dedos ou a escova de dentes ou com regurgitação espontânea. Grande porcentagem dos bulímicos utiliza laxantes (1).

Estes pacientes superestimam o tamanho corpóreo e apresentam preocupação constante com a comida. Tendem a ser mais extrovertidos que os anoréxicos e, usualmente apresentam peso mais próximo ao normal de modo que seu comportamento geralmente não é percebido pela família nem pelos amigos. Alguns mostram componentes impulsivos e antissociais, como abuso de drogas, cleptomania, promiscuidade sexual e automutilação. A depressão é a queixa mais comum e as tentativas de suicídio são de 3 a 4 vezes mais frequentes nesses pacientes que nos com AN.

Fatores de risco para o desenvolvimento de TA na infância

Muitos estudos sugerem que os pais que se preocupam demasiadamente com o controle de peso ou que apresentam um comportamento alimentar desordenado possuem mais frequentemente filhos com TA. Algumas características pessoais da criança também são relacionadas a uma maior probabilidade de instalação do distúrbio (3).

Complicações

As consequências orgânicas dos TA em crianças são semelhantes as encontradas nos adultos, no entanto, a fase de crescimento e desenvolvimento em que se encontram esses pacientes costuma ser afetada (3).

As complicações mais sérias ocorrem em pacientes crônicos muito emagrecidos que abusam do uso de laxantes ou da indução de vômitos (1).

Observa-se retardo ou mesmo parada de crescimento, com atraso de até 2 anos de idade óssea, redução na densidade dos ossos com risco de osteoporose e regressão uterina, ovariana e testicular, levando a um atraso na maturidade sexual.

Outras alterações físicas incluem o aparecimento de hipotensão, má circulação periférica com descoloração da pele, diminuição da temperatura corporal, principalmente nas extremidades (3).

Também podem ocorrer alterações metabólicas, cardiovasculares, neurológicas, hematológicas, renais, endócrinas, musculoesqueléticas e gastrintestinais, secundárias à desnutrição (1).

Observa-se retardo ou mesmo parada de crescimento, com atraso de até 2 anos de idade óssea, redução na densidade dos ossos com risco de osteoporose e regressão uterina, ovariana e testicular, levando a um atraso na maturidade sexual. Outras alterações físicas incluem o aparecimento de hipotensão, má circulação periférica com descoloração da pele, diminuição da temperatura corporal, principalmente nas extremidades (3).

Também podem ocorrer alterações metabólicas, cardiovasculares, neurológicas, hematológicas, renais, endócrinas, musculoesqueléticas e gastrintestinais, secundárias à desnutrição (1).

Tratamento

Em função da rapidez com que o quadro da desnutrição evolui nessa idade, e gera complicações clínicas, o tratamento requer intervenção rápida e intensa de uma equipe multidisciplinar experiente com crianças (3).

O organismo necessita de cerca de 1 ano com um peso normal para reverter o retardo no crescimento, tornando a restauração do peso o objetivo principal do tratamento. Outros pontos-chave incluem: tratamento das complicações, trabalho sobre a motivação do paciente, educação nutricional, modificações das distorções cognitivas sobre alimentação e valor próprio, tratamento de eventuais distúrbios psiquiátricos associados, mobilização da família e prevenção de recaídas (3).

O peso mínimo desejado deve ser aquele que leva à retomada do crescimento. Cada caso deve ser analisado individualmente, já que o peso ideal nessa faixa etária é muito variável (3).

Tendo em vista o importante envolvimento do aspecto psíquico, muitas vezes o centro do tratamento deve ser o psicoterápico. Tanto os pacientes com distúrbios do comportamento alimentar quanto as suas famílias são resistentes ao tratamento e, geralmente, é necessário grande esforço para convence-los da necessidade de ajuda profissional.

Os principais objetivos do tratamento da AN e BN são a reabilitação nutricional e a aquisição de hábitos alimentares saudáveis. Paralelamente, deve-se diagnosticar e tratar os problemas psicológicos, familiares, sociais e comportamentais (1).

A orientação e a terapia familiar são de importância indiscutível, principalmente para as crianças mais jovens, devendo acompanhar a orientação nutricional e pode ser associada com a terapia cognitiva-comportamental, dependendo da maturidade do paciente. Os adolescentes, por sua vez, são mais beneficiados pela psicoterapia individual aliada à terapia cognitivo-comportamental. As terapias em grupo também são direcionadas aos adolescentes, e a maioria dos tratamentos dá ênfase ao desenvolvimento da autoestima (3).

Os fundamentos básicos do tratamento dos distúrbios do comportamento alimentar são os mesmos na abordagem ambulatorial ou hospitalar. O tratamento ambulatorial parece ser suficiente para a recuperação da maioria dos pacientes e, em longo prazo pode apresentar melhores resultados. Além disso, o tratamento ambulatorial evita o estigma da internação, não causa mudança na rotina diária e diminui a influência de outros pacientes, além de ser economicamente mais acessível (1).

Em alguns casos, a internação hospitalar é necessária, quando são considerados velocidade da perda de peso, índice de massa corporal, gravidade dos distúrbios metabólicos, ocorrência de disfunções cardíacas, retardo psicomotor, síncope, depressão grave ou risco de aspiração, no caso de vômitos incoercíveis, e critérios psiquiátricos, como psicose, crise familiar e risco de suicídio. Algumas vezes, a hospitalização pode ser necessária para conseguir um afastamento temporário do paciente de sua família. De maneira geral, os pacientes muito emagrecidos (com IMC 20% abaixo da média para a idade) e psicologicamente instáveis necessitam de internação para que o tratamento seja mais efetivo.

Nestes, a transição entre os ambientes hospitalar e domiciliar, geralmente, é difícil, gerando grande ansiedade para o paciente e seus familiares, de modo que, o acompanhamento ambulatorial após a alta é imprescindível, para diminuir o risco de recidivas (1).

A hospitalização costuma ser indicada nos seguintes casos: porcentagem de peso/altura menos do que 70% para a idade ou IMC abaixo do percentil 2,5; desidratação; sinais de falência do sistema circulatório; deficiência de eletrólitos; vômitos persistentes; depressão grave ou outros distúrbios psiquiátricos importantes (3).

Os medicamentos são utilizados excepcionalmente quando a criança apresenta sintomas depressivos mais graves e resistentes, de preferência não antes dos 11 anos de idade (3).

O aconselhamento nutricional instrui o paciente sobre sua doença e as complicações associadas, além de ajudá-lo a retornar uma alimentação saudável. A família do paciente deve ser envolvida no tratamento, procurando reconhecer padrões de interação que desfavoreçam a independência do paciente ou que ajudem a perpetuar o quadro (1).

O objetivo da abordagem nutricional é recuperar o peso do paciente de forma que seu IMC fique entre os limites da normalidade. As necessidades energéticas diárias devem ser calculadas para cada paciente a partir de altura, idade, metabolismo e atividade física. Para que não cause desconforto gástrico, as necessidades energéticas são calculadas como 30kcal/kg de peso ideal, com aumento de 5 a 10 kcal/kg a cada 5 dias, até atingir cerca de 70 kcal/kg/dia.

Quando o peso é atingido, a oferta energética deve ser diminuída gradualmente até atingir cerca de 30 a 50 kcal/kg/dia, para manter o peso corpóreo estável. É aconselhável distribuir esse conteúdo energético em 6 refeições durante o dia, de modo que o paciente não precise comer grandes quantidades de uma vez só (1).

CONCLUSÃO

Dentre os fatores de risco para os TA, o momento das refeições mostra-se fundamental na determinação do comportamento alimentar e no desenvolvimento de seus transtornos. Os TA se associam a problemas nutricionais (déficit no crescimento e ganho de peso), assim como prejuízos sociais que devem ter mais ênfase quando se trata desses transtornos, necessitando de um acompanhamento com equipe multidisciplinar para que haja êxito ao tratamento.

REFERÊNCIAS

1. Weffort VRS. Transtornos alimentares. In: Weffort VRS, Lamounier JA. Nutrição em pediatria: da neotologia à adolescência. São Paulo: Manole, 2009, p 521-41.
2. Alvarenga M, Scagliusi FB, Philippi ST. Nutrição e transtornos alimentares. São Paulo: Manole, 2011.
3. Cunha LCN. Anorexia, bulimia e compulsão alimentar. São Paulo: Atheneu, 2008.
4. World Health Organization – WHO. Physical status: The use and interpretation of anthropometry. Geneva, 1995. 452p. (Who Technical Report Series, 854).
5. Organización Mundial de la Salud. La salud de los jóvenes: un reto y una esperanza. Geneva: OMS, 1995.
6. Alvarenga MS, Dunker KLL. Padrão e comportamento alimentar na anorexia e bulimia nervosa. In: Alvarenga MS, Philippi ST. Transtornos alimentares: uma revisão nutricional. Baueri: Manole 2004; p 131- 48.
7. Fu-I L. Depressão e anorexia nervosa e bulimia na infância e na adolescência. In: Busse SR. Anorexia, bulimia e obesidade. Barueri, SP: Manole, 2004; p 161-81.
8. Fu-I L. Epidemiologia e fatores clínicos dos transtornos afetivos na infância e adolescência. In: Assumpção FB. Transtornos afetivos na infância e adolescência. São Paulo: Lemos 1996; p 58 -76.
9. Goodyear IM. The depressed child and adolescent. 2th ed. Cambridge, Cambridge University Press, 2001.
10. Weller EB, Weller RA. Mood disorders in prepubertal children. In: Wiener JM. Textbook of child adolescent psychiatry. 2ed ed. Nova York, American Psychiatric Press, 1997; p. 333-42.
11. Jacobi C, Hayward C, Zwaan M, et al. Coming to terms with risk factors for eating disorders: application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. Psychol Bull 2004; 130: 19 – 65.
12. Kaye W, Strober M. Neurobiology of eating disorders. In: Charney DS, Nestler EJ, Bunney BS. Neurobiology of mental illness. New York: Oxford University Press, 1999, p. 891 – 906.
13. Córdas TA, Salzano FP. Transtornos da alimentação: anorexia e bulimia nervosas. In: Louza Neto MR, Elkis H. Psiquiatria básica. Porto Alegre: Artmed 2007, p. 361 – 71 .
14. Fichter MM, Noegel R. Concordance for bulimia nervosa in twins. Int J Eat Disord 1990; 9: 255 – 63.

15. Kipman A, Gorwood P, Mourem-Siméono MC, et al. Genetic factors in anorexia nervosa. *Eur Psychiatry* 1999; 14: 189 – 98.
16. Allen KL, Byrne SM, Forbes D, et al. Risk factors for full – and partial – syndrome early adolescent eating disorders: a population-based pregnancy cohort study. *J Am Acad Child Adolesc* 2009; 48: 800-9.
17. Rock CL, Curran-Celentano J. Nutritional management of eating disorders. *Psychiatr Clin North Am* 1996; 19: 701-11.
18. Sunday SR, Halmi KA. Micro and macroanalyses of patterns within a meal in anorexia and bulimia nervosa. *Appetite* 1996; 26: 21 – 36.
19. Reiff DW. Behavior change: bulimia nervosa. In: Reiff SW, Reiff KKL. *Eating disorders – nutrition therapy in the recovery process*. Maryland: Aspen Publishers 1992, p. 360 – 4 .
20. Dunker KLL, Alvarenga MS, Pereira DL. Dietas da moda: uso e significadoss em pacientes com transtornos alimentares. *Rev Metabolismo e Nutrição* 2007; 9: 100-7.
21. Alvarenga MS, Negrão AB, Philippi ST. Nutritional aspects of eating episodes followed by vomiting im Brazilian patients with bulimia nervosa. *Eat Weight Disord* 2003, 8: 150 – 6.
22. Alvarenga MS, Phillippi ST. Perfil do consumo alimentar em pacientes com bulimia nervosa em São Paulo. *Nutrição Brasil* 2003, 4: 204-11.
23. Wallin G, Noring C, et al. Food selection in anorectics and bulimics: food intems, nutrient content and nutrient density. *J Am Coll Nutr* 1995, 4: 271 – 7.
24. Woell C, Fichter MM. Eating behavior of patients with bulimia nervosa. In *J Eat Disord* 1989; 8: 557 – 68.

amamen científica

A Amamentação Científica nasceu para levar informação científica de qualidade para profissionais do aleitamento com propósito e profissionalismo.

Nossos serviços:

- ✓ Cursos para Profissionais da Saúde
- ✓ Treinamentos para Equipes
- ✓ Mentorias
- ✓ Palestras

Entre em contato

@@amamentacao.cientifica

48 99141-0260

ANUNCIE AQUI

INFORMAÇÕES DIVULGAÇÃO:

diretoriacursos@institutociclosensino.com.br



A Humanizar tem como principal meta transformar a experiência do cliente do serviço de saúde, através de jornadas personalizadas.

Nossos serviços:

- ✓ Recrutamento e Seleção
- ✓ Avaliação de perfil
- ✓ Pesquisa de clima organizacional
- ✓ Desenvolvimento de jornadas educativas personalizadas
- ✓ Job Hunter

Entre em contato

www.humanizartreinamento.com.br

@humanizartreinamento

(48)99140.5709



Primeiro Clube de Networking e Empreendedorismo Exclusivo para Profissionais da Saúde Materno Infantil do Brasil.

- ✓ Eventos Presenciais em Florianópolis da Comunidade PediClube
- ✓ PediClube na Estrada
- ✓ PediConecta - Mentoria de Negócios para 07 Mulheres em Um Encontro Estratégico
- ✓ Pediclube Online - Eventos, Rodas de Conversas, Trocas e Networking

Participe da Nossa Comunidade!

@pediclubebrasil



ENDEREÇO:

R. Fúlvio Aducci, 627 - sala 204
Estreito, Florianópolis - SC,
88075-000

