

UNIVERSIDADE SANTO AMARO

Curso de Nutrição

Erica Bianca Oliveira Pauli

Influência das Mídias nos Transtornos Alimentares

**São Paulo
2022**

Erica Bianca Oliveira Pauli

Influência das Mídias nos Transtornos Alimentares

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Nutrição da
Universidade Santo Amaro – UNISA, como
requisito parcial para obtenção do título
Bacharel em Nutrição.
Orientador: Prof. Ms. Clara Rodrigues

**São Paulo
2022**

P351i Pauli, Erica Bianca Oliveira.

Influência das mídias nos transtornos alimentares / Erica Bianca Oliveira Pauli. — São Paulo, 2022.

40 p.: il., P&B.

Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Nutrição) — Universidade Santo Amaro, 2022.

Orientadora: Prof.^a Me. Clara Rodrigues.

1. Transtornos da alimentação e da ingestão de alimentos. 2. Mídias sociais. 3. Imagem corporal. I. Rodrigues, Clara, orient. II. Universidade Santo Amaro. III. Título.

Erica Bianca Oliveira Pauli

Influência das Mídias nos Transtornos Alimentares

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Nutrição da Universidade Santo Amaro – UNISA, como requisito parcial para obtenção do título Bacharel em Nutrição. Orientadora: Professora Mestre Clara Rodrigues.

São Paulo, 13 de dezembro de 2022.

Banca Examinadora

Prof.^a Mestre Clara Rodrigues

Prof.^a Mestre Raquel Nunes Silva

Prof.^a Dra. Ingrid Carolinne Costa Campos

Conceito Final: _____

AGRADECIMENTOS

A nutrição sempre me chamou atenção, lembro-me até hoje do quão eu fiquei encantada pela primeira vez que fiquei de frente com um nutricionista. Eu tinha 8 anos, e decidi que seguiria na área de nutrição, com simples foco de ajudar as pessoas da forma mais graciosa e sábia que eu puder.

Sou grata aos meus pais, meus professores e o mais importante a mim mesmo! Enfrentei anos difíceis para concluir a graduação, fiquei refém de antidepressivos e calmantes, a compulsão alimentar me tomou e mesmo assim, eu não desisti, a nutrição me motivou desde sempre me ensinou a ser resiliente e entender sobre os processos necessários.

A nutrição ensina a valorização não somente da ciência, e sim do ser humano, traz a capacidade de entender sobre a composição dos alimentos, e como cada nutriente presente nos alimentos se comporta no corpo humano.

Durante toda graduação me perguntei inúmeras vezes o motivo de desejar tanto querer aprender sobre a ciência da alimentação, mas agora, quase terminando eu descobri o meu lugar e minha missão. Minha missão é cuidar de pessoas, entender suas dores e cuidar delas como eu gostaria de ser cuidada.

Agradeço à Deus, por todas as vezes que estava cansada e me mantive de pé para realizar este sonho. Agora entendo todos os processos e tenho orgulho de ser um profissional da área da saúde.

Listas de Quadros

Quadro 1 -	
Critérios diagnósticos da anorexia nervosa (AN) conforme CID-11	19
Quadro 2 -	
Critérios diagnósticos para anorexia nervosa (AN) conforme DSM-5	20
Quadro 3 -	
Critérios diagnósticos da bulimia nervosa conforme CID-11	22
Quadro 4 -	
Critérios diagnósticos da bulimia nervosa (BN) conforme DSM-5	23
Quadro 5 -	
Critérios diagnósticos para transtorno de compulsão alimentar segundo CID-11	26
Quadro 6 -	
Critérios diagnósticos para transtorno de compulsão alimentar segundo DSM-5	27

Lista de Figuras

Figura 1 - Esquema ilustrativo da composição da imagem corporal.....	30
--	----

RESUMO

Introdução: Os transtornos alimentares são comportamentos irregulares em relação à alimentação e ao peso, normalmente associados com a imagem corporal. A indústria da beleza e midiática, vincula a ideia de que uma mudança no corpo, acontecimentos e vivências emocionais aversivas irão modificar-se demonstrando que a magreza está associada ao sucesso, gerando assim frustrações. Assim essa validação a transforma em verdade na sociedade, fazendo com que a magreza como padrão estético dominante seja um fator responsável pelo desenvolvimento de Transtornos Alimentares. **Objetivo:** Analisar a influência das mídias nos Transtornos Alimentares. **Métodos:** Revisão bibliográfica para analisar a relação da mídia social sobre os transtornos alimentares. Foram consultados artigos de revistas nas bases do *SciELO (Scientific Electronic Library Online)*, *LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde)* e *MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System On-line)* no ano de 2006 e 2022, manuais relacionados com os transtornos alimentares e última edição de livros, nos idiomas português e inglês. **Fundamentação Teórica:** Na era atual das redes sociais, a mídia tem o poder de interferir na autoestima de um indivíduo para manipular o corpo ideal. Para uma pessoa, a exposição mais frequente a imagens do corpo perfeito pode levar à insatisfação pessoal com o corpo, que é um dos maiores desencadeadores dos transtornos alimentares. Os apelos à "mídia" como causa ou contribuinte para os transtornos alimentares não são novos. Na verdade, pode ter sido um dos primeiros argumentos populares para explicar a disseminação dos distúrbios alimentares. Crenças corporais irrealistas propagadas pela mídia podem impactar negativamente o comportamento alimentar das pessoas. Estudos mostraram que simplesmente expor as pessoas a fotos de modelos padrão pode desencadear distúrbios da imagem corporal e levar uma pessoa a desenvolver atitudes alimentares desordenadas e até mesmo distúrbios alimentares. **Considerações Finais:** Conclui-se que a rede social tem a capacidade de disseminar uma propaganda enganosa do corpo perfeito, projetado por *influencers* ou modelos que usam a meio social como trabalho.

Palavras-chave: transtornos alimentares, mídias sociais, imagem corporal.

ABSTRACT

Introduction: Eating disorders are irregular behaviors regarding food and weight, usually associated with body image. The beauty and media industry links the idea that a change in the body, events and aversive emotional experiences will change, demonstrating that thinness is associated with success, thus generating frustrations. Thus, this validation turns it into truth in society, making thinness as a dominant aesthetic standard a factor responsible for the development of Eating Disorders.

Objective: To analyze the influence of the media on Eating Disorders. **Methods:** Literature review to analyze the relationship between social media and eating disorders. Journal articles were consulted in the bases of SciELO (Scientific Electronic Library Online), LILACS (Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences) and MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System On-line) in the years 2006 and 2022, manuals related to eating disorders and the latest edition of books, in Portuguese and English. **Theoretical Rationale:** In the current era of social networks, the media has the power to interfere with an individual's self-esteem to manipulate the ideal body. For a person, more frequent exposure to images of the perfect body can lead to personal body dissatisfaction, which is one of the biggest triggers of eating disorders. Appeals to the "media" as a cause or contributor to eating disorders are not new. In fact, it may have been one of the first popular arguments to explain the spread of eating disorders. Unrealistic body beliefs propagated by the media can negatively impact people's eating behavior. Studies have shown that simply exposing people to photos of standard models can trigger body image disturbances and lead a person to develop disordered eating attitudes and even eating disorders. **Final Considerations:** It is concluded that the social network has the capacity to disseminate a misleading advertisement of the perfect body, designed by influencers or models who use the social environment as work.

Keywords: eating disorders, social media, body image.

SUMÁRIO

1. Introdução	10
2. OBJETIVOS.....	13
2.1 Geral	13
2.2 Específicos.....	13
3. MATERIAIS E MÉTODOS.....	14
4. Fundamentação Teórica.....	15
4.1. Transtornos Alimentares	15
4.1.1 Definição.....	15
4.1.2 Anorexia Nervosa (AN).....	16
4.1.3 Bulimia Nervosa (BN)	19
4.1.4 Picacismo	22
4.1.5 Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica.....	23
5. Relação entre a mídia social e os transtornos alimentares	26
5.1.1 Imagem Corporal.....	26
5.1.2 Ditadura da Beleza.....	28
5.1.4 Mídia e transtornos	31
6. Papel do Nutricionista nos Transtornos Alimentares	32
5. Considerações Finais.....	34
Referencias	36

1. Introdução

Transtornos Alimentares (TAs) são distúrbios psiquiátricos, caracterizados por comportamentos irregulares em relação à alimentação e controle com o peso.¹

Esses transtornos atuam em ambos os gêneros, nos homens por exemplo, a imagem do corpo é focada na musculatura, enquanto as mulheres têm um potente foco em perder o peso.¹

Segundo *National Eating Disorders Association* (NEDA), Transtornos alimentares não são apenas um modismo ou uma fase, são condições graves e potencialmente fatais que afetam a saúde física, emocional e psicossocial de uma pessoa,² além dessas alterações, manifestações como distúrbios de imagem corporal e problemas com autoestima são notadas nesses indivíduos.³

No nível de atenção primária, as taxas de incidência têm se mantido estáveis nas últimas décadas para Anorexia Nervosa (AN), estável ou em declínio para a Bulimia Nervosa (BA), e aumentando para Transtornos de Compulsão Alimentar (TCA) e outros transtornos alimentares não especificados.^{4,5} Globalmente a prevalência de distúrbios relacionados à alimentação aumentou 25%, mas apenas 20% dos indivíduos afetados apresentam-se para tratamento.^{6,7}

Os TAs estão presentes nos principais sistemas classificatórios, Associação Americana de Psiquiatria publicada em 2013 (5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatísticos de Transtornos Mentais – DSM-5)² e a 11ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-11)⁸. Apesar das diferenças existentes em alguns critérios diagnósticos, os dois sistemas possuem semelhanças, como, as três principais categorias de TAs, nas quais são: Anorexia Nervosa (NA), Bulimia Nervosa (BN) e o Transtorno de Compulsão Alimentar (TCAP).

Os chamados transtornos alimentares do comportamento alimentar englobam a Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, o Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica e, dependendo da classificação utilizada, o transtornos alimentares não especificados.⁹ Em comum, estas categorias estão relacionadas às respostas como: preocupação excessiva com o estado atual e/ou um possível aumento da forma e do peso corporal, desejo de emagrecer, alterações na imagem corporal, utilização de

práticas danosas para o controle de peso, busca exagerada pelo emagrecimento, culpa ao se alimentar.¹⁰

A palavra “anorexia” é de origem grega, significa a falta de apetite.¹⁰ O medo intenso ou mórbido de engordar representa o aspecto psicopatológico central da Anorexia, mantendo-se sem modificações por décadas. Apesar de concebido como o critério que distinguiria a AN de outras síndromes psiquiátricas, alguns autores têm sugerido que diferenças transculturais poderiam levar à existência de AN sem fobia de peso.¹¹

A palavra “Bulimia”, também tem origem grega, é uma derivação de duas palavras, “*bous*” que significa “boi” e, “*limos*” que significa “fome”. Reunidas significam, na sua etimologia, uma fome bovina.¹⁰

Segundo no DSM-5 a Bulimia Nervosa, vem pela presença de episódios recorrentes de compulsão alimentar, seguido de comportamentos compensatórios inapropriados recorrentes a fim de impedir o ganho de peso (como vômitos autoinduzidos, uso indevido de laxantes diuréticos ou outros medicamentos, jejum ou exercício físico em excesso).² Uma das principais características da categoria bulimia nervosa, assim como na anorexia nervosa, são as tentativas de obter o corpo magro para ter acesso aos reforçadores.

A diferença entre as duas categorias é que, na bulimia nervosa, mesmo que ocasionalmente ocorram tentativas de restrição alimentar sucedidas, estas na maioria das situações falham. Os episódios bulímicos configuram-se como um consumo exagerado de grandes quantidades de alimento, com uma posterior tentativa de retirar esta comida do corpo através de diversos métodos.¹² O Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica é o transtorno alimentar mais frequente a acontecer, muita das vezes por quatro ansiosos e foi recentemente incluído na classificação diagnóstica americana (DSM-5)². É caracterizado por episódios de compulsão alimentar, que consiste em comer descontroladamente e em um curto intervalo de tempo, uma quantidade de comida superior à normal, perdendo o controle das quantidades ingeridas e tempo inferior há 2 horas.¹³

Com a valorização e o culto à magreza a sociedade atual, a obesidade é uma condição altamente estigmatizada e rejeitada, têm levado a maioria das pessoas à busca frenética do “corpo ideal”, predispondo os vulneráveis a desenvolver doenças.¹⁴

A imagem corporal refere-se à figura existente na mente do indivíduo acerca do tamanho, forma e estrutura de seu corpo. A partir de como o indivíduo vê o próprio corpo, a própria imagem, em busca de compará-la ao padrão determinado pela sociedade.¹⁵

Os meios de comunicação são os mais poderosos veículos de comunicação utilizados pelas indústrias de dietas restritivas, atividades físicas e cirurgias plásticas para reforçar a associação da magreza com o sucesso, poder, autocontrole, modernidade e atratividade. Convencem as pessoas de que o corpo pode ser moldado a nosso bel-prazer e estabelecem padrões corporais impossíveis de serem atingidos pela maioria.¹⁴

A mídia tem uma extrema capacidade de incentivar a fantasia em que basta mulheres e homens em desejar para adquirir a imagem corporal idealizada. A indústria da beleza está se vinculando a ideia de que ao ocorrer uma mudança no corpo, acontecimentos e vivências emocionais aversivas irão modificar-se também. Dessa forma, o corpo assume o papel de responsável perante as contingências negativas que o indivíduo está inserido. Há uma validação social diante a regra criada, em que se acredita que o emagrecimento está diretamente ligado ao bem-estar emocional e social. Essa validação a transforma em verdade na sociedade, fazendo com que a magreza como padrão estético dominante seja um fator responsável pelo desenvolvimento de Transtornos Alimentares.¹⁶

Com o imenso poder da influência das redes sociais gerado pela indústria da beleza, a sociedade impõe padrões corretos sobre a beleza, ao ponto de prejudicar a saúde mental das pessoas, as submetendo a transtornos alimentares, além de possíveis quadros ansiosos e depressivos.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar a influência das Mídias nos Transtornos Alimentares através de uma revisão bibliográfica.

2.2 Específicos

Definir e identificar o diagnóstico dos transtornos alimentares.

Relacionar as mídias com os transtornos alimentares.

Descrever o papel do nutricionista em relação aos transtornos alimentares.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

Pesquisa de revisão bibliográfica para analisar a relação da mídia social sobre os transtornos alimentares.

Foram consultados artigos de revistas nas bases do SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval System On-line*) no ano de 2006 e 2022, manuais relacionados com os transtornos alimentares e última edição de livros.

Como critérios de inclusão, foram consideradas as produções da literatura no referido período, disponíveis na íntegra *online* e selecionados os artigos na língua inglesa e portuguesa.

Os critérios de exclusão foram artigos que não se adequaram ao tema proposto.

As produções da literatura que foram utilizadas para sustentar esta análise, compreendam os critérios mencionados, com os descritores “*eating disorders*”, “*social media*”, “*body image*”, disponíveis na íntegra *online* e selecionados nos idiomas inglês e português.

4. Fundamentação Teórica

4.1. Transtornos Alimentares

4.1.1 Definição

Os transtornos alimentares (TA) caracterizam-se por irregularidades no comportamento alimentar, ocasionando uma progressiva piora da qualidade nutricional, saúde física ou funcionamento psicossocial.¹⁷ Globalmente a prevalência de distúrbios relacionados à alimentação aumentou 25%, mas apenas 20% dos indivíduos afetados apresentam-se para tratamento.^{6,7}

Segundo o *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*, em sua 5ª e mais atual edição (DSM-5), descreve critérios diagnósticos para os seguintes transtornos alimentares: anorexia nervosa, bulimia nervosa, transtorno de compulsão alimentar, transtorno de ruminação, transtorno alimentar evitativo/restritivo e pica,¹³ além dos que estão citados no DSM-5 existe o transtorno alimentar não especificado.

TAs resultam em um consumo ou absorção alteradas de alimentos e prejudica significativamente a saúde física ou o funcionamento psicossocial.² As ações que seguem em direção ao peso, corpo e ao que se refere à forma física e refeições restritivas.¹ Os transtornos são determinados por etiologia multifatorial, sendo que aspectos socioculturais (com preocupações com peso e forma corporal, padrões de beleza), psicológicos, uso de dietas restritivas e vulnerabilidade biológica têm uma importante participação no desencadeamento, na manutenção de seus sintomas.¹⁸

Não há uma causa específica responsável pelos TAs. Acredita-se que o modelo multifatorial contribua no seu aparecimento, com participação de fatores biológicos, genéticos, psicológicos, socioculturais e familiares (Jacobi et al., 2004).

Esses transtornos atuam em ambos os gêneros são mais comumente observados em países desenvolvidos e industrializados, sendo mais encontrados em mulheres jovens entre 18 e 30 anos (3,2%). Apesar de menos comum em homens, a gravidade é a mesma e homens homossexuais têm maior predisposição que heterossexuais,¹⁶ nos homens por exemplo, a imagem do corpo é focada na musculatura, enquanto as mulheres têm um potente foco em perder o peso.¹

Em comum, as categorias de transtornos alimentares estão relacionadas a respostas como: preocupação excessiva com o estado atual ou possível aumento da forma e do peso corporal, desejo de emagrecer, alterações na imagem corporal (discrepância entre a forma do corpo e a maneira como ele é descrito verbalmente), utilização de práticas danosas para controle de peso (uso de jejuns e dietas restritivas, vômitos, laxantes, etc.), busca exagerada pelo emagrecimento.¹⁰

4.1.2 Anorexia Nervosa (AN)

A palavra “anorexia” é de origem grega, significa a falta de apetite.¹⁰ A anorexia nervosa é um comportamento alimentar caracterizado pela restrição persistente de ingesta calórica autoimpostas, padrões exagerados de alimentações pelo medo intenso de ganhar peso e por uma percepção distorcida do próprio corpo, induzida e mantida pelo paciente associada a um temor intenso de ganhar peso.^{2,19}

Foi o primeiro transtorno alimentar a ser descrito e ainda no século XIX e também o primeiro a ser classificado e a ter critérios diagnósticos oficializados já na década de 1970.¹⁷ Aparentemente, esteve presente em diversos momentos da história e em diversas culturas. O transtorno está associado a uma autoimagem distorcida e a outras distorções cognitivas em relação aos alimentos e ao ato de comer.

2

Bell (1985) descreve mulheres que, no século XIII, praticavam um rigoroso jejum a fim de se aproximarem de Deus, denominando-as “santas anoréxicas”. Outras características descritas eram rigidez no comportamento, perfeccionismo, autossuficiência e distorções cognitivas, como relatadas nos pacientes com AN dos dias de hoje.¹⁹

A AN geralmente se inicia a partir de uma dieta, decorrente da insatisfação quase sempre injustificada com o peso e com a imagem corporal. Há restrição a vários tipos de alimentos na dieta do paciente, o qual elimina aqueles que julga mais calóricos. A restrição alimentar aumenta progressivamente, o paciente diminui o número de refeições, e pode vir a jejuar durante todo o dia ou restringir-se a uma dieta frugal.²²

A prevalência de AN é estimada entre 0,5 e 1% da população.¹⁸ A anorexia nervosa costuma ter início na adolescência e é mais prevalente no sexo feminino. O

transtorno pode afetar homens e mulheres de qualquer idade, etnia e situação socioeconômica. Apresenta prevalência estimada de 0,3 a 1% em mulheres e de 0,1% em homens. ²

Didaticamente, os principais componentes etiológicos da AN podem ser divididos em três fatores: ²

- Fatores Predisponentes: sexo feminino, história familiar de transtorno alimentar, baixa autoestima, perfeccionismo, problemas de alimentação na infância e dificuldade de expressar emoções.
- Fatores desencadeantes: dietas restritivas, alterações na dinâmica familiar, expectativas irreais na escola, no trabalho ou na vida pessoal e proximidade da menarca ou surgimento de caracteres sexuais secundários muito precoces em meninas.
- Fatores mantenedores: alterações neuroendócrinas decorrentes do estado nutricional alterado, distúrbios da imagem corporal, distorções cognitivas e práticas purgativas.

O quadro clínico inicia-se quase sempre após uma dieta restritiva. Inicialmente são evitados alimentos considerados “proibidos, engordativos”, e progressivamente o paciente passa a restringir sua alimentação, chegando a abolir a ingestão de grupos alimentares específicos e a minimizar o número de refeições. ¹⁷

Quadro 1 - Critérios diagnósticos da anorexia nervosa (AN) conforme CID-11

Há perda de peso significativa considerado a altura do indivíduo, idade e estágio de desenvolvimento (IMC menor que 18,5 em adultos e IMC menor que percentil 5 para crianças e adolescentes) que não é justificada por qualquer outra condição médica ou por indisponibilidade de alimento.

O baixo peso é acompanhando de um padrão persistente de comportamentos com o objetivo de impedir o restabelecimento de peso normal que podem incluir mecanismos que visam reduzir a ingestão calórica (restrição alimentar, comportamentos purgativos (indução de vômitos, abuso de laxantes) e aumento de gasto energético (p. ex: atividade física em excesso) associados a um medo de engordar.

O baixo peso e a forma corporal são elementos centrais na auto avaliação do indivíduo e são inapropriadamente percebidos como sendo normais ou até mesmo excessivos.

Fonte: (ICD-11 MMS) 2018 Version [Internet]

Quadro 2 - Critérios diagnósticos para anorexia nervosa (AN) conforme DSM-5

Restrição da ingestão calórica em relação as necessidades, levando a um peso corporal significativamente baixo no contexto de idade, gênero, trajetória do desenvolvimento e saúde física. Peso significativamente baixo é definido como um peso mínimo normal ou, no caso de crianças e adolescentes, menor que o minimamente esperado.
Medo intenso de ganhar peso ou de engordar, ou comportamento persistente que interfere no ganho de peso, mesmo estando com peso significativamente baixo.
Perturbação no modo de vivenciar o peso, tamanho ou forma corporais; excessiva influência do peso ou da forma corporais na maneira de se autoavaliar; negação da gravidade do baixo peso.
Especificar subtipo: <ul style="list-style-type: none"> • Restritivo: nos últimos três meses não houve episódio de compulsão ou prática purgativa. • Purgativo: nos últimos três meses houve episódios de compulsão e/ou purgação.
Especificar se: <ul style="list-style-type: none"> • Em remissão parcial: depois de todos os critérios diagnósticos para AN terem sido preenchidos por um período de tempo, o critério A (baixo peso corporal) não se manteve mais, mas o critério B (medo intenso de ganhar peso ou de se tornar gordo ou comportamento que impede o ganho de peso) ou o critério C (perturbação no modo de vivenciar o peso, tamanho ou forma corporais) ainda se mantêm. • Em remissão total: depois de todos os critérios diagnósticos para AN terem sido preenchidos por um período de tempo, nenhum dos critérios se apresenta mais, por um período de tempo.
Especificar gravidade atual: <ul style="list-style-type: none"> • Leve: IMC \geq 17 kg/m². • Moderada: IMC entre 16 e 16,99 kg/m². • Grave: IMC entre 15 e 15,99 kg/m². • Extrema: IMC < 15 kg/m².

Fonte: (DSM-5). Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013

O tratamento da AN requer profissionais de diversas áreas. A equipe mínima é composta por nutricionista, psicólogo e médico psiquiatra. ¹⁸

O tratamento psicoterápico deve abordar diversos fatores, como a recuperação cognitiva, volitiva e afetiva, o medo mórbido de engordar, a insatisfação com a imagem corporal, promover recuperação funcional e de autoestima e desenvolver habilidades sociais, além de desenvolver responsabilização do paciente sobre o tratamento. Em indivíduos adultos, tanto a psicoterapia de orientação cognitivo-comportamental

quanto a psicodinâmica têm sido utilizadas e não há até o momento evidências de superioridade de um modelo em relação ao outro. Já na abordagem de crianças e adolescentes, a terapia familiar é a escolha padrão-ouro, já que alterações na dinâmica familiar são importantes mantenedoras da NA. ¹⁹

As taxas de recuperação são variáveis, estimando-se recuperação completa em torno de 50% dos pacientes. Outros 30% evoluem com alternância entre períodos de melhora e recidiva. O restante apresenta curso grave e refratário, com complicações físicas e psicológicas mais sérias. ¹⁸ No tratamento de Anorexia Nervosa existe um risco extremamente alto para recaída precoce e mais 50% recaem dentro do primeiro ano após o sucesso do período hospitalar. ²¹

4.1.3 Bulimia Nervosa (BN)

A palavra “Bulimia”, também tem origem grega, é uma derivação de duas palavras, “bous” que significa “boi” e, “limos” que significa “fome”. Reunidas significam, na sua etimologia, uma fome bovina. ¹⁰

A bulimia nervosa (BN) caracteriza-se por episódios de compulsão alimentar, distúrbios da imagem corporal e comportamentos compensatórios inadequados para o controle de peso, como vômitos autoinduzidos, dietas compensatórias, uso de medicamentos (laxantes, diuréticos, inibidores de apetite) e exercícios físicos exagerados. ¹⁷

Entre as principais características da categoria bulimia nervosa, assim como na anorexia nervosa, são as tentativas de obter o corpo magro para ter acesso aos reforçadores. A diferença entre as duas categorias é que, na bulimia nervosa, mesmo que ocasionalmente ocorram tentativas de restrição alimentar nem sucedidas, estas, na maioria das situações falham. ¹²

Observa-se excessiva preocupação com o peso e a forma corporal, que invariavelmente afeta sentimentos e atitudes do paciente. É importante ressaltar que um episódio de compulsão alimentar, por definição, caracteriza-se por uma ingestão de grande quantidade de alimentos maior que a maioria dos indivíduos comeria em um curto período de tempo. ¹⁷

Esse transtorno, denominado simplesmente “bulimia”, foi incluído no DSM-III. O nome foi alterado para bulimia nervosa no DSM-III-R. Aproximadamente 90% das pessoas diagnosticadas com o transtorno são mulheres, e sua prevalência é estimada em 1 a 1,5% em mulheres jovens.²

Durante o episódio bulímico a quantidade de calorias ingeridas geralmente varia entre 1.200 e 4.500 calorias, podendo inclusive, exceder este valor. Aquelas que apresentam estes episódios geralmente o descrevem com uma necessidade descontrolada de se “empanturrar” e depois sentir alívio.¹⁰

Assim como a anorexia nervosa, também pode ocorrer a divergência entre descrição do corpo e a forma física do corpo. O início do quadro frequentemente ocorre nos últimos anos da adolescência até os 40 anos ou mais.¹⁰

Em determinado momento o indivíduo sente uma vontade grande de comer e apresenta um descontrole, ingerindo uma quantidade maior de comida do que o normal em um tempo curto. Fica culpado e se sente mal fisicamente e emocionalmente por conta da grande quantidade ingerida, induzindo o vômito (ou utilizando outro mecanismo compensatório) para evitar engordar e aliviar-se física e psicologicamente. Esse comportamento gera ansiedade e faz com que ele se volte à dieta novamente. Estabelece-se um círculo vicioso, com o reinício da dieta seguido de novos episódios compulsivos e mecanismos compensatórios.¹⁸

Os mecanismos compensatórios para os episódios compulsivos da BN compreendem uso de laxantes ou diuréticos, hormônios tireoidianos, inibidores de apetite, *orlistat*, uso de substâncias psicoativas (maconha e cocaína) ou abuso de exercícios físicos,¹⁸ trazendo assim complicações clínicas por conta do uso frequente de purgativo utilizado.²³

Outros sintomas psiquiátricos associados ao quadro clínico da bulimia são os depressivos e ansiosos e o abuso de álcool e de outras substâncias psicoativas. São descritas alterações do impulso, como cleptomania, automutilação, tricotilomania, escoriação neurótica, vida sexual promíscua e maior risco de suicídio.¹⁹

Quadro 3 - Critérios diagnósticos da bulimia nervosa conforme CID-11

Episódios frequentes e recorrentes de compulsão alimentar, uma vez por semana ou mais, por um período de pelo menos um mês.

Um episódio de compulsão alimentar é definido como um período distinto de tempo em que o indivíduo experimenta uma sensação subjetiva de perda de controle sobre o ato de comer, comendo uma quantidade significativamente maior que o habitual, e sente-se incapaz de parar de comer ou limitar a quantidade e o tipo de alimento que está ingerindo.
Esses episódios são acompanhados por mecanismos compensatórios inapropriados que visam evitar o ganho de peso (p. ex., vômitos autoinduzidos, abuso de laxantes ou enemas e exercícios físicos em excesso).
O indivíduo preocupa-se com a forma e peso corporal e isso influencia significativamente a sua autopercepção.
Nesses casos, o peso não é significativamente baixo e o indivíduo não preenche critérios para anorexia nervosa.

Fonte: (ICD-11 MMS) 2018 Version [Internet]

Quadro 4 - Critérios diagnósticos da bulimia nervosa (BN) conforme DSM-5

Episódios recorrentes de consumo alimentar compulsivo, tendo as seguintes características: <ul style="list-style-type: none"> • Ingestão em pequeno intervalo de tempo (i.e., aproximadamente em 2 horas) de uma quantidade de comida claramente maior do que a maioria das pessoas comeria no mesmo tempo e nas mesmas circunstâncias. • Sensação de perda de controle sobre o comportamento alimentar durante os episódios (i. e., a sensação de não conseguir parar de comer ou controlar o que e quanto come).
Comportamentos compensatórios inapropriados para prevenir ganho de peso, como vômito autoinduzido, abuso de laxantes, diuréticos ou outras drogas, dieta restrita ou jejum ou, ainda, exercícios vigorosos.
Os episódios de compulsão e os comportamentos compensatórios ocorrem pelo menos uma vez por semana, por três meses.
A autoavaliação é indevidamente influenciada pela forma e peso corporais.
O distúrbio não ocorre exclusivamente durante episódios de anorexia nervosa.
Especificar se: <ul style="list-style-type: none"> • Em remissão parcial: após todos os critérios para BN terem sido preenchidos, alguns, mas não todos, se mantiveram por um período de tempo. • Em remissão total: após todos os critérios para BN terem sido preenchidos, nenhum é mais encontrado.
Especificar gravidade atual:

- Leve: uma média de 1 a 3 episódios de métodos compensatórios inapropriados por semana.
- Moderado: uma média de 4 a 7 episódios de métodos compensatórios inapropriados por semana.
- Grave: uma média de 8 a 13 episódios de métodos compensatórios inapropriados por semana.
- Extremo: uma média de 14 ou mais episódios de métodos compensatórios inapropriados por semana.

Fonte: (DSM-5). Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.

4.1.4 Picacismo

A característica essencial da pica é a ingestão de substâncias não nutritivas e não alimentares de forma persistente por pelo menos um mês. Relatos médicos de casos que se assemelham à definição moderna de pica datam de muitos séculos atrás.¹⁷ A palavra pica deriva do nome em latim do *pássaro pega* (*Magpie* em inglês), notório pelo hábito de reunir objetos variados em seu ninho para saciar sua fome e por não discriminar substâncias nutritivas de não nutritivas.¹⁰

O transtorno inclui uma lista grande de possíveis substâncias ingeridas, acompanhando a disponibilidade de acordo com o meio e processos tecnológicos, entre elas: papel, sabão, fósforos, cimento, cinza de cigarro, fezes, terra ou argila, pedras, giz, talco, gelo, papel, tinta, cabelos/pelos, detergente, metal, carvão vegetal ou mineral, cinzas. O termo não alimentar está incluso entre os critérios diagnósticos porque o transtorno não se aplica à ingestão de produtos alimentares com conteúdo nutricional mínimo.¹⁷

Historicamente, a pica foi considerada um transtorno que acompanhava condições como gestação ou deficiências de desenvolvimento ou um sintoma de distúrbios clínicos como deficiência de ferro. Crianças de até 24 meses de idade frequentemente colocam na boca ou até mesmo comem itens não nutritivos, mas esse comportamento não sugere que elas tenham tem pica. Embora muitas vezes associada a crianças com atraso no desenvolvimento, a pica não se restringe a crianças ou indivíduos com transtornos do desenvolvimento intelectual.¹⁰

Os critérios de diagnósticos de pica são: ²

- Ingestão persistente de substâncias não nutritivas, não alimentares, durante um período mínimo de um mês.

- A ingestão de substâncias não nutritivas, não alimentares, é inapropriada ao estágio de desenvolvimento do indivíduo.
- O comportamento alimentar não faz parte de uma prática culturalmente aceita.
- Se o comportamento alimentar ocorrer no contexto de outro transtorno mental (p. ex., deficiência intelectual [transtorno do desenvolvimento intelectual], transtorno do espectro autista, esquizofrenia) ou condição médica (incluindo gestação), é suficientemente grave a ponto de necessitar de atenção clínica adicional.

O diagnóstico depende do relato individual, que pode ser escondido pela vergonha e medo de julgamento. Muitas vezes mais de uma entrevista é necessária, bem como um bom vínculo profissional-paciente. ²⁴

A epidemiologia ainda é pouco estudada. A ingestão de substâncias não alimentares pode estar associada a outros transtornos mentais como deficiência intelectual e transtorno do espectro autista; para receber um diagnóstico de pica nesses casos, o comportamento alimentar deve ser considerado suficientemente grave para merecer atenção clínica específica. ¹⁷

4.1.5 Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica

O transtorno de compulsão alimentar é caracterizado por episódios recorrentes de compulsão alimentar sem o uso recorrente de comportamentos compensatórios para promover a perda ou evitar ganho de peso, sendo o transtorno de compulsão alimentar mais frequente nos Estados Unidos (1,6% das mulheres, 0,8% dos homens) e é mais prevalente entre pessoas que estão buscando tratamento para perder peso do que na população em geral. ^{2, 17}

A característica essencial do transtorno de compulsão alimentar são episódios recorrentes de compulsão alimentar que devem ocorrer, em média, ao menos uma vez por semana durante três meses, na ausência de comportamentos compensatórios para promover a perda ou evitar o ganho de peso, o TCAP geralmente é precedida por fatores desencadeantes emocionais, tais como humor depressivo, fatores estressores interpessoais, dieta restritiva e sentimentos negativos relacionados ao peso e forma corporal. A compulsão alimentar é caracterizada por um marcante sofrimento e esforço dos pacientes em tentar ocultar os sintomas alimentares e emocionais.¹⁷

O transtorno de compulsão alimentar periódica surgiu com o objetivo de

discrimina indivíduos obesos com compulsão daqueles sem a compulsão alimentar e dos bulímicos.²⁵ Se comparados com os indivíduos com bulimia nervosa, aqueles com o transtorno de compulsão alimentar são geralmente mais velhos e têm maior probabilidade de serem do sexo masculino, e o transtorno inicia-se mais tarde na vida.²

Na base de diagnóstico de TCAP estão os episódios recorrentes de compulsão alimentar, envolvem duas características principais: o excesso alimentar e a perda de controle.²⁵ Pacientes com este transtorno apresentam dificuldades para circunscrever os episódios de compulsão alimentar em virtude de não apresentarem o engajamento em métodos compensatórios subsequentes aos mesmo com a Bulimia Nervosa.²⁶ . Se comparados com os indivíduos com bulimia nervosa, aqueles com o transtorno de compulsão alimentar são geralmente mais velhos e têm maior probabilidade de serem do sexo masculino, e o transtorno inicia-se mais tarde na vida.²

Um episódio de compulsão alimentar é definido como a ingestão, em um período determinado, de uma quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria em um mesmo período de tempo sob circunstâncias semelhantes. Há sofrimento significativo e sensação de perda de controle sobre a ingestão alimentar durante os episódios. Um indicador da perda de controle é a incapacidade de evitar comer ou de parar de comer depois de ter começado.¹⁷

A compulsão alimentar geralmente é precedida por fatores desencadeantes emocionais, tais como humor depressivo, fatores estressores interpessoais, dieta restritiva e sentimentos negativos relacionados ao peso e forma corporal. A compulsão alimentar é caracterizada por um marcante sofrimento e esforço dos pacientes em tentar ocultar os sintomas alimentares e emocionais.¹⁷

O diagnóstico do TCAP está baseado em critérios quantitativos restritos, por exemplo, a frequência nas quais os episódios ocorrem, o que pode não levar em conta sujeitos com características semelhantes, mas que ainda não apresentam a frequência necessária para seu diagnóstico.¹⁹

Quadro 5 - Critérios diagnósticos para transtorno de compulsão alimentar segundo CID-11

Episódios frequentes e recorrentes de compulsão alimentar, uma vez por semana ou mais, em um período de vários meses.

Um episódio de compulsão alimentar é um período distinto de tempo no qual o indivíduo experimenta uma sensação subjetiva de perda de controle sobre o ato de comer, alimentando-se significativamente mais e de forma diferente do habitual, sentindo-se incapaz de parar de comer ou limitar o tipo ou a quantidade de comida ingerida.

A compulsão alimentar é percebida de forma muito desagradável e frequentemente é acompanhada de emoções negativas como culpa ou desgosto.

Os episódios de compulsão alimentar, diferentemente da bulimia nervosa, não são acompanhados regularmente de comportamentos compensatórios inapropriados que visam prevenir o ganho de peso, tais como autoindução de vômitos, uso inadequado de laxantes ou enemas e exercício físico intenso.

Fonte: (ICD-11 MMS) 2018 Version [Internet]

Quadro 6 - Critérios diagnósticos para transtorno de compulsão alimentar (TCA) segundo DSM-5

Episódios recorrentes de compulsão alimentar. Um episódio de compulsão alimentar é caracterizado pelos seguintes aspectos:

- Ingestão, em um período determinado (p. ex., em duas horas), de uma quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria no mesmo período sob circunstâncias semelhantes.
- Sensação de falta de controle sobre a ingestão durante o episódio (p. ex., sentimento de não conseguir parar de comer ou controlar o que e o quanto se está ingerindo).

Os episódios de compulsão alimentar estão associados a três (ou mais) dos seguintes aspectos:

- Comer mais rapidamente do que o normal.
- Comer até se sentir desconfortavelmente cheio.
- Comer grandes quantidades de alimento na ausência da sensação física de fome.
- Comer sozinho por vergonha do quanto se está comendo.
- Sentir-se desgostoso de si mesmo, deprimido ou muito culpado em seguida.

Sofrimento marcante em virtude da compulsão alimentar.

Os episódios de compulsão alimentar ocorrem, em média, ao menos uma vez por semana durante três meses.

A compulsão alimentar não está associada ao uso recorrente de comportamento compensatório inapropriado como na bulimia nervosa e não ocorre exclusivamente durante o curso de bulimia nervosa ou anorexia nervosa.

Especificar se:

- Em remissão parcial: depois de terem sido previamente satisfeitos todos os critérios de TCA, as compulsões alimentares ocorrem em uma frequência média inferior a um episódio por semana por um período de tempo sustentado.
- Em remissão completa: depois de terem sido previamente satisfeitos todos os critérios de TCA, nenhum dos critérios é mais satisfeito por um período de tempo sustentado.

Especificar a gravidade atual:

- Leve: 1 a 3 episódios de compulsão alimentar por semana.
- Moderada: 4 a 7 episódios de compulsão alimentar por semana.
- Grave: 8 a 13 episódios de compulsão alimentar por semana.
- Extrema: 14 ou mais episódios de compulsão alimentar por semana.

Fonte: (DSM-5). Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013

4.1.6 Transtornos Alimentares Não Especificados

Os transtornos alimentares não especificados, devem ser considerados diagnósticos quando o indivíduo tem sintomas de transtorno alimentar que são perturbadores ou que causam prejuízo, mas não satisfazem todos os critérios para um transtorno mais específico.² Esta categoria aplica-se a situações em que o indivíduo apresenta sintomas de transtorno alimentar clinicamente relevantes ou que causam impacto funcional e social, porém não satisfazem critérios dos transtornos anteriormente definidos.²⁷

Essa categoria de TA é utilizada quando o profissional da saúde opta por não especificar a razão pela qual os critérios não são preenchidos ou em situações em que não há informações suficientes para um diagnóstico mais preciso.²⁷

5. Relação entre a mídia social e os transtornos alimentares

5.1.1 Imagem Corporal

Os padrões estéticos são construções socioculturais que não podem ser examinadas sem os devidos referenciais temporais e espaciais. Conforme salientado por Williams e Germov (2000), a análise dos padrões estéticos deve considerar os antecedentes históricos relacionados ao controle social do corpo

feminino dentro do contexto de sociedades fortemente patriarcais, responsáveis por limitar a participação das mulheres na vida pública.¹⁹

A imagem corporal (IC), tem sido descrita como uma construção multidimensional que engloba a visão internalizada que se tem do próprio corpo.²⁸ Inclui percepções, pensamentos, sentimentos e atitudes relacionados aos aspectos físicos do corpo, como peso e forma, magreza e musculosidade, atletismo, atratividade sexual, função física e envelhecimento.²⁹

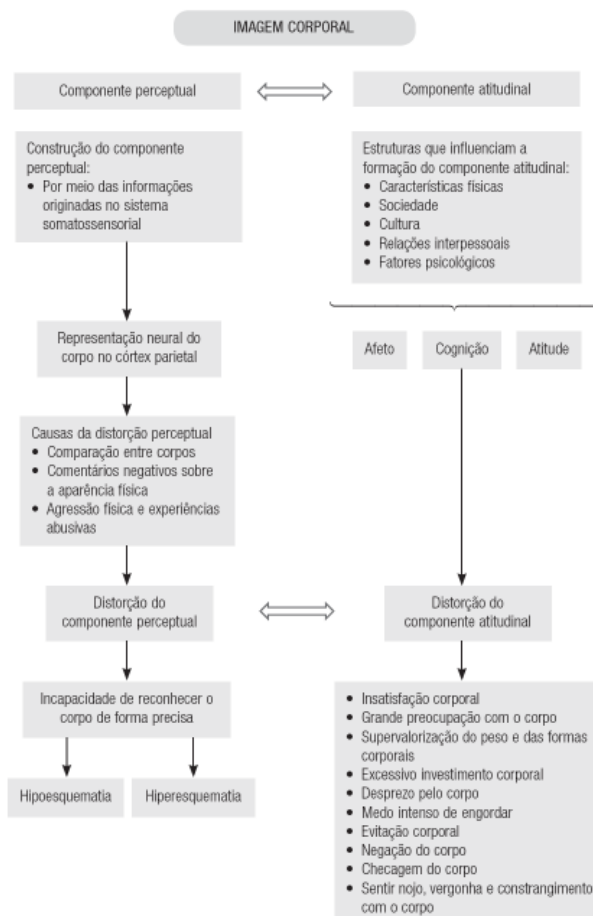
O corpo é o local de manifestação do sujeito e de seu psiquismo, de modo que toda vivência psíquica também é corporal. Por meio do corpo vivemos nosso cotidiano e processamos sensações, percepções, emoções, formas de se movimentar, expressar e comunicar. O corpo é singular e individual; assim, viver pressupõe apropriar-se de uma condição carnal que possibilite um compartilhamento social, ou seja, o comportamento nos dá existência e, simultaneamente, ocorre de acordo com o contexto no qual o sujeito se apresenta.²⁷

A influência na imagem corporal está relacionada a três fontes socioculturais de pressão de aparência: mídia, família e colegas. Dessas fontes, propõe-se que esses ideais sejam internalizados e o ideal de aparência se torne um objetivo ou valor pessoal ao qual aspirar. Isso contribui para um foco elevado na aparência e em particular, para um aumento na comparação corporal ascendente.^{31,32}

Conceituações de supervalorização de forma e peso dentro de modelos teóricos e formulações de tratamento normalmente se concentram na supervalorização do ideal de corpo magro e surgiram de pesquisas e observações clínicas com meninas e mulheres. No entanto, o controle geral de supervalorização da aparência provavelmente também tem relevância para homens e meninos.³⁰

Considerando-se que a IC é composta pela percepção do corpo, bem como pelo afeto, cognição e atitudes, as pessoas estão sempre lidando com a representação que cada sujeito construiu de si ao longo de seu desenvolvimento. Essa construção também sofre influências da dinâmica familiar e do tipo de destaque e concepção sócio-histórico-cultural do corpo. Portanto, compreendendo que o julgamento que se faz do corpo é ancorado na sensação que temos dele, questiona-se como ocorre a experiência da imagem do corpo nos TA, quando se sabe que nessas psicopatologias há uma perturbação da vivência corporal.²⁷

Figura 1 - Esquema ilustrativo da composição da imagem corporal.



Fonte: Alvarenga MDS, Editora Manole; 2020

5.1.2 Ditadura da Beleza

O termo “ditadura da beleza” engloba tanto a necessidade de todos serem belos, como uma definição única de belo, geralmente identificada como magreza, tônus musculares, juventude e cor da pele.¹⁹

Nas brilhantes palavras de Novaes e Vilhena (2003), se historicamente as mulheres preocupavam-se com sua beleza, hoje elas são responsáveis por ela. De dever social (se conseguir, melhor), a beleza tornou-se um dever moral (se quiser, eu consigo). O fracasso não se deve mais a uma impossibilidade mais ampla, mas a uma incapacidade individual.¹⁹

Em uma breve passagem pela história o padrão estético contemporâneo do corpo feminino, observa-se que a extrema magreza nem sempre foi ideal almejado,

embora a aparência física seja um elemento fundamental da imagem da mulher em diversas épocas e culturas. ¹⁹ A partir do século XIX, esse ideal começou a mudar, de modo que a magreza começou a ser considerada sinônimo de belo e a obesidade passou a ser vista de forma negativa. ¹⁹

Concomitantemente à adoção da magreza como sinônimo de beleza, proliferaram estudos que associam peso excessivo a risco de doenças cardiovasculares, complicações respiratórias e ortopédicas. A gordura, que antes era um ideal social, tratada como símbolo de prosperidade e fartura, passou a ser amplamente rejeitada, como um atributo marginal, desviante e estigmatizado na atual era de grande disponibilidade de alimentos. ¹⁹

Dentro da ditadura da beleza, está inserido a cultura da dieta, que ainda insiste na crença de que os nossos corpos são públicos, que os mesmos devem ser julgados e expostos, fazendo com que esqueçamos que nossos corpos, na verdade, são veículos que nos permitem vivenciar as melhores experiências e lutar por causas mais importantes. ³⁵

A escritora e feminista Naomi Wolf defende que uma cultura focada na magreza feminina não revela uma obsessão com a beleza feminina, mas com a obediência feminina, e ainda afirma que “fazer dieta é um sedativo político mais potente da história das mulheres; uma população passivamente insana pode ser controlada”. Dessa forma, a cultura da dieta, é uma forma de opressão, principalmente para as mulheres.

³⁵

5.1.3 Insatisfação Corporal

As ideias irreais de corpos propagadas pela mídia podem impactar negativamente o comportamento alimentar das pessoas. Estudos mostram que a simples exposição de pessoas a fotos de modelos padrão é um gatilho para distúrbios de imagem corporal, e contribuem para que uma pessoa desenvolva atitudes de um comer transtornado, ou até transtornos alimentares. ^{50, 51, 52}

A insatisfação corporal pode estar presente em homens e mulheres, meninos e meninas, embora a fonte de insatisfação corporal seja tipicamente diferente. Em mulheres e meninas a insatisfação corporal está geralmente ligada a preocupações

com o peso e forma, particularmente o desejo de ser mais magro, enquanto em homens e meninas, geralmente está relacionada a preocupações sobre ser insuficientemente magro ou musculoso.³⁰

Embora potencialmente presente em ambos os gêneros e em todas as fases da vida, incluindo a infância e a meia-idade, a insatisfação corporal desenvolve-se mais frequentemente na adolescência⁵³ e é mais prevalente em mulheres ou moças. Em uma pesquisa com adultos, insatisfação corporal moderada, acentuada foi relatada por 33,0% das mulheres de 15,2% dos homens.⁵⁴

Essa insatisfação relacionada ao corpo, está associada a angústia, qualidade de vida física e psicossocial prejudicada.⁵⁴ No qual, prediz o desenvolvimento de baixa autoestima e sintomas depressivos em conjunto com uma série de comportamentos não saudáveis para a mudança do corpo, para perda extrema de peso ou para construção muscular.⁵⁵

Além de um fator de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares, a insatisfação corporal e as experiências relacionadas constituem critérios diagnósticos fundamentais e sendo um dos maiores fatores de risco e melhor replicados para a Bulimia Nervosa (BN) e Anorexia Nervosa (AN).^{56,57}

A insatisfação corporal trás diretamente a relação com a auto objetificação, que consiste na internalização do olhar extremo sobre o próprio corpo, ocorrendo a partir das experiências do indivíduo na sociedade. Então os indivíduos aprendem internalizar a perspectiva de um observador sobre seu próprio corpo e avalia-lo em relação aos ideais sociais predominantes.⁵⁸

Essa auto objetificação leva à vergonha por causa do fracasso percebido em viver de acordo com o ideal de aparência social, e aumento de vigilância corporal, no que define a insatisfação corporal.⁵⁸

Os indivíduos raramente se percebem vivendo de acordo com os seus ideais ou atendendo aos padrões de metas de comparação, trazendo assim a insatisfação corporal.⁵⁹

5.1.4 Mídia e transtornos

A psicologia mostra que a autoestima das pessoas é suscetível à manipulação operada pela mídia: 'As mulheres também parecem ser mais facilmente manipuladas pelas imagens da mídia do que os homens, embora haja indícios de que a autoestima dos homens também é influenciada pelo que é retratado na mídia. ⁴⁴

O apelo à 'mídia' como uma das causas ou gatilhos dos transtornos alimentares não é novo; na verdade, talvez seja um dos primeiros argumentos populares para explicar a disseminação dos transtornos alimentares. Em 2000, a *British Medical Association* publicou um livreto chamado *Eating Disorders, body image and the media* ³³ no qual novamente sugeria que a mídia desempenha um papel significativo na causa dos transtornos alimentares em indivíduos vulneráveis, sugerindo que ser 'magro' significa ter sucesso.³⁴

O crescimento de sites de redes sociais, como *Facebook*, *Instagram*, aumentou a exposição aos ideais de magreza e boa forma, ^{36, 37, 38}. As mídias sociais são mais utilizadas do que qualquer outra mídia como meio de comunicação atual. Esses sites baseados na *internet* levaram os usuários criarem perfis pessoais e compartilhar, visualizar, comentar e 'curtir' conteúdo gerado por pares. ³⁹

A mídia desempenha um papel vital na formulação do que é atraente na sociedade, aumentando o ideal de beleza magra entre as mulheres sendo inatingível. ^{40, 41} Trazendo para os jovens a percepção de si, e com os ideais inseridos como se valorizam. ^{42, 43}

Quase 90% dos jovens entre 19 à 29 anos relataram ser usuários ativos de redes sociais e estarem continuamente expostos a diferentes conteúdos a imagens neste meio de comunicação. ⁴⁵ Os influenciadores são os novos modelos da mídia, que têm um impacto significativo nas últimas tendências e notícias que estes jovens estão seguindo. ⁴⁶

Relacionando aos estudos pelos pesquisadores também apontaram que como as mídias sociais e os influenciadores podem ter a chave para diminuir a insatisfação corporal e as preocupações com o corpo.⁴⁷ Sendo assim, as últimas publicações concluíram que a mídia social mais perigosa foi o Instagram, seguido pelo *Facebook* e *Twitter*. ⁴⁸

A influência da publicidade e da promoção dos ideais de magreza e músculos podem estar mais ligados à percepção que os jovens têm em relação ao corpo, dieta e mídias sociais. Com isso, a auto percepção molda lentamente a atratividade resultando em modificação da imagem corporal, insatisfação corporal e atitudes alimentares desordenadas, gerando assim transtornos alimentares. ⁴⁹

A mídia celebra as práticas restritivas e reformatórias, como cuidados saudáveis e invejáveis, culpando e ridicularizando aqueles que não as seguem, quando, na verdade, tais práticas transformam o corpo em réu, carrasco e vítima. Ele é réu na medida em que suas imperfeições e descontroles afastam seu “portador” da vida social; é carrasco, pois impõe práticas restritivas para reformá-lo e adequá-lo; e vítima, na medida em que sofre as consequências dessas mesmas práticas. ¹⁹

6. Papel do Nutricionista nos Transtornos Alimentares

Os transtornos alimentares são patologias complexas até mesmo pra realizar o tratamento, requer o monitoramento de todos os comportamentos que ative o transtorno a qual impede o paciente de continuar com o acompanhamento nutricional. Dificilmente o paciente aceita que precisa de fato tratar, por isso é de suma importância a participação de uma equipe multidisciplinar composta por médicos, nutricionista, psicólogos e terapeutas, além de todo o apoio da família. Dependendo do estado do paciente, uma internação pode ser necessária para que depois ele prossiga com o tratamento ambulatorial. ⁶⁰

O tratamento de indivíduos com TA, o atendimento nutricional é diferenciado, destoando do tratamento convencional, focado na prescrição dietética. Muitas vezes, esses pacientes buscam tratamento primeiramente com o profissional nutricionista, visando melhorar a alimentação ou por conta da insatisfação com o peso corporal ou obesidade. ⁶¹

Dessa forma, é fundamental que estes profissionais saibam reconhecer e abordar comportamentos relacionados aos TA. Essas enfermidades, quando diagnosticadas e tratadas precocemente, apresentam um melhor prognóstico, e dependendo do diagnóstico em questão, pode-se evitar o desenvolvimento da obesidade e diminuir a mortalidade. ⁶¹

A abordagem nutricional nos TA, além do foco nos alimentos, tem como meta principal o aconselhamento nutricional, atentando para as percepções e pensamentos do indivíduo em relação aos seus hábitos alimentares. ⁶²

O nutricionista tem um papel importantíssimo no diagnóstico de transtornos alimentares, pois através da avaliação nutricional poderá ser identificado comportamentos e sintomas relacionados à essas doenças, possibilitando assim, um diagnóstico mais preciso. ⁶³

O tratamento nutricional deve promover hábitos alimentares saudáveis, a cessação de comportamentos inadequados como consumo excessivo de alimentos ou restrição radical e a melhora na relação do paciente com o alimento que ele consome e o corpo dele. O tratamento de anorexia nervosa tem como objetivo reestabelecer o peso, normalizar o padrão alimentar, corrigir a percepção de peso e saciedade além de corrigir quaisquer sequelas biológicas provocadas pelo transtorno, o ganho de peso deve ser realizado de forma gradual, as deficiências de vitaminas e 10 minerais são mais raras nesta patologia. Na bulimia nervosa o tratamento o objetivo é cessar as compulsões, minimizar as restrições quanto a alimentação, regularizar com padrão a alimentação e corrigir deficiências nutricionais. ⁶⁴

5. Considerações Finais

Com a era das redes sociais atualmente, verifico que a mídia tem a capacidade de interferir na autoestima do indivíduo, conseqüentemente manipulando o corpo ideal. Para uma pessoa exposta e com muita frequência maior a imagens de corpos perfeitos, contribuindo para uma insatisfação corporal pessoal, sendo um dos maiores fatores para a predisposição de transtornos alimentares.

Assim, a rede social tem a capacidade de disseminar uma propaganda enganosa do corpo perfeito, projetado por *influencers* ou modelos que usam a meio social como trabalho.

O indivíduo que não se encaixa neste padrão corporal, começa a acreditar que o seu corpo é o errado e precisa de mudanças, colocando em peso o estigma do peso, começando com restrições alimentares excessivas ou comportamentos para a perda de peso.

Com o fácil acesso atual a informações sobre a alimentação e nutrição e suas conseqüências para a saúde humana dá origem a muitas crenças sem fundamentos científico, fazendo com que as pessoas acreditem em mentiras sobre a alimentação e dietas sem funcionalidade, trazendo decepções e frustrações pelo fato de a perda de peso não ocorrer.

A mídia não propaga somente crenças sobre a alimentação e nutrição, mas também é um forte veículo que dita padrões estéticos rígidos e inalcançáveis. A junção destes dois fatores é muito perigosa, pois além de cobrar indiretamente um indivíduo para termos uma alimentação saudável, com o objetivo de prevenir possíveis doenças, agora também é preciso haver a preocupação na alimentação para ter o corpo padrão, que pode mudar de tempos em tempos, mas sempre traz a associação a magreza.

A nutrição é a ciência dos alimentos, que são de conhecimento de Nutricionistas, nos quais são capacitados para atuar na prevenção, promoção e recuperação da saúde humana, planejando, executando e avaliando ações baseadas na ciência e na alimentação, evitando transtornos e desmistificando as crenças sobre a alimentação e peso.

Como não há uma causa específica responsável pelos TAs, relacionando-se a baixa autoestima, uma intervenção precoce em um diagnóstico com insatisfação corporal, pode assumir o papel ou como uma forma de prevenção de transtornos alimentares, como um tratamento terapêutico fundamental. Contudo a importância do diagnóstico gira em torno do acesso mais fácil e rápido ao tratamento psicológico e nutricional, evitando doenças correlatas aos transtornos alimentares.

O autoconhecimento e autocompaixão são a chave para incorporar hábitos alimentares mais saudáveis e duradouros, evitando pensamentos de dietas restritivas que já estão enraizadas para a perda de peso. O autoconhecimento traz a mensagem de que não se precisa amar o próprio corpo, mas é necessário aprender respeitá-lo.

Vale ressaltar que a autocrítica e auto depreciação não são boas formas de entender sobre a própria alimentação, levando o surgimento de emoções negativas, que refletem no comportamento de um transtorno alimentar, que reflete diretamente ao corpo.

A autocompaixão é um reconhecimento incrível de que o sentimento de inadequação e sofrimento, em erros ou qualquer tipo de fracasso faz parte do processo da vida, ou seja, as condições de viver. Assim, ter a consciência de angústias e do ser humano imperfeito que é um indivíduo traz um fator protetivo em relação ao perfeccionismo e cobrança, ficando cada vez mais longe da internalização do ideal de magreza e pressões.

Referencias

1. Marcus MD, Wildes JE. Obesity: is it a mental disorder? *Int J Eat Disord* 2009; 42: 739–53.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.
3. Shroff H, Thompson JK. The tripartite influence model of body image and eating disturbance: a replication with adolescent girls. *Body Image*. 2006;3:17-23.
4. Smink FR, van Hoeken D, Donker GA, Susser ES, Oldehinkel AJ, Hoek HW. Three decades of eating disorders in Dutch primary care: decreasing incidence of bulimia nervosa but not of anorexia nervosa. *Psychol Med* 2016; 46: 1189–96.
5. Micali N, Hagberg KW, Petersen I, Treasure JL. The incidence of eating disorders in the UK in 2000-2009: findings from the General Practice Research Database. *BMJ Open* 2013; 3: e002646.
6. Mitchison D, Mond J, Bussey K, et al. DSM-5 full syndrome, other specified, and unspecified eating disorders in Australian adolescents: prevalence and clinical significance. *Psychol Med* 2019; published online May 2. DOI:10.1017/S0033291719000898.
7. Solmi F, Hotopf M, Hatch SL, Treasure J, Micali N. Eating disorders in a multi-ethnic inner-city UK sample: prevalence, comorbidity and service use. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2016; 51: 369–81.
8. World Health Organization (WHO). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (ICD-11 MMS) 2018 Version* [Internet]. [cited 2019 Dec]. icd.who.int/browse11/l-m/em
9. Kaplan, H.I.; Sadock, B.J. & Grebb, J.A. (1997). *Compêndio de Psiquiatria*

7a edição. Porto Alegre: Artes Médicas

10. Cordás, T.A. (1993). Quando o Medo de Ficar Gordo Vira Doença: Anorexia e Bulimia. In: Cordás, T.A., et al. Fome de Cão (pp.17-28). São Paulo: Editora Maltese.

11. Lee S, Ho TP, Hsu LKG. Fat phobic and non-fat phobic anorexia nervosa: a comparative study of 70 chinese patients in Hong Kong. *Psychol Med* 1993;23:999-1017.

12. Cenci, M; Peres, K.G & Vasconcelos, F.A.G. (2009). Prevalência de comportamento bulímico e fatores associados em universitárias. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 36(3), 83- 88.

13. Meany G, Conceição E, Mitchell JE. Binge eating, binge eating disorder and loss of control eating: effects on weight outcomes after bariatric surgery. *Eur Eat Disord Rev.* 2014;22(2):87-91

14. NÓBREGA, F. J. Distúrbios da Nutrição: na infância e na adolescência. 2. ed. Rio de Janeiro: Livraria e Editora Revinter, 2007.

15. Iriart JAB, Chaves JC, Orleans RG de. Culto ao corpo e uso de anabolizantes entre praticantes de musculação. *Cad. Saúde Pública [Internet]*. 2009 [acesso em 16 jul 2022]; 25(4):773-782.

16. Vale, A.M.O., & Elias, L.R. (2011) Transtornos Alimentares: uma perspectiva analítico-comportamental. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 13 (1), 52-70.

17. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Feeding and eating disorders. In: AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM 5)*. 5. ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013, p.338-54.

18. [ADA] AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION. Position of the American Dietetic Association: Nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and other eating disorders. *J Am Diet Assoc*, v.106, p.2073-82, 2006.

19. Alvarenga M, Scagliusi FB, Philippi ST. *Nutrição e Transtornos Alimentares: Avaliação e Tratamento*. Editora Manole; 2011.

20. WADE, T.D.; TREASURE, J.; SCHMIDT, U.; FAIRBURN, C.G.; BYRNE, S.; ZIPFEL, S. et al. Comparative efficacy of pharmacological and non-pharmacological interventions for the acute treatment of adult outpatients with anorexia nervosa: study protocol for the systematic review and network meta-analysis of individual data. *J Eat Disord*, v.5, p.24, 2017.

21. KHALSA, S.S.; PORTNOFF, L.C.; MCCURDY-MCKINNON, D.; FEUSNER, J.D. What happens after treatment? A systematic review of relapse, remission, and recovery in anorexia nervosa. *J Eat Disord*, v.5, p.20, 2017.

22. Weinberg C. Avaliação crítica da evolução histórica do conceito de Anorexia Nervosa. 2004;[citado 2022 out. 07].

23. MITCHELL, J.E.; CROW, S. Medical complications of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Curr Opin Psychiatry*, v.19, p.438-43, 2006.

24. KACHANI, A.T.; CORDÁS, T.A. Da ópera-bufo ao caos nosológico: pica. *Rev Psiquiatr Clín*, v.36, p.162-9, 2009.

25. Pratt Em, Niego SH, Agras WS. Does the size of a binge matter? *Int J Eat Dis* 1998; 11:191-203.

26. Johnson WG, Boutelle KN, Torgrud L, Davig JP, Turner S. What is a binge? The influence of amount, duration, and loss of control criteria on judgments of binge eating. *Int J Eat Dis* 2000; 27:471-9.

- 27.** Alvarenga MDS, Dunker KLL, Philippi ST. Transtornos alimentares e nutrição: prevenção ao tratamento Editora Manole; 2020.
- 28.** Thompson JK, Heinberg LJ, Altabe M, et al. Exigindo a beleza: teoria, avaliação e tratamento do distúrbio da imagem corporal. Washington, DC: American Psychological Association; 1999.
- 29.** Grogan S. Imagem Corporal: compreendendo a insatisfação corporal em homens, mulheres e crianças. 3ª edição Abingdon (Reino Unido): Routledge; 2017.
- 30.** Fairburn CG. Terapia Cognitivo Comportamental e Transtornos Alimentares. Nova York: Guilvau; 2018.
- 31.** Rodgers RF, McLean AS, Paxton SJ. Relações longitudinais entre internalização do ideal midiático, comparação social entre pares e insatisfação corporal: implicações para o modelo de influência tripartite. *Dev Psychol* 2015; 51:706-13.
- 32.** Yamamiya Y, Shroff H, Thompson Jk. O modelo de influência tripartida de imagem corporal e distúrbio alimentar: uma replicação com uma amostra japonesa. *Int J Eat Dis ord* 2008;41:88-91.
- 33.** Associação Médica Britânica. Distúrbios Alimentares, imagem corporal e mídia. Londres: BMJ; 2000-5
- 34.** <https://web.bma.org.uk/pressrel.nsf/wall/784d03804fa98f41802568f50054326a?OpenDocument>. Emitido em 30 de maio de 2000. [Acessado em 14 de agosto de 2015].
- 35.** ANDREYEVA T, Puhl RM, Brownell KD. Changes in perceived weight

discrimination among Americans, 1995 – 1996 through 2004 – 2006. *Obesity* 2008; 16 (5) :1129 – 34.

36. Fardouly, J.; Vartanian, LR Comparações negativas sobre a própria aparência mediam a relação entre o uso do Facebook e as preocupações com a imagem corporal. *Imagem Corporal* 2015, 12, 82-88.

37. Cohen, R.; Newton-John, T.; Slater, A. 'Selfie'- objetificação: O papel das selfies na auto - objetificação e transtornos alimentares em mulheres jovens. *Computar. Zumbir. Comportamento* 2018, 79, 68-74.

38. Hummel, AC; Smith, AR Pergunte e você receberá: Desejo e recebimento de feedback via Facebook prevê problemas alimentares desordenados:

Comer desordenado do Facebook. *Int. J. Coma. Desordem.* 2015, 48, 436-442.

39. Eichler, A.; Heinrich, H.; Moll, GH; Beckmann, MW; Goecke, TW; Fasching, PA; Muschler, M – R.; Bouna- Pyrrou, P.; Lenz B.; Komhuber, J.

Relação de dígitos (2D:4D) e sintomas comportamentais em me nins em idade escolar primária. *Hum precoce. Dev.* 2018, 119, 1-7.

40. Festinger, L. Uma teoria dos processos de comparação social. *Zumbir. Rela.* 1954, 7, 117-140.

40. Powell, E.; Wang-Hall, J.; Bannister, JA; Colera, E.; Lopez, FG Segurança de anexos e comparações sociais como preditores das preocupações com a imagem corporal dos usuários do Pinterest. *Computar. Zumbir. Comportamento* 2018, 83, 221-229.

42. Garousi, S.; Garrusi, B.; Baneshi, MR; Sharifi, Z. Comportamentos de

controle de peso em uma amostra de iranianos Meninas adolescentes. *Corner. Distúrbio de Peso*. 2016, 21, 435-444.

43. Neumark-Sztainer, D.; Paredes, M.; Larson, NI; Eisenberg, ME; Loth, K. Dieta e comportamentos alimentares desordenados na adolescência à idade adulta jovem: Resultados de um estudo longitudinal de 10 anos. *Geléia. Dieta. Associação* 2011, 111, 1004-1011.

44. Ogden J. *A Psicologia da alimentação, do comportamento saudável ao desordenado*. Oxford: Blackwell; 2003: 90.

45. Rodgers, RF; Faure, K.; Charbrol, H. Diferenças de gênero nas influências parentais na insatisfação corporal do adolescente e na alimentação desordenada. *Sexo. Funções* 2009, 61, 837-849.

46. Rápido, VM; Byrd-bredbenner, C. Desordem alimentar, influenciadores de mídia sociocultural, imagem corporal e fatores psicológicos entre uma população racial/eticamente diversificada de mulheres universitárias. *Comer, Comportamento* 2014, 15, 37- 41.

47. Instagram reprime postagens de dieta e cirurgia plástica. *Tecnologia de notícias da BBC*. 19 de setembro de 2019.

Disponível online: <https://www.bbc.com/news/technology-49746065> (acesso em 25 de setembro de 2019).

48. Chae, J. Transformação virtual: o uso de selfies e mídias sociais aumenta a frequência de edição de selfies por meio de comparação social. *Computer. Zumbir. Comportamento* 2017, 66, 370-376.

49. O'Donnell, NH; Willoughby, JF Compartilhamento de fotos nas mídias

sociais para eHealth: analisando a eficácia da mensagem percebida de informações de saúde sexual no Instagram. *J. Vis. Comum. Med.* 2017, 40, 149-159.

50. APARICIO-MARTINEZ P, PEREA-MORENO AJ, MARTINEZ-JIMENEZ MP, Redel-Macías MD, PAGLIARI C, VAQUERO-ABELLAN M. Social Media, Thin-Ideal, Body Dissatisfaction and Disordered Eating Attitudes: An Exploratory Analysis. *Int J Environ Res Public Health.* 2019 Oct 29;16(21):4177. doi: 10.3390/ijerph16214177. PMID: 31671857; PMCID: PMC6861923.

51. GRIFFITHS S, MURRAY SB, KRUG I, MCLEAN SA. The Contribution of Social Media to Body Dissatisfaction, Eating Disorder Symptoms, and Anabolic Steroid Use Among Sexual Minority Men. *Cyberpsychol Behav Soc Netw.* 2018 Mar;21 (3):149-156. doi: 10.1089/cyber.2017.0375. Epub 2018 Jan 24. PMID: 29363993; PMCID:PMC5865626.

52. UCHOA FNM, UCHOA NM, DANIELE TADC, LUSTOSA RP, GAR-149RIDO ND, DEANA NE, ARANHA ÁCM, ALVES N. Influence of the Mass Media and Body Dissatisfaction on the Risk in Adolescents of Developing Eating Disorders. *Int J Environ Res Public Health.* 2019 Apr 29;16(9):1508. doi: 10.3390/ijerph16091508. PMID: 31035441; PMCID:PMC6540021.

53. Rohde P, Stice E, Marti CN. Desenvolvimento e efeitos preditivos de fatores de risco para transtornos alimentares durante a adolescência:

implicações para os esforços de prevenção. *Int J Eat Disord* 2015; 48: 187-98

54. Griffiths S, Hay P, Mitchison D, et al. Diferenças sexuais nas relações entre insatisfação corporal em meninas e meninos adolescentes: um estudo longitudinal de cinco anos. *Dev Psychol* 2006; 42:888-89.

55. Neumark-Sztainer D, Paxton SJ, Hannan PJ, et, al. A satisfação com o corpo importa? Associações longitudinais de cinco anos entre satisfação corporal e comportamentos de saúde em adolescentes do sexo feminino e masculino. *J Adolesc Health* 2006;39:244-51.

56. Thomas JJ, Hartmann AS, Killgore WDS. Transtornos Alimentares não gordo fóbicos: porque precisamos investigar associações implícitas e correlatos neurais. *Int J Eat Disord* 2013;46:416-9.

57. Stice E, Gau JM, Rohde P, et a. Fatores de risco que predizem o início do futuro de cada transtorno alimentar do DSM-5: especificado preditiva em adolescentes do sexo feminino de alto risco. *J Abnormal Psychol* 2017; 126:38-51.

58. Tiggemann M. Teoria da objetivação: de relevância para pesquisadores de transtornos alimentares e clínicos? *Clin Psychol* 2013; 17:35-45.

59. Rodger RF, McLean AS, Paxton SJ. Relações longitudinais entre internalização do ideal midiático, comparação social entre pares e insatisfação corporal: implicações para o modelo de influência tripartite. *Dev Psychol* 2015; 51:706-13.

60. WEIBERG, C. Anorexia e bulimia nervosa: o que são? Como tratar? Onde procurar ajuda? CEPPAN – Cybelle Weiberg de Estudos e Pesquisa em Psicanálise da Anorexia e Bulimia. São Paulo, 2009. Disponível em: <https://redeceppan.com.br/anorexia-e-bulimia-nervosa-o-que-saocomo-tratar->

