

RECOMENDAÇÕES NUTRICIONAIS PARA ANOREXIA NERVOSA: REVISÃO INTEGRATIVA

NUTRITIONAL RECOMMENDATIONS TO ANOREXIA NERVOSA: INTEGRATIVE REVIEW

Larissa Martins Silva¹, Thainná Dias Ferreira², Cesar Augusto Marton³,
Romano Deluque Júnior⁴, Lidiani Figueiredo Santana⁵

RESUMO

Introdução: Dentre as modalidades de Transtornos Alimentares (TA), a Anorexia Nervosa apresenta-se como um relevante problema para o campo da saúde pública. Estima-se que sua incidência seja, em mulheres, de 08 a cada 100 mil e, que sua prevalência esteja entre 0,5 e 3,7%, nessa mesma população. Atinge principalmente adolescentes, que reduzem a ingestão alimentar por um medo mórbido de engordar, chegando a graus extremos de caquexia, inanição e até a morte. **Objetivo:** Trazer, de maneira atualizada, por meio de uma revisão integrativa, o estado em que se encontra o tema das recomendações nutricionais para pacientes acometidos por Anorexia Nervosa. **Métodos:** Utilizou-se as seguintes bases de dados: SciELO; PubMed; e LILACS. Utilizou-se das palavras chaves “Transtornos Alimentares” e “Anorexia Nervosa” para esclarecimento e definição das doenças. Já para busca das condutas nutricionais, “Terapia Nutricional x Transtornos Alimentares” e “Terapia Nutricional x Anorexia Nervosa”. Foram selecionados 12 artigos para compor o *corpus* do presente trabalho. **Resultados:** Para ganho de peso de pacientes mal nutridos recomenda-se aumento de 500-700g/semana, e àqueles com desnutrição moderado recomenda-se 900-1300g/semana. Para prescrição energética foi encontrado recomendações entre 1000-1200kcal/dia, bem como usando 20-40kcal/kg em relação ao peso do paciente, com evolução calórica gradual, sendo entre 200-300kcal a cada 2-3 dias até atingir 70-100kcal/kg em peso do paciente/dia. **Conclusão:** Pacientes com anorexia necessitam de uma prescrição dietética hipercalórica, hiperproteica e de padronização na evolução da oferta alimentar para garantir o ganho de peso, bem como a avaliação dos exames laboratoriais periodicamente, para diagnóstico precoce de deficiências nutricionais.

Palavras-chave: Regime alimentar. Dietoterapia. Anorexia nervosa. Recomendações nutricionais.

ABSTRACT

Introduction: Among the eating disorders, Anorexia Nervosa presents itself as a relevant problem for the field of public health. It is estimated that its incidence is, in women, 08 per 100 thousand and that its prevalence is between 0.5 and 3.7%, in this same population. It mainly affects adolescents, who reduce food intake due to a morbid fear of gaining weight, reaching extreme degrees of cachexia, starvation and even death. **Objective:** To bring up to date, through an integrative review, the state of the nutritional recommendations for patients with Anorexia Nervosa. **Methods:** The following database was used: SciELO; PubMed; and LILACS. The keywords “Eating Disorders’ and “Anorexia Nervosa” were used to clarify and define diseases. As for the search for nutritional behaviors, “Nutritional Therapy x Eating Disorders’ and “Nutritional Therapy x Anorexia Nervosa”. Twelve articles were selected to compose the corpus of the present work. **Results and Discussion:** For weight gain in malnourished patients, an increase of 500-700g / week is recommended, and for those with moderate malnutrition, 900-1300g / week is recommended. For energy prescription recommendations were found between 1000-1200kcal / day, as well as using 20-40kcal / kg in relation to the patient's weight, with gradual caloric evolution, being between 200-300kcal every 2-3 days until reaching 70-100kcal / kg in patient weight / day. **Conclusion:** Patients with anorexia need a hypercaloric, hyperproteic dietary prescription and standardization in the evolution of the food supply to guarantee weight gain, as well as the evaluation of laboratory tests periodically, for early diagnosis of nutritional deficiencies.

Keywords: Food regime. Dietotherapy. Anorexia nervosa. Nutritional recommendations.

¹Faculdade Campo Grande (FCG), Campo Grande/Mato Grosso do Sul, Brasil. ORCID: 0000-0002-0338-8077. E-mail: laryssa-lms@hotmail.com.

²Faculdade Campo Grande (FCG), Campo Grande/Mato Grosso do Sul, Brasil. ORCID: 0000-0002-7827-084X. E-mail: thaynndias95@gmail.com

³Mestrando em Psicologia pela Universidade Católica Dom Bosco (UCDB); Pós-Graduando em Psicologia Positiva pela Faculdade Instituto Brasileiro de Coaching (IBC), Campo Grande/Mato Grosso do Sul, Brasil. ORCID: 0000-0002-5255-1272. E-mail: cmarton23@gmail.com

⁴Doutorando e Mestre em Psicologia pela Universidade Católica Dom Bosco (UCDB). Campo Grande/Mato Grosso do Sul, Brasil. ORCID: 0000-0003-0992-8043. E-mail: romanodeluque@gmail.com

⁵Doutoranda em Saúde pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) e Docente da Faculdade Campo Grande (FCG), Campo Grande/Mato Grosso do Sul, Brasil. ORCID: 0000-0001-9171-4698. E-mail: lidi_ifs@hotmail.com



INTRODUÇÃO

Os transtornos alimentares (TA) são descritos na literatura como transtornos mentais (CÂNDIDO; CARMO; PEREIRA, 2014; ALVARENGA *et al.*, 2015). Caracterizam-se por alterações graves do comportamento alimentar, além de disfunções no controle do peso e da forma do corpo, causando danos clínicos e psicológicos, além de impactos relacionados ao convívio social (ALVARENGA *et al.*, 2015). Afetam, pois, na sua maioria das vezes, “adolescentes e adultos jovens do sexo feminino, podendo originar prejuízos biológicos, psicológicos e aumento da morbidade e mortalidade” (CÂNDIDO; CARMO; PEREIRA, 2014 p. 173).

Os TA são, para os adolescentes do sexo feminino, a terceira modalidade de transtorno mental crônico mais comum, e embora os seus “efeitos fisiológicos e médicos sejam bem caracterizados, o seu impacto psicológico ainda é pouco compreendido” (TIRICO; STEFANO; BLAY, 2010 p. 431). Muitas das vezes, tais transtornos se relacionam com padrões de beleza impostos pela sociedade, que acabam por exercer relevante influência sobre as questões determinantes da autoimagem (SAIKALI *et al.*, 2004), e nesse sentido, as mídias (sociais e tradicionais), e os meios de comunicação em massa, exercem papel relevante na formação dessas compreensões (DELUQUE JÚNIOR; COSTA, 2020a).

É possível analisar os impactos de tais modalidades de transtorno mental na qualidade de vida relacionada à saúde dos indivíduos acometidos, a partir dos impactos e mudanças que lhes são acarretados nas várias esferas da vida cotidiana, como relacionamento interpessoal, permanência em emprego, intercorrência de sofrimento mental, dentre outras (ENGEL, *et al.*, 2009). E nessa esteira, um cuidado em saúde que se baseie em uma escuta humanizada se faz necessário (DELUQUE JÚNIOR; COSTA, 2020b)

Tratam-se, os TA, de síndromes cuja característica principal concentra-se na relação anormal do indivíduo com a alimentação, havendo preocupação excessiva com o peso, distorção da imagem corporal e um medo patológico de engordar (SCHMIDT; DA MATA, 2008). Dentre as modalidades de TAs. existentes, as mais comuns são: Anorexia e Bulimia Nervosa (DOYLE; BRYANT-WAUGH, 2000; SAIKALI *et al.*, 2004; NOGAL; LEWINSK, 2008). A primeira delas, foco do presente estudo, possui como especificidade a recusa na prática da alimentação e a insatisfação com o próprio corpo, bem como o medo excessivo do ganho de peso, de modo que a pessoa acaba por restringir intencionalmente o consumo de alimento, tendo uma ingestão alimentar aquém do necessário de calorias e nutrientes (BORGES *et al.*, 2006).

Descrita inicialmente por Richard Morton (1637–1698), a Anorexia Nervosa apresenta-se como um relevante problema para o campo da saúde pública. O transtorno atinge 8 a cada 100 mil mulheres e, sua incidência gira em torno de 0,5 e 3,7%, nessa mesma população (MANOCHIO *et al.*, 2018). Envolve a redução da ingestão alimentar a níveis críticos, com perda progressiva e desejada de peso (RIBEIRO; SANTOS; SANTOS, 1998). Em níveis críticos, pode levar a óbito. Em geral, a taxa de mortalidade é avaliada entre 5 e 8% (AGRAS *et al.*, 2004), mas cabe a ressalva de que a avaliação sobre incidência de sucesso ou fracasso no tratamento de pessoas com Anorexia Nervosa é uma tarefa complexa, até porque a grande maioria dos pacientes abandonam o tratamento logo após os primeiros sinais de melhora ou de ganho de peso (MANOCHIO *et al.*, 2018).

A Anorexia Nervosa inicia-se, em grande parte das vezes, com um jejum provocado pelo próprio indivíduo, onde não se consome alimentos calóricos e, depois de algum tempo, outros tipos de alimentos, ocasionando assim uma perda de peso substancial e a alteração significativa sobre a imagem corporal, sendo essa última, o principal sinal e

sintoma da doença (CORDÁS, 2004). Cordás, Salzano e Rios (2004) argumentam que o aumento do número de casos da anorexia nervosa se deve à melhora das formas de diagnóstico, a uma maior atenção voltada ao tema na investigação das manifestações dos sinais e sintomas, bem como ao conhecimento por parte dos profissionais da saúde (ROZENFELD; MATOS, 2007).

Alguns estudos apontam que as pessoas acometidas pela Anorexia Nervosa relatam “se sentirem prisioneiras da sociedade”, isso se relacionaria à uma obrigação subjetiva de possuir o corpo perfeito, pressionada por padrões de moda e beleza (CARRETEIRO, 2005; ATTIA; ROBERTO, 2009), seguiria-se, a partir daí castigos e gratificações em decorrência das alteridades emocionais de cada caso (CARRETEIRO, 2005).

Dentre as complicações clínicas que podem emergir em virtude do quadro de anorexia nervosa destacam-se: alterações metabólicas, como a hipercolesterolemia e a hipoglicemia; alterações endócrinas, onde a perda de peso influenciará na incidência de amenorréia; alterações ósseas e de crescimento, haja visto que a puberdade e a adolescência são períodos críticos para o desenvolvimento do esqueleto e, a desnutrição acarretada pela anorexia nervosa afeta a densidade mineral óssea; alterações hidroeletrólíticas como a hipocaliemia; alterações hematológicas como a anemia e a leucopenia; alterações cardiovasculares como a hipotensão arterial; e por fim alterações gastrointestinais, como a constipação e a dilatação gástrica em decorrência da realimentação abrupta (ASSUMPÇÃO; CABRAL, 2002; LOCK; FITZPATRICK, 2009).

A Anorexia Nervosa afeta, majoritariamente, o público feminino (92%) (MANOCHIO *et al.*, 2018), no entanto, a incidência no sexo masculino vem aumentando no gradativamente (MANOCHIO *et al.*, 2018; HUDSON *et al.*, 2007). Tem seu início, em geral, na adolescência, especificamente entre os 14 e os 20 anos (MANOCHIO *et al.*, 2018), e se trata de uma condição relativamente rara na população abaixo de 13 anos de idade (FAIRBURN; BOHN, 2005).

Segundo Mehanna *et al.* (2009), o tratamento para TA envolve uma abordagem multidisciplinar, com tratamento enfático na esfera psicossocial, que deve promover à pessoa do paciente o poder de colaborar com sua recuperação física e nutricional, alterando comportamentos e atitudes, e melhorando o funcionamento social.

Diante do exposto, propõe-se no presente estudo, a demonstrar os resultados de uma investigação literária na forma de uma revisão integrativa e, trazer de maneira atualizada, o estado em que se encontra o tema das recomendações nutricionais para pacientes acometidos de Anorexia Nervosa. Como pergunta norteadora tem-se: Quais as principais recomendações nutricionais para pacientes com Anorexia Nervosa são trazidas pelos autores do campo da nutrição e saúde, de 1999 a 2018.

MÉTODOS

Uma revisão integrativa possui o intuito de levantar pesquisas empíricas ou teóricas e, a partir delas se verificar, não só as linhas gerais de conclusão a respeito de determinado tema, mas ainda, a forma como esse mesmo tema tem sido tratado pela literatura. Nesse sentido, é relatada tal como um método de pesquisa desde 1980, possuindo a importante função de “reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada” (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008 p. 759), bem como a de contribuir para com a compreensão geral do tema investigado. A revisão integrativa como método de pesquisa possibilita a elaboração de uma síntese sobre o estado investigativo de uma determinada questão, e pode com isso, auxiliar a produção e o direcionamento de novas

pesquisas na área, bem como apontar lacunas que precisam ser preenchidas com novos estudos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A partir de uma ótica da atenção e cuidado em saúde, a revisão integrativa pode auxiliar para a compreensão de fenômenos já estudados sobre assuntos relacionados ao tema, de modo a apresentar o estado no qual se encontram as pesquisas sobre esse respectivo fenômeno. A revisão integrativa pode ainda contribuir junto à novos desenvolvimentos teóricos, bem como auxiliar na criação de práticas em saúde e políticas públicas.

Para o presente estudo, utilizou-se as seguintes base de dados: SciELO (Scientific Electronic Library Online), PubMed (da National Library of Medicine) e LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde).

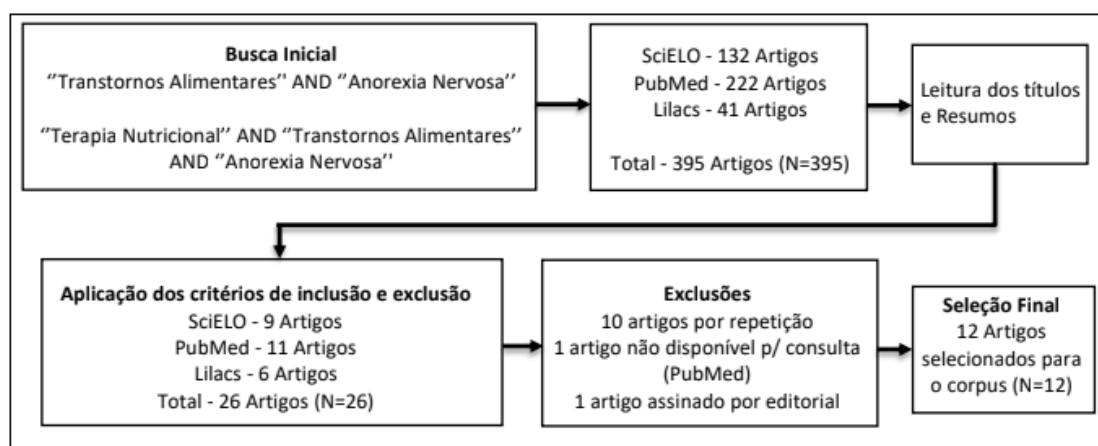
Como critério de inclusão se adotou: 1) artigos devidamente indexados em periódicos; 2) publicados entre os anos de 1999 e 2018; 3) publicados em língua portuguesa, espanhola, francesa ou inglesa; 4) estudos compostos por ensaios clínicos, randomizados ou não, estudos de caso, ensaios de discussão teórica, ou mesmo revisões de literatura que contemplassem o tema das diretrizes e recomendações alimentares para pessoas com Anorexia Nervosa.

Como critério de exclusão se adotou: 1) estudos como dissertações de mestrado e teses de doutorado, ou mesmo pertencentes a cartilhas informativas; 2) publicados fora do intervalo 1999-2018; 3) em língua estrangeira diferente das pré-estabelecidas; 4) estudos que contemplassem o tema, mas o faziam de maneira indireta ou demasiadamente superficial.

Não foram estabelecidos limites geográficos para a seleção dos estudos, de modo a abranger resultados em escala mundial. Estabelecidos os critérios acima, todos os estudos que se enquadraram foram selecionados.

O processo de busca ocorreu em março de 2019 utilizando-se das palavras chaves “Transtornos Alimentares” e “Anorexia Nervosa” para esclarecimento e definição das doenças, e para busca das condutas nutricionais “Terapia Nutricional x Transtornos Alimentares” e “Terapia Nutricional x Anorexia Nervosa”. Inicialmente, obteve-se os seguintes resultados: 1) SciELO - 132 artigos; 2) PubMed - 222 artigos; e 3) Lilacs - 41 artigos. Totalizando 395 artigos no total. Passou-se então, à leitura dos títulos e resumos para se proceder à respectiva seleção, conforme os critérios já apresentados.

Uma vez aplicado os critérios de inclusão e exclusão, os resultados refinados foram os seguintes: 1) SciELO - 9 artigos; 2) PubMed - 11 artigos; e 3) LILACS - 6 artigos. Totalizando assim, 26 artigos selecionados. Notou-se na leitura dos resumos que haviam repetições, sobretudo entre LILACS e SciELO (7). Também foram encontradas repetições entre SciELO e PubMed (2), entre PubMed e LILACS (2) e ainda, um estudo que se repetiu nas três bases de dados. O total passou então a ser 14 artigos então selecionados. Passou-se então, à leitura dos textos completos.

Figura 1 – Processo de Busca e Seleção dos Resultados

Fonte: Elaborada pelos próprios autores.

Procedendo-se à leitura dos textos completos fora observado que 1 deles não estava disponível para consulta pública (PubMed) e outro texto (LILACS) se tratava de um artigo assinado pelo editorial. Ambos foram excluídos. O processo de seleção está representado na figura 1. A leitura dos textos e o processo de seleção foi realizado de forma manual pelos 2 primeiros autores, sendo os mesmos lidos um a um. Não foram utilizadas ferramentas digitais para categorização e análise dos resultados.

Por fim, artigos (N=12) foram selecionados para compor o *corpus* do presente trabalho, sendo suas informações categorizadas, avaliadas e sintetizadas. As categorias de análise se apresentam da seguinte forma: ano de publicação e autoria; tamanho e características das amostras; país em foco; metodologia do estudo; objetivos do estudo; principais resultados conclusões. Essas estão representadas no Quadro 1. Um resumo das recomendações nutricionais trazidas pelos estudos selecionados está representado no Quadro 2.

RESULTADOS

Todos os estudos que se enquadraram nos critérios de inclusão e exclusão foram selecionados, não tendo sido feita exclusão alguma em virtude de componente geográfico. O estudo resultou em doze trabalhos selecionados (n=12), sendo que todos atenderam os pré-requisitos relacionados aos critérios de inclusão e exclusão. Todos os estudos foram publicados dentro do intervalo do ano de 1999 a 2018. O ano de 2009 foi o que obteve o maior número de publicações, com 25% (n=3). Em seguida têm-se 2012 e 2010 com 17% (n=2), e por fim, 1999, 2004, 2008, 2001 e 2005, cada um com 8,5% (n=1) do total dos estudos selecionados.

No total, 32 autores participaram da produção de 12 trabalhos, sendo uma média de 2,7 autores para cada um deles. Todos os autores figuraram em apenas um dos estudos selecionados, não havendo dessa forma, repetição de autores em mais de um estudo. Relacionando os estudos selecionados (n=12) com os países onde cada um deles se concentrou, o Brasil e a Inglaterra aparecem na primeira posição, cada um com 25% das publicações (n=3), França em segundo com 17% (n=2) e, por último, Suíça, EUA, Itália e Espanha com 8,5% (n=1) dos trabalhos publicado.

Dos artigos selecionados (n=12), a maioria fora publicado em língua inglesa (n=10), seguido pela portuguesa (n=2) e, por último, espanhola (n=1). Analisando as características metodológicas de cada um dos trabalhos selecionados (n=12), notou-se que 66% deles (n=8) utilizaram-se de revisões de literatura em suas pesquisas, já estudos

sobre a realização de ensaios clínicos foram minoria, com 25% (n=3). Um último estudo apresentou pesquisa exclusivamente teórico-bibliográfica 8,5% (n=1).

Quadro 1 - Artigos do *corpus* - por autoria e ano de publicação; tamanho e características das amostras; metodologia do estudo; objetivos do estudo; principais resultados e conclusões.

(continua)

Nº	Autoria e ano	Tamanho e característica das amostras	Metodologia do estudo	Objetivos do estudo	Principais resultados e conclusões
1	JÁUREGUI-LOBERA; BOLAÑOS-RÍOS, 2012	15 Artigos selecionados para o <i>corpus</i> .	Revisão de literatura sem caráter de revisão sistemática ou metanálise.	Revisar os aspectos dietético-nutricionais do tratamento da anorexia nervosa, enfatizando as tarefas e os padrões necessários a serem prestados por nutricionistas no contexto de uma equipe interdisciplinar.	Para a Anorexia Nervosa, a alimentação oral, progressiva e monitorada é preferível. Alimentação suplementar e artificial deverá ser pautada sob condições específicas que ensejem o seu uso. Em todos os casos, a Síndrome da Realimentação deve ser levada em consideração. Quanto à alimentação forçada, ela só deve ser indicada em casos particularmente graves, devido à sua evolução, estado nutricional e complicações psiquiátricas e / ou médicas.
2	GENTILE et al., 2010	33 pacientes internados com NA, com idade de 22,8±7,6 anos (±DP) e índice de massa corporal inicial ≤12 kg/m ² .	Ensaio clínico com foco em reabilitação nutricional.	Descrever a experiência com a correção gradual da desnutrição extrema em pacientes com AN, a fim de reduzir, além da morbimortalidade, também os potenciais efeitos colaterais da realimentação	Trinta e três pacientes do sexo feminino, o IMC médio aumentou de 11,3 ± 0,7 Kg / m ² para 13,5 ± 1 Kg / m ² , e o peso corporal médio de 29,1 ± 3,2 Kg para 34,5 ± 3,3 Kg, após 60 dias de internação intensiva. O suporte nutricional foi iniciado com alimentação nasogástrica temporária em 30 pacientes e com suplementação oral em 3 pacientes. Suplementos de vitaminas, potássio e fosfato foram administrados durante a realimentação. Todos os pacientes alcançaram um aumento significativo no peso corporal, nenhum desenvolveu síndrome de realimentação no que diz respeito às investigações laboratoriais e clínicas.
3	COCKFIELD et al., 2009	25 Artigos selecionados para o <i>corpus</i> .	Revisão de literatura sem caráter de revisão sistemática ou metanálise.	Revisar forma de avaliação antropométrica e os aspectos dietético-nutricionais do tratamento da anorexia nervosa, o atendimento prestado por nutricionista no contexto de uma equipe interdisciplinar.	A restauração do peso está associada a uma forte diminuição nos sintomas cognitivos e é considerado essencial para psicoterapia eficaz. A nutrição apoiada é o tratamento de escolha para anorexia nervosa a realimentação não deve ser realizada sem suporte psicológico adequado e requer uma equipe multidisciplinar.

(continuação)

Nº	Autoria e ano	Tamanho e característica das amostras	Metodologia do estudo	Objetivos do estudo	Principais resultados e conclusões
4	FRANCA et al., 2005	20 Artigos selecionados para o <i>corpus</i>	Revisão de literatura	Identificação da Síndrome da Realimentação na AN e quais micronutrientes dever ser acompanhados com maior atenção	Antes da realimentação, os distúrbios hidroeletrolíticos e o volume circulatório devem ser especialmente corrigidos. Esta conduta, apesar de retardar o início da Terapia Nutricional, pode vir a prevenir complicações dentro das primeiras 12 a 24 horas. Algumas recomendações para o início da realimentação é buscar estabelecer as calorias pela fórmula de Harris Benedict, utilizando o peso atual do paciente ou por calorimetria indireta. A introdução de energia deve ser gradual, alcançando-se o VET num período de 5 a 7 dias. A glicose deve ser introduzida inicialmente a 2 mg/kg/min (150 a 200g/dia). Já o lipídeo deve atingir 20 a 30 % das calorias não protéicas. As proteínas entre 1,2 a 1,5g ptn/kg/dia em pacientes com funções renal e hepática preservada. Entre os micronutrientes, o sódio recomendam-se 30 a 60 mEq/dia principalmente em pacientes com doenças cardiopulmonares, fósforo só é necessário se o fósforo plasmático for menor que 0,30mMol/l ou se o paciente for sintomático. O potássio a reposição inicial deve ser de 80 a 120 mEq/dia ou 3120 a 4680 mg/dia. Magnésio preconiza-se 0,5 mEq por 1 g de nitrogênio usado para síntese protéica. Sendo que a suplementação de tiamina (vitamina B1) deve ser iniciada 30 minutos antes da realimentação com 50 a 250 mg desta por 3 a 5 dias.
5	LOCK et al., 2009	14 meninas com anorexia nervosa, tipo restritivo foram acompanhadas de acordo com a oferta calórica e o ganho de peso.	Ensaio Clínico Randomizado	Identificar qual recomendação calórica garante restabelecimento do estado nutricional sem manifestar a síndrome da realimentação.	Verificou-se que iniciar a oferta energética com pelo menos 1000kcal/dia, e aumentar gradualmente até atingir pelo menos 30kcal/kg do peso ao dia, proporcionou ganho de peso significativo e melhor resposta ao tratamento.

(continuação)

Nº	Autoria e ano	Tamanho e característica das amostras	Metodologia do estudo	Objetivos do estudo	Principais resultados e conclusões
6	MEHLER et al., 2001	Foram selecionados 10 artigos para o <i>corpus</i>	Revisão de literatura sem caráter de revisão sistemática ou metanálise.	Buscar um consenso no valor energético total estabelecido para tratamento de NA em pacientes graves.	Restauração de peso iniciando-se com valor energético total (VET) não inferior a 1000-1200 Kcal/dia ou 30-40Kcal/Kg de peso/dia, e erradicação do estado de fome permitem a melhora cognitiva necessária para que os pacientes participem do tratamento individual, em grupo e familiar. Uma equipe multidisciplinar e diligente abordagem que inclui um interno, bem versado nas complicações médicas, juntamente com um nutricionista e um profissional de saúde mental, é necessária para melhorar com sucesso o profundo sofrimento neste grupo de pacientes jovens.
7	SIQUEIRA et al., 2012	Foram selecionados 10 artigos para o <i>corpus</i>	Revisão de literatura sem caráter de revisão sistemática ou metanálise	Buscar as recomendações nutricionais para NA publicado nos últimos 10 anos.	A Terapia Nutricional descrita na literatura para AN relata que doentes severamente mal nutridos preconizam-se um aumento de 500-700 grama por semana e em casos de desnutrição moderado este ganho pode atingir 900-1300 grama por semana. Deve-se usar 20Kcal/kg/dia ou 1000kcal/dia inicialmente. A introdução de energia deve ser gradual, alcançando se o VET num período de 5 a 7 dias. Carboidratos 2 mg/kg/min (150 a 200g/dia). Lipídeo deve atingir 20 a 30 % das calorias não protéicas. E Proteínas entre 1,2 a 1,5g ptn/kg/dia em pacientes com funções renal e hepática preservada. Entre os micronutrientes, o sódio recomendam-se 30 a 60 mEq/dia, e fósforo só é necessário se o fósforo plasmático for menor que 0,30mMol/l ou se o paciente for sintomático. O potássio deve ser de 80 a 120 mEq/dia ou 3120 a 4680 mg/dia. Magnésio preconiza-se 0,5 mEq por 1 g de nitrogênio usado para síntese protéica. Sendo que a suplementação de vitamina A, E, D e riboflavina, bem como da tiamina (vitamina B1) que deve ser iniciada 30 minutos antes da realimentação com 50 a 250 mg desta por 3 a 5 dias.
8	SANTÉ, 2010	Foram selecionados 347 artigos para o <i>corpus</i>	Revisão de literatura sem caráter de revisão sistemática ou metanálise	Criar protocolo para identificação da anorexia nervosa mais precoce e garantir o suporte nutricional adequado	Faz-se necessário suplementação de vitamina A, E, D e riboflavina, bem como da tiamina (vitamina B1) que deve ser iniciada 30 minutos antes da realimentação com 50 a 250 mg desta por 3 a 5 dias.

(conclusão)

Nº	Autoria e ano	Tamanho e característica das amostras	Metodologia do estudo	Objetivos do estudo	Principais resultados e conclusões
9	TRESLEY et al., 2008	Relato de caso, homem branco, com AN servera.	Estudo teórico na forma de ensaio.	Aplicar metodologias propostas para determinação de condutas nutricionais estruturadas	Dentre os resultados encontrados que demonstraram melhora no estado nutricional do paciente, foi identificado que o aumento gradual de calorias, ou seja, 200-250kcal em cada 2-3 dias, mostrou eficiente. Prescrição proteica entre 1,0-1,5 grama de proteína/Kg de peso/dia. E a prescrição de líquidos, sendo água até 800-1000ml/dia, no início do tratamento.
10	LATTERZA, 2004	Foram selecionados 10 artigos para o <i>corpus</i>	Revisão de literatura sem caráter de revisão sistemática ou metanálise	Tratamento nutricional nos transtornos alimentares	Recomenda-se aumentar gradualmente o peso do paciente, e em casos de desnutrição moderado este ganho pode atingir 900-1300 grama por semana. No caso da ingestão energética, recomenda-se que não seja inferior a 1000-1200 Kcal/dia ou 30-40Kcal/Kg de peso/dia, podendo atingir 70-100kcal/Kg de peso/dia. Com relação aos micronutrientes, o cálcio recomenda-se atingir entre 1.000 a 2.000 mg/dia, e suplementar vitaminas A, E, D e riboflavina.
11	CAPO-CHICHI et al., 1999	Dezessete meninas adolescentes com anorexia nervosa e dezessete meninas saudáveis pareadas por idade suplementadas vitaminas A, E, D e riboflavina.	Ensaio Clínico com foco em realimentação	O objetivo foi examinar o efeito da desnutrição e baixas concentrações de hormônio tireoidiano no metabolismo da riboflavina plasmática e eritrocitária e sua relação com a excreção urinária de ácido orgânico.	As baixas concentrações de triiodotironina observadas na anorexia nervosa podem alterar a extensão da conversão de riboflavina em cofatores, levando a altas concentrações de riboflavina eritrocitária, baixas concentrações plasmáticas de flavina adenina dinucleotídeo e altas taxas de ácido etilmalônico e excreção de isovalerilglicina. Fazendo então necessário a suplementação de suplementar vitaminas A, E, D e riboflavina.
12	MEHANNA et al., 2009	15 Artigos selecionados para o <i>corpus</i> .	Revisão de literatura sem caráter de revisão sistemática ou metanálise.	Revise a literatura para obter as melhores evidências e diretrizes disponíveis sobre a síndrome da realimentação no AN	A identificação e reposição de minerais garante que não aconteça a síndrome de realimentação, sendo assim recomenda-se atentar-se aos valores de sódio (0,4 mmol/Kg de peso/dia), fósforo (0,3-0,6 mmol/Kg de peso/dia), potássio (2-4 mmol/Kg de peso/dia)

Fonte: Elaborada pelos próprios autores.

Segundo Fleitlich, Cortázar e Goodman (2000), uma das principais consequências da Anorexia Nervosa é a desnutrição, assim sendo, faz-se necessário proceder em um tratamento dietoterápico levando-se em consideração as matrizes de perda de peso, para assim realizar a prescrição calórica adequadamente.

De acordo com alguns dos estudos selecionados, quando há manifestação de desnutrição severa, é indicado o aumento ponderal de 500 a 700 g/semana para obter-se um ganho de peso gradativo (COCKFIELD; PHILPOT, 2009; CAPO-CHICHI *et al.*, 1999; GENTILE *et al.*, 2010, JAUREGUI; BOLANOS, 2012; SIQUEIRA; OLIVEIRA, 2012). Deste modo, para garantir que o ganho de peso aconteça adequadamente, é indicado acrescentar de 200 – 250 kcal a cada 2 a 3 dias (TRESLEY; SHEEAN, 2008).

No estudo de Mehler e Crews (2001), descreve-se que o aumento de 200 a 300 kcal em cada 3 a 4 dias é recomendado conforme determinado pela resposta individual de ganho de peso. Borges *et al.* (2011) sugerem o fornecimento energético inicial progressivo com 20 kcal/kg de peso atual/dia ou 10 kcal/kg de peso atual/dia para pacientes muito desnutridos.

O aumento gradual pode reduzir a ansiedade quanto ao ganho de peso permitindo que o trato gastrointestinal se adapte à realimentação, garantindo assim, a prescrição dietoterápica com 30 – 40 kcal/kg/dia, avaliando-se sempre de perto, para que não se atinja valor energético total inferior à 1200 kcal/dia (COCKFIELD; PHILPOT, 2009; JAUREGUI; BOLANOS, 2012; LATTERZA *et al.*, 2004; LOCK; FITZPATRICK, 2009; MEHLER; CREWS, 2001, SIQUEIRA; OLIVEIRA, 2012), até mesmo pelo fato das recomendações de macronutrientes serem iguais às recomendadas para pessoas saudáveis.

Em casos de pacientes que se apresentam em quadro de desnutrição moderada, a indicação é de 900 a 1300 g/semana, aumentando gradativamente (FRANCA; SILVA, 2006; LATTERZA, *et al.*, 2004; SIQUEIRA; OLIVEIRA, 2012), com o objetivo de atingir 70 – 100 kcal/kg/dia e assim obter resposta adequada ao tratamento (BOITANO *et al.*, 2010; LATTERZA *et al.*, 2004; SIQUEIRA; OLIVEIRA, 2012).

Com relação aos macronutrientes, os autores indicam a presença de melhores resultados em relação à proteína, com prescrição entre 1,0 – 1,5 gramas/Kg de peso/dia em pacientes com funções renal e hepática preservadas, pois o excesso de amônia e ureia excretadas compromete a função renal; e o excesso de proteína no fígado aumenta a produção de gordura devido à quebra das moléculas de proteína para a produção de energia, podendo ser um risco para quem já apresenta problemas hepáticos (FRANCA; SILVA, 2006; TRESLEY; SHEEAN, 2008).

Já em relação à quantidade de lipídeos das calorias não proteicas, é indicada prescrição entre 20 – 30%. Quanto aos glicídios administra-se, inicialmente, 2mg/Kg de peso/dia, ou seja, (150 – 200g/dia) divididas em 3 refeições principais e 2 lanches nos intervalos (FRANCA; SILVA, 2005).

Segundo Tresley e Sheean (2008), e Franca e Silva (2005), para não haver sobrecarga de líquidos, a restrição de água no início do tratamento é indicado que seja de até 800-1000 ml/dia, indica-se ainda, dieta com baixo teor de sódio (30 a 60 mEq/dia) pelo fato do excesso de sódio favorecer a retenção de líquido, causando edemas e desfavorecendo o tratamento.

Quadro 2 - Recomendações nutricionais para tratamento dietoterápico ao paciente com Anorexia Nervosa.

Objetivos do tratamento dietoterápico	Recomendações
Aumento ponderal	Doentes severamente mal nutridos, preconiza-se um aumento de 500/700 gramas por semana ^{1; 2; 3; 7; 11} . Desnutrição moderada, este ganho pode atingir 900/1300 gramas por semana ^{7; 10} .
Ingestão energética	Iniciando-se com valor energético total (VET) não inferior a 1000/1200 Kcal/dia ou 30/40 Kcal de peso/dia ^{1; 2; 3; 5} . Aumento de 200/250 Kcal em cada 2/3 dias ⁹ . Até atingir 70/100 Kcal de peso/dia ^{7; 10} .
Macronutrientes	Proteínas: 1/1,5 grama de proteína/Kg de peso/dia ^{4; 9} . Lipídios: 20 a 30% das calorias não protéicas ⁴ . Carboidratos: 2mg/Kg de peso/minuto (150/200 g/dia) ⁴ .
Líquidos	Restrição de água até 800/1000 ml/dia, no início do tratamento ^{4; 9} .
Sódio	30 a 60 mEq/dia, principalmente em pacientes com doenças cardiopulmonares ⁴ .
Magnésio	0,4 mmol/Kg de peso/dia ¹² .
Fósforo	0,3/0,6 mmol/Kg de peso/dia ¹² .
Potássio	2/4 mmol/Kg de peso/dia e, em caso de hipocaliemia, esta deve ser corrigida pela administração de 20 mmol/hora ^{4; 12} .
Cálcio	1000 a 2000 mg/dia ¹⁰ .
Vitaminas	Suplementação de vitaminas A, E, D e riboflavina ^{7; 8; 10; 11} . Suplementação de 200/300 mg de tiamina diariamente ^{7; 11} .
¹ JAUREGUI; BOLANOS, 2012; ² GENTILE et al. 2010; ³ COCKFIELD; PHILPOT, 2009; ⁴ FRANCA; SILVA, 2006; ⁵ LOCK; FITZPATRICK, 2004; ⁶ MEHLER; CREWS, 2001; ⁷ SIQUEIRA; OLIVEIRA, 2012; ⁸ SANTÉ, 2010; ⁹ TRESLEY; SHEEAN, 2008; ¹⁰ LATTERZA et al. 2004; ¹¹ CAPO-CHICHI et al. 1999; ¹² MEHANNA et al. 2009. Fonte: Elaborado pelos autores.	

Além da perda de peso ponderal, a deficiência nutricional com relação aos micronutrientes é manifestada na maioria dos casos, destacando-se zinco, vitamina D e cálcio, fazendo necessário em alguns casos, a suplementação e monitoramento para que sejam administrados conforme as necessidades individuais de cada paciente ao longo da terapia nutricional (MOSES *et al.*, 2015).

A deficiência do zinco é muito frequente em pacientes com anorexia nervosa, já que estes pacientes têm a ingestão alimentar reduzida, com baixo teor de zinco, por exemplo. A sua suplementação promove ganho de peso, redução da ansiedade e alívio de sintomas depressivos (MOSES *et al.*, 2015).

O estudo de Franca e Silva (2005), recomenda a suplementação de sódio de 30 a 60m Eq/dia, com atenção a pacientes com problemas cardiopulmonares em consequência da alteração na bomba sódio/potássio do potencial de ação de membrana, alterando o ciclo cardíaco; e o potássio de 2-4 mmol/Kg de peso/dia, necessitando correção de 20 mmol/hora em caso de hipocaliemia para prevenção de posterior hipotensão. (FRANCA; SILVA, 2005, MEHANNA *et al.*, 2009).

O padrão dietético dos pacientes anoréxicos é de uma ingestão alimentar baixa em calorias e nutrientes, sendo assim, é importante o uso de multivitamínicos no processo de realimentação visto que, é comum a deficiência de vitaminas A, E, D e riboflavina (CAPO-CHICHI et al., 1999; LATTERZA et al., 2004, SANTÉ, 2012, SIQUEIRA; OLIVEIRA, 2012). Reiter e Graves (2010) descreve que a recomendação de vitamina D é uma dose de 1.000 UI (25 mcg) por dia para manter os níveis normais de vitamina D e, que em casos de deficiência, as doses podem ser elevadas.

Já Franca e Silva (2005) e Mehanna et al. (2009) defendem a vantagem da suplementação oral diária de 200-300mg de tiamina no processo de realimentação, já que a deficiência deste micronutriente pode levar à síndrome de *Wernicke-Korsakoff*, que traz consigo a perda de memória, ou mesmo, à outras doenças mentais.

Mehanna et al. (2009) recomenda 0,4 mmol/kg/dia de magnésio para que a deficiência não favoreça complicações neuromusculares, e 0,3 - 0,6 mmol/kg/dia de fósforo quando em fase de realimentação facilitando armazenamento de energia, contribuindo diretamente na metabolização do carboidrato e metabolismo muscular.

Por fim, Latterza et al. (2004) demonstram a eficácia da suplementação de 1000 a 2000 mg/dia de cálcio na redução da osteopenia causada pela perda de massa óssea, o que é muito comum em pacientes anoréxicos.

CONCLUSÃO

Pacientes com anorexia nervosa, segundo as recomendações encontradas na literatura, necessitam receber uma dieta hipercalórica e hiperproteica, atentando-se a padronização na evolução da oferta alimentar de maneira gradual e eficaz, garantindo assim o ganho de peso ponderal, restabelecer o estado nutricional, e qualidade de vida do paciente. Bem como a necessidade de avaliação periódica dos exames bioquímicos para averiguar precocemente deficiências de vitaminas, minerais e desidratação.

No entanto faz-se necessários mais estudos que demonstrem a importância da intervenção nutricional precoce e estruturada, para não apenas garantir rápida recuperação, mas ainda, a qualidade de vida pós recuperação da doença.

REFERÊNCIAS

- AGRAS, Stewart et al. Report of the National Institutes of Health workshop on overcoming barriers to treatment research in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, v. 35, n. 4, p. 509-521, 2004.
- ALVARENGA, Marle et al. **Nutrição comportamental**. Barueri: Editora Manole, 2015.
- ASSUMPÇÃO, Carmen Leal de; CABRAL, Mônica D. Complicações clínicas da anorexia nervosa e bulimia nervosa. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, v. 24, supl. 3, p. 29-33, dez. 2002.
- ATTIA, Evelyn; ROBERTO, Christina A. Should amenorrhea be a diagnostic criterion for anorexia nervosa?. *International Journal of Eating Disorders*, v. 42, n. 7, p. 581-589, 2009.
- BOITANO, Megan et al. Improving the safety and effectiveness of parenteral nutrition: results of a quality improvement collaboration. *Nutrition in clinical practice*, v. 25, n. 6, p. 663-671, 2010.
- BORGES, Nádia Juliana Beraldo Goulart et al. Transtornos alimentares-quadro clínico. *Medicina (Ribeirão Preto)*, v. 39, n. 3, p. 340-348, 2006
- BORGES, Viviane Chaer et al. Terapia Nutricional no Paciente com Transtornos alimentares. **Projeto Diretrizes**, cap. 5, p. 9, set. 2011.

- CARRETEIRO, Teresa Cristina. Corpo e contemporaneidade. **Psicologia em revista**, v. 11, n. 17, p. 62-76, 2005.
- CÂNDIDO, Ana Paula Carlos; CARMO, Cristiane Costa; PEREIRA, Priscila Moreira. Transtornos Alimentares: uma revisão dos aspectos etiológicos e das principais complicações clínicas. **HU Revista**, v. 40, n. 3 e 4, 2014.
- CAPO-CHICHI, Callinice *et al.* Riboflavin and riboflavin-derived cofactors in adolescent girls with anorexia nervosa. **The American journal of clinical nutrition**, v. 69, n. 4, p. 672-678, 1999.
- COCKFIELD, Annette; PHILPOT, Ursula. Feeding size 0: the challenges of anorexia nervosa. Managing anorexia from a dietitian's perspective. **The Proceedings of the Nutrition Society**, v. 68, n. 3, p. 281, nov. 2009.
- CORDÁS, Táki Athanássios. Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico. **Rev. psiquiatr. clín.**, 31 (4); 154-157, 2004.
- CORDÁS, Táki Athanássios; SALZANO, Fábio; RIOS, Sonia. Os transtornos alimentares e a evolução no diagnóstico e no tratamento. **Transtornos alimentares: uma visão nutricional**, Barueri: Manole. 2004.
- DELUQUE JÚNIOR, Romano; COSTA, Márcio Luís. Construindo sentidos sobre o cuidado em saúde à luz da hermenêutica gadameriana. **SAPIENTIAE**, v. 6, n. 1, p. 56-69, 2020b.
- DELUQUE JÚNIOR, Romano; COSTA, Márcio Luís. Mídia, Preconceito e Adoecimento Mental: Contribuições da Hermenêutica Gadameriana-Um Ensaio à partir da obra "Verdade e Método" de Hans-Georg Gadamer. **Revista Comunicação, Cultura e Sociedade**, v. 10, n. 2, p. 051-078, 2020a.
- DOYLE, Andrew.; BRYANT-WAUGH, Rachel. Epidemiology. In: Lask B, Bryant- Waugh R, eds. **Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence**. 2th ed. East Sussex: Psychology Press. Florence, p. 41-61. 2000.
- ENGEL, Scott G. *et al.* Health-related quality of life and eating disorders: A review and update. **International Journal of Eating Disorders**, v. 42, n. 2, p. 179-187, 2009.
- FAIRBURN, Christopher G.; BOHN, Kristin. Eating disorder NOS (EDNOS): an example of the troublesome "not otherwise specified"(NOS) category in DSM-IV. **Behaviour research and therapy**, v. 43, n. 6, p. 691-701, 2005.
- FLEITLICH, Bacy; CORTÁZAR, Pilar García; GOODMAN, Robert. Questionário de capacidades e dificuldades (SDQ). **Infanto rev. neuropsiquiatr. infanc. adolesc.**, v. 8, n. 1, p. 44-50, 2000.
- FRANCA, Carla Ribeiro Noqueira; SILVA Ana Paula Moura da. Evitando a Síndrome de Realimentação. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, v. 21, n. 2, p. 138-43, 2006.
- GENTILE, Maria Gabriella *et al.* Specialized refeeding treatment for anorexia nervosa patients suffering from extreme undernutrition. **Clinical nutrition**, v. 29, n. 5, p. 627-632, 2010.
- HUDSON, James I. *et al.* The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. **Biological psychiatry**, v. 61, n. 3, p. 348-358, 2007.
- JAUREGUI, Ignacio; BOLANOS, Patrícia. Review of nutritional and dietary management of anorexia nervosa. **Revista medica de Chile**, v. 140, n. 1, p. 98, 2012.
- LATTERZA, Andréa Romero *et al.* Tratamento nutricional dos transtornos alimentares. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 31, n. 4, p. 173-176, 2004.
- LOCK, James; FITZPATRICK, Kathleen Kara. Advances in psychotherapy for children and adolescents with eating disorders. **American journal of psychotherapy**, v. 63, n. 4, p. 287-303, 2009.
- MANOCHIO, Marina Garcia *et al.* Tratamento dos transtornos alimentares: perfil dos pacientes e desfecho do seguimento. **Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde**, v. 1, n. 1, p. 32-40, 2018.
- MEHANNA, Hisham *et al.* Refeeding syndrome—awareness, prevention and management. **Head & neck oncology**, v. 1, n. 1, p. 4, 2009.
- MEHLER, Philip S.; CREWS, Cynthia K. Refeeding the Patient with Anorexia Nervosa. **Eating Disorders**, v. 9, n. 2, p. 167-171, nov. 2001.
- MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & contexto enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

- MOSES, Dalit *et al.* High prevalence of vitamin D deficiency and insufficiency in adolescent inpatients diagnosed with eating disorders. **International Journal of Eating Disorders**, v. 48, n. 6, p. 607-614, 2015.
- NOGAL, Paweł; LEWIŃSKI, Andrzej. Anorexia nervosa. **Endokrynologia Polska**, v. 59, n. 2, p. 148-155, 2008.
- REITER, Christina Scribner; GRAVES, Leah. Nutrition therapy for eating disorders. **Nutrition in Clinical Practice**, v. 25, n. 2, p. 122-136, 2010.
- RIBEIRO, Rosane Pilot Pessa; SANTOS, Paulo César Monteiro; SANTOS, José Ernesto. Distúrbios da conduta alimentar: anorexia e bulimia nervosas. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 31, n. 1, p. 45-53, 1998.
- ROZENFELD, Suely; MATOS, Guacira; NASCIMENTO, Álvaro. Anorexia: questão de saúde pública. **O Globo, Rio de Janeiro**, p. 7, 2007.
- SAIKALI, Carolina Jabur *et al.* Imagem corporal nos transtornos alimentares. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 154-6, 2004.
- SANTÉ, Haute. anorexie mentale: Prise en charge. Recommandations juin 2010. **Journal de pédiatrie et de puériculture**, n. 25, p. 00-47, 2012.
- SCHMIDT, Eder; DA MATA, Gustavo Ferreira. Anorexia nervosa: a review. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 20, n. 2, p. 387-400, 2008.
- SIQUEIRA, Horrara Martinsde Souza; OLIVEIRA, Larisse Monique Monteiro. Anorexia Nervosa - A doença do século. **Faculdade União de Goyazes**, Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nutrição) - Faculdade União de Goyazes.
- TIRICO, Patrícia Passarelli; STEFANO, Sérgio Carlos; BLAY, Sergio Luís. Qualidade de vida e transtornos alimentares: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, p. 431-449, 2010.
- TRESLEY, Jonathan; SHEEAN, Patricia M. Refeeding syndrome: recognition is the key to prevention and management. **Journal of the American Dietetic Association**, v. 108, n. 12, p. 2105-2108, 2008.
- ZIMMERMAN, Mark *et al.* Problems applying the DSM-IV eating disorders diagnostic criteria in general psychiatric outpatient practice. **The Journal of clinical psychiatry**, 69(3), 381-384. 2008.

Conflito de Interesse: Os autores declaram não haver conflito de interesse.

Recebido: 30/06/2020

Aprovado: 25/09/2020