

INE.EAD

INSTITUTO NACIONAL DE ENSINO

PÓS-GRADUAÇÃO

Lato Sensu

PÓS-GRADUAÇÃO PÓS-GRADUAÇÃO PÓS-GRADUAÇÃO PÓS-GRADUAÇÃO PÓS-GRADUAÇÃO

TRANSTORNOS ALIMENTARES

PROFESSOR (A) : COORDENAÇÃO PEDAGÓGICA

SUMÁRIO

Introdução Aos Transtornos Alimentares E Ao Atendimento Clínico.....	4
Anorexia Nervosa	6
Considerações Iniciais.....	6
Características Essenciais Da Anorexia Nervosa	10
Tipos E Transtornos Associados.....	13
Quanto Aos Transtornos Associados	14
Características Específicas	17
Prevalência	18
Idade - Curso	18
Padrão Familiar	18
Diagnóstico Diferencial.....	19
Bulimia Nervosa	22
Características Para Diagnóstico	23
Subtipos E Transtornos Associados	26
Quanto Às Características E Transtornos Associados:	27
Características Específicas	29
Prevalência:	29
Idade – Curso:	29
Padrão Familiar:	30
Diagnóstico Diferencial	30
Ortorexia	32
Etiologia Do Termo	34
Implicações Orgânicas E Sociais Da Ortorexia	38

Dismorfia Corporal/Vigorexia: Contextos, Definições E Características Da Dismorfia Corporal	43
A Questão Da Identidade E A Imagem Corporal.....	46
Influências Da Sociedade Na Vigorexia E O Uso De Esteroides Anabolizantes.....	49
Tratamento Nutricional	57
Equações Para Cálculo Do Gasto Energético Total (Get)	59
Características Dos Macronutrientes Na Homeostase Energética.....	63
Soja	68
Chá Verde.....	69
Terapia Nutricional Na Anorexia Nervosa	73
Principais Alterações Clínicas Observadas Na Anorexia Nervosa E Relação Com Possíveis Deficiências Na Dieta.....	76
Terapia Nutricional Na Bulimia Nervosa.....	78
Principais Alterações Clínicas E Físicas Observadas Na Bulimia Nervosa E Relação Com Possíveis Deficiências Na Dieta	80
Terapia Nutricional Na Cirurgia Bariátrica	83
Terapia Nutricional Para Mulheres Obesas	85
Deteção E Tratamento Da Vigorexia	89
Tratamento Comportamental E Não Nutricional E Tratamento Medicamentoso	95
Tratamento Medicamentoso	98
Referências Bibliográficas.....	101
Referências Básicas	101
Referências Complementares	101

INTRODUÇÃO AOS TRANSTORNOS ALIMENTARES E AO ATENDIMENTO CLÍNICO

Os Transtornos Alimentares (TA) mais discutidos e analisados, pela literatura, são a Anorexia Nervosa (AN) e a Bulimia Nervosa (BN), cuja prevalência é variável em estudos epidemiológicos devido à divergência entre instrumentos, metodologia e/ou utilização de critérios diagnósticos mais restritos ou abrangentes. Varia entre 0,3 e 3,7% na Anorexia Nervosa e na Bulimia Nervosa entre 1,0 e 4,2%.

Em relação ao sexo, os Transtornos Alimentares apresentam predominância em mulheres jovens, com relação homem-mulher em média de 1:10 e até de 1:20. No Brasil, não existem estudos epidemiológicos com bases populacionais representativas, utilizando-se instrumentos adequados e validados para se investigar a prevalência de Transtornos Alimentares.

Os transtornos alimentares influenciam intensamente o estado nutricional e o metabolismo. Suas consequências físicas se refletem sobre vários sistemas orgânicos podendo ocorrer alterações endócrinas, hidroeletrolíticas, gastrintestinais, alterações no sistema imunológico com redução dos mecanismos de defesa, diminuição da força muscular e acometimento do músculo cardíaco. As complicações clínicas relacionadas à Anorexia Nervosa são decorrentes diretamente da desnutrição, enquanto que na Bulimia Nervosa estão frequentemente relacionadas aos distúrbios hidroeletrolíticos.

Há evidências de que, com a restauração do peso, muitas das complicações clínicas dos Transtornos Alimentares podem ser revertidas. Sendo assim, a estabilização dos parâmetros clínicos e nutricionais são componentes essenciais para o tratamento dos Transtornos Alimentares. Dada a complexidade da etiologia dos Transtornos Alimentares, torna-se imprescindível o olhar atento e multifacetado para o manejo terapêutico da Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa, posto que, o tratamento dessas doenças

é desafiador e requer a abordagem de uma equipe multidisciplinar bem treinada em serviços especializados.

O nível de cuidado apropriado para um paciente é determinado no momento do diagnóstico inicial e, posteriormente, sempre que uma mudança relevante em sua condição exija uma transição para um nível diferente. As configurações incluem o seguimento ambulatorial, tratamento domiciliar, hospitalização parcial em Hospitais-Dia (HD) e hospitalização integral para pacientes graves que necessitem de tratamento para as complicações agudas da doença.

Inicialmente, o tratamento deve ocorrer em contexto ambulatorial com equipe multidisciplinar que objetivaria, em primeira instância, a normalização do comportamento e padrão alimentar, bem como a recuperação do peso. A hospitalização parcial geralmente ocorre em Hospitais-Dia, sendo indicada para pacientes que não necessitam de supervisão e cuidados 24 horas, mas que também não são capazes de apresentar sucesso nos programas ambulatoriais. Nesse nível os pacientes recebem atendimento e supervisão por um período de até 8 horas, com atividades estruturadas incluindo apoio e incentivo durante as refeições e lanches.

Já a hospitalização integral é a modalidade terapêutica utilizada pelas equipes quando outras tentativas de tratamento falharam. Ocorre em serviços especializados sob regime de internação em hospitais de nível terciário ou hospitais universitários. As indicações para hospitalização integral de pacientes com Transtornos Alimentares, em geral, englobam: estado nutricional insatisfatório, descompensação clínica com distúrbios hidroeletrólíticos, bradicardia, hipotensão, comorbidades psiquiátricas ou risco de suicídio iminente, pouca continência familiar e situações de tensão ambiental, abuso de substâncias e exacerbação de sintomas purgativos.

São poucos os estudos e dados na literatura internacional e nacional referentes aos resultados do tratamento com hospitalização integral de pacientes portadores de Anorexia Nervosa ou Bulimia Nervosa. Além disso, no

Brasil existem poucos serviços especializados na assistência aos Transtornos Alimentares, o que contribui para a escassez de dados sobre o tema¹.

Nesse sentido, nós do Instituto IBE esperamos que você faça uma ótima leitura e tenha um excelente curso, bem como, ressaltamos que, ao final desse módulo, encontram-se todas as referências básicas, utilizadas, além de outras que foram consultadas e, às vezes, também utilizadas, mas que, de todo modo, podem servir para sanar lacunas que por ventura venham a surgir ao longo dos seus estudos.

Em sendo, sugerimos a leitura das referências e desejamos uma carreira profissional brilhante e de muito sucesso!

ANOREXIA NERVOSA

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A Anorexia Nervosa é um transtorno alimentar caracterizado por uma preocupação excessiva em relação à forma e ao peso corporal, o que leva as adolescentes a adotar comportamentos inadequados dirigidos à perda de peso, como o jejum voluntário e a inanição auto imposta. Tal transtorno tem sido amplamente discutido nos meios de comunicação. A morte de uma modelo de 21 anos e uma personagem de novela foram, talvez, as faces mais visíveis desta doença da cultura contemporânea. A visibilidade destes "personagens" nos instigou a pensar sobre como o corpo ideal é construído para estas jovens mulheres.

Tendo como base os Estudos Culturais, em sua aproximação com a abordagem pós-estruturalista de Michel Foucault, partimos do pressuposto de

¹ **“Evolução nutricional de pacientes com transtornos alimentares: experiência de 30 anos de um Hospital Universitário”**. Texto publicado pela Revista de Nutrição. Versão impressa. ISSN 1415-5273. Rev. Nutr. vol.26 no.6 Campinas nov./dez. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732013000600006>. Autores: Raphaela Fernanda Muniz Palma I; José Ernesto dos Santos II; Rosane Pilot Pessa Ribeiro III. I Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Programa de Pós-Graduação de Enfermagem em Saúde Pública. Av. Bandeirantes, 3900, Monte Alegre, 14049-900, Ribeirão Preto, SP, Brasil; II Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Departamento de Clínica Médica. Ribeirão Preto, SP, Brasil; III Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública. Ribeirão Preto, SP, Brasil.

que o sujeito é alguém construído pelos discursos que o cercam, e não produto da natureza. Essa perspectiva permite entender e trabalhar com a noção de corpo como construto sociocultural e linguístico, produto e efeito de relações de saber-poder. Passamos a lidar com a concepção de corpo cultural: um corpo dócil, "que pode ser submetido, que pode ser utilizado, que pode ser transformado e aperfeiçoado". Deste modo, ao invés de emanarem práticas sociais, econômicas, culturais e políticas a partir do sujeito, esse passa a ser derivado dessas práticas, aqui vistas como práticas discursivas.

Neste contexto, vemos a mídia como uma instância onde o poder se exercita. Ela educa, disciplina e regula os corpos como qualquer outra instância educativa. Atualmente, uma sofisticada "maquinaria pedagógica", incluindo aí revistas, jornais, programas de TV, filmes, músicas, esportes e publicidade, amplia e complexifica a educação dos corpos. Esses artefatos culturais capturam e reproduzem sentidos e significados que circulam na cultura, "produzindo sujeitos e identidades sociais em intrincadas redes de poder". As "verdades" implicadas nas estratégias midiáticas funcionam como modos de manter e colocar em ação dispositivos de governo do corpo, que produz sujeitos e guia a conduta das pessoas de maneira que elas se tornem pessoas de um certo tipo. As revistas agem sobre bases interpretativas mais simplificadas e mais adaptadas ao nosso tempo, seduzindo, então, seus leitores e apresentando-se como uma proposta renovada.

Os transtornos alimentares são frequentes nas sociedades industrializadas do Ocidente. A Anorexia Nervosa tem uma taxa de incidência maior em adolescentes, principalmente do sexo feminino, público que compõe a maioria dos leitores da revista Capricho. Segundo a Organização Mundial da Saúde, adolescente é o indivíduo que se encontra entre 10 e 19 anos de idade. A adolescência é tomada como um designativo do período de transição entre a infância e a idade adulta, e pode ser considerada como um fenômeno inaugurado pela Modernidade sob condições específicas de cultura e de história, fora das quais ela não ocorreria.

Atualmente, muitas mulheres fazem dieta e não estão satisfeitas com o seu peso, mesmo que este esteja dentro dos valores clinicamente normais. Há evidências de que essa conduta inicia-se cada vez mais cedo, inclusive em

pre-púberes e crianças. O impacto do padrão de beleza, socialmente imposto, no comportamento da nossa população revela-se no desejo generalizado, principalmente entre as mulheres, de um corpo mais magro. Deste modo, práticas de emagrecimento têm uma participação na patogênese da Anorexia Nervosa, embora nem todos os indivíduos que as realizam desenvolvem um transtorno alimentar.

Observamos que dietas alimentares, exercícios físicos e cirurgias plásticas possuem um amplo espaço nos meios de comunicação, já que a mídia informa qual é o corpo socialmente aceito, o que vestir em cada corpo, o que fazer para estar na moda e assim ter sucesso e a admiração de todos. A cultura contemporânea estabelece a ditadura da magreza como bela e necessária para que se obtenha um consentimento da sociedade e, portanto, um bom convívio entre as pessoas. É, pois, um padrão inventado e disseminado pela mídia.

Diante deste contexto, podemos afirmar que a mídia desempenha papel essencial na constituição da identidade moderna e na produção de conceitos e comportamentos. A cultura da mídia, neste caso a revista *Capricho*, apresenta imagens e figuras nas quais suas leitoras se reconhecem e imitam. Portanto, ela desempenha importante papel na cultura, uma vez que seus modelos valorizam certas formas de comportamento e modos de ser enquanto desvalorizam e denigrem outros tipos. Assim, a formação da identidade emerge do diálogo entre conceitos e significados que nos são apresentados pelos discursos da cultura e pelo nosso anseio por responder aos seus apelos, ao sermos interpelados por eles e investirmos nossas emoções nesses textos e imagens, para nos identificarmos.

Cordás (2004) é um dos autores que nos conta uma breve, mas bem elucidativa história da descoberta da anorexia ao longo dos tempos.

Habermas (1986 *apud* CORDÁS, 2004) descreveu um caso pioneiro altamente sugestivo de anorexia nervosa em uma serva que viveu no ano de 895. A jovem Friderada, após ter-se recuperado de uma doença não reconhecível, passou a apresentar um apetite voraz e descontrolado.

Para tentar diminuí-lo, buscou refúgio em um convento e nele, com o tempo, foi restringindo sua dieta até passar a efetuar longos jejuns. Embora

inicialmente ainda conseguisse manter suas obrigações conventuais, rapidamente seu quadro foi-se deteriorando até a sua morte, por desnutrição.

No século XIII, encontramos em grande profusão descrições de mulheres que se auto impunham jejum como uma forma de se aproximar espiritualmente de Deus; eram as chamadas “santas anoréxicas”. O quadro era acompanhado de perfeccionismo, autoinsuficiência, rigidez no comportamento, insatisfação consigo própria e distorções cognitivas, tal qual, as pessoas anoréxicas hoje.

Bidaud (1998) também aprofunda no assunto da conduta anoréxica, demonstrando que tanto na mitologia grega quanto na representação bíblica, a questão alimentar está no princípio das relações entre homens e deuses, regulando todo um sistema de interditos e exclusões. De acordo com a mitologia grega, o jejum era obrigatório para as mulheres durante a celebração das festas de Deméter, deusa da terra e responsável pela fertilização do solo que, ao procurar sua filha raptada por Hades, recusara por nove dias todo o alimento e toda bebida.

Bidaud (1998) mostra ainda que nas tradições orientais e egípcias o jejum parece ter sido dirigido contra a ação maléfica de demônios.

Azevedo e Abuchain (1998) também relatam que, entre os séculos V e XIII, as referências sobre o jejum voluntário apareciam basicamente na literatura teológica, na qual era frequentemente interpretado como possessão demoníaca ou milagre divino. Assim, em seu livro *Holy Anorexia*, o historiador americano Rudolf Bell (1985), interessado nas condições sociais que envolviam a inanição autoimposta, descreve as práticas de jejum religioso de santas e beatas da Igreja Católica durante o século XIII, para então demonstrar que o ato voluntário destas mulheres era considerado sacrifício e devoção à religião.

Brumberg (1988 *apud* AZEVEDO e ABUCHAIN, 1998) nos esclarece que nesse momento estas práticas eram de fato encorajadas pela Igreja Católica, o que deixava entender então que o jejum e a negação das necessidades corporais significavam que as mulheres haviam encontrado outra forma de alimentação: a oração e a eucaristia. Assim, de acordo com a visão dessa época, essas mulheres estariam em busca de um encontro com Deus através da purificação de seus corpos.

Um dos casos mais conhecidos é o de Catarina Benincasa, mais tarde Santa Catarina de Siena, que, aos 16 anos, recusou o plano de casamento imposto por seus pais, jurando manter-se virgem e entrando para o convento, alimentava-se de pão e alguns vegetais, autoflagelava-se, e eventualmente provocava vômitos com ingestão de plantas.

No ano de 1694, Richard Morton é autor do primeiro relato médico de anorexia nervosa, descrevendo o tratamento de uma jovem mulher com recusa em alimentar-se e ausência de ciclos menstruais, que rejeitou qualquer ajuda oferecida e morreu de inanição. O autor mostra-se profundamente intrigado pela indiferença que a paciente demonstrava em relação ao seu estado crítico e pela preservação de suas faculdades mentais básicas.

Na segunda metade do século XIX, a anorexia nervosa emerge como uma entidade autônoma e delineada a partir dos relatos do francês Charles Laségue (1873) que descreve a *anorexie hystérique*.

No ano seguinte, William Gull descreve três meninas com quadro anoréxico restritivo com o nome de “apepsia histórica”. A discussão sobre a primazia do relato inicial do quadro é mais uma das longas novelas médicas existentes sobre paternidade de ideias (VAN DER HAM *et al.*, 1989 *apud* CORDÁS, 2004).

Em 1903, Janet relata o caso de Nadia, uma moça de 22 anos de idade, que manifestava vergonha e repulsa ao seu corpo com constante desejo de emagrecer, quadro que denominou de anorexie mental. O autor relacionou a busca intensa da magreza à necessidade de protelar a maturidade sexual e sugeriu dois subtipos psicopatológicos, obsessivo e histérico (CORDÁS, 2004).

CARACTERÍSTICAS ESSENCIAIS DA ANOREXIA NERVOSA

As características essenciais da Anorexia Nervosa, que analisaremos à luz do DSM-IV e CID-10², são:

² CID-10: O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM) é um manual para profissionais da área da saúde mental que lista diferentes categorias de transtornos mentais e critérios para diagnosticá-los, de acordo com a Associação Americana de Psiquiatria (American Psychiatric Association - APA). É usado ao redor do mundo por clínicos e pesquisadores, bem como por companhias de seguro, indústria farmacêutica e parlamentos políticos. Existem cinco revisões para o DSM desde sua primeira publicação em 1952. A maior revisão foi a DSM-IV publicada em 1994 (Editora Artes Médicas Sul, tradução de Dayse Batista), apesar de uma “revisão textual” ter sido produzida em 2000. O DSM-5 (anteriormente conhecido como DSM-V) foi publicado

- a recusa do indivíduo a manter um peso corporal na faixa normal mínima;
- um temor intenso de ganhar peso; e,
- uma perturbação significativa na percepção da forma ou tamanho do corpo.

Além disso, as mulheres pós-menarca com este transtorno são amenorreicas (o termo anorexia é uma designação incorreta, uma vez que a perda do apetite é rara). O indivíduo mantém um peso corporal abaixo de um nível normal mínimo para sua idade e altura (Critério A).

Quando a Anorexia Nervosa se desenvolve em um indivíduo durante a infância ou início da adolescência, pode haver fracasso em fazer os ganhos de peso esperados (isto é, enquanto ganha altura), ao invés de uma perda de peso.

O Critério A oferece uma orientação para determinar quando um indivíduo alcança o limiar para um peso abaixo do esperado. Ele sugere que o indivíduo pese menos que 85% do peso considerado normal para sua idade e altura (geralmente computado pelo uso de uma dentre as diversas versões publicadas das tabelas do *Metropolitan Life Insurance* ou de acordo com tabelas de crescimento usadas em pediatria).

Uma orientação alternativa e algo mais rígido (usada nos Critérios de Diagnóstico para Pesquisas da CID-10) exige que o indivíduo tenha um índice de massa corporal (IMC) (calculado como peso em quilogramas/altura em metros²) igual ou inferior a 17,5 kg/m². Esses recursos são oferecidos apenas como diretrizes sugeridas para o clínico, pois não é razoável especificar um único padrão para um peso normal mínimo, que se aplique a todos os indivíduos de determinada idade e altura.

Ao determinar um peso normal mínimo, o clínico deve considerar não apenas essas diretrizes, como também a constituição corporal e a história

em 18 de maio de 2013 e é a versão atual do manual. A seção de desordens mentais da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde - CID (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – ICD) é outro guia comumente usado, especialmente fora dos Estados Unidos. Entretanto, em termos de pesquisa em saúde mental, o DSM continua sendo a maior referência da atualidade.

ponderal do indivíduo. A perda de peso em geral é obtida, principalmente, através da redução do consumo alimentar total.

Embora os indivíduos possam começar excluindo de sua dieta aquilo que percebem como sendo alimentos altamente calóricos, a maioria termina com uma dieta muito restrita, por vezes limitada a apenas alguns alimentos.

Métodos adicionais de perda de peso incluem purgação (isto é, autoindução de vômito ou uso indevido de laxantes ou diuréticos) e exercícios intensos ou excessivos. Os indivíduos com este transtorno têm muito medo de ganhar peso ou ficar gordos (Critério B).

Este medo intenso de engordar geralmente não é aliviado pela perda de peso. Na verdade, a preocupação com o ganho ponderal frequentemente aumenta à medida que o peso real diminui. A vivência e a importância do peso e da forma corporal são distorcidas nesses indivíduos (Critério C).

Alguns indivíduos acham que têm um excesso de peso global. Outros percebem que estão magros, mas ainda assim se preocupam com o fato de certas partes de seu corpo, particularmente abdômen, nádegas e coxas, estarem “muito gordas”. Eles podem empregar uma ampla variedade de técnicas para estimar seu peso, incluindo pesagens excessivas, medições obsessivas de partes do corpo e uso persistente de um espelho para a verificação das áreas percebidas como “gordas”.

A autoestima dos indivíduos com Anorexia Nervosa depende em alto grau de sua forma e peso corporais. A perda de peso é vista como uma conquista notável e como um sinal de extraordinária autodisciplina, ao passo que o ganho de peso é percebido como um inaceitável fracasso do autocontrole. Embora alguns indivíduos com este transtorno possam reconhecer que estão magros, eles tipicamente negam as sérias implicações de seu estado de desnutrição.

Em mulheres pós-menarca, a amenorreia (devido a níveis anormalmente baixos de secreção de estrógenos que, por sua vez, devem-se a uma redução da secreção de hormônio folículo-estimulante (FSH) e hormônio luteinizante (LH) pela pituitária) é um indicador de disfunção fisiológica na Anorexia Nervosa (Critério D). A amenorreia em geral é uma consequência da perda de peso, mas, em uma minoria dos indivíduos, pode na verdade

precedê-la. Em mulheres pré-púberes, a menarca pode ser retardada pela doença.

O indivíduo frequentemente é levado à atenção profissional por membros da família, após a ocorrência de uma acentuada perda de peso (ou fracasso em fazer os ganhos de peso esperados). Quando o indivíduo busca auxílio por conta própria, isto geralmente ocorre em razão do sofrimento subjetivo acerca das sequelas somáticas e psicológicas da inanição. Raramente um indivíduo com Anorexia Nervosa se queixa da perda de peso em si. Essas pessoas frequentemente não possuem *insight* para o problema ou apresentam uma considerável negação quanto a este, podendo não ser boas fontes de sua história. Portanto, com frequência, torna-se necessário obter informações a partir dos pais ou outras fontes externas, para determinar o grau de perda de peso e outros aspectos da doença.

TIPOS E TRANSTORNOS ASSOCIADOS

Os seguintes subtipos podem ser usados para a especificação da presença ou ausência de compulsões periódicas ou purgações regulares durante o episódio atual de Anorexia Nervosa:

- a) Tipo Restritivo – este subtipo descreve apresentações nas quais a perda de peso é conseguida principalmente através de dietas, jejuns ou exercícios excessivos. Durante o episódio atual, esses indivíduos não se envolveram com regularidades em compulsões periódicas ou purgações.
- b) Tipo Compulsão Periódica/Purgativo – este subtipo é usado quando o indivíduo se envolveu regularmente em compulsões periódicas ou purgações (ou ambas) durante o episódio atual:
 - ✓ A maioria dos indivíduos com Anorexia Nervosa que comem compulsivamente também fazem purgações mediante vômitos auto induzidos ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas.

- ✓ Alguns indivíduos incluídos neste subtipo não comem de forma compulsiva, mas fazem purgações regularmente após o consumo de pequenas quantidades de alimentos.
- ✓ Aparentemente, a maior parte dos indivíduos com o Tipo Compulsão Periódica/Purgativo dedica-se a esses comportamentos pelo menos 1 vez por semana, mas não há informações suficientes que justifiquem a especificação de uma frequência mínima.

QUANTO AOS TRANSTORNOS ASSOCIADOS

Quando seriamente abaixo do peso, muitos indivíduos com Anorexia Nervosa manifestam sintomas depressivos, tais como humor deprimido, retraimento social, irritabilidade, insônia e interesse diminuído por sexo. Esses indivíduos podem ter apresentações sintomáticas que satisfazem os critérios para Transtorno Depressivo Maior.

Uma vez que esses aspectos também são observados em indivíduos sem Anorexia Nervosa que estão restringindo severamente sua alimentação, muitos dos aspectos depressivos podem ser secundários às sequelas fisiológicas da semi-inanição.

Os sintomas de perturbação do humor devem, portanto, ser reavaliados após uma recuperação completa ou parcial do peso. Características obsessivo-compulsivas, tanto relacionadas quanto não relacionadas com comida, com frequência são proeminentes.

A maioria dos indivíduos com Anorexia Nervosa preocupa-se excessivamente com alimentos. Alguns colecionam receitas ou armazenam comida. Observações de comportamentos associados com outras formas de restrição alimentar sugerem que as obsessões e compulsões relacionadas a alimentos podem ser causadas ou exacerbadas pela desnutrição. Quando os indivíduos com Anorexia Nervosa apresentam obsessões e compulsões não relacionadas a alimentos, forma corporal ou peso, um diagnóstico adicional de Transtorno Obsessivo-Compulsivo pode ser indicado.

Outras características ocasionalmente associadas com a Anorexia Nervosa incluem preocupações acerca de comer em público, sentimento de

inutilidade, uma forte necessidade de controlar o próprio ambiente, pensamento inflexível, espontaneidade social limitada e iniciativa e expressão emocional demasiadamente reprimidas.

Comparados com indivíduos com Anorexia Nervosa, Tipo Restritivo, aqueles com o Tipo Compulsão Periódica/Purgativo estão mais propensos a ter outros problemas de controle dos impulsos, a abusarem de álcool ou outras drogas, a exibirem maior instabilidade do humor e a serem sexualmente ativos.

Ao se buscar respaldo em exames laboratoriais, embora alguns indivíduos com Anorexia Nervosa não apresentem anormalidades laboratoriais, a característica de semi-inanição deste transtorno pode afetar sistemas orgânicos importantes e produzir uma variedade de distúrbios.

A indução de vômitos e o abuso de laxantes, diuréticos e enemas podem também causar diversos distúrbios, produzindo achados laboratoriais anormais. Vejamos:

- a) Hematologia: leucopenia e leve anemia são comuns; trombocitopenia ocorre raramente.
- b) Química: a desidratação pode ser refletida por um elevado nível de ureia sanguínea. Hipercolesterolemia é comum. Os testes de função hepática podem estar elevados. Hipomagnesemia, hipozinquemia, hipofosfatemia e hiperamilasemia são encontradas ocasionalmente. A indução de vômitos pode provocar alcalose metabólica (elevado bicarbonato sérico), hipocloremia e hipocalcemia, e o abuso de laxantes pode causar acidose metabólica. Os níveis de tiroxina sérica (T4) estão diminuídos. Hiperadrenocorticismo e resposta anormal a uma variedade de provocações neuroendócrinas são comuns. Em mulheres, baixos níveis de estrógeno sérico estão presentes, enquanto os homens têm baixos níveis de testosterona sérica. Existe uma regressão do eixo hipotalâmico-pituitário-gonadal em ambos os sexos, no sentido de que o padrão de secreção de hormônio luteinizante (LH) em 24 horas assemelha-se àquele normalmente visto em indivíduos pré-púberes ou na puberdade.
- c) Eletrocardiografia: são observadas bradicardia sinusal e, raramente, arritmias.

- d) Eletroencefalografia: anormalidades difusas, refletindo uma encefalopatia metabólica, podem decorrer de distúrbios hidroeletrólíticos significativos.
- e) Imagens cerebrais: um aumento na razão ventricular-cerebral secundária à privação alimentar é vista com frequência.
- f) Dispendio de energia em repouso: frequentemente está reduzido.

Quanto aos achados em exame físico e condições médicas gerais associadas:

- Muitos dos sinais e sintomas físicos da Anorexia Nervosa são atribuíveis à inanição. Além da amenorreia, pode haver queixas de constipação, dor abdominal, intolerância ao frio, letargia e excesso de energia. O achado que mais chama a atenção no exame físico é a aparência emaciada.

Também pode haver:

- hipotensão significativa, hipotermia e pele seca;
- alguns indivíduos desenvolvem lanugo (pelos finos) no tronco;
- a maioria dos indivíduos com Anorexia Nervosa apresenta bradicardia;
- alguns desenvolvem edema periférico, especialmente durante a restauração do peso ou na cessação do abuso de laxantes e diuréticos;
- raramente, petéquias, em geral nas extremidades, podem indicar uma diátese hemorrágica;
- alguns indivíduos evidenciam um amarelamento da pele, associado com hiper胡萝卜素emia;
- a hipertrofia das glândulas salivares, particularmente das glândulas parótidas, pode estar presente;
- os indivíduos que induzem vômito podem ter erosão do esmalte dentário e alguns têm cicatrizes ou calos no dorso das mãos, causados pelo contato com os dentes quando utilizam as mãos para induzir o vômito.

A inanição da Anorexia Nervosa e os comportamentos purgativos às vezes associados a ela acarretam condições médicas gerais significativas. Estas incluem o desenvolvimento de anemia normocítica normocrômica, prejuízo da função renal (associado com desidratação crônica e hipocalcemia), problemas cardiovasculares (hipotensão severa, arritmias), problemas dentários e osteoporose (consequência do baixo consumo e absorção de cálcio, secreção reduzida de estrógeno e maior secreção de cortisol).

CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS

A Anorexia Nervosa parece ter uma prevalência bem maior em sociedades industrializadas, nas quais existe abundância de alimentos e onde, especialmente no tocante às mulheres, ser atraente está ligado à magreza.

O transtorno é provavelmente mais comum nos Estados Unidos, Canadá, Austrália, Japão e África do Sul, mas poucos trabalhos sistemáticos examinaram a prevalência em outras culturas. Os indivíduos que emigraram de culturas nas quais o transtorno é raro para culturas nas quais o transtorno é mais prevalente, podem desenvolver Anorexia Nervosa à medida que assimilam os ideais de elegância ligados à magreza. Fatores culturais também podem influenciar as manifestações do transtorno. Por exemplo, em algumas culturas, a percepção distorcida do corpo pode não ser proeminente, podendo a motivação expressada para a restrição alimentar ter um conteúdo diferente, como desconforto epigástrico ou antipatia por certos alimentos.

A Anorexia Nervosa raramente inicia antes da puberdade, mas existem indícios de que a gravidade das perturbações mentais associadas pode ser maior entre os indivíduos pré-púberes que desenvolvem a doença. Entretanto, também há dados que sugerem que quando a doença inicia durante os primeiros anos da adolescência (entre 13 e 18 anos de idade), ela pode estar associada com um melhor prognóstico. Mais de 90% dos casos de Anorexia Nervosa ocorrem em mulheres (OLIVEIRA, 2005).

Vamos a algumas características específicas:

PREVALÊNCIA

Estudos sobre a prevalência entre mulheres na adolescência tardia e início da idade adulta verificam taxas de 0,5 a 1,0%, para apresentações que satisfazem todos os critérios para Anorexia Nervosa.

Indivíduos que não atingem o limiar para o transtorno (isto é, com Transtorno Alimentar Sem Outra Especificação) são encontrados com maior frequência. Existem dados limitados envolvendo a prevalência deste transtorno em homens. A incidência de Anorexia Nervosa parece ter aumentado nas últimas décadas.

IDADE - CURSO

A idade média para o início da Anorexia Nervosa é de 17 anos, com alguns dados sugerindo picos bimodais aos 14 e aos 18 anos. O início do transtorno raramente ocorre em mulheres com mais de 40 anos. O aparecimento da doença frequentemente está associado com um acontecimento vital estressante, como sair de casa para cursar a universidade. O curso e o resultado da Anorexia Nervosa são altamente variáveis.

Alguns indivíduos com Anorexia Nervosa se recuperam completamente após um episódio isolado, alguns exibem um padrão flutuante de ganho de peso seguido de recaída, e outros vivenciam um curso crônico e deteriorante ao longo de muitos anos. A hospitalização pode ser necessária para a restauração do peso e para a correção de desequilíbrios hidroeletrólíticos. Dos indivíduos estudados em hospitais universitários, a mortalidade a longo prazo por Anorexia Nervosa é de mais de 10%. A morte ocorre, com maior frequência, por inanição, suicídio ou desequilíbrio eletrolítico.

PADRÃO FAMILIAR

Existe um risco aumentado de Anorexia Nervosa entre os parentes biológicos em primeiro grau de indivíduos com o transtorno. Um risco maior de Transtornos do Humor também foi constatado entre os parentes biológicos em primeiro grau de indivíduos com Anorexia Nervosa, particularmente, parentes de indivíduos com o Tipo Compulsão Periódica/Purgativo. Os estudos de Anorexia Nervosa em gêmeos descobriram taxas de concordância para

gêmeos monozigóticos significativamente maiores do que para gêmeos dizigóticos (OLIVEIRA, 2005).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Outras possíveis causas de perda significativa de peso devem ser consideradas no diagnóstico diferencial de Anorexia Nervosa, especialmente quando as características apresentadas são atípicas, tais como início da doença após os 40 anos.

Em condições médicas gerais (por exemplo: doença gastrointestinal, tumores cerebrais, condições malignas ocultas e síndrome de imunodeficiência adquirida – AIDS) pode ocorrer séria perda de peso, mas os indivíduos com esses transtornos em geral não têm uma imagem distorcida de seus corpos e um desejo de perder ainda mais peso.

A síndrome da artéria mesentérica superior (caracterizada por vômitos pós-prandiais secundários à obstrução intermitente da saída gástrica) deve ser diferenciada da Anorexia Nervosa, embora esta síndrome possa ocasionalmente se desenvolver em indivíduos com Anorexia Nervosa, em razão de seu estado emaciado (emagrecido).

No Transtorno Depressivo Maior pode ocorrer uma severa perda de peso, mas a maioria dos indivíduos com Transtorno Depressivo Maior não tem um desejo excessivo de perder peso ou um medo excessivo de ganhar peso.

Na Esquizofrenia, os indivíduos podem apresentar um comportamento alimentar incomum e ocasionalmente experimentar uma perda de peso significativa, mas raramente demonstram o medo de ganhar peso e a perturbação da imagem corporal, necessários para um diagnóstico de Anorexia Nervosa.

Algumas das características da Anorexia Nervosa fazem parte dos conjuntos de critérios para Fobia Social, Transtorno Obsessivo-Compulsivo e Transtorno Dismórfico Corporal.

Especificamente, os indivíduos podem sentir-se humilhados ou embaraçados por serem vistos comendo em público, como na Fobia Social; podem apresentar obsessões e compulsões relacionadas a alimentos, como no

Transtorno Obsessivo-Compulsivo, ou preocupar-se com um defeito imaginário em sua aparência física, como no Transtorno Dismórfico Corporal.

Se os temores de um indivíduo com Anorexia Nervosa se restringem unicamente ao comportamento alimentar, o diagnóstico de Fobia Social não deve ser feito, mas os temores sociais que não têm relação com o comportamento alimentar (por exemplo: medo excessivo de falar em público) podem justificar um diagnóstico adicional de Fobia Social.

Da mesma forma, um diagnóstico adicional de Transtorno Obsessivo-Compulsivo deve ser considerado apenas se o indivíduo apresenta obsessões e compulsões não relacionadas a alimentos (por exemplo: um medo excessivo de contaminação) e um diagnóstico adicional de Transtorno Dismórfico Corporal deve ser considerado apenas se a distorção não está relacionada à forma e ao tamanho do corpo (por exemplo: preocupação de que seu nariz seja grande demais).

Como veremos adiante, na Bulimia Nervosa, os indivíduos apresentam episódios recorrentes de comer compulsivo, envolvem-se em comportamentos inadequados para evitarem ganhar peso (por exemplo: vômito auto induzido) e preocupam-se excessivamente com a forma e o peso do corpo. Entretanto, a diferença dos indivíduos com Anorexia Nervosa, Tipo Compulsão Periódica/Purgativo, os indivíduos com Bulimia Nervosa são capazes de manter um peso corporal no nível normal mínimo ou acima deste.

Tomando por base o DSM-IV e a CID-10, o quadro a seguir apresenta os critérios diagnósticos para Anorexia Nervosa.

DSM-IV	CID-10
1. Recusa em manter o peso dentro ou acima do mínimo normal adequado à idade e à altura; por exemplo: perda de peso, levando à manutenção do peso corporal abaixo de 85% do esperado, ou fracasso em ter o peso esperado durante o período de crescimento, levando a um peso	a) Há perda de peso ou, em crianças, falta de ganho de peso, e peso corporal é mantido em pelo menos 15% abaixo do esperado. b) A perda de peso é auto induzida pela evitação de “alimentos que engordam”. c) Há uma distorção na imagem

<p>corporal menor que 85% do esperado.</p> <p>2. Medo intenso do ganho de peso ou de se tornar gordo, mesmo com peso inferior.</p> <p>3. Perturbação no modo de vivenciar o peso, tamanho ou forma corporais; excessiva influência do peso ou forma corporais na maneira de se autoavaliar; negação da gravidade do baixo peso.</p> <p>4. No que diz respeito especificamente às mulheres, a ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos, quando é esperado ocorrer o contrário (amenorreia primária ou secundária). Considera-se que uma mulher tem amenorreia se os seus períodos menstruais ocorrem somente após o uso de hormônios; por exemplo: estrógeno administrado.</p> <p>Tipo:</p> <ul style="list-style-type: none">- Restritivo: não há episódio de comer compulsivamente ou prática purgativa (vômito autoinduzido, uso de laxantes, diuréticos, enemas).- Purgativo: existe episódio de comer compulsivamente e/ou purgação.	<p>corporal na forma de uma psicopatologia específica de um pavor de engordar.</p> <p>d) Um transtorno endócrino generalizado envolvendo o eixo hipotalâmico-hipofisário gonadal é manifestado em mulheres como amenorreia e em homens como uma perda de interesse e potência sexuais (uma exceção aparente é a persistência de sangramentos vaginais em mulheres anoréxicas que estão recebendo terapia de reposição hormonal, mais comumente tomada como uma pílula contraceptiva).</p> <p>Comentários: Se o início é pré-puberal, a sequência de eventos da puberdade é demorada ou mesmo detida (o crescimento cessa; nas garotas, as mamas não se desenvolvem e há uma amenorreia primária; nos garotos, os genitais permanecem juvenis). Com a recuperação, a puberdade é com frequência completada normalmente, porém a menarca é tardia; os seguintes aspectos corroboram o diagnóstico, mas não são elementos essenciais: vômitos autoinduzidos, purgação autoinduzida, exercícios excessivos e uso de anoréxicos e/ou diuréticos.</p>
---	---

BULIMIA NERVOSA

A bulimia nervosa caracteriza-se por grande ingestão de alimentos com sensação de perda de controle, os chamados episódios bulímicos. A preocupação, excessiva, com o peso e a imagem corporal leva o paciente a métodos compensatórios inadequados para o controle de peso como vômitos auto induzidos, uso de medicamentos (diuréticos, inibidores de apetite, laxantes), dietas e exercícios físicos.

O termo bulimia nervosa foi dado por Russell (1979) e vem da união dos termos gregos *boul* (boi) ou *bou* (grande quantidade) com *lemos* (fome), ou seja, uma fome muito intensa ou suficiente para devorar um boi. O termo *boulimos* já era usado séculos antes de Cristo.

Hipócrates o empregava para designar uma fome doentia, diferente da fome fisiológica.

Em 1743, James descreve a *true boulimus* para os episódios de grande ingestão de alimentos e preocupação intensa com os mesmos, seguidos de desmaios e uma variante chamada *caninus appetities*, com vômitos após estes episódios (HABERMAS, 1989 *apud* CORDÁS, 2004).

Crisp (1967) descreve episódios bulímicos e vômitos autoinduzidos em algumas de suas pacientes com anorexia nervosa.

A descrição de bulimia nervosa, tal como conhecemos hoje, nasce com Gerald Russell (1979), em Londres, a partir da descrição de pacientes com peso normal, pavor de engordar, que tinham episódios bulímicos e vômitos auto induzidos.

Em 1983, Russel acrescentou outro critério diagnóstico:

A exigência de um episódio anterior, manifesto ou crítico de Anorexia Nervosa. Desde então se incluiu uma nova questão que continua sendo muito debatida na atualidade. A possível relação entre os diferentes distúrbios alimentares. Não é raro que um paciente com anorexia nervosa evolucione, no futuro, para uma bulimia nervosa, existem autores que falam em um “continuum” entre ambos os distúrbios. A partir deste momento, promoveu-se amplamente a investigação dos distúrbios alimentares, o que permitiu uma melhor delimitação

dos distintos quadros clínicos que hoje em dia são reconhecidos nas classificações atuais.

Como algumas dessas pacientes haviam apresentado anorexia nervosa no passado, considerou, em um primeiro momento, que a bulimia seria uma seqüela desta (CORDÁS, 2004).

CARACTERÍSTICAS PARA DIAGNÓSTICO

As características essenciais da Bulimia Nervosa consistem de:

- compulsões periódicas; e,
- métodos compensatórios inadequados para evitar ganho de peso.

Além disso, a auto avaliação dos indivíduos com Bulimia Nervosa é excessivamente influenciada pela forma e peso do corpo. Para qualificar o transtorno, a compulsão periódica e os comportamentos compensatórios inadequados devem ocorrer, em média, pelo menos duas vezes por semana, por 3 meses (Critério C).

Uma compulsão periódica é definida pela ingestão, em um período limitado de tempo, de uma quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria dos indivíduos consumiria sob circunstâncias similares (Critério A1).

O clínico deve considerar o contexto no qual a compulsão periódica ocorreu – o que seria considerado um consumo excessivo, em uma refeição comum poderia ser considerado normal durante uma celebração ou uma ceia festiva.

Um “período limitado de tempo” refere-se a um período definido, geralmente durando menos de 2 horas. Um episódio isolado de compulsão periódica não precisa ser restrito a um contexto. Por exemplo, um indivíduo pode começar um episódio em um restaurante e continuá-lo ao voltar para casa. O ato de ingerir continuamente pequenas quantidades de comida durante o dia inteiro não seria considerado uma compulsão periódica.

Embora varie o tipo de alimento consumido durante os ataques de hiperfagia, ele tipicamente inclui doces e alimentos com alto teor calórico, tais

como sorvetes ou bolos. Entretanto, as compulsões periódicas parecem caracterizar-se mais por uma anormalidade na quantidade de alimentos consumidos do que por uma avidez por determinados nutrientes, como carboidratos.

Embora os indivíduos com Bulimia Nervosa, durante um episódio de compulsão periódica, possam consumir mais calorias do que as pessoas sem Bulimia Nervosa consomem durante uma refeição, a proporção de calorias derivadas de proteínas, gorduras e carboidratos é similar.

Os indivíduos com Bulimia Nervosa tipicamente se envergonham de seus problemas alimentares e procuram ocultar seus sintomas. As compulsões periódicas geralmente ocorrem em segredo. Um episódio pode, ou não, ser planejado de antemão e em geral (mas nem sempre) é caracterizado por um consumo rápido.

A compulsão periódica frequentemente prossegue até que o indivíduo se sinta desconfortável, ou mesmo dolorosamente repleto. A compulsão periódica é tipicamente desencadeada por estados de humor disfóricos, estressores interpessoais, intensa fome após restrição por dietas, ou sentimentos relacionados a peso, forma do corpo e alimentos. A compulsão periódica pode reduzir temporariamente a disforia, mas autocríticas e humor deprimido frequentemente ocorrem logo após. Um episódio de compulsão periódica também se acompanha de um sentimento de falta de controle (Critério A2).

Um indivíduo pode estar em um estado frenético enquanto leva a efeito a compulsão, especialmente no curso inicial do transtorno. Alguns indivíduos descrevem uma qualidade dissociativa durante ou após os episódios de compulsão periódica.

Após a Bulimia Nervosa ter persistido por algum tempo, os indivíduos podem afirmar que seus episódios compulsivos não mais se caracterizam por um sentimento agudo de perda do controle, mas sim por indicadores comportamentais de prejuízo do controle, tais como dificuldade em resistir a comer em excesso ou dificuldade para cessar um episódio compulsivo, uma vez iniciado.

O prejuízo no controle associado com a compulsão periódica da Bulimia Nervosa não é absoluto, já que, por exemplo, um indivíduo pode continuar comendo enquanto o telefone toca, mas interromper o comportamento se um colega ou o cônjuge ingressar inesperadamente no mesmo aposento.

Outra característica essencial da Bulimia Nervosa é o uso recorrente de comportamentos compensatórios inadequados para prevenir o aumento de peso (Critério B). Muitos indivíduos com Bulimia Nervosa empregam diversos métodos em suas tentativas de compensarem a compulsão periódica.

A técnica compensatória mais comum é a indução de vômito após um episódio de compulsão periódica. Este método purgativo é empregado por 80 a 90% dos indivíduos com Bulimia Nervosa que se apresentam para tratamento em clínicas de transtornos alimentares. Os efeitos imediatos do vômito incluem alívio do desconforto físico e redução do medo de ganhar peso.

Em alguns casos, o vômito torna-se um objetivo em si mesmo, de modo que a pessoa come em excesso para vomitar ou vomita após ingerir uma pequena quantidade de alimento. Os indivíduos com Bulimia Nervosa podem usar uma variedade de métodos para a indução de vômitos, incluindo o uso dos dedos ou instrumentos para estimular o reflexo de vômito.

Os indivíduos em geral se tornam hábeis na indução de vômitos e por fim são capazes de vomitar quando querem. Raramente, os indivíduos consomem xarope de ipeca para a indução do vômito. Outros comportamentos purgativos incluem o uso indevido de laxantes e diuréticos. Aproximadamente, um terço dos indivíduos com Bulimia Nervosa utiliza laxantes após um ataque de hiperfagia.

Raramente, os indivíduos com este transtorno utilizam enemas após os episódios compulsivos, mas este quase nunca é o único método compensatório empregado. Os indivíduos com Bulimia Nervosa podem jejuar por um dia ou mais ou exercitar-se excessivamente na tentativa de compensar o comer compulsivo.

Exercícios podem ser considerados excessivos quando interferem significativamente em atividades importantes, quando ocorrem em momentos

ou contextos inadequados ou quando o indivíduo continua se exercitando apesar de lesionado ou de outras complicações médicas.

Raramente, os indivíduos com este transtorno podem tomar hormônio da tireoide na tentativa de prevenir o aumento de peso. Os indivíduos com diabetes melito e Bulimia Nervosa podem omitir ou reduzir as doses de insulina, para reduzir o metabolismo dos alimentos consumidos durante os ataques de hiperfagia.

Os indivíduos com Bulimia Nervosa colocam uma ênfase excessiva na forma ou no peso do corpo em sua auto avaliação, sendo esses fatores, tipicamente, os mais importantes na determinação da autoestima (Critério D).

As pessoas com o transtorno podem ter estreita semelhança com as que têm Anorexia Nervosa, em seu medo de ganhar peso, em seu desejo de perder peso e no nível de insatisfação com seu próprio corpo. Entretanto, um diagnóstico de Bulimia Nervosa não deve ser dado quando a perturbação ocorre apenas durante episódios de Anorexia Nervosa (Critério E).

SUBTIPOS E TRANSTORNOS ASSOCIADOS

Os seguintes subtipos podem ser usados para especificar a presença ou ausência do uso regular de métodos purgativos como meio de compensar uma compulsão periódica:

- a) Tipo Purgativo – este subtipo descreve apresentações nas quais o indivíduo se envolveu regularmente na autoindução de vômito ou no uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas durante o episódio atual.
- b) Tipo Sem Purgação – este subtipo descreve apresentações nas quais o indivíduo usou outros comportamentos compensatórios inadequados, tais como jejuns ou exercícios excessivos, mas não se envolveu regularmente na autoindução de vômitos ou no uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas durante o episódio atual.

QUANTO ÀS CARACTERÍSTICAS E TRANSTORNOS ASSOCIADOS:

Os indivíduos com Bulimia Nervosa tipicamente estão dentro da faixa de peso normal, embora alguns possam estar com um peso levemente acima ou abaixo do normal. O transtorno ocorre, mas é incomum, entre indivíduos moderada e morbidamente obesos. Há indícios de que, antes do início do Transtorno Alimentar, os indivíduos com Bulimia Nervosa estão mais propensos ao excesso de peso do que seus pares.

Entre os episódios compulsivos, os indivíduos com o transtorno tipicamente restringem seu consumo calórico total e selecionam preferencialmente alimentos com baixas calorias (*diet*) evitando alimentos que percebem como engordantes ou que provavelmente ativarão um ataque de hiperfagia.

Os indivíduos com Bulimia Nervosa apresentam uma frequência maior de sintomas depressivos (por exemplo: baixa autoestima) ou Transtornos do Humor (particularmente Transtorno Distímico e Transtorno Depressivo Maior).

Em muitas ou na maior parte dessas pessoas, o distúrbio do humor começa simultaneamente ou segue o desenvolvimento da Bulimia Nervosa, sendo que com frequência atribuem sua perturbação do humor à Bulimia Nervosa. Também pode haver maior frequência de sintomas de ansiedade (por exemplo: medo de situações sociais) ou Transtornos de Ansiedade. Esses distúrbios do humor e de ansiedade comumente apresentam remissão após o tratamento efetivo da Bulimia Nervosa.

Em cerca de um terço dos indivíduos com Bulimia Nervosa ocorre Abuso ou Dependência de Substâncias, particularmente envolvendo álcool e estimulantes. O uso de estimulantes frequentemente começa na tentativa de controlar o apetite e o peso. É provável que 30 a 50% dos indivíduos com Bulimia Nervosa também tenham características de personalidade que satisfaçam os critérios para um ou mais Transtornos da Personalidade (mais frequentemente Transtorno da Personalidade *Borderline*).

Evidências preliminares sugerem que os indivíduos com Bulimia Nervosa, Tipo Purgativo, apresentam mais sintomas depressivos e maior

preocupação com a forma e o peso do que os indivíduos com Bulimia Nervosa, Tipo Sem Purgação.

Quanto aos achados laboratoriais e físicos, o comportamento purgativo frequente de qualquer espécie pode produzir anormalidades hidroeletrólíticas, mais comumente hipocalemia, hiponatremia e hipocloremia. A perda de ácido gástrico por meio dos vômitos pode produzir uma alcalose metabólica (bicarbonato sérico elevado) e a frequente indução de diarreia pelo abuso de laxantes pode causar acidose metabólica. Alguns indivíduos com Bulimia Nervosa apresentam níveis levemente elevados de amilase sérica, provavelmente refletindo um aumento da isoenzima salivar.

O vômito recorrente acaba levando a uma perda significativa e permanente do esmalte dentário, especialmente das superfícies linguais dos dentes da frente. Esses dentes podem lascar e ter uma aparência serrilhada e corroída. Também pode haver uma maior frequência de cáries dentárias. Em alguns indivíduos, as glândulas salivares, particularmente as glândulas parótidas, podem tornar-se notavelmente hipertróficas. Os indivíduos que induzem vômitos pela estimulação manual da glote podem desenvolver calos e cicatrizes na superfície dorsal da mão, por traumas repetidos produzidos pelos dentes. Sérias miopatias cardíacas e esqueléticas foram relatadas entre indivíduos que regularmente utilizam xarope de ipeca para a indução de vômitos.

Irregularidades menstruais ou amenorreia algumas vezes ocorrem em mulheres com Bulimia Nervosa; no entanto, ainda não foi definido com certeza se essas perturbações estão relacionadas com as flutuações de peso, com deficiências nutricionais ou com o estresse emocional.

Os indivíduos que abusam cronicamente de laxantes podem tornar-se dependentes deles para estimularem os movimentos intestinais. As perturbações hidroeletrólíticas resultantes do comportamento purgativo algumas vezes são suficientemente severas para constituírem problemas clinicamente sérios. Complicações raras, porém fatais, incluem rupturas do esôfago, ruptura gástrica e arritmias cardíacas. Comparados com indivíduos com Bulimia Nervosa, Tipo Sem Purgação, os indivíduos com o Tipo Purgativo

estão muito mais propensos a ter problemas físicos, tais como distúrbios hidroeletrólíticos.

CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS

A Bulimia Nervosa ocorre, conforme relatado, com frequências aproximadamente similares na maioria dos países industrializados, incluindo os Estados Unidos, Canadá, Europa, Austrália, Japão, Nova Zelândia e África do Sul. Poucos estudos examinaram a prevalência da Bulimia Nervosa em outras culturas.

Em estudos clínicos da Bulimia Nervosa nos Estados Unidos, os indivíduos com este transtorno eram principalmente brancos, mas o transtorno também foi relatado entre outros grupos étnicos. Em amostras clínicas e populacionais, pelo menos 90% dos indivíduos com Bulimia Nervosa são mulheres. Alguns dados sugerem que os homens com Bulimia Nervosa têm maior prevalência de obesidade pré-mórbida do que as mulheres com o transtorno.

PREVALÊNCIA:

A prevalência da Bulimia Nervosa entre mulheres adolescentes e adultas jovens é de aproximadamente 1-3%; a taxa de ocorrência deste transtorno em homens é de aproximadamente um décimo da que ocorre em mulheres.

IDADE – CURSO:

A Bulimia Nervosa começa ao final da adolescência ou início da idade adulta. A compulsão periódica frequentemente começa durante ou após um episódio de dieta. O comportamento alimentar perturbado persiste por pelo menos vários anos, em uma alta porcentagem das amostras clínicas. O curso pode ser crônico ou intermitente, com alternância de períodos de remissão e recorrências de ataques de hiperfagia. O resultado da Bulimia Nervosa a longo prazo é desconhecido.

PADRÃO FAMILIAR:

Diversos estudos sugerem uma maior frequência de Bulimia Nervosa, de Transtornos do Humor e de Abuso e Dependência de Substância em parentes biológicos em primeiro grau de indivíduos com Bulimia Nervosa. Uma tendência familiar para a obesidade pode existir, mas não foi definitivamente comprovada.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Os indivíduos cujo comportamento de compulsão alimentar ocorre apenas durante a Anorexia Nervosa recebem o diagnóstico de Anorexia Nervosa, Tipo Compulsão Periódica/Purgativo, e não devem receber o diagnóstico adicional de Bulimia Nervosa.

Para um indivíduo com episódios compulsivos e purgações cuja apresentação, no entanto, não mais satisfaz todos os critérios para Anorexia Nervosa, Tipo Compulsão Periódica/Purgativo (por exemplo: quando o peso se normalizou ou a menstruação tornou-se regular), o julgamento clínico ditará se o diagnóstico atual mais adequado é de Anorexia Nervosa/Tipo Compulsão Periódica/Purgativo, em Remissão Parcial, ou de Bulimia Nervosa.

Em certas condições neurológicas ou outras condições médicas gerais, tais como a síndrome de Kleine-Levin, existe uma perturbação do comportamento alimentar, mas os aspectos psicológicos característicos da Bulimia Nervosa, tais como preocupação exagerada com a forma e o peso do corpo, não estão presentes.

A hiperfagia é comum em um Transtorno Depressivo Maior, Com Características Atípicas, mas esses indivíduos não se dedicam a um comportamento compensatório inadequado nem demonstram a característica preocupação exagerada com a forma e o peso do corpo. Se são satisfeitos os critérios para ambos os transtornos, devem ser dados ambos os diagnósticos.

O comportamento de compulsão periódica é incluído no critério de comportamento impulsivo que faz parte da definição do Transtorno da Personalidade *Borderline*. Se todos os critérios para os dois transtornos são satisfeitos, podem ser dados ambos os diagnósticos.

Abaixo temos um quadro com os critérios diagnósticos para bulimia nervosa segundo o DSM-IV e a CID-10.

DSM-IV	CID-10
<p>A. Episódios recorrentes de consumo alimentar compulsivo – episódios bulímicos – tendo as seguintes características:</p> <p>1. ingestão em pequeno intervalo de tempo (i.e., aproximadamente em duas horas) uma quantidade de comida claramente maior do que a maioria das pessoas comeria no mesmo tempo e nas mesmas circunstâncias.</p> <p>2. sensação de perda de controle sobre o comportamento alimentar durante os episódios (i.e., a sensação da não conseguir parar de comer ou controlar o quê e quanto come).</p> <p>B. Comportamentos compensatórios inapropriados para prevenir ganho de peso, como vômito auto induzido, abuso de laxantes, diuréticos ou outras drogas, dieta restrita ou jejum ou, ainda, exercícios vigorosos.</p> <p>C. Os episódios bulímicos e os comportamentos compensatórios ocorrem, em média, duas vezes por semana, por pelo menos três meses.</p> <p>D. A auto avaliação é indevidamente influenciada pela forma e peso corporais. O distúrbio não ocorre</p>	<p>A. O paciente sucumbe a episódios de hiperfagia, nos quais grandes quantidades de alimento são consumidas em curtos períodos de tempo (pelo menos duas vezes por semana durante um período de três meses).</p> <p>B. Preocupação persistente com o comer e um forte desejo ou um sentimento de compulsão a comer.</p> <p>C. O paciente tenta neutralizar os efeitos “de engordar” dos alimentos por meio de um ou mais do que segue: vômitos auto induzidos, purgação auto induzida, períodos de alternância de inanição, uso de drogas, tais como anorexígenos, preparados tireoidianos ou diuréticos. Quando a bulimia ocorre em pacientes diabéticos, eles podem negligenciar seu tratamento insulínico.</p> <p>D. Há uma auto percepção de estar muito gorda, com pavor intenso de engordar e com uso exercícios excessivos ou jejuns.</p>

<p>exclusivamente durante episódios de anorexia nervosa.</p> <p>Tipos: - Purgativo: autoindução de vômitos, uso indevido de laxantes e diuréticos, enemas.</p> <p>- Sem purgação: sem práticas purgativas, prática de exercícios excessivos ou jejuns.</p>	
--	--

ORTOREXIA

A ortorexia constitui-se uma preocupação excessiva por alimentos ou comida saudável, conduzindo a uma dieta extremamente restritiva (CASTRO e FERREIRA, 2007). Isto é, a alimentação se converte em uma preocupação recorrente, passando o indivíduo grande parte do seu tempo pensando nela e se sentindo culpado se não cumpre tal dieta.

Segundo Oliveira, Leão e Alchieri (2014) citando alguns trabalhos recentes, a ortorexia não foi reconhecida como doença, não existindo, portanto, quadros validados ou presentes nos manuais diagnósticos em psiquiatria (CAMARGO; COSTA; UZUNIAN; VIEBIG, 2008; ZAMORA; BONAECHEA; SÁNCHEZ; RIAL, 2005). No entanto, dadas as suas implicações, considera-se relevante à abordagem do tema.

A pessoa ortoréxica, inicia uma busca obsessiva por normas (ou regras) de alimentação saudável. As informações são obtidas através dos meios de comunicação, porém são informações distorcidas e exageradas para ficar saudável. Dessa forma, acaba excluindo muitos alimentos, por exemplo, começa com aqueles considerados impuros, como corantes, conservantes, gorduras trans, açúcar, sal, com agrotóxicos, pesticidas, alimentos transgênicos, entre muitos outros. Isso leva até a exclusão de grupos de alimentos considerados importantes para uma nutrição adequada podendo levar a quadros de carências nutricionais ou subclínicos (fome oculta, déficit de vitaminas e micronutrientes, anemia, osteopenia, entre outros) (DEL ROSÁRIO, 2013).

Também associa uma preocupação com a forma de preparo e os utensílios utilizados na preparação dos alimentos. Comer fora de casa é considerado um problema, evitam reuniões sociais e jantares para não “cair na tentação” de ingerir outro tipo de produto e pesam os alimentos e sentem “grande culpa se quebrar as regras”, e pelo contrário sentem uma sensação confortável ao fazer um prato elaborado exclusivamente com produtos orgânicos, ecológicos, bio ou com determinados certificados de salubridade.

Na realidade, essas pessoas acabam se isolando para conseguir se alimentar dessa forma saudável ou com alimentos considerados “puros” em casa, não aceitando comer em restaurantes e dessa forma acabam deixando de sair com os amigos ou namoradas/os. Enfim, a dieta “saudável” acaba tomando conta da sua vida.

Segundo Del Rosário (2013), um problema grande e que pode se estender para além do limite é que a pessoa ortoréxica não procura ajuda porque acredita que está fazendo a escolha certa. A experiência mostra que na prática clínica, os pacientes com ortorexia atendidos nos consultórios ambulatoriais, foram encaminhados pelos familiares, principalmente as mães, que acreditavam que existia “algo de errado” na alimentação do familiar “ortorexico”.

Nesses pacientes, na consulta nutrológica foi realizado uma anamnese alimentar abrangente para procurar determinar a omissão de grupos de alimentos, assim como no exame físico, o aparecimento de alguns sinais de falta de nutrientes (queda de cabelo, unhas quebradiças, entre muitos outros). Também foi realizada uma investigação laboratorial procurando e observando vários déficits de nutrientes que precisaram de suplementação e de adequação na dieta (de acordo ao sexo, a idade, momento evolutivo, as atividades que realiza, entre muitas outras, que precisam ser consideradas) que a pessoa ortoréxica estava realizando. Com alguns desses pacientes, também foi observada a necessidade de um encaminhamento para uma psicoterapia (DEL ROSÁRIO, 2013).

Na prática clínica também foi observado que em algumas das pacientes que tiveram um diagnóstico de anorexia nervosa ou bulimia nervosa no passado foi possível observar a passagem para um quadro com

características ortoréxicas antes da sua recuperação. É importante lembrar aqui, que quando um paciente se recupera de um transtorno de comportamento alimentar, comenta que está comendo “normal” e sem alimentos proibidos, participando do lado social da alimentação e sendo “flexível”.

A mesma autora ressalta que não se sabe qual a prevalência deste distúrbio na população geral, porém alguns grupos foram identificados nos últimos trabalhos científicos. Dentro deles, aparecem os atletas, esportistas, os artistas, os médicos e as nutricionistas.

ETIOLOGIA DO TERMO

Os Transtornos Alimentares (TA) são graves distúrbios psiquiátricos considerados importantes problemas de saúde. Os quadros clássicos têm seus critérios diagnósticos definidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) ou Associação Americana de Psiquiatria (APA), enquanto outros quadros considerados não oficiais têm sido sugeridos nos últimos anos, denominados muitas vezes de comer transtornada (do inglês, *disordered eating*) (MARTINS *et al.*, 2011).

Derivada do vocábulo grego (*orthos* significa correto e *orexis*, apetite) que significa “apetite correto”, a ortorexia tem se configurado como uma recente inclusão nos transtornos alimentares. Tal dieta visa atingir a saúde pela desintoxicação do corpo de substâncias “impuras”, como aditivos alimentares, metais pesados das águas, alimentos e produtos químicos ou manipulados industrialmente (transgênicos ou processados), produtos desvitalizados (refinados ou não integrais), alimentos não frescos ou congelados, colorantes e conservantes (ARNAIZ, 2008).

Na ortorexia, os indivíduos consomem exclusivamente alimentos procedentes da agricultura ecológica, livres de componentes transgênicos, artificiais, pesticidas ou herbicidas, consistindo, portanto, em uma obsessão e preocupação pelo saudável, natural ou biológico.

Segundo Lopes e Kirsten (2009), a ortorexia nervosa foi descoberta por um médico, adepto da medicina alternativa, Steven Bratman. Este observou diferentes grupos e teorias ligadas à alimentação e encontrou pessoas que

alimentavam-se com a intenção de superar doenças ou para melhorar a saúde em geral. Observou também, que essa dieta exigia uma disciplina reforçada e enorme vontade para mudar hábitos alimentares a partir da infância e da cultura circundante. Esse tipo de comportamento, “Ortorexia Nervosa”, significa uma fixação patológica em se alimentar corretamente, ou seja, preocupar-se exageradamente com a qualidade da alimentação.

A forma de preparação dos alimentos e dos materiais utilizados para ele também são parte de um ritual obsessivo. São pessoas meticolosas, organizadas, com uma exagerada necessidade de autocuidado e proteção. As pessoas ortoréxicas centram suas vidas na alimentação, concebida como um ritual em torno do valor da pureza corporal e mental. Essa “espiritualidade culinária” provoca aflição quando gastam grande parte do seu tempo no planejamento, compra e ingestão de comida. Os indivíduos costumam utilizar somente no preparo das refeições utensílios de madeira ou cerâmica, e supervisionam também pessoalmente a preparação dos alimentos. Leem, ainda, completamente a composição nutricional de todas as etiquetas, não comem fora de casa, ou deixam de comer por medo de que os alimentos não sejam adequados (CADAVAL *et al.*, 2005).

A dieta resultante dessas práticas é radicalmente diferente das seguidas no próprio contexto cultural, exigindo destes uma grande força de vontade (ARNAIZ, 2008). Dessa forma, considerando que os alimentos comuns da sua dieta alimentar diferem da maioria da população, isto pode ocasionar implicações graves como “asilamento” social.

Bratman (1997, 2002); Kinzl *et al.* (2006); Donini *et al.* (2005 *apud* MARTINS *et al.*, 2011) descreveram a ortorexia nervosa como uma fixação pela saúde alimentar caracterizada por uma obsessão doentia com o alimento biologicamente puro, acarretando restrições alimentares significativas. Trata-se de indivíduos com escolhas alimentares acompanhadas de uma preocupação exagerada com a qualidade dos alimentos, a pureza da dieta (livre de herbicidas, pesticidas e outras substâncias artificiais) e o uso exclusivo de “alimentos politicamente corretos e saudáveis”.

Para Bratman (2002 *apud* MARTINS *et al.*, 2011), o objetivo dos indivíduos com comportamento ortoréxico é ingerir alimentos que contribuam

para o bom funcionamento do organismo e “libertem o corpo e a mente de impurezas” a fim de alcançarem um corpo saudável e maior qualidade de vida. O autor também associou esse comportamento com o desprezo pelos que não seguem os mesmos “padrões elevados” de alimentação, a obsessão, a solidão, o evitar a prática social das refeições, a insatisfação com a própria condição e a autoimposição para tentar esclarecer outros acerca dos alimentos “saudáveis”.

Ao propor, nomear e caracterizar a ortorexia nervosa, Bratman (2002) também levou em conta a avaliação de si próprio quando, em certa fase da vida, apresentava-se excessivamente preocupado com certos aspectos alimentares: a qualidade e o frescor dos vegetais, a ponto de cultivá-los para uso próprio; a contagem da mastigação a cada colherada de alimento; o local de alimentação e a quantidade de comida.

Bartrina (2007) considera a ortorexia um transtorno obsessivo compulsivo, ao passo que Alén (2006) destaca que a restrição dos alimentos conduz a uma má nutrição, tendo como consequências principais a perda de peso, mau humor, e desequilíbrios metabólicos, cardiovasculares e perda da capacidade imunitária, permitindo assim, o aparecimento de infecções oportunistas. Devido a esse quadro, assemelha-se com outros transtornos de conduta alimentar, como a anorexia e a bulimia. No entanto, difere-se destes, pois a preocupação não está na quantidade de alimento consumido, e sim na qualidade deles.

Segundo Arnaiz (2008), não há consenso entre os autores sobre a prevalência da ortorexia. Alguns sugerem que este afeta principalmente mulheres jovens (como a anorexia e bulimia nervosa), assim como se acredita que se manifesta tanto em homens, quanto em mulheres (considerando que o objetivo não é a perda de peso, e sim ter uma alimentação saudável).

No entanto, Alén (2006) traz estimativas de que na Espanha sua prevalência seja de menos de 1% da população, sendo mais frequentes em mulheres, sobretudo aquelas vegetarianas, macrobióticas, crudistas e frutistas.

É importante ressaltar que, quanto ao sensível limite do que é considerado normal ou patológico, Sanchez e Moreno (2007) defendem que não se deve confundir uma preocupação com uma vida saudável com uma

obsessão. Citam, para tanto, que um indivíduo vegetariano ou macrobiótico não necessariamente sofre desta enfermidade.

O indivíduo com ortorexia dedica-se a pensar com preocupação e detidamente no que vai comer no dia e nos dias seguintes, caracterizando, assim, uma fase de compra meticulosa e hiper crítica de cada um dos ingredientes; há outra fase relacionada à preparação culinária destes ingredientes, tendo que estar presentes técnicas e procedimentos que não estejam relacionadas a perigo para a saúde. E por fim, a fase de satisfação, conforto ou culpabilidade em função do cumprimento adequado das fases precedentes (BARTRINA, 2007).

Portanto, citam-se como direcionamentos diagnósticos para a ortorexia, um questionário com 10 perguntas proposto por Bartrina (2007), que se respondido afirmativamente a 4 ou 5 questões, significa uma necessidade de relaxamento com a alimentação. Ou ainda, se respondido afirmativamente a todas as questões, indica uma importante obsessão com a alimentação saudável, devendo relatar esta conduta a um profissional qualificado.

As principais questões estão relacionadas a:

- dedicar mais de três horas diárias a pensar em sua dieta saudável;
- preocupar-se mais com a qualidade dos alimentos do que com o prazer de consumi-los;
- diminuição de sua qualidade de vida conforme aumenta a “qualidade” da sua alimentação;
- sentimentos de culpabilidade quando não cumpre com suas convicções dietéticas;
- planejamento excessivo do que se comerá no dia seguinte;
- isolamento social provocado pelo seu tipo de alimentação (BARTRINA, 2007).

Por fim, no que concerne à intervenção da ortorexia, assim como em outros transtornos (não só de ordem alimentar), é muito importante a sua prevenção e o diagnóstico precoce, com vistas a um melhor prognóstico da doença. O primeiro passo do ponto de vista fisiológico é atender aos requerimentos nutricionais da pessoa, ao passo que paralelamente se

reestrutura os hábitos alimentares, de forma que a nova dieta seja completa, equilibrada e que esteja bem distribuída ao longo do dia.

A introdução de alimentos inicialmente rejeitados deve realizar-se gradualmente, à medida que se explica a importância de uma dieta variada e completa, contemplando os alimentos básicos nas quantidades necessárias (CADAVAL *et al.*, 2005).

Tal tratamento da ortorexia requer a intervenção de uma equipe de ajuda em que participem médicos, psicoterapeutas e nutricionistas. É necessária uma exploração médica inicial que favoreça o consenso de uma dieta mais equilibrada e confortável. Em alguns casos preocupantes, pode ser necessário o uso de antisserotonérgicos. É provável que a maior parte dos pacientes não se mantenham aderidos ao tratamento, especialmente o farmacológico, já que são pessoas preocupadas com a pureza e dieta natural (OLIVEIRA; LEÃO; ALCHIERI, 2014).

IMPLICAÇÕES ORGÂNICAS E SOCIAIS DA ORTOREXIA

Em termos de consequências físicas e fisiológicas que podem resultar desta dieta pobre, estão anemia, hipervitaminose, deficiências de vitaminas, de oligoelementos, etc., podendo ocasionar também doenças mais graves, como hipotensão arterial e osteoporose (CADAVAL *et al.*, 2005).

Além destas consequências, a rigidez na dieta alimentar traz implicações sociais. A perda do contato social é uma das consequências dos TCA de forma geral. No caso da ortorexia, em virtude da restrição dos tipos de alimentos, comer provoca angústia e um retraimento social, ocasionando um abandono das atividades de ócio e recreação, principalmente os restaurantes, que se convertem em lugares proibidos para suas dietas. Isto é, não comem fora de casa, ou deixam de comer por medo de que os alimentos não sejam adequados.

De acordo com Arnaiz (2008), a literatura psicológica e biomédica aponta uma prevalência maior em mulheres jovens, especialmente naquelas que por desejo de distinção social, têm adotados hábitos vegetarianos ou de outras “seitas” alimentares. Os motivos que levam os indivíduos a adotarem

dietas vegetarianas são os mais diversos: de cunho religioso, filosófico, motivos de saúde, amor aos animais, razões humanitárias (ALÉN, 2006).

Por alguns destes motivos, a ortorexia se apresenta em níveis socioeconômicos altos e médio-altos e parece não afetar os setores marginais, considerando que esse tipo de comida é muito mais dispendioso financeiramente do que a normal e mais difícil de conseguir (OLIVEIRA; LEÃO; ALCHIERI, 2014).

Autores como Del Campo (2003), partindo da máxima “o homem é o que come”, especula sobre os significados simbólicos, sociológicos e econômicos dos alimentos. Destaca que as diferenças entre as comidas dos mundos (fazendo menção aos países desenvolvidos e subdesenvolvidos) dependem da rentabilidade dos produtos. Isto é, que estas diferenças não estão relacionadas às necessidades alimentares da população, mas ao perfil destas pessoas a quem o produto está sendo destinado.

Já Sanchez e Moreno (2007) insistem na influência dos meios de comunicação, que cada vez dedicam mais tempo e espaço a temas dietéticos, de forma a incidir na emergente projeção de problemas mentais e transtornos endócrinos. Ou ainda, ao recorrente discurso do “ecologicamente correto”, que associa tais pressupostos a estilos de vida que promovem saúde.

As influências do contexto sociocultural também se fazem presentes no desencadeamento da ortorexia; no entanto, acredita-se que esses ditames se assemelham mais a pressupostos da cultural oriental. Isto é, as essências de doutrinas religiosas são muito similares: o hinduísmo e o budismo, por exemplo, abraçam o vegetarianismo como parte do caminho que conduzem a verdadeira santidade. Entretanto, argumenta-se que o vegetarianismo possui um equilibrado sentido filosófico e moral da vida, que vai muito além de uma simples dieta de frutas e verduras (ALÉN, 2006).

De acordo com Sanchez e Moreno (2007), dentre as razões que podem conduzir a ortorexia estão a obsessão por buscar uma melhor saúde, o medo de ser “envenenado” pela indústria alimentar e seus aditivos ou até ter encontrado uma razão espiritual para comer um determinado tipo de alimento. Acrescentam ainda que as vítimas destas alterações desejam obter todo tipo de benefícios físicos, psíquicos e morais.

Vera (2007, 2008), que já considera a ortorexia uma patologia social, tem como precedentes, ainda, a obsessão por dietas e o culto ao corpo. O crescente interesse por dietas, assim como uma dimensão que está alcançando o segmento de produtos dietéticos e “lights”, são um indicador da cada vez mais preocupação generalizada das sociedades por um corpo como realidade física e da integração do trinômio “saúde-beleza-imagem”.

Outro aspecto que pode contribuir para o quadro é o desconhecimento desta patologia. Sanchez e Moreno (2007), apresentando os resultados de um dos poucos estudos realizados sobre o tema no México, sugerem um desconhecimento do termo e do significado da ortorexia, bem como dos efeitos que esta pode causar na saúde.

Por fim, Zamora *et al.* (2005 *apud* OLIVEIRA, LEÃO e ALCHIERI, 2014) sugerem que a obsessão provoca uma perda das relações sociais e conduz a uma insatisfação afetiva que por sua vez favorece a preocupação excessiva pela comida. Na ortorexia, o paciente quer inicialmente melhorar sua saúde, tratar uma enfermidade ou perder peso até que a dieta se converte no “centro da sua vida”.

Martins *et al.* (2011) fizeram uma analogia entre a ortorexia nervosa e os TA. Vale a pena conferir:

Pode-se dizer que a visão sobre alimentação saudável entre os pacientes com TA tende a ser ortoréxica, uma vez que apresentam uma concepção perfeccionista do que seja alimentação saudável, com uma série de crenças e mitos sobre nutrição e alimentação (ALVARENGA; DUNKER, 2004). As crenças podem tornar-se normas rígidas e obrigações íntimas.

Essas regras ou crenças contêm em sua formulação expressões como “deve-se”, “tem-se que”, isto é, imposições que limitam ou impedem a pessoa de quebrá-las. A pessoa sujeita a crenças tão rígidas perde o poder de escolha, torna-se cronicamente ansiosa, frustrada e desapontada consigo, uma vez que não consegue cumprir todas as normas impostas para atingir o ideal alcançado.

Algumas características ideológicas e comportamentais, no entanto, distinguem os pacientes com TA dos indivíduos com ortorexia nervosa.

Pacientes com AN e BN estão motivados pela perda de peso, enquanto indivíduos com ortorexia nervosa são orientados pelo objetivo de alcançar a “dieta saudável perfeita”. Ademais, os primeiros raramente formam comunidades (com a exceção dos controversos *web sites* pró-AN e pró-BN), enquanto os indivíduos obcecados por uma dieta perfeita procuram formar grupos com a mesma ideologia (BARTRINA, 2007).

Outro aspecto distintivo pode ser a receptividade dos indivíduos ao tratamento. Sugere-se que a resistência ao tratamento possa ser menor entre os indivíduos com ortorexia nervosa em relação aos indivíduos com TA, uma vez que os primeiros estão preocupados com a própria saúde, enquanto os pacientes com TA tendem à negação do distúrbio ou da gravidade de seus quadros (APA, 2006 *apud* MARTINS *et al.*, 2011).

No entanto, uma dificuldade pode ser convencer os indivíduos com ortorexia nervosa de que seu comportamento é inadequado ou mesmo insalubre, já que eles se consideram saudáveis e disciplinados e podem não imaginar nenhum tipo de consequência adversa de seu comportamento alimentar. O tratamento da ortorexia nervosa parece requerer conduta semelhante à adotada para os TA no que diz respeito à necessidade de uma abordagem interdisciplinar que envolva médicos, psicólogos ou psicoterapeutas e nutricionistas (BARTRINA, 2007).

Vale finalizar a unidade com as considerações finais da pesquisa elaborada por Martins *et al.* (2011), pois é verdade:

- realmente há um longo caminho de investigação científica a ser percorrido para que a ortorexia nervosa seja amplamente conhecida e compreendida;
- são necessários mais estudos para descrever de modo mais completo o comportamento ortoréxico, sua etiologia, possível diagnóstico, tratamento, grupos e/ou populações vulneráveis;
- embora a ortorexia nervosa ainda não seja oficialmente reconhecida como um TA, estudos sobre esse comportamento alimentar poderão embasar o seu possível futuro reconhecimento;
- ademais, trabalhos sobre esse tema poderão fornecer aos profissionais da área de saúde informações necessárias para que

possam identificar o indivíduo com comportamento ortoréxico e encaminhá-lo ou tratá-lo adequadamente;

- esta é uma temática nova e pouco discutida também na área de Nutrição e destaca-se a importância de que profissionais da área da saúde estejam atentos e atualizados sobre o ato de comer e suas implicações;
- o conceito e a adoção de hábitos saudáveis e seguros na alimentação devem estar afastados de atitudes e práticas obsessivas e perfeccionistas, ainda que elas sejam motivadas por um desejo de alcançar a pureza da dieta a qualquer custo;
- a prevalência da ortorexia nervosa ainda é desconhecida em nossa sociedade. Os trabalhos disponíveis até o momento foram realizados em lugares muito diversos (Alemanha, Áustria, Itália, Suécia e Turquia), em amostras pequenas e específicas, de modo que a tradução para nossa realidade deve ser feita de forma muito cuidadosa, visto não ser possível uma universalização dos resultados. Entretanto, apesar das possíveis limitações metodológicas e da necessidade de maior definição conceitual presente nos poucos estudos realizados até o momento sobre a ortorexia nervosa, os resultados apontam para algumas tendências em certos grupos, como profissionais da área de saúde – por exemplo, médicos e nutricionistas.

Uma sugestão muito bem-vinda da parte de Martins *et al.* (2011):

É apropriado iniciar estudos em nosso meio, fazendo um levantamento desse comportamento alimentar alterado em populações aparentemente mais vulneráveis. A investigação da prevalência da ortorexia nervosa em tais populações, acompanhada de esclarecimentos e orientações adequadas, pode ser instrumento útil para que esses profissionais encontrem o devido equilíbrio em suas práticas alimentares pessoais e evitem disseminar

orientações rígidas sobre alimentação saudável em sua prática profissional.

DISMORFIA CORPORAL/VIGOREXIA: contextos, definições e características da dismorfia corporal

Enquanto os bulímicos exageram na alimentação, os anoréxicos nunca se acham suficientemente magros e os ortoréxicos buscam a alimentação ideal, os vigorexícos não se cansam de buscar o “corpo” ideal.

Dismorfia corporal, vigorexia, dismorfofobia, transtorno dismórfico corporal são alguns dos termos usados pela literatura para tratar desse problema, que grosso modo, podemos definir como uma perturbação da percepção e valorização corporal, objeto de estudo desta unidade.

O termo Dismorfia Corporal foi proposto em 1886 pelo italiano Morselli. Freud descreveu o caso “Homem Lobo”, uma pessoa que, apesar de ter um excesso de pelos no corpo, centrava sua excessiva preocupação na forma e tamanho de seu nariz. Ele o via horrível, proeminente e cheio de cicatrizes, o termo dismorfia corporal é utilizado também como um termo relativo à vigorexia (ASSUNÇÃO, 2005).

De acordo com Rodrigues; Araújo e Alencar (2008), a importância que a sociedade demonstra em relação à aparência física é notória na atualidade. Isso pode ser demonstrado, em parte, pela grande presença de matérias relacionadas à saúde, alimentação e exercício físico em qualquer veículo de comunicação.

Barros (2005) comenta que o aumento de jovens que sofrem com transtornos de imagem corporal, como bulimia, anorexia e vigorexia é um reflexo da obsessão com as formas do corpo. A reconfiguração de valor dessa nova sociedade cria uma verdadeira ditadura do corpo no qual a obesidade, sobrepeso e formas mais arredondadas geram afastamento social e problemas psicológicos, tais como depressão e angústia.

Para Ballone (2005), a Vigorexia está nascendo no seio de uma sociedade consumista, competitiva, frívola até certo ponto e onde o culto à imagem acaba adquirindo, praticamente, a categoria de religião. A Vigorexia e em geral os Transtornos Alimentares exemplificam bem a influência sociocultural na incidência de alguns transtornos emocionais.

A Vigorexia, mais comum em homens, se caracteriza por uma preocupação excessiva em ficar forte a todo custo. Apesar dos portadores desses transtornos serem bastante musculosos, passam horas na academia malhando e ainda assim se consideram fracos, magros e até esqueléticos. Uma das observações psicológicas desses pacientes é que têm vergonha do próprio corpo, recorrendo assim aos exercícios excessivos e a fórmulas mágicas para acelerar o fortalecimento, como por exemplo, os esteroides anabolizantes (BALLONE, 2005).

Deste modo, Ballone (2007) fala que em todos esses estados as pessoas acabam desenvolvendo comportamentos compulsivos, repetitivos, com o objetivo de aliviar pensamentos obsessivos desconfortáveis, como, por exemplo, param de comer ou vomitam ao pensarem que estão gordos ou que podem engordar, fazem exercícios excessivamente se acreditam que não estão esbeltas o suficiente.

Cossenza (1992) diz que a intenção de fortalecer os músculos através de exercícios com pesos progressivos é tão antiga como a civilização. Assírios e Babilônicos já realizavam tais exercícios por pura intuição, sem qualquer técnica apurada, levados unicamente pelo intuito de estética e força.

Também conhecida como Dismorfia Muscular e Anorexia Nervosa Reversa, a Vigorexia foi recentemente descrita como uma variação da desordem dismórfica corporal e enquadra-se entre os transtornos dismórficos corporais (TDC) (CHUNG, 2001; MAYVILLE, WILLIAMSON, WHITE, NETEMEYES e DRAB, 2002; HITZEROTH, WESSELS, ZUNGU-DIRWAYI, OOSTHUIZEN e STEIN, 2001 *apud* CAMARGO *et al.*, 2008).

A Dismorfia Muscular envolve uma preocupação de não ser suficientemente forte e musculoso em todas as partes do corpo, ao contrário dos TDC's típicos, que a principal preocupação é com áreas específicas (ASSUNÇÃO *et al.*, 2002).

Assim como a Ortorexia, quadro no qual o indivíduo se preocupa excessivamente com a pureza dos alimentos consumidos, a Vigorexia ainda não foi reconhecida como doença, e este ainda é um quadro não validado nem presente nos manuais diagnósticos em psiquiatria e também não conta com estudos epidemiológicos na população geral (CID-10 e DSM-IV) (ASSUNÇÃO, 2005; ZAMORA *et al.*, 2005).

Os indivíduos acometidos pela Vigorexia, frequentemente se descrevem como “fracos e pequenos”, quando na verdade apresentam musculatura desenvolvida em níveis acima da média da população masculina, caracterizando uma distorção da imagem corporal. Estes se preocupam de maneira anormal com sua massa muscular, o que pode levar ao excesso de levantamento de peso, prática de dietas hiperprotéicas, hiperglicídicas e hipolipídicas, e uso indiscriminado de suplementos proteicos, além do consumo de esteroides anabolizantes (GUARIN, 2002; CAFRI, VAN DEN BERG e THOMPSON, 2006; GRIEVE, 2007, HILDEBRAND, SCHLUNDT, LANGENBUCHER e CHUNGT, 2006 *apud* CAMARGO *et al.*, 2008).

Além disso, em relação aos exercícios físicos, observa-se que indivíduos com Vigorexia não praticam atividades aeróbicas, pois temem perder massa muscular. Estas pessoas evitam exposição de seus corpos em público, pois sentem vergonha, e utilizam diversas camadas de roupa, mesmo no calor, com intuito de evitar esta exposição (ASSUNÇÃO *et al.*, 2002; CHOI, POPE e OLIVARDIA, 2002; CHUNG, 2001; OLIVARDIA, POPE e HUDSON, 2000 *apud* CAMARGO *et al.*, 2008).

Segundo Grieve (2007 *apud* CAMARGO *et al.*, 2008), são nove as variáveis identificadas na literatura da dismorfia muscular, classificadas como:

- a) Massa corporal.
- b) Influência da mídia.
- c) Internalização do ideal de forma corporal.
- d) Baixa autoestima.
- e) Insatisfação pelo corpo.
- f) Falta de controle da própria saúde.
- g) Efeito negativo.
- h) Perfeccionismo.

- i) Distorção corporal.

A QUESTÃO DA IDENTIDADE E A IMAGEM CORPORAL

A importância dada ao corpo é algo que varia historicamente, de modo que devemos ter atenção aos sentidos atribuídos a ele nas mais diversas épocas (BERGER, 2006), bem como seu lugar na construção de identidades coletivas e individuais.

Foucault (1988 *apud* ZIMMERMANN, 2013) também nos alerta que o corpo é, simultaneamente, agente e objeto dentro de um jogo de forças na rede social e, assim, torna-se um depositário de marcas e de sinais desses embates, que o tornam um verdadeiro campo de provas no processo de construção subjetiva.

No entendimento de Zimmermann (2013), o processo de construção identitária depende, além de escolhas pessoais, da influência do meio, da história de vida de cada indivíduo e das experiências que este vivenciou. Diferentemente de outras épocas, a modernidade contemporânea possibilita que as escolhas individuais deixem de ser apenas relacionadas ao meio social, como profissão, residência ou pertencimento, e passem, sempre mais, ao campo pessoal.

O indivíduo quer, agora, ser dono de si, de seu próprio destino. Em outras épocas, como na Antiguidade Clássica, na Idade Média Europeia, bem como no período Romântico da Modernidade, o corpo servia, podemos dizer, como “sustentáculo”, como suporte de um modelo identitário social e coletivo, ou seja, ele era meio para a construção de um modelo de indivíduo e cidadão. Entretanto, ele permanecia fortemente vinculado à sua origem social e ao “serviço” de um projeto de identidade, de um sujeito. As categorias com as quais caracterizávamos e descrevíamos os indivíduos estavam relacionadas à política, à classe social, à religião, entre outros (ORTEGA, 2003).

No contemporâneo, por outro lado, e na mesma medida em que esses descritores perdem força no jogo de construção identitária, o corpo e suas expressões passam a assumir protagonismo enquanto vetores de construção

de identidades e coloca-se na base do cuidado de si. Agora o eu existe só para cuidar do corpo, está a seu serviço (ORTEGA, 2003).

Ou seja, a importância é com o cuidado com o próprio corpo, sua aparência, sua saúde, sua beleza e sua boa forma. Isso é o que, em oposição às ascetes³ clássica e medieval, Ortega (2003) chama de bioascese.

Enquanto que nas ascetes da antiguidade o *self* almejado pelas práticas de si representava frequentemente um desafio aos modos de existência prescritos, uma forma de resistência cultural, uma vontade de demarcação, de singularização, de alteridade, na maioria das práticas de bioascese encontramos uma vontade de uniformidade, da adaptação à norma e de constituição de modos de existência conformistas e egoístas, visando a procura da saúde e do corpo perfeito (ORTEGA, 2003).

Ou seja, o corpo que era visto como algo da natureza, quase intocável, hoje pode ser modificado ao prazer de cada ser humano, principalmente mediante os avanços da medicina e da tecnologia. Ambas as concepções nos parecem extremadas e erradas.

Essa prevalência da dimensão corporal na formação identitária, somada à importância dada aos mais variados procedimentos de cuidados corporais, médicos, higiênicos e estéticos, é o que permite falar em “bioidentidade”, portanto, o processo de construção de uma nova identidade, obtendo total controle do corpo, torna-se extremamente valorizado, fazendo com que haja uma diferenciação entre as pessoas “que se cuidam” daquelas “desleixadas”, que não investem em seus corpos (IRIAT *et al.*, 2009).

Essa constatação é reforçada também por Marzano-Parisoli (2004, p. 37), quando afirma que, na contemporaneidade, o corpo deve estar completamente “sob controle” e “é o corpo musculoso que dá a prova mais importante da capacidade que se tem de dominar a própria vida”. Já uma pessoa obesa e/ou flácida é julgada com desprezo, pois significa ou se sugere que há no indivíduo uma falta de determinação no cuidado consigo mesmo e, portanto, indicador de fraqueza moral (IRIAT *et al.*, 2009).

³ As ascetes clássicas greco-romanas e cristãs visavam a preocupação com o outro e com o bem comum. O indivíduo se encontrava dentro de um “jogo” de solidariedades coletivas. O corpo era submetido a uma dietética que tinha por objetivo a sua superação e transcendência como prova de habilitação para a vida pública, de intimidade com a divindade ou da derrota da nossa condição mortal, ou seja, o corpo possuía sempre um valor simbólico: o corpo era a base do cuidado de si.

Mas a ideia não é enveredarmos por essas discussões. Só mesmo lançar alguns questionamentos que os levem a refletir sobre a questão da identidade corporal.

Quanto à imagem corporal, esta pode ser entendida sob vários contextos e aspectos (emocional, físico, estético, visual, cinestésico, histórico), aqui a entendemos como a forma pela qual o indivíduo se percebe e se sente em relação ao seu próprio corpo e às relações que tem com ele.

O aspecto visual é aquele que a pessoa vê no momento em que olha para si mesma. O aspecto mental é o que a pessoa pensa sobre a sua própria aparência. Já o aspecto emocional seria como a pessoa se sente a respeito de seu próprio corpo. No aspecto cinestésico, a caracterização se dá pelo modo como se administra as partes do corpo. Não obstante, tem o aspecto histórico, no qual a imagem corporal da pessoa é construída por toda uma vida de experiências, que incluem prazeres, dores, elogios e críticas (ZIMMERMANN, 2013).

Enquanto as atitudes alimentares podem ser definidas como crenças, pensamentos, sentimentos e comportamentos para com os alimentos, e sofrem influência subjetivas, sociais, ambientais e culturais, as atitudes corporais incluem não apenas a insatisfação, mas também a avaliação (pensamentos e crenças sobre a aparência), experiências emocionais com o corpo e a importância da aparência (comportamentos para mantê-la ou melhorá-la) (SCAGLIUSI *et al.*, 2005 *apud* SOUZA *et al.*, 2014).

A imagem corporal definida como a imagem que se tem na mente sobre o tamanho e a forma do corpo, incluindo os sentimentos em relação a essas características e as partes constituintes do corpo, é muito comprometida nos Transtornos Alimentares (APA, 2013 *apud* SOUZA *et al.*, 2014).

Pode-se dividir a imagem corporal em três componentes:

- o perceptivo, que se relaciona com a precisão da percepção da aparência física, envolvendo uma estimativa do tamanho corporal e do peso;
- o subjetivo, que envolve satisfação com a aparência, o nível de preocupação e a ansiedade a ela associada; e,

- o comportamental, que focaliza as situações evitadas pelo indivíduo pelo desconforto associado a aparência corporal (SAIKALI *et al.*, 2004).

A cultura ocidental impõe um padrão de beleza em que o corpo ideal deve ser magro e esguio o que faz com que as pessoas corram atrás de mudanças na forma, no tamanho e na aparência de seus corpos, sem se preocupar com os aspectos relacionados à saúde e às diferenças individuais de constituições físicas. A imagem corporal é um importante componente da identidade pessoal, define a autoimagem como a forma que uma pessoa percebe as medidas e contornos do seu corpo, bem como os sentimentos referentes a essa percepção, a imagem corporal é a figura mental do próprio corpo (SAIKALI *et al.*; 2004; OLIVEIRA *et al.*, 2003; KAKESHITA; ALMEIDA, 2006).

É preciso ficarmos atentos aos sujeitos que estão insatisfeitos com seus corpos, pois podem passar das medidas e das boas condições de saúde e enveredarem por caminhos escuros que tem difícil retorno para a normalidade.

INFLUÊNCIAS DA SOCIEDADE NA VIGOREXIA E O USO DE ESTEROIDES ANABOLIZANTES

A sociedade atual vem produzindo a manifestação do que é estético e, principalmente, do que deve ser almejado, exibindo um padrão extremamente rígido quanto ao corpo ideal e não se dá conta da produção de um sintoma coletivo que circula por todos os ambientes. Assuntos relacionados a dietas, aparência física, cirurgias plásticas e a prática de exercícios físicos estão em toda parte: no trabalho, na escola e em festas (BUCARETCHI, 2003).

Na atualidade também observa-se que o indivíduo só é aceito em sociedade ao estar de acordo com os padrões do grupo (MELIN; ARAÚJO, 2002). Logo, pessoas não atraentes são discriminadas e não recebem tanto suporte em seu desenvolvimento quanto os sujeitos reconhecidos como atraentes, chegando mesmo a ser rejeitada, o que pode dificultar o

desenvolvimento das habilidades sociais e da autoestima (SAIKALI *et al.*, 2004).

Quanto aos grupos mais afetados ou ao que podemos chamar grupos de risco, a prevalência da Vigorexia afeta com maior frequência homens entre 18 e 35 anos, mas pode também ser observada em mulheres, sendo expressa por fatores socioeconômicos, emocionais, fisiológicos, cognitivos e comportamentais. O nível socioeconômico destes pacientes é variado, mas geralmente é mais frequente na classe média baixa (ALONSO, 2006; GRIEVE, 2007 *apud* CAMARGO *et al.*, 2008).

A prática de atividade física continua característica desta desordem pode ser comparada a um fanatismo religioso, colocando à prova constantemente a forma física do indivíduo, que não se importa com as consequências que podem ocorrer em seu organismo (ALONSO, 2006 *apud* CAMARGO *et al.*, 2008).

Falhas nos corpos destes indivíduos que, normalmente, passariam despercebidas para outros, são reais para estes pacientes, conduzindo os mesmos à depressão ou ansiedade, problemas no trabalho e relações sociais. Como resultado, correm o risco de perder o emprego e apresentar problemas de relacionamento (ALONSO, 2006; CHUNG, 2001; LEONE, SEDORY e GRAY, 2005; OLIVARDIA, POPE e HUDSON, 2000; POPE, GRUBER, CHOI, OLIVARDIA E PHILLIPS, 1997 *apud* CAMARGO *et al.*, 2008).

Fatores cognitivos, comportamentais, o ambiente que o indivíduo se encontra, o estado emocional e psicológico também podem determinar o surgimento do quadro de Vigorexia (GRIEVE, 2007 *apud* CAMARGO *et al.*, 2008);

Segundo Assunção (2002) e Baptista (2005), frequentadores assíduos de academia que realizam exercício físico em excesso na busca de um corpo perfeito, fazem parte do grupo de pessoas que sofrem de Vigorexia. Essas pessoas se tornam perfeccionistas consigo mesmas e obsessivas pelo exercício, passando horas dentro das academias. Estes complexos podem ser agravados pela busca inconstante da beleza física, acompanhadas de ansiedade, depressão, fobias, atitudes compulsivas e repetitivas – como olhadas seguidas no espelho.

Ung, Fones e Ang (2000 *apud* CAMARGO *et al.*, 2008) descreveram o caso de um homem chinês de 24 anos que apresentava medo mórbido de perder peso e massa muscular associado a treinos compulsivos com utilização de pesos, comportamento alimentar alterado, distúrbio de imagem corporal e depressão. Foi realizado tratamento com antidepressivos e psicoterapia cognitivo-comportamental, o que causou uma redução da preocupação com os músculos.

Outro estudo realizado por Kanayama, Barry, Hudson e Pope Jr (2006 *apud* CAMARGO *et al.*, 2008), mostrou que indivíduos que utilizam esteroides anabolizantes diferem pouco dos que não utilizam em relação à autoestima, imagem corporal e comportamentos alimentares, porém apresentam mais sintomas relacionados à Dismorfia Muscular. Os autores também constataram que os que usam anabolizantes há um longo período apresentam significativas diferenças em relação aos não usuários em se tratando de sintomas da Vigorexia.

Os treinadores normalmente expressam preocupações sobre alguns de seus atletas, principalmente em relação àqueles que necessitam de baixo peso corporal como corredoras, ginastas, lutadores e atletas do peso leve (BAPTISTA, 2005).

No fisiculturismo, as categorias são divididas por peso corporal, levando estes atletas a utilizar diversos recursos para a manutenção ou redução de seu peso. Além disso, participantes desta modalidade esportiva são julgados por sua aparência e não por sua performance (ROGATTO, 2003; LAMBERT, FRANK e EVANS, 2004 *apud* CAMARGO *et al.*, 2008).

Com o objetivo de atingir a forma física adequada ao esporte, fisiculturistas manipulam a ingestão calórica, a quantidade de sal da dieta e em alguns casos, utilizam medicamentos diuréticos ou até mesmo suspendem a ingestão hídrica pré-competição.

O uso de suplementos alimentares e agentes ergogênicos, incluindo esteroides anabolizantes, é comum no treinamento tanto de fisiculturistas quanto de levantadores de peso. Porém, é importante salientar que tais recursos devem ser utilizados com cautela e recomendados por um profissional especializado, já que podem acarretar diversos danos à saúde do atleta

(ROGATTO, 2003; PERRY, LUND, DENINGER, KUTSCHER E SCHNEIDER, 2005 *apud* CAMARGO *et al.*, 2008).

Hildebrand *et al.* (2006 *apud* CAMARGO *et al.*, 2008) também realizaram um estudo com 237 levantadores de peso do sexo masculino, o qual mostrou que indivíduos que apresentam Dismorfia Muscular apresentam altos índices de distúrbios de imagem corporal, de sintomas relacionados a psicopatologias associadas, de uso de esteroides anabolizantes e comportamento controlador em relação à aparência.

Um outro estudo realizado por Lantz, Rhea e Cornelius (2002 *apud* CAMARGO *et al.*, 2008), com 100 fisiculturistas e 68 levantadores de peso, sendo todos atletas de elite competitivos, mostrou que os pertencentes ao primeiro grupo apresentaram maiores porcentagens de indicadores de Vigorexia, como preocupação com tamanho do corpo e simetria, proteção psíquica, comportamento alimentar típico e uso de medicamentos, do que levantadores de peso.

Os estudos acima indicam que fisiculturistas podem ser um grupo de risco para o transtorno tratado.

Já o estudo realizado na África do Sul por Hitzeroth, Wessels, Zungu-Dirwayi, Oosthuizen e Stein (2001 *apud* CAMARGO *et al.*, 2008), com 28 fisiculturistas competitivos amadores encontrou a prevalência de 53,6% de Vigorexia. Foi também descrito neste estudo que 33% dos atletas com Vigorexia tinham maior tendência a apresentar desordem dismórfica corporal relacionada a outros aspectos que não a musculatura.

Mas e os esteroides anabolizantes?

De acordo com o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID, 2014), esteroides anabolizantes são drogas fabricadas para substituírem o hormônio masculino Testosterona, fabricado pelos testículos. Eles ajudam no crescimento dos músculos (efeito anabólico) e no desenvolvimento das características sexuais masculinas como: pelos, barba, voz grossa, etc. (efeito androgênico).

Os anabolizantes, como são comumente chamados, possuem vários usos clínicos, nos quais sua função principal é a reposição da testosterona nos casos em que por algum motivo patológico tenha ocorrido um déficit.

Além desse uso médico, eles têm a propriedade de aumentar os músculos e por esse motivo são muito procurados por atletas ou pessoas que querem melhorar a performance e a aparência física. Segundo especialistas, o problema do abuso dessas drogas não está com o atleta consagrado, mas com aquela “pessoa pequena que é infeliz em ser pequena”. Esse uso estético não é médico, portanto é ilegal e ainda acarreta problemas à saúde.

Os esteroides anabolizantes podem ser tomados na forma de comprimidos ou injeções e seu uso ilícito pode levar o usuário a utilizar centenas de doses a mais do que aquela recomendada pelo médico. Frequentemente combinam diferentes esteroides entre si para aumentar a sua efetividade. Outra forma de uso dessas drogas é tomá-las durante 6 a 12 semanas, ou mais, e depois parar por várias semanas e recomeçar novamente.

No Brasil não se tem estimativa deste uso ilícito, mas sabe-se que o consumidor preferencial está entre 18 a 34 anos de idade e em geral são do sexo masculino.

Olivardia, Pope e Hudson (2000 *apud* CAMARGO *et al.*, 2008) compararam 24 homens com Vigorexia e 30 levantadores de peso normais. Os indivíduos com Vigorexia se mostraram muito diferentes e com maior incidência do que a outra amostra em diversas medidas, como insatisfação corporal, comportamento alimentar diferenciado, uso de esteroides anabolizantes e prevalência de desordens de humor, ansiedade e distúrbios alimentares ao longo da vida.

De acordo com Dickerman, Schaller, Prather e McConathy (1995 *apud* CAMARGO *et al.*, 2008), o primeiro registro do uso de esteroides anabolizantes foi durante a Segunda Guerra Mundial, por tropas alemãs, para aumentar sua agressividade e força. Em 1954, iniciou-se a utilização destas substâncias em atletas russos de ambos os sexos. O risco de abuso de esteroides anabolizantes, utilizados na tentativa de melhorar o rendimento físico e incrementar o volume dos músculos, por indivíduos portadores de Vigorexia é alto (CAFRI, VAN DEN BERG e THOMPSON, 2006; GUARIN, 2002 *apud* CAMARGO *et al.*, 2008).

Frisando: esteroides anabolizantes são derivados sintéticos do hormônio masculino testosterona que podem exercer forte influência sobre o

corpo humano e melhorar a performance de atletas. Seu uso está associado a uma série de problemas tanto físicos quanto psiquiátricos.

Dentre as alterações físicas estão maiores riscos para o desenvolvimento de:

- doenças coronarianas;
- hipertensão arterial;
- tumores hepáticos;
- hipertrofia prostática;
- hipogonadismo;
- problemas de ereção;
- atrofia testicular;
- atrofia mamária;
- alteração da voz;
- hipertrofia do clitóris e amenorreia em mulheres;
- aumento da força;
- produção de eritropoietina e glóbulos vermelhos;
- formação óssea e a quantidade de massa magra;
- aumento do desejo sexual;
- ocorrência de acne;
- aumento na incidência de aterosclerose; e,
- aumento da quantidade de pelos corporais.

Em relação às alterações psiquiátricas, envolvem sintomas depressivos quando de sua abstinência, comportamento agressivo, hipomania e quadros psicóticos (ASSUNÇÃO, 2002; HARTGENS e KUIPERS, 2004 *apud* CAMARGO *et al.*, 2008).

Apesar do uso de esteroides anabolizantes ser relatado na sua maioria, em atletas do sexo masculino, Gruber e Pope (2000 *apud* CAMARGO *et al.*, 2008) afirmam que cerca de 145 mil mulheres americanas, faziam uso excessivo da substância na época da pesquisa. Estes autores realizaram estudo comparativo com 25 mulheres que já usaram esteroides anabolizantes e 50 mulheres que nunca fizeram uso desta substância, em Boston, Houston e Los Angeles.

Notou-se que as usuárias de esteroides apresentavam maior prevalência de uso de outras substâncias ergogênicas, comparadas ao outro grupo de mulheres, além de serem mais musculosas, dado que foi notado pela medida do *Fat Free Mass Index* (FFMI – Índice de Massa Magra Livre).

Ainda no estudo de Gruber e Pope (2000 *apud* CAMARGO *et al.*, 2008), as usuárias de anabolizantes relataram uma alta taxa de efeitos adversos, tanto físicos quanto psicológicos. Em particular, 14 usuárias disseram ter sintomas hipomaniacos durante o uso e 10 relataram apresentar sintomas depressivos ao abandonar o medicamento em questão.

O uso destas substâncias é associado a diversos efeitos deletérios, como, por exemplo, o caso de um fisiculturista de 20 anos de idade, relatado por Dickerman, Schaller, Prather e McConathy (1995 *apud* CAMARGO *et al.*, 2008), que morreu de súbita parada cardiorrespiratória. Apesar de não haver registros de queixas médicas deste indivíduo, havia o abuso de esteroides anabolizantes e seu coração estava hipertrofiado, como verificado pela autópsia, apresentando massa de 515 g.

Esta ingestão abusiva de anabolizantes pode trazer prejuízos à massa muscular em longo prazo e os estimulantes utilizados incluem vários tipos de drogas que aumentam a atividade orgânica principalmente por seus efeitos no sistema nervoso central, músculo liso e esquelético. A liberação do hormônio endorfina pode inibir a sensação de dor, cansaço extremo causado pelo exercício intenso e prolongado, podendo levar a uma dependência, pois quanto mais exercícios esses indivíduos realizam, maior a quantidade de endorfina liberada na corrente sanguínea aumentando a sensação de prazer. A consequência é que cada vez realizam mais exercício para busca do bem estar (ALONSO, 2006 *apud* CAMARGO *et al.*, 2008).

Além do uso de esteroides, outras consequências podem ser vistas neste transtorno, como, por exemplo, a utilização excessiva de pesos durante os exercícios que sobrecarrega os ossos, tendões, músculos e articulações, principalmente dos membros inferiores.

Também há alterações no consumo alimentar.

Desde os primeiros Jogos Olímpicos na Grécia Antiga, os quais representaram o berço da busca de relações entre nutrição e desempenho

físico, os treinadores e atletas buscavam estratégias alimentares capazes de melhorar o desempenho e aumentar o rendimento físico (BACURAU, 2005; MCARDLE, KATCH, F. E KATCH, V., 2003 *apud* CAMARGO *et al.*, 2008).

Apesar do crescente interesse na área de nutrição esportiva, ainda existe um extremo grau de desinformação, tanto dos desportistas e atletas quanto de seus treinadores, que normalmente prescrevem e assumem responsabilidades dietéticas (BACURAU, 2005; MCARDLE; KATCH; KATCH, 2003; TIRAPEGUI, 2002 *apud* CAMARGO *et al.*, 2008).

Devido ao desconhecimento em relação à dieta e às especificidades que a prática esportiva impõe, alguns atletas comprometem a própria saúde e esforçam-se para alcançar ou manter uma meta inadequada de peso corpóreo, com o mínimo de percentual de gordura corporal (MCARDLE; KATCH; KATCH, 2003; TIRAPEGUI, 2002 *apud* CAMARGO *et al.*, 2008).

A dieta inadequada (rica em carboidratos e proteínas) e o consumo exacerbado de suplementos proteicos podem ocasionar muitos transtornos metabólicos aos indivíduos com Vigorexia, afetando especialmente os rins, a taxa de glicemia e o colesterol do indivíduo (ALONSO, 2006 *apud* CAMARGO *et al.*, 2008).

Não há descrição do tratamento para a Vigorexia, em sua maior parte, práticas são “emprestadas” do tratamento de quadro correlatos e não devem ser entendidas como definitivas. Da mesma forma que indivíduos com outros transtornos alimentares, os indivíduos com Vigorexia dificilmente procuram tratamento, pois através dos métodos propostos geralmente acarretarão perda da massa muscular. Caso o indivíduo faça uso de esteroides anabolizantes, sua interrupção deve ser sugerida imediatamente (ASSUNÇÃO, 2002).

O tratamento psicológico inclui a identificação de padrões distorcidos de percepção da imagem corporal, identificação de aspectos positivos da aparência física, devendo-se abordar e encorajar atitudes mais sadias, e enfrentar a aversão de expor o corpo (ASSUNÇÃO, 2002, BAPTISTA, 2005).

TRATAMENTO NUTRICIONAL

O objetivo do tratamento nutricional não deve ser focado apenas na perda de peso corporal e na diminuição do percentual de gordura corporal. Os profissionais de saúde devem ter como objetivo principal a recuperação do bem-estar físico, psíquico e emocional, ou seja, da saúde, para que o paciente tenha uma melhor qualidade de vida. A modificação do estilo de vida, relacionada aos hábitos alimentares, tanto quantitativa como qualitativamente, e a prática de atividade física, são fundamentais para se obter êxito no tratamento e controle das comorbidades (BRESSAN; HERMSDORFF, 2011).

A obesidade, uma doença multifatorial e crônica, exige um tratamento meticuloso e em longo prazo. Não se pode esperar que as mudanças aconteçam de uma forma rápida e sem critério, se muitas vezes o caso é mais grave do que inicialmente parece e em geral existe há anos.

Atingir o peso ideal poderá ser uma meta apropriada em alguns casos, mas a própria manutenção do peso e o fato de o paciente não evoluir com ganho adicional, não aumentando a gravidade da doença, já pode ser considerado um resultado excelente.

Dependendo do tipo e da gravidade da obesidade existente, da idade e do estilo de vida do indivíduo envolvido, passamos de uma redução do peso para um tratamento muito mais complexo. Os fatores clínicos, psicossociais e comportamentais também devem ser avaliados e considerados essenciais no tratamento, por isso a importância de um tratamento multiprofissional.

A expectativa do paciente com relação ao tratamento é sempre muito grande. A primeira pergunta que fazem na consulta é o quanto devem perder de peso e em quanto tempo; muitas vezes já chegam com uma meta estabelecida sem nenhum critério. Assim, a orientação com relação aos objetivos do tratamento é que esse processo muitas vezes é demorado, e se torna fundamental num primeiro momento diminuir um pouco a ansiedade, para que os resultados obtidos durante o tratamento sejam valorizados como um todo, e não focados apenas na perda de peso. Essa é uma forma de

conseguirmos o estímulo do paciente e sua maior adesão ao tratamento, diminuindo as desistências e frustrações do paciente e do próprio profissional.

Considerando a gravidade da obesidade, sua intervenção deve ocorrer em idades bem precoces, pois, além do aumento da prevalência em crianças e em adolescentes, tem se observado o aumento da sua gravidade no adulto, principalmente quando ela se inicia de forma mais precoce.

Pode acontecer, durante o tratamento, que o peso permaneça no mesmo nível durante um período de tempo ainda que o paciente continue seguindo todas as orientações. Esse mecanismo, chamado de efeito platô, está associado a uma resposta orgânica, para a restrição calórica, como uma adaptação ou defesa do corpo para uma possível privação. Em geral, na perda de peso ocorre a perda inevitável de músculo que se desenvolveu para sustentar o tecido adiposo, e com isso há uma diminuição da taxa metabólica basal. Além disso, com a restrição calórica há uma diminuição da termogênese induzida pela dieta, como uma forma de o corpo não perder energia. No peso platô, o organismo entra num equilíbrio entre o gasto e a ingestão. Nesse caso, o paciente deve ser orientado para que não desanime, e a dieta e/ou a atividade física devem ser modificadas (BOUCHARD, 2003).

Muitas vezes faz-se necessário envolver no tratamento os familiares, a cozinheira e os amigos mais próximos do paciente. Por mais difícil que inicialmente pareça, com essa estratégia, conseguiremos atingir melhores resultados. Eles podem criar um ambiente de cooperação, e a modificação do estilo de vida aumenta a probabilidade de sucesso (BRESSAN; HERMSDORFF, 2011).

Precisamos falar, mesmo que sucintamente, sobre as necessidades energéticas, os macro e micronutrientes, os alimentos funcionais e um plano de tratamento.

Então, vamos começar pelo cálculo das necessidades energéticas para os obesos que pode ser feito pela calorimetria indireta e pelas estimativas de gasto energético com o uso de equações.

A calorimetria indireta constitui, sem dúvida, o meio mais eficiente e seguro para se determinar as necessidades energéticas de forma individualizada.

Entretanto, na prática clínica, principalmente em consultório, quando o profissional não dispõe dos equipamentos apropriados para essa avaliação, os métodos estimativos por meio das equações são os mais empregados.

As equações sugeridas pelo *Institute of Medicine de Washington* estimam as necessidades energéticas de indivíduos com sobrepeso e obesidade considerando o sexo, a idade, o peso, a altura e a atividade física, com base em estudos com água duplamente marcada, conforme o quadro abaixo. No caso de pacientes hospitalizados, pode-se utilizar a equação de Harris-Benedict (1919), que considera o sexo o peso (kg), a altura (cm) e a idade.

EQUAÇÕES PARA CÁLCULO DO GASTO ENERGÉTICO TOTAL (GET)

	GET acima de 19 anos, com peso normal, sobrepeso e obesidade
Homens	$864 - 9,72 \times \text{idade (anos)} + AF [14,2 \times \text{peso(kg)} + 503 \times \text{altura (m)}]$
Mulheres	$387 - 7,31 \times \text{idade (anos)} + AF \times [10,9 \times \text{peso(kg)} + 660,7 \times \text{altura(m)}]$
em que a atividade física (AF) será:	
<p>Para homens:</p> <p>AF = 1,00 se o FAF (fator de atividade física) for estimado como sendo $\geq 1,0 < 1,4$ (sedentário)</p> <p>AF = 1,12 se o FAF for estimado como sendo $\geq 1,4 < 1,6$ (pouco ativo)</p> <p>AF = 1,27 se o FAF for estimado como sendo $\geq 1,6 < 1,9$ (ativo)</p> <p>AF = 1,54 se o FAF for estimado como sendo $\geq 1,9 < 2,5$ (muito ativo)</p>	
<p>Para mulheres:</p> <p>AF = 1,00 se o FAF (fator de atividade física) for estimado como sendo $\geq 1,0 < 1,4$ (sedentário)</p> <p>AF = 1,14 se o FAF for estimado como sendo $\geq 1,4 < 1,6$ (pouco ativo)</p> <p>AF = 1,27 se o FAF for estimado como sendo $\geq 1,6 < 1,9$ (ativo)</p> <p>AF = 1,45 se o FAF for estimado como sendo $\geq 1,9 < 2,5$ (muito ativo)</p>	

Fonte: Institute of Medicine. Dietary Reference Intakes for Energy, Carbohydrate, Fiber, Fat, Fatty Acids, Cholesterol, Protein, and Amino Acids. Food and Nutrition Board. Washington, DC: The National Academy Press, 2002 *apud* BRESSAN; HERMSDORFF, 2011, p. 86)

Um método prático para o cálculo do gasto energético total diário é utilizar 20 a 25 kcal/kg de peso atual/dia.

O Consenso Latino-Americano de Obesidade e a I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica indicam uma redução progressiva da ingestão entre 500 e 1.000 kcal/dia do gasto energético total diário para promover uma perda ponderal de 0,5 a 1,0 kg/semana, e as dietas entre 800 e 1.200 kcal/dia não devem ser utilizadas (SBH, 2004).

A perda de até 4 kg/mês, ou seja, 1kg/semana, é considerada ideal, sem alterações fisiológicas prejudiciais à saúde do paciente. Segundo Rosenbaum et al. (1997 *apud* BRESSAN; HERMSDORFF, 2011), a perda de 5 a 10% do peso corpóreo é considerada benéfica, principalmente quando mantida por mais de 1 mês.

Todos esses métodos servem para estimar o gasto energético, mas não se deve desconsiderar o que foi relatado pelo paciente na anamnese alimentar, em termos quantitativos de ingestão, e deve-se fazer um paralelo com esses cálculos para não se subestimar e/ou superestimar as suas necessidades calóricas.

Quanto às necessidades de macro e micronutrientes, sabemos que o desequilíbrio entre o consumo e o gasto energético é a principal causa do acúmulo de gordura, caracterizando a obesidade e que nos leva a analisar o equilíbrio de nutrientes e gasto energético.

O fato de que o balanço é mantido quando a energia ingerida é igual à que é gasta nos processos metabólicos e na atividade física sugere que alta prevalência de gordura corporal total é, provavelmente, causada por um ou mais fatores, a saber:

- alterações no gasto energético pela atividade física;
- alterações na eficiência do turnover metabólico (termogênese);

➤ alterações na ingestão calórica.

Para entender como esse balanço é perdido, é necessário investigar a ingestão, a oxidação e a estocagem dos macronutrientes, a saber, carboidrato, proteína e lipídio, que juntos determinam ingestão, gasto energético e balanço energético.

As proteínas, por exemplo, têm uma capacidade limitada em termos de estoque. O metabolismo proteico é regulado para assegurar a oxidação nos casos de excesso na ingestão proteica. Os carboidratos ingeridos são oxidados ou podem ser armazenados como glicogênio no fígado e nos músculos, mas essa capacidade também é limitada. O excesso do carboidrato na dieta pode ser convertido em gordura, porém seu índice de oxidação aumenta significativamente, diminuindo seu estoque na forma de gordura. Nesse processo de transformação, 25% da energia é dissipada. Quando o carboidrato é oxidado para fornecer energia, ocorre uma diminuição na oxidação dos lipídios.

A capacidade corporal de estocagem do lipídio é ilimitada, e o excesso na ingestão de gordura não aumenta a sua oxidação. Após uma refeição rica em gordura, a oxidação dos lipídios é suprimida no período pós-prandial, enquanto a oxidação dos carboidratos é aumentada. Esse excesso do lipídio dietético é prontamente estocado no tecido adiposo. Deste modo, os estudos indicam que a maior parte do acúmulo de gordura pelo organismo não é determinada pela transformação dos carboidratos em gordura, e sim pela alta ingestão de lipídios (ASTRUP; RABEN, 1995; ARVANTI; RICHARD; TREMBLAY, 2000 *apud* BRESSAN; HERMSDORFF, 2011).

A termogênese induzida pela dieta (TID), por sua vez, pode ser definida como o componente do gasto energético proveniente da digestão, absorção, utilização e reserva de nutrientes após uma refeição. Por ser um componente energético, tem papel importante na regulação do balanço energético e do peso corporal. Entre os vários fatores que modulam a TID, o conteúdo energético e a composição da dieta são os mais importantes. A TID da proteína é maior que de dietas isocalóricas ricas em carboidrato e lipídio. Esse efeito da proteína pode ser atribuído ao custo metabólico da síntese de

peptídeo ligante, ureogênese e gliconeogênese. De modo geral, estudos indicam que a TID resultante de uma dieta rica em gordura é muito menor que de uma dieta rica em carboidrato ou proteína. A possível causa é o menor custo do processamento e armazenamento do lipídio no tecido adiposo. ATID encontrada foi de 1%, 8-15% e 30% para as dietas ricas em lipídio, carboidrato e proteína, respectivamente (ASTRUP, 2001; WESTERTEP *et al.*, 1999 *apud* BRESSAN; HERMSDORFF, 2011).

Todos esses dados sugerem que, enquanto o balanço de proteínas e carboidratos é bem regulado, o dos lipídios é regulado menos profundamente e mais facilmente interrompido. Por isso, as modificações no peso corporal, pelo desequilíbrio energético, são devidas em primeiro lugar às alterações no balanço metabólico das gorduras.

Um grande obstáculo para a perda de peso e o controle da obesidade é a sensação de fome associada com o balanço energético negativo. Em parte a falha no manejo terapêutico da fome provém da ausência da total compreensão das propriedades dos alimentos/nutrientes em modificar essa sensação. Na literatura, alguns fatores estão relacionados com a saciedade: composição dos macronutrientes, valor calórico da dieta, densidade calórica, conteúdo de fibras, o peso, o volume e as propriedades sensoriais, características dos indivíduos (idade, sexo, restrição alimentar, composição corporal) (RABEN *et al.*, 2003; REID; HETHERINGTON, 1997; ROLLS; HILL, 1998 *apud* BRESSAN; HERMSDORFF, 2011).

Nesse contexto, existem controvérsias sobre a eficácia relativa de cada um desses fatores, e os achados são inconsistentes quando tentam mostrar o efeito supressor dos macronutrientes sobre a fome, ilustrado no quadro a seguir. Enquanto Prentice e Poppit (1996 *apud* BRESSAN; HERMSDORFF, 2011) defendem a ordem: proteínas > carboidratos > lipídios, outros autores verificaram que eles agem de maneira equivalente. Nos indivíduos com peso normal, sem predisposição à obesidade, a capacidade de saciedade dos nutrientes é: proteína < carboidrato < lipídio.

CARACTERÍSTICAS DOS MACRONUTRIENTES NA HOMEOSTASE ENERGÉTICA

	Proteínas	Carboidratos	Lipídios
Capacidade de interromper a refeição	Alta	Média	Baixa
Capacidade de suprimir a fome	Alta	Alta	Baixa
Contribuição para ingestão calórica diária	Baixa	Alta	Alta
Densidade calórica	Baixa	Baixa	Alta
Capacidade de estocagem	Baixa	Baixa	Alta
Via metabólica para transferência do excesso ingerido para outro compartimento	Sim	Sim	Não
Autorregulação (capacidade de estimular a própria oxidação sobre a ingestão)	Excelente	Excelente	Pobre

Fonte: Prentice; Poppitt (1996 *apud* BRESSAN; HERMSDORFF, 2011, p. 88).

Conforme demonstrado, a gordura parece ser o macronutriente-chave na regulação do peso corporal, tendo em vista que é muito pouco regulado tanto com relação ao consumo quanto na oxidação. Não existe um consenso quanto à ingestão do açúcar sobre a regulação do peso corporal, mas existe um conceito de que o superconsumo dos alimentos doces e gordurosos pode ser um problema. A alta ingestão de proteínas, em especial as proteínas animais, ricas em gorduras saturadas, está associada a várias consequências adversas à saúde, como dislipidemias e aterosclerose.

Intervenções dietéticas com aumento na ingestão de carboidratos e diminuição na ingestão de lipídios podem obter efeitos positivos na redução do peso corporal. Num estudo randomizado e controlado, foi verificada uma redução de até 10 kg no grupo que recebeu dieta rica em carboidratos e baixa em lipídios, quando comparado com o grupo controle que manteve sua dieta

habitual e com o grupo que recebeu dieta com quantidade média a alta de lipídios (ASTRUP *et al.*, 2000 *apud* BRESSAN; HERMSDORFF, 2011).

A dieta rica em gorduras parece promover maior desejo de comer, quando comparada às dietas ricas em sacarose, além de promover o superconsumo passivo de energia.

Além da quantidade de lipídios, devemos nos preocupar com a qualidade desses. Estudos demonstram que a composição da dieta em termos de lipídios pode tanto contribuir para a redução do peso quanto melhorar o quadro do paciente. Em modelos animais, dietas ricas em ácidos graxos poli-insaturados acumulam menores quantidades de gordura, NP, e aumentam a TID. As dietas hiperlipídicas ricas em ácidos graxos poli-insaturados promoveram menor acúmulo de gordura corporal que as dietas ricas em ácidos graxos monoinsaturados, por estimulação da TID (DOUCET; TREMBLEY, 1997 *apud* BRESSAN; HERMSDORFF, 2011).

A comparação de quociente respiratório não proteico pós-prandial, definido como a diferença entre média pós-prandial e basal, mostrou maior aumento do quociente respiratório não proteico nos obesos que nos magros para dieta rica em gordura, mas não para dieta moderada em gordura. Outros estudos ainda indicam relação entre a resistência insulínica e um padrão específico de ácidos graxos ingeridos. A ingestão de gorduras saturadas tem efeito negativo na sensibilidade à insulina, comparada à de ácidos graxos monoinsaturados, além de diminuir o metabolismo do ácido linoléico (ômega 6). Além disso, a composição dos lipídios séricos e das células musculares parece ser influenciada pela dieta e pelo grau de atividade física, que entre outros fatores influenciam a sensibilidade periférica da insulina (BUEMANN; TOUBRO; ASTRUP, 1998; TENTOLOURUS *et al.*, 2003; RICCARDI; RIVELLESE, 2000; VESSBY, 2000 *apud* BRESSAN; HERMSDORFF, 2011). De todo modo, mais estudos são necessários para esclarecer melhor esse mecanismo.

Com base nesses estudos e no Consenso Latino-Americano em Obesidade, a distribuição dos macronutrientes, na dieta de valor calórico reduzido, deve manter a seguinte proporção:

- proteínas – 15 a 20% (não menos que 0,8 g/kg de peso corporal);
- carboidratos – 55 a 60%;

- lipídios – 20 a 25%.

A quantidade e a qualidade dos nutrientes devem ser ajustadas de acordo com a presença de complicações e doenças associadas, como diabetes, hiperinsulinemia, dislipidemias, hipertensão arterial sistêmica, hiperuricemia, e dos resultados da avaliação nutricional.

O fornecimento adequado de proteínas é fundamental para a preservação da massa magra. Ele também favorece a síntese de aminoácidos como a arginina e a glutamina, que apresentam importante função imune. O triptofano, por sua vez, é um dos precursores da serotonina, envolvida na magnitude da saciedade. A utilização de dietas ricas em proteínas tem sido proposta como tratamento dietoterápico para a perda de peso. Apesar de parecer eficiente em curto prazo, não há estudos científicos que suportem sua prática em longo prazo e com segurança, pois essas dietas, geralmente, estão associadas ao aumento do consumo de alimentos de origem animal e consequente aumento da ingestão de gorduras totais, gorduras saturadas e colesterol. Além disso, os efeitos benéficos no controle da hipertensão arterial e da resistência insulínica estão associados ao conteúdo calórico total diário e não ao perfil dos macronutrientes. Deste modo, o plano alimentar deve ser normoproteico e obtido a partir de alimentos como soja, iogurte, leite desnatado, peixes e cortes de carnes magros (BRESSAN; HERMSDORFF, 2011).

Os carboidratos da dieta devem ser complexos e integrais. A presença das fibras é fundamental no tratamento da obesidade, pois elas regulam o trânsito intestinal, promovem a saciedade e diminuem a densidade energética das refeições. Além disso, as fibras solúveis, quando fermentadas pelas bactérias intestinais, favorecem o crescimento de uma flora intestinal benéfica e a integridade da mucosa.

Seu poder de solubilidade e consequente viscosidade resultam em uma absorção mais lenta da glicose e menor absorção de colesterol. A recomendação da *American Dietetic Association* é de 20 a 35 g/dia, sendo 25% de solúveis e 75% de insolúveis. As fibras solúveis como a pectina, a goma guar, as mucilagens e a hemicelulose (tipo A) estão presentes nas frutas, no

farelo e na farinha de aveia, nas leguminosas, nas sementes e nas algas. As fibras insolúveis, lignina, celulose e hemicelulose (tipo B), são encontradas nos grãos integrais, cereais (farelos), vegetais, frutas, etc. Os prebióticos (inulina e frutooligosacarídeos - FOS), que são indigeríveis e altamente fermentáveis, são essenciais para o crescimento e a manutenção da flora saudável. Em geral são encontrados na banana, no alho, na cebola, na chicória, na alcachofra, no alho-poró.

Em relação aos lipídios, a *American Heart Association* recomenda uma ingestão total de lipídios menor que 30% das calorias totais, sendo menor que 10% em ácidos graxos saturados (< 7%, para hipercolesterolêmicos), até 10% em poliinsaturados, 10 a 15% em monoinsaturados e até 300 mg de colesterol (< 200 mg para hipercolesterolêmicos) (BRESSAN; HERMSDORFF, 2011).

A relação ômega 6 (ácido linoléico): ômega 3 (ácido α -linolênico) também deve ser adequada, em torno de 5:1. O ômega 6 é encontrado na maioria dos óleos vegetais, enquanto as principais fontes de ômega 3 são os peixes de água fria (salmão, atum, truta) e a linhaça dourada. Alguns óleos também apresentam alguma quantidade, como os de canola, de soja e de nozes. As gorduras animais, o leite integral, a manteiga e o óleo de coco devem ser evitados, pelo alto teor de gordura saturada que contêm.

A ingestão de ácidos graxos na forma isomérica trans deve ser reduzida (2 a 3% do valor calórico total), pois a mesma aumenta o LDL-colesterol e triglicerídios e reduz o HDL-colesterol. Esses ácidos graxos estão presentes em margarinas, salgadinhos tipo *chips*, biscoitos, sorvetes, chocolates e produtos de padaria, consumidos em grande quantidade pelos obesos.

Por outro lado, a ingestão de lipídios inferior a 15% do valor calórico total pode reduzir o HDL colesterol e aumentar os níveis plasmáticos de triglicerídios e glicose (AHA, 2000 *apud* BRESSAN; HERMSDORFF, 2011).

A necessidade dos micronutrientes, vitaminas e minerais deve ser determinada com base nos resultados laboratoriais e na avaliação do inquérito alimentar. Em geral, devemos nos basear nas *Dietary Reference Intakes* (DRI) estabelecidas pelo *Institute of Medicine* - *Washington*, que consideram as necessidades para os diferentes estágios de vida. Quando o paciente

apresenta algum sinal de deficiência, podemos complementar as vitaminas e minerais até o limite considerado de segurança.

Segundo o *Institute of Medicine* (2000, 2001 *apud* BRESSAN; HERMSDORFF, 2011), a perda de peso e a presença de estresse e/ou depressão, em geral, aumentam as necessidades dos antioxidantes pelo aumento da produção dos radicais livres. Nesses casos, além do selênio (castanha-do-pará), devemos ter atenção especial no plano alimentar para outros nutrientes antioxidantes como: betacaroteno (frutas e legumes alaranjados e vegetais verde-escuros), vitamina E (semente de linhaça dourada, óleos vegetais e oleaginosas), vitamina C (frutas cítricas, batata, vegetais verde escuros), zinco (cereais integrais, oleaginosas, ovos, alimentos do mar), manganês (grãos integrais, oleaginosas, trigo-sarraceno) e cobre (leguminosas, cereais integrais e frutas secas).

Para a síntese da serotonina, também são necessários vitamina B6, magnésio e ácido fólico. A vitamina B6 pode ser obtida na banana, nos cereais integrais, na aveia e no peixe. O magnésio é encontrado principalmente nos cereais integrais, gérmen de trigo, tofu, oleaginosas e nos vegetais verde-escuros (espinafre, brócolis), enquanto o ácido fólico pode ser obtido principalmente nos vegetais verde-escuros, mas também no arroz integral, no feijão, na beterraba e na laranja.

Alguns micronutrientes estão envolvidos na sensibilidade da insulina. O cromo é um componente ativo do fator de tolerância à glicose (TGF), que potencializa a ação da insulina nos órgãos-alvo. A síntese do TFG também depende da niacina e de alguns aminoácidos como a cisteína, a glicina e o ácido glutâmico. O cromo pode ser encontrado nos grãos integrais, no gérmen e no farelo de trigo, no levedo de cerveja, no tomilho, no cogumelo e nos aspargos. O vanádio aumenta a atividade das enzimas glicolíticas e diminui a das enzimas gliconeogênicas, além de participar da constituição da insulina junto com o zinco, o cromo, o manganês e o magnésio. São poucas as fontes de vanádio na alimentação, mas alguns alimentos normalmente pouco consumidos, como sementes de girassol e de abóbora e extrato das folhas do trigo (clorofila), devem ser estimulados.

A vitamina C e o ácido pantotênico estão relacionados com a estimulação do sistema nervoso simpático, por meio da liberação das catecolaminas pela medula adrenal. Estas exercem alterações no metabolismo lipídico e de carboidratos.

São vários os alimentos ou nutrientes funcionais que, além das funções nutricionais básicas, produzem efeitos metabólicos e/ou fisiológicos benéficos à saúde. Falaremos sobre dois que segundo Bressan e Hermsdorff (2011) apresentam relação com a obesidade: a soja e o chá verde.

SOJA

Os fitoestrógenos são substâncias biologicamente ativas, que apresentam estruturas químicas similares ao estradiol, um estrogênio endógeno. Entre os fitoestrógenos mais comuns incluem-se as isoflavonas, sendo a daidzeína e a genisteína as formas com maior bioatividade. Estão presentes, principalmente, na soja e seus derivados (0,1 a 5 mg de isoflavona/g de proteína) em quantidades que variam de acordo com o tipo de soja, a área geográfica e a época do ano de plantio (BHATHENA; VELASQUEZ, 2002 *apud* BRESSAN; HERMSDORFF, 2011).

Nos últimos anos, os fitoestrógenos têm recebido uma grande atenção devido a evidências na literatura que sugerem a presença de efeitos benéficos para a saúde humana pelo consumo de alimentos ricos em fitoestrógenos como combate aos sintomas da menopausa, às doenças cardiovasculares, à dislipidemia, à osteoporose, ao câncer e às doenças renais crônicas. Além disso, o consumo ou a suplementação dietética com alimentos ricos em fitoestrógenos, como a proteína de soja, parece ser favoráveis ao controle do diabetes e da obesidade.

Em relação ao controle e tratamento da obesidade, estudos experimentais têm obtido redução da gordura corporal em ratos e camundongos tratados com dietas à base de soja, além de diminuição da atividade do IGF 1 (*insulin growth-factor*), que possui uma ação anabólica nos adipócitos e melhores níveis de glicemia.

Goodman-Gruen e Kritz-Silverstein (2001 *apud* BRESSAN; HERMSDORFF, 2011) estudaram mulheres com peso normal e pós-

menopausadas e observaram que o consumo de isoflavonas (genisteína e daidzeína) estava associado a menor IMC, menores concentrações de insulina de jejum e maiores níveis de HDL. A genisteína e a daidzeína também foram relacionadas a menor resposta insulínica após uma carga de glicose oral. Esses resultados indicam efeitos benéficos das isoflavonas sobre a redução do peso corporal, hiperinsulinemia e hiperlipidemia, que são fatores de risco para doenças cardiovasculares e comorbidades associadas à obesidade.

O consumo da soja deve ser, portanto, incentivado. A soja fermentada tem uma melhor disponibilidade das isoflavonas, como o tofu e o missô. Mas a soja também pode ser oferecida na forma de bebidas à base de soja, soja em grão, carne de soja ou soja tostada. Para que a soja tenha seus efeitos a quantidade ingerida deverá ser de 2,25 mg de isoflavonas por grama de soja. (BRESSAN; HERMSDORFF, 2011).

CHÁ VERDE

O incentivo ao uso de chá verde na alimentação está relacionado com a redução no desenvolvimento das doenças cardiovasculares e câncer, em função da elevada concentração de flavonoides, principalmente as catequinas. Estes têm uma ação antioxidante, reduzindo a oxidação do LDL-colesterol e de metabólitos de DNA (WEISBURGER, 1999 *apud* BRESSAN; HERMSDORFF, 2011).

Resultados de estudos experimentais têm associado a suplementação de catequinas à perda de peso, suportados pelas hipóteses de que a catequina e outros polifenóis são capazes de aumentar a oxidação de lipídios, via ativação do sistema nervoso simpático e aumento da termogênese. Entretanto, ainda são poucos os estudos, e o efeito do consumo desse chá sobre o peso corporal e o gasto energético não é conclusivo. O consumo de chá verde entre 3 e 5 g de folha/dia, por exemplo, não apresentou efeitos satisfatórios para a manutenção do peso, apresentando efeitos moderados sobre o gasto energético por períodos muito curtos.

Outros estudos precisam ser feitos nos alimentos para comprovar a ação dos fitoquímicos na obesidade. Além disso, outras substâncias, provavelmente, também devem exercer algum efeito e precisam ser estudadas.

Só faltou falarmos sobre um programa alimentar que deve ser traçado em conjunto com o paciente para que se tenha maior adesão. Ressalte-se que devemos evitar a imposição de uma dieta rígida e extremamente restritiva, modificando o conceito de dieta associado a sentimentos de privação e sofrimento.

Além de favorecer a perda de peso, a alimentação, quando equilibrada e adequada, será essencial para a sua manutenção. Deverá ser versátil e variada, para que todos os nutrientes e fitoquímicos estejam presentes.

Outras características desse programa é que o paciente deverá ser esclarecido que o tratamento se realizará durante um período prolongado devido ao seu caráter educacional e para que os conceitos de uma alimentação saudável sejam realmente incorporados na rotina diária.

A educação nutricional é de extrema importância, visando tornar o paciente apto a organizar e controlar sua alimentação, sem alterar sua rotina e fazendo isso como parte da sua vida. O paciente deve se conscientizar de que ele não precisa ou não quer comer determinados alimentos, e não de que não pode. As proibições quanto à ingestão de alguns alimentos ao longo do tempo podem ser mais prejudiciais e até mesmo acabar intensificando a compulsão e a gula.

Quanto mais informações sobre o programa alimentar passarmos para os pacientes, mais facilmente eles irão aderir ao tratamento, por se sentirem estimulados e ativos no processo. Tirar dúvidas e ouvir as sugestões e dificuldades encontradas é fundamental. Quando a pessoa faz alguma coisa sem saber exatamente o porquê, ela acaba não incorporando aquele conceito, e depois de um tempo esquece.

A alimentação deve atender a todas as necessidades do paciente, mas também apresentar algumas características físicas que são fundamentais no tratamento e que precisam ser individualizadas:

- Fracionamento – a dieta deve ser fracionada em pelo menos 5 refeições. Essa estratégia diminui a alta ingestão calórica em poucas refeições e com isso não favorece o aumento da insulina plasmática. Refeições pequenas, mas frequentes, resultam em menor ganho de tecido adiposo;

- Consistência – a consistência sólida em geral é a mais indicada. Comer lentamente, cortando o alimento em pequenos pedaços e mastigando-o bem, aumenta a conscientização do que está sendo ingerido e permite o treino da percepção da saciedade. Os pacientes compulsivos apresentam uma necessidade maior de mastigar;
- Volume – as refeições devem ser de grandes volumes e com baixo valor calórico. A distensão do estômago é um importante sinal de saciedade. Os vegetais e as frutas são os mais utilizados para atingirmos esses objetivos, e por serem fontes de fibras também favorecem a saciedade;
- Temperatura – os alimentos quentes promovem a saciedade mais rapidamente por sua ação vasodilatadora. A introdução das sopas, principalmente no jantar, é uma forma de promover a saciedade com um baixo aporte calórico.

A elaboração de cardápios facilita que o paciente entenda a dinâmica do seu plano alimentar, evita a monotonia e faz com que todos os nutrientes necessários estejam presentes de uma forma harmônica.

A palatabilidade e as preferências devem ser respeitadas. Com o cardápio, os familiares também acabam aderindo e ajudando o paciente no tratamento.

Além da orientação quantitativa e qualitativa, precisamos orientar o paciente e/ou quem prepara os alimentos com relação às técnicas dietéticas apropriadas para que as perdas de nutrientes sejam evitadas. O uso de temperos adequados às preparações contribuirá para a melhora do sabor, e as diferentes formas de preparo e cortes dos alimentos os tornam mais atrativos, aumentando a adesão ao plano alimentar por associar prazer com saúde.

As receitas das preparações dos cardápios facilitam o preparo e incentivam os pacientes. Alguns passam a se interessar tanto pela elaboração das suas refeições que começam até mesmo a preparar e inventar novas receitas. O paciente deve ser sempre ativo no seu tratamento.

Devemos fazer a orientação da leitura dos rótulos e da composição dos alimentos industrializados, principalmente no que diz respeito aos alimentos

diet e light. Muitas vezes podemos demonstrar os alimentos saudáveis no próprio consultório ou no supermercado, para melhor exemplificarmos aqueles que foram incluídos no cardápio (BRESSAN; HERMSDORFF, 2011).

Os pacientes que fazem suas refeições na rua devem ser orientados com relação às melhores opções de restaurantes e de alimentos que podem consumir. Precisamos adaptar o tratamento à rotina de cada um, considerando suas atividades diárias. Utilizamos na prática a ida ao restaurante com o paciente e as pessoas que almoçam com ele (colegas de trabalho, sócios, etc.) para que naquela realidade ele aprenda como comer de uma forma saudável. Os obesos compulsivos e que passam o dia na rua trabalhando devem ser orientados a levar opções mais saudáveis de beliscos para que não comam alimentos altamente calóricos (BRESSAN; HERMSDORFF, 2011).

TERAPIA NUTRICIONAL NA ANOREXIA NERVOSA

Vimos que a terapia nutricional tem, basicamente, dois objetivos: modificar os comportamentos relacionados à alimentação e recuperar o peso do paciente. Para isso, o nutricionista trabalha em conjunto com uma equipe multiprofissional, geralmente composta por médicos (psiquiatra, endocrinologista, clínico geral), psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais, e qualquer tomada de decisão deve ser de comum acordo entre os membros da equipe.

Para pacientes com anorexia nervosa, a ADA (*American Dietetic Association*) propõe, como um dos critérios de diagnóstico, o peso abaixo de 85% do esperado. Esse conceito de adequação percentual em relação a uma meta de peso reflete a prática tradicional na clínica médica de consulta a tabelas de peso “ideal” em relação a uma determinada estatura. A limitação da utilização dessas tabelas para uso internacional foi previamente discutida, e o uso de pontos de corte do índice de massa corporal (IMC = peso/estatura) para classificar adultos (acima de 20 anos) quanto ao seu estado nutricional passou a ser o critério mais indicado, já que esses pontos de corte independem de consultas a tabelas e foram determinados a partir da sua relação com morbidade. IMC abaixo de 18,5 kg/m² é indicativo de baixo peso e abaixo de 17,5 kg/m² é utilizado como critério para diagnóstico de anorexia nervosa (FERREIRA; VEIGA, 2011).

Os objetivos do tratamento nutricional na anorexia nervosa são:

- restaurar um peso mínimo saudável (aquele em que os ciclos menstruais geralmente retornam);
- restaurar hábitos alimentares saudáveis e o prazer de se alimentar;
- tratar ou restaurar as complicações físicas;
- redimensionar pensamentos, sentimentos e crenças inadequados relacionados à alimentação;
- proporcionar o apoio familiar;
- prevenir recaídas.

Durante a anamnese alimentar de pacientes com anorexia nervosa, deve-se atentar para a investigação de algum evento vital estressante, tais como separações ou enfermidades, pois as primeiras manifestações da doença podem estar associadas a algum desses eventos.

A abordagem nutricional deve ter sempre em foco que, em sua grande maioria, os pacientes com anorexia nervosa ignoram os riscos do baixo peso, pois o medo de engordar costuma ser maior que o medo de adoecer ou morrer. O nutricionista, como condutor dessa abordagem, deve estar preparado para lidar com o fato de os pacientes acreditarem ter grandes conhecimentos sobre alimentação, mesmo que tais “conhecimentos” sejam restritos ao conteúdo calórico dos alimentos e a dietas para emagrecimento (ALVARENGA *et al.*, 2004).

O tratamento pode ser ambulatorial e, dependendo do grau de desnutrição e suas consequências clínicas, pode exigir a hospitalização do indivíduo. A técnica de abordagem nutricional visa à mudança das crenças distorcidas a respeito da alimentação e requer planejamento individualizado para corrigir o padrão alimentar que se caracteriza pela ingestão energética excessivamente restrita.

Apesar da dificuldade de aceitação da ingestão do alimento, a realimentação por via oral é sempre a primeira escolha para a recuperação do estado nutricional do paciente.

O plano nutricional, não deve ser rígido. Ele deve promover, gradativamente, o aporte calórico até atingir as necessidades do paciente alcançar e manter o peso adequado.

No monitoramento do ganho ponderal, a ADA preconiza o ganho de 2,2 a 4,4 kg por semana para pacientes em tratamento ambulatorial e de 4,4 a 6,6 kg, por semana para pacientes hospitalizados. Essa meta pode ser difícil de se alcançar, dependendo do grau de desnutrição do paciente, já que, segundo a ADA, aportes calóricos elevados podem gerar a síndrome da realimentação, caracterizada por hipofosfatemia severa e súbita, diminuição abrupta de potássio e magnésio, intolerância à glicose, hipocalemia, problemas gastrintestinais como diarreia e diminuição da absorção de nutrientes, além de arritmias cardíacas.

Alvarenga *et al.* (2004), tomando como referência a prática no Ambulim⁴, sugerem um ganho ponderal de 1kg por semana na fase inicial do tratamento, objetivando, no término dessa primeira etapa, atingir 85% do peso alvo ou IMC 19 kg/m².

Ressalte-se que apenas o ganho de peso não é significativo de recuperação e forçar o ganho ponderal sem o apoio psicológico não é recomendado. Um aumento gradativo das calorias deve ser discutido entre a equipe multidisciplinar, que deverá levar em consideração a melhora do quadro clínico (atenção quanto à síndrome da realimentação) e dos medos associados à alimentação e ao ganho ponderal.

Pode-se utilizar, como ponto de partida para o cálculo do valor energético da dieta, a análise da ingestão calórica diária obtida pelo registro alimentar do paciente. Porém, devem-se sempre levar em consideração as dificuldades individuais, as preferências e aversões alimentares, sem perder de vista o ganho ponderal, o restabelecimento das funções fisiológicas do organismo e o estabelecimento de um padrão alimentar saudável e regular, sem comportamentos compensatórios.

Para isso, a educação nutricional é essencial para proporcionar ao paciente uma nova forma de encarar as novas escolhas alimentares e mostrar que o peso adequado é a consequência de escolhas saudáveis que priorizam a importância dos nutrientes para o organismo, associadas à redescoberta do prazer de se alimentar. Além disso, o enfoque dietoterápico vai depender das complicações clínicas decorrentes do grau de desnutrição que o paciente estiver apresentando (FERREIRA; VEIGA, 2011).

O paciente com anorexia nervosa pode apresentar várias alterações clínicas decorrentes da desnutrição e de carências nutricionais específicas, conforme o quadro a seguir, na próxima página.

⁴ O AMBULIM - Ambulatório de Bulimia e Transtornos Alimentares do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, criado no primeiro semestre de 1992, quando não havia no Brasil nenhum centro especializado no tratamento dos transtornos alimentares.

A prioridade foi a formulação de um modelo de atendimento adaptável às condições do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e do país como um todo. Modelos de tratamento em tempo integral, com extensos programas externos e onerosos foram, portanto, deixados de lado. Atualmente, o AMBULIM é considerado o maior centro especializado em transtornos alimentares do Brasil e da América Latina, oferecendo tratamento totalmente gratuito para pacientes de qualquer ponto do país.

As alterações decorrentes do aporte calórico insuficiente só se normalizarão com a correção do peso do paciente. Essa normalização será também suficiente para a correção das alterações decorrentes do aporte insuficiente de vitamina D e cálcio, pois somente a suplementação de cálcio, visando atingir recomendação de 1.500 mg/dia, não é suficiente para aumentar a densidade óssea.

PRINCIPAIS ALTERAÇÕES CLÍNICAS OBSERVADAS NA ANOREXIA NERVOSA E RELAÇÃO COM POSSÍVEIS DEFICIÊNCIAS NA DIETA

Sistema	Principais alterações clínicas	Possíveis deficiências na dieta
Pele e anexos	Pele seca. Lanugo, cabelos finos e quebradiços, perda de cabelo.	Proteína. Proteína e zinco.
Sistema gastrointestinal	Retardo no esvaziamento gástrico. Constipação intestinal, diminuição do peristaltismo intestinal.	Aporte calórico insuficiente. Fibras e ingestão hídrica insatisfatória.
Sistema cardiovascular	Diminuição da pressão arterial; arritmias.	Aporte calórico insuficiente; desequilíbrio hidroeletrolítico.
Sistema renal	Edema. Cálculo renal.	Proteína. Aporte hídrico insatisfatório.
Sistema hematológico	Anemia. Leucopenia.	Ferro, vit. B12, ácido fólico. Aporte calórico-protéico insuficiente.
Sistema reprodutivo	Infertilidade.	Aporte calórico insuficiente.

Alterações metabólicas	Hipocalcemia. Hiponatremia. Hipoglicemia. Desidratação.	Potássio e sódio – desequilíbrio hidroeletrolítico. Aporte calórico insuficiente. Baixa ingestão hídrica.
Sistema endócrino	Amenorreia.	Aporte calórico insuficiente.
Outras alterações	Hipotermia, intolerância ao frio. Osteopenia/osteoporose.	Aporte calórico insuficiente. Deficiência de vitamina D e cálcio.

Fonte: Ferreira; Veiga (2011, p. 184).

TERAPIA NUTRICIONAL NA BULIMIA NERVOSA

O comportamento alimentar de indivíduos que apresentam bulimia nervosa se caracteriza pela alternância entre períodos de restrição seguidos de episódios de compulsão alimentar/purgação – restrição novamente. A frequência com que esses períodos ocorrem poderá estar relacionada a alguns fatores, tais como a oportunidade de purgação, o tipo de alimento disponível, a alternância de humor, entre outros. A compreensão desse comportamento é fundamental para o tratamento nutricional dos pacientes com bulimia.

Na anamnese alimentar, é importante identificar o padrão alimentar anterior à doença, assim como as dietas já realizadas. É necessário também identificar o estado nutricional, não só do momento da consulta inicial, mas também do anterior ao desenvolvimento do quadro.

Nesse sentido, os objetivos do tratamento nutricional na bulimia nervosa são:

- normalizar o comportamento alimentar (em remissões completas, episódios de compulsão alimentar e os mecanismos compensatórios não devem mais existir);
- modificar as atitudes relacionadas ao alimento, ao peso e à imagem corporal;
- proporcionar o apoio familiar;
- prevenir recaídas.

Muitos pacientes portadores de bulimia nervosa apresentam excesso de peso, o que pode resultar em orientações inadequadas para que façam restrição calórica quando procuram o auxílio de nutricionista visando à redução de peso. Essa conduta pode contribuir para piorar o quadro da doença, já que o paciente se sente respaldado por uma orientação profissional para a fase de restrição alimentar que compõe o ciclo restrição-compulsão-purgação que caracteriza a doença. Dessa forma, se há excesso de peso, a perda ponderal somente será indicada após o comportamento alimentar ter sido estabilizado e normalizado.

Como os padrões de fome e saciedade na bulimia estão muito alterados, uma ingestão aumentada pode ser necessária para normalizar as sensações de fome, apetite e saciedade, mesmo que o paciente apresente sobrepeso. É importante atentar para o fato de que esse indivíduo se encontra, permanentemente, buscando a restrição alimentar e o sobrepeso observado pode ser decorrente dos episódios de compulsão alimentar. É fundamental acompanhar a ingestão alimentar do paciente, por meio do diário alimentar, para orientar as mudanças necessárias (FERREIRA; VEIGA, 2011).

Outras informações devem ser obtidas na anamnese alimentar, tais como:

- histórico alimentar familiar (identificar se há ou havia um padrão alimentar rígido preconizado pela família);
- padrão alimentar atual (incluindo os momentos de restrição e durante os episódios de compulsão alimentar);
- identificar se há padrões comportamentais (possíveis ações ou sentimentos) associados aos episódios de compulsão alimentar;
- preferências e aversões alimentares;
- padrão de atividade física atual e antes da doença instalada;
- frequência e tipos de comportamentos compensatórios ou purgativos utilizados.

O trabalho de educação nutricional deve abordar os comportamentos alimentares anormais do paciente, desmistificando suas crenças errôneas sobre conceitos nutricionais e visando estabelecer uma nova e harmoniosa relação com o alimento. Dessa forma, o enfoque principal é a mudança comportamental. Para tal, é importante conhecer as atitudes alimentares distorcidas, os sentimentos sobre o corpo e a forma, as dietas já realizadas pelo paciente, bem como suas crenças, tabus e aversões alimentares (ALVARENGA *et al.*, 2004).

Os esforços terapêuticos na bulimia nervosa podem ser prejudicados pelas adaptações metabólicas que podem levar ao ganho de peso quando o ciclo compulsão-purgação cessa. A retenção de fluidos e as flutuações de peso que podem ocorrer devem ser antecipadamente discutidas com o paciente para

que ele não se sinta ameaçado quanto à sua imagem corporal quando algum ganho de peso for observado. O paciente deve ser orientado para evitar aferir o seu peso com muita frequência, estabelecendo, junto com a equipe de profissionais que o acompanha, os períodos para pesagem.

A terapia nutricional é ponto fundamental da abordagem multiprofissional no tratamento da bulimia nervosa. Essa terapia deve visar não apenas à correção das alterações fisiológicas relacionadas à doença, mas também a um entendimento maior por parte do paciente quanto ao seu problema nutricional. A importância da alimentação adequada deve ser ressaltada, procurando estabelecer no paciente uma relação agradável e de prazer com o alimento e de satisfação com o seu peso e com a sua imagem corporal (ALVARENGA *et al.*, 2004).

Assim como na anorexia nervosa, o paciente com bulimia nervosa pode apresentar várias alterações clínicas decorrentes das carências alimentares específicas que resultam, principalmente, dos mecanismos compensatórios, conforme temos exposto no quadro abaixo.

PRINCIPAIS ALTERAÇÕES CLÍNICAS E FÍSICAS OBSERVADAS NA BULIMIA NERVOSA E RELAÇÃO COM POSSÍVEIS DEFICIÊNCIAS NA DIETA

Sistema	Possíveis alterações clínicas	Possíveis deficiências oriundas da dieta ou comportamentos compensatório
Pele e anexos	Calosidade no dorso da mão (sinal de Russel); erosão do esmalte dentário; cáries.	Decorrente de ferimento com os dentes e do contato com o suco gástrico devido ao vômito autoinduzido.
Sistema reprodutivo	Hipocalemia. Hiponatremia. Hipoglicemia. Desidratação .	Potássio – Sódio: desequilíbrio hidroeletrolítico. Aporte calórico

		insuficiente. Baixa ingestão hídrica.
Sistema metabólico	Hipertrofia das glândulas parótidas decorrente dos vômitos, podendo ocorrer aumento de amilase produzida no local.	Decorrente dos vômitos autoinduzidos.
Outras alterações	Hipertrofia das glândulas parótidas decorrente dos vômitos, podendo ocorrer aumento da amilase produzida no local.	Decorrente dos vômitos autoinduzidos.

Fonte: Ferreira; Veiga (2011, p. 186).

Ressalte-se que todas as alterações clínicas ou físicas descritas só serão corrigidas após a eliminação dos mecanismos compensatórios.

A alimentação humana, mais do que um mecanismo meramente biológico, está fortemente associada a fatores psicológicos, além de econômicos e socioculturais. Dessa forma, o tratamento nutricional para os transtornos alimentares vai muito além dos protocolos dietoterápicos embasados apenas no cálculo da oferta calórica e/ou de macro e micronutrientes. O nutricionista deve dispor de sensibilidade para bem entender que a alimentação para o ser humano abrange significados mais intensos e complexos que o simples ato de ingerir alimentos.

Para estabelecer um vínculo de confiança com o paciente e, conseqüentemente, ter mais chance de adesão ao tratamento, além do planejamento dietoterápico, é necessário ouvir o paciente e avaliar seus sentimentos sobre as orientações nutricionais sugeridas.

O nutricionista deve sempre ter em mente que a decisão do indivíduo quanto ao que comer ultrapassa o conhecimento sobre o valor nutricional dos alimentos, obtido mediante orientações profissionais, ou imposições dietéticas

fornecidas por esses profissionais; a alimentação, mais do que uma necessidade fisiológica, abrange valiosos significados e representações baseadas em aspectos sociais, culturais e emocionais que devem ser levados em consideração para um planejamento dietoterápico adequado (FERREIRA; VEIGA, 2011).

TERAPIA NUTRICIONAL NA CIRURGIA BARIÁTRICA

Após a indicação da cirurgia bariátrica, a abordagem nutricional envolve os seguintes períodos: pré-operatório, pós-operatório imediato e pós-operatório tardio. Deve-se realizar uma avaliação nutricional completa com anamnese alimentar detalhada, medidas antropométricas e dados bioquímicos (NONINO-BORGES *et al.*, 2011).

O aconselhamento nutricional pré-operatório proporciona um aumento do potencial de sucesso no pós-operatório e objetiva uma perda de peso inicial, facilitando o ato cirúrgico e diminuindo riscos de complicações no pós-operatório imediato, além de reforçar a percepção do paciente de que a perda de peso é decorrente do balanço energético negativo, identificar erros e transtornos alimentares, promover expectativa real de perda de peso e preparar o paciente para a alimentação no pós-operatório, verificando o potencial do paciente para o sucesso da cirurgia.

No pós-operatório imediato, após liberação do jejum, inicia-se dieta líquida em uma fase de adaptação. A introdução dos alimentos é feita gradativamente, iniciando com água, chás, sucos, sopas e leite; o paciente é orientado a ingerir pequenas porções por vez. No momento da alta hospitalar, o paciente deve estar recebendo dieta líquida, fracionada em 15 refeições/ dia, oferecendo aproximadamente 1000 kcal/dia, e deverá mantê-la durante aproximadamente 30 dias.

Após o primeiro mês, a alimentação deve progredir para pastosa e depois para geral, fracionada em 6 refeições/dia, de acordo com a tolerância e as necessidades individuais. A evolução de cada paciente é variável, e a escolha de cada alimento deve ser acompanhada cuidadosamente para evitar desconforto digestivo como dor, náuseas e vômitos. Considerando que a alimentação passa a ser mais consistente, deve-se orientar o paciente a mastigar exaustivamente os alimentos.

Suplementos vitamínicos e minerais devem ser iniciados no primeiro mês após a cirurgia, uma vez que, devido à reduzida ingestão alimentar e

algum grau de diminuição da capacidade absorptiva, déficits desses nutrientes frequentemente são encontrados.

As quantidades alimentares ingeridas diariamente são pequenas; assim o paciente deverá receber orientações para ingerir alimentos ricos em nutrientes como proteínas e ferro.

Após 2 ou 3 meses da cirurgia, a alimentação estará cada vez mais próxima do ideal, e quase todos os alimentos passam a ser incluídos na alimentação diária. Nessa fase, o paciente pode ser capaz de selecionar os alimentos que lhe proporcionem conforto, satisfação e qualidade nutricional.

Inicia-se a fase pós-operatória tardia, e, como nas fases anteriores, o paciente evolui com características individuais. Um acompanhamento periódico faz-se necessário. Durante os retornos, é realizada a avaliação do estado nutricional com anamnese alimentar detalhada; verificam-se a mastigação, a presença de intolerâncias alimentares, mudanças do funcionamento intestinal, a presença de náuseas e vômitos, medidas antropométricas e dados bioquímicos (NONINO-BORGES *et al.*, 2011).

Durante o acompanhamento nutricional no pós-operatório tardio, volta-se a trabalhar a mudança de hábitos e a alimentação saudável, contemplando uma melhor mastigação, horários fixos para refeições, fracionamento adequado, ingestão de frutas e vegetais e redução de alimentos ricos em gorduras e açúcares simples.

Após a cirurgia, alguns pacientes apresentam aversão à carne vermelha, o que pode levar a deficiência de proteína, ferro, vitamina B₁₂ e zinco. Pode-se melhorar a aceitação da carne vermelha modificando-se a maneira de preparo. Além disso, pode-se lançar mão de suplementos alimentares específicos para pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, que podem ser utilizados tanto no pós-operatório imediato como no tardio, facilitando a adequação qualitativa e quantitativa da dieta. Convém, porém, ressaltar que, na maioria das vezes, com o passar do tempo, os pacientes tendem a retomar hábitos alimentares que permitem uma adequação alimentar apenas com o uso de alimentos e que, algumas vezes, essa retomada de hábitos pode também resultar em retomada do processo de ganho de peso (NONINO-BORGES, 2011).

TERAPIA NUTRICIONAL PARA MULHERES OBESAS

A obesidade é um fator de risco associado ao aumento da prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e de Diabetes Mellitus, comumente relacionada aos distúrbios do metabolismo de glicose e de lipídios. A etiologia da obesidade relaciona-se a hábitos de vida e alimentares inadequados que podem estar associados a elevações dos níveis pressóricos, consumo excessivo de sal, bebidas alcoólicas, sedentarismo e tabagismo. Deste modo, uma das formas de tratamento e prevenção das DCNT é a mudança no estilo de vida (FERREIRA *et al.*, 2009).

Modificações nos hábitos alimentares colaboram para a redução do risco cardiovascular. Isso foi verificado em diversos estudos, que tiveram como resultados; redução do peso corpóreo, melhora no perfil lipídico sanguíneo, redução da pressão arterial e melhora na tolerância à glicose (ALVAREZ; ZANELLA, 2009).

Bateman *et al.* (2012 *apud* BRONZI; RIBEIRO, 2012), em estudo no Estados Unidos (EUA), referem que a prevalência de HAS em mulheres em idade reprodutiva (20 a 44 anos) é de 8%, ocorrendo diferença na prevalência em relação a grupos raciais e idade, sendo a obesidade um importante fator de risco na população de mulheres, pois afeta 30% das mulheres adultas jovens nos EUA sendo associado a mais de 4 vezes o risco de hipertensão, apesar de ser um fator de risco potencialmente modificável.

A obesidade é uma doença crônica que se caracteriza pelo acúmulo excessivo de gordura em níveis que acarretam a saúde do indivíduo, está associada ao aumento dos riscos de acometimento de doenças cardíacas, hiperlipidemias, aterosclerose, hipertensão arterial, diabetes, osteoartrites, patologias biliares e vários tipos de câncer (MONTEIRO *et al.*, 2004; PORTO *et al.*, 2002; BENEZ, 2003).

O paciente obeso apresenta, em geral, dificuldades psicológicas, advindas de aspectos relacionados ao comportamento hiperfágico e problemas emocionais decorrentes da própria obesidade. Assim, verifica-se a necessidade da intervenção nutricional abordar os aspectos primários e secundários à

obesidade, oferecendo informações e orientações como subsídios para mudanças comportamentais (BENEZ, 2003).

A partir da necessidade do tratamento da obesidade é preciso abordar a educação alimentar e os conflitos emocionais subjacentes à mesma, tanto que alguns grupos populacionais tornam-se importantes alvos para a modificação de hábitos alimentares e de vida e o consequente sucesso do tratamento.

Deste modo, mulheres, donas de casa, que preparam a refeição da família, realizam as compras de gêneros alimentares mensais podem-se tornar importantes disseminadoras de informações que gerem hábitos alimentares e de vida saudáveis. O tratamento em grupo aumenta as chances de sucesso do tratamento, pois todos se unem em prol de um objetivo comum.

Estudos como o de Monteiro *et al.* (2004), com mulheres obesas em climatério, demonstraram o sucesso na utilização da educação alimentar e nutricional na mudança de hábitos alimentares, sendo que a perda de peso ocorreu com maior intensidade quando aliou-se a dieta hipercalórica e a orientação em grupo com a prática da atividade física regularmente.

A educação nutricional tem sido adotada como estratégia para conter o avanço da obesidade na população. Intervenções nutricionais a partir de atendimentos em grupo visam proporcionar ao paciente um ambiente interativo, reflexivo e facilitador da aprendizagem, o que possibilita mudança de hábitos, além de ser uma alternativa de tratamento (ALVAREZ; ZANELLA, 2009).

Os autores acima promoveram estudo com hipertensos, submetidos a atendimento em grupo, cujo objetivo era ampliar os conhecimentos de nutrição dos pacientes atendidos e não fornecer uma dieta com conteúdo energético e de macronutrientes pré-determinados. Os indivíduos eram divididos em dois grupos, um deles foi submetido a 10 visitas e outro a 4 visitas de orientação nutricional. Os pacientes recebiam as informações e elaboravam a sua própria dieta. Os resultados mostraram que o programa de intervenção promoveu alterações desejáveis no consumo alimentar habitual dos participantes, após cinco meses de acompanhamento, apresentando redução no peso corpóreo, da pressão arterial, melhora do perfil metabólico. Nesse estudo, os resultados sobre o comportamento alimentar foram positivos e os autores não

encontraram diferenças nos resultados de atendimentos com periodicidade quinzenal ou mensal.

Segundo dados da Pesquisa Familiar Orçamentária (POF), realizada no Brasil no período de 2008 e 2009; a frequência do excesso de peso, na população adulta masculina subiu de 18,6% a 50,1%, da década de 70 para os anos de 2008 e 2009, já a obesidade aumentou de 2,8% a 12,4%, no mesmo período. Entre as mulheres o aumento de excesso de peso foi de 28,6% para 48% e de 7,8% para 16,9% o aumento do número de obesos em relação à comparação dos dados da POF de 1974-1975 e a de 2008- 2009.

O aumento da prevalência de obesidade e excesso de peso, demonstrados pela POF relaciona-se diretamente com o aumento da prevalência de doenças cardiovasculares. Além disso, os dados da última POF demonstraram uma redução no consumo alimentar de arroz e feijão e aumento no consumo de alimentos industrializados.

Em outro estudo, Porto *et al.* (2002) referem-se que há um maior número de mulheres “donas de casa” que procuram o tratamento para obesidade grau III, um desses fatores pode estar relacionado a maior disponibilidade de tempo que elas possuem para seguir o tratamento. Além disso, as informações que elas obtenham através do tratamento nutricional podem colaborar para a formação de hábitos alimentares saudáveis com os que moram com ela.

No mesmo estudo, quando foram interrogados os pacientes sobre o motivo da obesidade, os fatores mais referidos foram: ansiedade, as gestações, a hereditariedade e o uso de anticoncepcional. Contudo, foi identificado que há uma relação positiva entre a da obesidade adquirida na infância e puberdade, a qual ocorre em metade dos obesos classe III. Também foi observado que 70,5% tinha um familiar de primeiro grau obeso.

O trabalho de Assis e Nahas (1999) objetivou identificar o “estado da arte” dos programas de intervenção nutricional que visam a mudança desejável do comportamento alimentar, coletando informações de publicações a partir de 1990. Eles consideraram que a maioria dos programas parte-se do princípio de que os pacientes estão prontos para a ação da mudança comportamental; geralmente não encontrada nos estudos. Desta forma, o sucesso dos

programas de intervenção nutricional deve-se à utilização e integração dos modelos da teoria social cognitiva e treinamento profissional para aquisição de habilidades técnicas para motivar as pessoas na realização das mudanças desejáveis.

Assim, verifica-se a necessidade de associar ao tratamento individualizado da obesidade, o tratamento em grupos de educação nutricional, durante os quais devem ser abordadas questões de alimentação e hábitos de vida saudáveis. Além disso, é necessário um ambiente de socialização entre os seus membros que faça com que cada paciente assimile as informações transmitidas durante as sessões e que compartilhe com os membros seus desejos, dificuldades e dúvidas, sendo que quanto maior a identificação dos participantes com o grupo, maior os índices de adesão e sucesso no tratamento.

DETECÇÃO E TRATAMENTO DA VIGOREXIA

Bacurau (2009) e outros autores nos lembram que desde os primeiros Jogos Olímpicos na Grécia Antiga, os quais representaram o berço da busca de relações entre nutrição e desempenho físico, os treinadores e atletas buscaram estratégias alimentares capazes de melhorar o desempenho e aumentar o rendimento físico, no entanto, apesar do crescente interesse na área nutrição esportiva, ainda existe um extremo grau de desinformação, tanto dos desportistas e atletas quanto de seus treinadores, que normalmente prescrevem e assumem responsabilidades dietéticas.

Devido ao desconhecimento em relação à dieta e às especificidades que a prática esportiva impõe, alguns atletas comprometem a própria saúde e esforçam-se para alcançar ou manter uma meta inadequada de peso corpóreo, com o mínimo de percentual de gordura corporal (MCARDLE; KATCH, F. KATCH, V., 2003; Tirapegui, 2002 *apud* CAMARGO *et al.*, 2008).

A verdade é que a dieta inadequada (rica em carboidratos e proteínas) e o consumo exacerbado de suplementos proteicos podem ocasionar muitos transtornos metabólicos aos indivíduos com Vigorexia, afetando especialmente os rins, a taxa de glicemia e o colesterol do indivíduo (ALONSO, 2005).

Segundo Assunção (2002), não há descrição do tratamento para a Vigorexia, em sua maior parte, práticas são “emprestadas” do tratamento de quadros correlatos e não devem ser entendidas como definitivas. Da mesma forma que indivíduos com transtornos alimentares, os indivíduos com Vigorexia dificilmente procuram tratamento, pois através dos métodos propostos geralmente acarretarão perda da massa muscular. Caso o indivíduo faça uso de esteroides anabolizantes, sua interrupção deve ser sugerida imediatamente.

O tratamento psicológico inclui a identificação de padrões distorcidos de percepção da imagem corporal, identificação de aspectos positivos da aparência física, devendo-se abordar e encorajar atitudes mais sadias, e enfrentar a aversão de expor o corpo (ASSUNÇÃO, 2002, BAPTISTA, 2005).

Rodrigues, Araújo e Alencar (2008) propuseram a elaboração de um questionário que venha identificar possíveis transtornos relacionados à

vigorexia, onde o mesmo possa vir a ser mais um instrumento de avaliação na anamnese dos frequentadores de academia, o qual tomamos emprestado para enriquecer esse conteúdo ainda escasso na literatura.

Eles criaram questões baseadas no parco levantamento bibliográfico objetivando a aplicação do questionário nas academias tendo como público-alvo seus frequentadores, mas evidentemente criaram um modelo experimental para ser testado inicialmente.

Metodologicamente, os participantes foram classificados em um só grupo, não puderam comunicar entre si no momento de responder ao questionário na tentativa de evitar possíveis interferências indesejáveis em suas respostas. Embora as perguntas do questionário fossem classificadas em ordem aleatória, a cada pergunta respondida existe um somatório de pontos para assim chegarem a uma classificação do envolvimento do voluntário diante da vigorexia, ou seja, cada pergunta trouxe um coeficiente específico de acordo com o seu envolvimento aos indícios de vigorexia.

Pontuação a ser anotada em cada questão:

- ✓ 0 ponto – não há nenhuma ligação de vigorexia;
- ✓ 1 ponto – leve predisposição ao comportamento vigorético;
- ✓ 2 pontos – moderada predisposição ao comportamento vigorético;
- ✓ 3 pontos – grave predisposição à vigorexia;
- ✓ 4 pontos – comportamento extremamente vigorético.

0 a 7 pontos: fique tranquilo, pois você não está dentro dos padrões considerados vigoréticos.

8 a 10 pontos: seu comportamento ainda está normal, mas já precisa se preocupar.

11 a 15 pontos: procure colocar a atividade física e a saúde como forma de bem-estar, não destrua seu corpo em virtude das cobranças para um corpo perfeito.

16 a 21 pontos: todos os indícios indicam a vigorexia, procure um médico especialista para conhecer mais sobre o assunto.

Observação: no questionário havia uma observação – caso responda sim à questão cinco (5), o ideal seria procurar um médico para verificar se não restou nenhuma sequela do uso de esteroides anabolizantes.

Abaixo temos os resultados e discussões da pesquisa:

Segundo Russo (2005), para formulação do questionário foram elencadas situações que predispõe ao comportamento vigorético em relação a vários aspectos como, tempo de treinamento, utilização de recursos ergogênicos, treinamento excessivo e características narcisistas.

A imagem corporal é a maneira pela qual o corpo se apresenta para si próprio. A indústria cultural pelos meios de comunicação encarrega-se de criar desejos e reforçar imagens padronizando corpos. Olhares voltam-se ao corpo na contemporaneidade sendo moldado por atividades físicas, cirurgias plásticas e tecnologias estéticas.

As questões foram analisadas embasadas na descrição de artigos que demonstram o comportamento ligado a vigorexia.

1ª) Quanto tempo você passa na academia?

A) 1 hora ou menos - B) 1 hora e 30min - C) 2 horas - D) Mais 2 horas

2ª) O tempo gasto na prática de exercícios atrapalha sua vida social, profissional ou familiar?

A) SIM - B) NÃO

Augusto (2006) diz que geralmente as sessões de treinamento deveriam durar entre 25 minutos e 60 minutos demonstrando que a margem de treinamento de força conseguiria ser eficiente para obtenção de ótimos resultados.

3ª) Você faz uso de suplementos alimentares?

A) Sim - B) Não

Se a resposta anterior for SIM, há quanto tempo _____

De acordo com Barros (2005), os suplementos nutricionais são utilizados visando aumento de força, da resistência física e melhora da imagem

corporal. Entretanto, muitas dessas substâncias que incluem drogas ilícitas, produzem efeitos ergogênicos secundários diferentes dos esperados.

4ª) Você faz uso de algum tipo de dieta específica para o seu treinamento?

A) SIM - B) NÃO

5ª) Você já fez algum ciclo de esteroides anabolizantes?

A) SIM - B) NÃO

A vigorexia é uma alteração comportamental patológica, na qual os indivíduos apresentam uma preocupação com sua massa muscular. Esses indivíduos se comportam, de certa maneira, como os portadores de distúrbios da alimentação (isso é, anorexia nervosa ou bulimia), no sentido que buscam através da alimentação uma satisfação de seus objetivos, no caso específico, ganhar músculos. Para isso empregam todos os tipos de recursos, indo dos mais variados suplementos até os esteroides anabólicos.

6ª) Você se sente culpado quando não vai a academia?

A) SIM - B) NÃO

Para Coelho (2003), os efeitos positivos sobre os aspectos psicológicos originam-se do prazer obtido na atividade realizada e posterior bem-estar, os quais resultam da satisfação das necessidades ou do sucesso no desempenho das habilidades em desafio.

7ª) Você está satisfeito com sua forma física?

A) SIM - B) NÃO

Soares (2008) diz que é possível que exista um corpo humano perfeito, porém, talvez, ele deva variar naturalmente no homem e na mulher, acompanhando as diferenças étnicas e culturais, mas principalmente seguindo uma orientação direcionada à promoção e a manutenção de níveis ótimos de

saúde. É até possível que, em algum momento futuro, o corpo perfeito para a saúde e para a estética seja exatamente o mesmo.

8ª) Você já treinou lesionado?

A) SIM - B) NÃO

9ª) Mesmo sabendo das enfermidades ocasionadas pelo excesso de treinamento você está disposto a correr esse risco?

A) SIM - B) NÃO

Barga (2005) coloca que toda a prática esportiva precisa de limites, para a obtenção de resultados esperados. Na musculação, não é diferente. Durante o treinamento ocorrem microlesões, que são rupturas intencionais das fibras. Assim, o local onde ocorreram essas rupturas sofre pequenas perdas. Isso faz com que o organismo sofra pequenas reações bioquímicas, que são estímulos que o próprio corpo lança, para reparar e fortalecer as fibras rompidas. É nesse momento que a massa muscular sofre as alterações que promovem os ganhos. Portanto, treinar lesionado não demonstrou ser um bom negócio quando os objetivos de hipertrofia são evidenciados.

10ª) Você passa muito tempo na frente do espelho admirando seu corpo?

A) SIM - B) NÃO

Gonçalves (2006) fala que o indivíduo vigorético treina excessivamente, olha-se constantemente no espelho e vê-se magro e fraco apesar do desenvolvimento muscular adquirido.

A partir do embasamento teórico, foram formuladas as indagações presentes neste questionário, que busca atingir os indícios que predispõe a vigorexia, propondo um questionário que venha identificar possíveis transtornos relacionados ao dismorfismo corporal tentando com este estudo auxiliar na detecção desta síndrome que carece ainda de muitas pesquisas; para ajudar este público que é formado por sua maioria de jovens frequentadores de academia que esquecem que o corpo é a nossa morada principal.

Essa proposta pode ser levada adiante por outros estudiosos, uma vez que os autores acima só tiveram a intenção de criar o instrumento.

TRATAMENTO COMPORTAMENTAL E NÃO NUTRICIONAL E TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

A obesidade não pode ser tratada sem que ocorram mudanças comportamentais, ou seja, hábitos de vida saudáveis serão importantes para minimizar e prevenir os riscos associados com o aumento de peso, assim como é importante a atividade física.

Atualmente, os indivíduos obesos encontram-se cercados de alimentos apetitosos, frequentemente prontos para comer, como nos *fast foods*, e associado a isso existem as influências externas, como sugestões, mídia, pressões sociais (trabalho, amigos, familiares) e hábitos errôneos.

O tratamento comportamental é muito utilizado e tem como objetivo uma mudança no estilo de vida. Isoladamente, pode promover pequena perda de peso e pouca aderência, porém é útil como parte do tratamento. É fundamentado em alterações de hábitos diários, como comportamentos alimentares pré, intra e pós-refeição, hábitos sociais e atividade física.

Segundo Bressan e Hermsdorff (2011), o primeiro passo é o paciente mudar a forma de encarar o alimento. A referência que a maioria tem da alimentação normalmente é deturpada. Geralmente consideram o alimento apenas uma fonte de prazer, satisfazendo seus desejos, e de compensar ou escamotear problemas, tensões, ansiedades e até carências emocionais. O trabalho de conscientização torna-se fundamental para que o paciente tenha consciência da importância da alimentação. A ideia é ele passar a ver o alimento na sua real função, fornecendo os nutrientes necessários para a manutenção da vida. Assim o paciente vai associar a alimentação a saúde e prazer.

A identificação das situações que favorecem a alimentação inadequada, como problemas, vida social, viagens, facilita o planejamento de comportamentos alternativos que possam ser utilizados nesses casos, sem desvios do programa alimentar.

Algumas orientações que estão relacionadas com as modificações comportamentais são:

- 1) Comer em intervalos regulares (a cada 4 horas e/ou ao primeiro sinal de fome), de modo a evitar que a fome aumente e a ingestão seja maior do que o necessário.
- 2) Saber distinguir a fome da vontade de comer.
- 3) Não omitir nenhuma refeição, principalmente durante o dia, em que a termogênese é maior.
- 4) Fazer as refeições calmamente, em ambiente propício, de preferência à mesa. Evitar comer quando estiver aborrecido para não comer mais e também prejudicar a digestão.
- 5) Antes de começar a comer, ficar sentado por alguns minutos, para se tranquilizar e se preparar para receber os alimentos.
- 6) Não comer diretamente das panelas ou em recipientes grandes, como bacias, travessas, pratos fundos.
- 7) Olhar para o prato, sentir o cheiro/aroma da comida para favorecer a salivação e a secreção das enzimas digestivas.
- 8) Evitar reuniões de negócios, discutir problemas, assistir à TV, ler jornais e revistas durante as refeições para que fique concentrado naquilo que está comendo e não ocorra um excesso na ingestão.
- 9) Mastigar devagar e só engolir os alimentos quando estiverem triturados e amolecidos e assim saboreá-los para sentir o seu real sabor.
- 10) Apoiar os talheres nos pratos enquanto estiver mastigando.
- 11) Evitar bebidas às refeições, principalmente as geladas, que irão interferir na digestão.
- 12) Ao final da refeição, permanecer sentado por alguns minutos, não acabar e sair correndo.
- 13) Variar diariamente os alimentos para obter todos os nutrientes necessários.
- 14) Nos casos de festas (casamentos, aniversários, coquetéis, formaturas), fazer a refeição estipulada para o horário antes de sair.
- 15) Evitar a compra de alimentos calóricos ricos em gorduras e açúcares, para que não fiquem facilmente disponíveis. Devem ser substituídos por opções mais saudáveis.

- 16) Evitar fazer as compras quando estiver com fome, para selecionar as opções mais saudáveis e menos calóricas.
- 17) Não é necessário raspar o prato, caso não esteja mais com fome. Deve-se comer até se sentir confortável.

É necessário sempre avaliar a necessidade de o paciente ser acompanhado por um psicoterapeuta, que trabalhe de uma forma mais abrangente nas alterações comportamentais. Nos casos de transtorno de compulsão alimentar isso é fundamental. O trabalho em equipe na obesidade proporciona resultados excelentes (BRESSAN; HERMSDORFF, 2011).

Quanto à atividade física, todos nós sabemos que esta é saudável na maior parte de nossas vidas e no tratamento da obesidade é indispensável, favorecendo modificações da composição corporal pela mobilização dos depósitos de gordura e da manutenção da massa muscular, principalmente quando associada com a orientação alimentar, e aumento do gasto energético total (CONSENSO LATINO-AMERICANO EM OBESIDADE, 1998; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2004).

Em geral, a atividade aeróbica é a mais indicada, mas atualmente também a atividade de contra resistência (musculação) tem apresentado resultados positivos (BOUCHARD, 2003). Toda prescrição de atividade física deve ser avaliada e orientada por profissionais qualificados, como educadores físicos. O exercício só deverá ser iniciado após a realização de exame clínico minucioso, para avaliar possíveis cardiopatias e problemas ortopédicos.

O exercício também tem papel importante no controle das complicações decorrentes da obesidade.

A prática de atividade física regular melhora o perfil sérico de lipídios, com a redução do colesterol total, do LDL-colesterol e dos triglicerídios e o aumento do HDL-colesterol. A atividade aeróbica também age na prevenção e no tratamento da hipertensão arterial e melhora os níveis de glicose e a sensibilidade à insulina (MONTEIRO; SOBRAL FILHO, 2004; LEE *et al.*, 2005 *apud* BRESSAN; HERMSDORFF, 2011).

Também precisamos estimular o paciente a sair do sedentarismo, procurando fazer opções no seu dia-a-dia que aumentem o gasto energético.

As facilidades que a tecnologia proporciona diminuem o gasto calórico, como, por exemplo, a extensão telefônica residencial, que contribui para o acúmulo de aproximadamente 1 kg por ano, e o vidro elétrico do automóvel, que leva seu proprietário a poupar cerca de 30 kcal por dia.

Como essas comodidades fazem parte do nosso cotidiano, e dificilmente serão mudadas, precisamos procurar alternativas para incentivarmos os pacientes a se exercitarem mais, como, por exemplo, caminhar mais diariamente, usar escadas comuns, e não as rolantes e elevadores, evitar sair de carro ou pegar um ônibus quando a distância for curta, etc.

TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

Qualquer tratamento medicamentoso para obesidade pressupõe que o tratamento nutricional e comportamental e os exercícios físicos não foram suficientes para a obtenção do peso necessário.

A prescrição de medicamentos é recomendada nos indivíduos obesos (IMC igual ou maior que 30 Kg/m²) ou com sobrepeso (IMC igual ou maior que 25 Kg/m²), quando acompanhado de comorbidades (diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, dislipidemias), ou ainda quando o tratamento convencional não apresenta resultados.

As premissas fundamentais para a indicação da farmacoterapia na obesidade são:

- a medicação não deve constituir um critério único de tratamento;
- deve estar focada no tratamento integral do paciente obeso, e não exclusivamente na perda de peso;
- sempre deve ser prescrita e controlada por um médico.

Os medicamentos dividem-se em três categorias:

- a) Aqueles que atuam no sistema nervoso central modificando o apetite e o comportamento alimentar (anorexígenos e sacietógenos):
 - catecolaminérgicos;
 - serotoninérgico;
 - serotoninérgico + catecolaminérgico.

- b) Aqueles que atuam aumentando a termogênese;
 - efedrina, cafeína e aminofilina.

- c) Atuam no sistema gastrointestinal inibindo a absorção das gorduras:
 - orlistat (CONSENSO LATINO-AMERICANO EM OBESIDADE, 1998).

Segundo Bressan e Hermsdorff (2011), os anorexígenos (mazindol, anfepramona e femproporex) atualmente estão sendo pouco usados, pela menor eficácia, redução dos efeitos em longo prazo e maiores efeitos colaterais, alguns podem causar dependência. A fluoxetina e a sertralina estão sendo mais usadas e classificadas como antidepressivos do que como agentes antiobesidade.

As primeiras drogas usadas como agentes termogênicos foram os hormônios tireoidianos, mas hoje praticamente não são mais utilizados, pois fazem perder massa muscular e cálcio ósseo. Os estudos com os termogênicos são pouco conclusivos (HALPERN; MANCINI, 1996).

As drogas mais recentes e que atualmente estão sendo mais usadas são a sibutramina e o orlistat para tratamento da obesidade, também associada à síndrome metabólica. A sibutramina age nos neurotransmissores (serotonina e catecolaminas), gerando saciedade e diminuição do apetite; enquanto o orlistat tem seu mecanismo de ação diretamente na lipase lipoprotéica, bloqueando a absorção de 30% da gordura ingerida. Essas duas drogas são as que apresentaram maior segurança de uso até então, maior eficácia em longo prazo e menores efeitos colaterais (BRESSAN; HERMSDORFF, 2011).

Nos estudos com uso da sibutramina foram observadas reações como: insônia, constipação, náuseas, cefaleia, boca seca e irritabilidade, ocasionalmente. O orlistat geralmente provoca esteatorreia e/ou flatulência com evacuação, que pode se intensificar quanto maior for a ingestão de gordura. Associada a diarreia temos a perda de vitaminas lipossolúveis e eletrólitos essenciais para o paciente, que precisam ser suplementados (BRESSAN; HERMSDORFF, 2011).

O uso de diuréticos e laxativos apresenta poucos estudos descritos na literatura.

Um dos piores efeitos no uso das drogas é o efeito rebote após a sua suspensão, por isso a sua indicação e uso devem ser feitos com muito critério e com a supervisão médica.

Por fim, o tratamento cirúrgico tem como objetivo diminuir a entrada de alimentos no tubo digestivo (cirurgia restritiva), diminuir a sua absorção (cirurgia disabsortiva) ou ambos (cirurgia mista). Segundo o *US National Institute of Health Consensus Development Conference Panel* (1991), a cirurgia bariátrica é indicada para pacientes obesos mórbidos ($IMC > 40 \text{ kg/m}^2$) ou obesos com $IMC > 35 \text{ kg/m}^2$, com comorbidades associadas e nos casos em que o paciente, após várias tentativas, não respondeu ao tratamento clínico (nutricional, comportamental, atividade física e farmacoterápico) (BRESSAN; HERMSDORFF, 2011).

As cirurgias bariátricas implicam perda de 20 a 70% do excesso de peso. Entretanto, todos os tipos de procedimentos podem ocasionar má nutrição (deficiência de micronutrientes), síndrome de *dumping* e colelitíase, entre outras complicações. Deste modo, faz-se imprescindível uma avaliação pré e pós-cirúrgica do paciente por uma equipe multiprofissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BÁSICAS

ABREU, Cristiano Nabuco de; TAVARES, Hermano; CORDÁS, Táki Athanássius. Manual clínico dos transtornos do controle dos impulsos. Porto Alegre: Artmed, 2008.

ALVARENGA, M.S.; SCAGLIUSIM F.B.; PHILIPPI, S.T. Nutrição e transtornos alimentares – avaliação e tratamento. São Paulo: Manole; 2010.

DIEZ-GARCIA, Rosa Wanda; CERVATO-MANCUSO, Ana Maria. (coord.). *Mudanças alimentares e educação nutricional*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. Nutrição e metabolismo.

MOREIRA, Emília Addison Machado; CHIARELLO, Paula Garcia (coord.). *Atenção nutricional: abordagem dietoterápica em adultos*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. Nutrição e metabolismo.

REFERÊNCIAS COMPLEMENTARES

ALÉN, E. M. Perspectiva antropológica de un caso de ortorexia nerviosa. *Cultura de los cuidados*, v.10, n.20, p. 109-116, 2006.

ALONSO, C. A. M. Vigorexia: enfermedad o adaptación. *Revista Digital Buenos Aires*. V. 11, n. 99, 2005.

ALVARENGA, M. et al. Terapia nutricional para transtornos alimentares. In: PHILIPPI, S.T., ALVARENGA, M. (orgs.). *Transtornos alimentares*. Barueri (SP): Manole, 2004.

ALVARENGA, M.S, DUNKER, K.L.L. Padrão e comportamento alimentar na anorexia e bulimia nervosa. In: PHILIPPI, S.T, ALVARENGA, M.S. *Transtornos alimentares: uma visão nutricional*. São Paulo: Manole; 2004.

ALVARENGA, M.S, PHILIPPI, S.T. Estrutura, padrão, consumo e atitude alimentar – Conceitos e aplicações nos transtornos alimentares. In:

ALVARENGA MS, SCAGLIUSIM F.B.; PHILIPPI, S.T. *Nutrição e transtornos alimentares – avaliação e tratamento*. São Paulo: Manole; 2010.

ALVARENGA, MS, LARINO, M.A. Terapia nutricional na anorexia e bulimia nervosas. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002;24:39-43. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v24s3/13970.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2015.

ALVAREZ, T.S.; ZANELLA, M.T. Impacto de dois programas de educação nutricional sobre o risco cardiovascular em pacientes hipertensos e com excesso de peso. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 22, n.1, p. 71-79. 2009.

ARNAIZ, M. G. Los trastornos del comportamiento alimentario: a propósito de la cultura. *Topodrilo: sociedad, ciencia y arte*, v.1, n.6, p. 53-59, 2008.

ASSIS, M.A.A.; NAHAS, M.V. Aspectos motivacionais em programas de mudança de comportamento alimentar. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 12, n. 1, p. 33-41, jan./ abr., 1999.

ASSUNÇÃO, S. S. M. *Atividades Físicas e transtornos alimentares*. 1ª Ed. São Paulo. Ed. Phorte. 2001.

ASSUNÇÃO, S. S. M. Dismorfia Muscular. *Revista Brasileira Psiquiatria*: São Paulo. V. 24, supl. III, p. 80-84, 2002.

ASSUNÇÃO, S.S.M. *Atividades Físicas e transtornos alimentares*. 1ª Ed. São Paulo. Ed. Phorte. 2001.

AUGUSTO, E.B. Influência do Treinamento Resistido Superlento nos Parâmetros Antropométricos e Funcionais de Adultos do Sexo Masculino. *Revista Brasileira de Educação Física, Esporte, Lazer e Dança*. Mato Grosso. v. 1, n. 4. dez. 2006.p. 115-126.

AULER, Jr J.O.C.; GIANNINI, C.G.; SARAGIOTTO, D.F. Desafios no Manuseio Peri-Operatório de Pacientes Obesos Mórbidos: Como Prevenir Complicações. *Rev Bras Anesthesiol* 2003; 53: 2: 227 – 236. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rba/v53n2/v53n2a10.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2015.

AZEVEDO, A.M.C; ABUCHAIM, A.L.G. Bulimia Nervosa: classificação diagnóstica e quadro clínico. In: NUNES, M.A.A; APPOLINÁRIO, J.C. ABUCHAIM, A.L.G; COUTINHO, W. Transtornos alimentares e Obesidade. Porto Alegre: Artmed, 1998.

BACURAU, Reury Frank. *Nutrição e suplementação esportiva*. 6 ed. São Paulo: Phorte, 2009.

BALLONE, G.J - *Transtornos do Espectro Impulsivo-Compulsivo*, em 2007. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/site/DefaultLimp.aspx?area=NO/LerNoticia&idNoticia=79>>. Acesso em: 10 nov. 2015.

BALLONE, G.J. *Vigorexia - Síndrome de Adônis*. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br>>, revisto em 2005 e 2015. Acesso em: 5 nov. 2015.

BAPTISTA A. N. Distúrbios alimentares em frequentadores de academia. *Revista Digital Buenos Aires*. V. 10, n. 82, 2005.

BARGA, B. Ninguém precisa ser o schwarzenegger. *Esporte e saúde II*, São Paulo. v 1. n 1. 2005. p. 5-6.

BARROS, R.R. Imagem corporal e atividade física. *Revista Paulista de Educação Física*, São Paulo. v 1. n 1. 2005. p. 1-2.

BARTRINA, J.A. Ortorexia o la obsesión por la dieta saludable. *Arch Latinoam Nutr*. 2007; 57(4):313-5.

BENEZ, M.S.L. *Psicoterapia breve em grupo associada a grupo de educação em saúde no tratamento de pacientes obesos mórbidos*. 2003. Dissertação (Mestrado em Medicina área de Psicoterapia) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

BERGUER. M. *Corpo e identidade feminina*. Tese de doutorado apresentada ao programa de pós-graduação em Antropologia da USP. São Paulo. 2006.

BIDAUD, E. *Anorexia mental, ascese, mística: uma abordagem psicanalítica*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1998.

BOUCHARD, C. *Atividade física e obesidade*. São Paulo: Manole, 2003.

BREGION, N.O, SILVA, S.A, SALVO, V.L.M.A. Estado nutricional e condição de saúde de 2 pacientes nos períodos pré e pós-operatórios de cirurgia bariátrica. *Rev Brasileira de Ciências da Saúde* 2007; (14):33-42.

BRESSAN, Josefina; HERMSDORFF, Helen Hermana Miranda. A epidemia da obesidade: a causa, o tratamento e o ambiente. In: MOREIRA, Emília Addison Machado; CHIARELLO, Paula Garcia (coord.). *Atenção nutricional: abordagem dietoterápica em adultos*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. Nutrição e metabolismo.

BRONZI, Érika da Silva; RIBEIRO, Antônio Eduardo. Programa de educação alimentar e nutricional para mulheres obesas e hipertensas: resultados e adesão ao tratamento. *Saúde, Batatais*, v. 1, n. 1, p. 103-116, junho, 2012. Disponível em: <<http://revistas.claretiano.edu.br/index.php/saude/article/view/96>>. Acesso em: 10 nov. 2015.

BROUNS, Fred. *Fundamentos de Nutrição para os desportos*. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

BUCARETCHI, H. A. *Anorexia e Bulimia Nervosa uma visão multidisciplinar*. São Paulo: Casa do psicólogo, 2003.

CADAVAL, A; ESCAURIAZA, B. A; BARRUTIA, U. G., RODRIGO, C. P; ARANCETA, J. *Alimentos funcionales: Para una alimentación más saludable*. Guía de alimentos funcionales (2005). Disponível em: <http://www.nutricioncomunitaria.com/BDArchivos/Guia%20Funcional%20NATURLINEA_I_1138822039406.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2015.

CAMARGO, Tatiana Pimentel Pires de et al. *Vigorexia: revisão dos aspectos atuais deste distúrbio de imagem corporal* (2008). Disponível em:

<<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbpe/v2n1/v1n2a03.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2015.

CARUSO, Lúcia, MENEZES, E.W. Índice glicêmico dos alimentos. *Rev Soc Bras Alim Nutr* 19/20: 49-64, 2000.

CARUSO, Lúcia; SIMONY, Rosana Farah; SILVA, Ana Lúcia Neves Duarte da. *Manual de dietas hospitalares: uma abordagem na prática clínica*. São Paulo: Atheneu, 2005.

CEBRID. *Esteroides anabolizantes* (2014). Disponível em: <http://www.cebrid.epm.br/folhetos/anabolizantes_.htm>. Acesso em: 10 nov. 2015.

CLAUDINO, Angélica de Medeiros; FERRARI, Maria Beatriz Borges. Critérios diagnósticos para os transtornos alimentares: conceitos em evolução. *Rev Bras Psiquiatr* 2002;24(Supl III):7-12. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v24s3/13964.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2015.

COELHO, S. Exercício físico realizado em academias. *Revista Brasileira Medicina do Esporte*. São Paulo. v 1. n 1. 2003. p 8-10.

CORDÁS, TA. *Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico*. *Rev Psiquiatr Clín*. 2004;31(4):154-7.

COSENZA, E. C. *Musculação feminina*. 2 Ed. São Paulo. Sprint. 1992.p de 30 – 35.

CUPPARI, L. *Aplicações das DRIs na avaliação de ingestão de nutrientes para indivíduos*. ILSI/SBAN, 2001.

DAL BOSCO, Simone Morelo (org.). *Nutrição da mulher: uma abordagem nutricional da saúde à doença*. São Paulo: Editora Metha, 2010.

DATORE, Fabiano Bertocco; DESORDE, Flavia Daniela; FRACAROLLI, Suzana Aparecida. *Influência da mídia na construção da imagem corporal levando a transtornos alimentares, e motivando novos conceitos: ortorexia e vigorexia*. Disponível em:

em:
105

<<http://www.funecsantafe.edu.br/SeerFunec/index.php/forum/article/viewFile/217/204>>. Acesso em: 10 nov. 2015.

DEL CAMPO, E. F. Nunca es tarde si la sopa es buena. *Cuadernos hispanoamericanos*, n.637-638, p. 39-46, 2003.

DEL ROSÁRIO, Maria. *Ortorexia nervosa*. 2013. Disponível em: <<http://abran.org.br/para-publico/ortorexia-nervosa/>>. Acesso em: 10 nov. 2015.

FERREIRA, Júlia Elba de Souza; VEIGA, Glória Valéria da. Problemas alimentares: terapia nutricional na anorexia e bulimia nervosa. In: MOREIRA, Emília Addison Machado; CHIARELLO, Paula Garcia (coord.). *Atenção nutricional: abordagem dietoterápica em adultos*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. Nutrição e metabolismo.

FERREIRA, S.R.G.; et al. Frequência de hipertensão arterial e fatores associados: Brasil, 2006. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, suppl. 2, p. 98-106. 2009.

FISBERG, R.M, et al. Alimentação equilibrada na promoção da saúde. In: Cuppari L. *Nutrição clínica no adulto*. 2 ed. Barueri: Manole; 2002.

GASPAR, F.L. A violência do outro na anorexia: uma problemática de fronteiras. *Rev Latinoam Psicopat Fund*. 2005;8(4):629-43.

GONÇALVES, J.C.N. Os riscos do culto ao corpo: a afetividade e a aderência em academias. *Rev. bras. Educ. Fís. Esp.*, São Paulo, v.2, set. 2006. p. 403-25.

GRANELL, José Campos; CERVERA, Victor Ramón. *Teoria e planejamento do Treinamento Desportivo*. Tradução Ronei Silveira Pinto e Margaret Daros Pinto. Porto Alegre: Artmed, 2003.

HALPERN, A.; MANCINI, M.C. Obesidade. *Rev Bras Med* 1996; 53:77-85.

IRIART. J. A. B. et al. Culto ao corpo e uso de anabolizantes entre praticantes de musculação. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 773- 782, abr. 2009.

ISOSAKI, Mitsue; CARDOSO, Elisabeth; OLIVEIRA, Aparecida de. *Manual de Dietoterapia e Avaliação Nutricional: serviço de nutrição e dietética do Instituto do Coração - HCFMUSP*. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2009.

KAKESHITA, I.S.; ALMEIDA, S.S. Relação entre índice de massa corporal e a percepção da auto imagem em universitários. *Revista Saúde Pública*, 2006; 40(3): 497-504.

LANCHA JR., Antonio Herbert; CAMPOS-FERRAZ, Patrícia Lopes de; ROGERI, Patrícia Soares. *Suplementação nutricional no esporte*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

LOPES, Maristela Resch; KIRSTEN, Vanessa Ramos. Comportamentos de ortorexia nervosa em mulheres jovens. *Disciplinarum Scientia*. Série: Ciências da Saúde, Santa Maria, v. 10, n. 1, p. 97-105, 2009. Disponível em: <<http://sites.unifra.br/Portals/36/CSAUDE/2009/10.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2015.

MACULEVICIUS, J.; DIAS, M.C.G. Dietas orais hospitalares. In: WAITZBERG, D. L. *Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica*. 3 ed. São Paulo: Atheneu, 2000.

MAHAN, K.; ARLIN, M. T. Doenças intestinais. In: MAHAN, K; ARLIN, M.T. *Krause: alimentos, nutrição e dietoterapia*. 9 ed. São Paulo: Roca, 1998.

MAHAN, L.K. ESCOTT-STUMP, S. *Krause: Alimentos, nutrição e dietoterapia*. 8 ed. São Paulo: Roca; 1995. Hipertensão arterial.

MAHAN, L.K.; ARLIN, M.T. Cuidado nutricional no tratamento do diabetes melito e reação hipoglicêmica In: *Krause: alimentos, nutrição e dietoterapia*. 8 ed. São Paulo: Roca, 1995.

MANUAL ABERC. *Prática de elaboração de refeições para a coletividade*. 5 ed. São Paulo: ABERC, 1999.

MARTINS, Cilene Rebolho et al. Insatisfação com a imagem corporal e relação com estado nutricional, adiposidade corporal e sintomas de anorexia e bulimia em adolescentes. *Rev Psiquiatr RS*. 2010;32(1):19-23.

MARTINS, Márcia Cristina Teixeira et al. Ortorexia nervosa: reflexões sobre um novo conceito. *Rev. Nutr.* [online]. 2011, vol.24, n.2, pp. 345-357. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v24n2/a15v24n2.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2015.

MARTINS, Márcia Cristina Teixeira et al. Ortorexia nervosa: reflexões sobre um novo conceito. *Rev. Nutr.*, Campinas, 24(2):345-357, mar./abr., 2011.

MARZANO-PARISOLL M. M. *Pensar o corpo*. Petrópolis: Vozes: 2004.

MAUGHAN, Ronald J.; BURKE, Louise M. *Nutrição esportiva*. Tradução Denise Regina de Sales. Porto Alegre; Artmed, 2004.

MCARDLE, W.D., KATCH, F.I., KATCH, V.L. *Fisiologia do Exercício Energia, Nutrição e Desempenho Humano*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2003.

MELIN, P., ARAÚJO, A. M. Transtornos alimentares em homens: um desafio diagnóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. Vol. 24, supl. III, p. 73-76, 2002.

MELLO FILHO, J. *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1992.

MOLINA, J. M. R. Vigorexia: adicción, obsesión o dismorfia; un intento de aproximación. *Salud y drogas*, Alicante, v.7, n.2, p. 289-308, 2007.

MONTEIRO, M.F, SOBRAL FILHO, D.C. Exercício físico e o controle da pressão arterial. *Rev Bras Med Esporte* 2004; 10(6):513-516.

MONTEIRO, R.C.A. et al. Efeito de um programa misto de intervenção nutricional e exercício físico sobre a composição corporal e os hábitos alimentares de mulheres obesas em climatério. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 17, n.4, p. 479-489, out./dez., 2004.

MOREIRA, Emília Addison Machado; CHIARELLO, Paula Garcia (coord.). *Atenção nutricional: abordagem dietoterápica em adultos*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. Nutrição e metabolismo.

MOTA, C. G.; AGUIAR, E. F. Disformia Muscular: uma nova síndrome em praticantes de musculação. *Rev. Bras, de Ciências da Saúde*. Passo Fundo. n. 27, p. 49-56, jan./mar. 2011.

NOGUEIRA, Fabiana Chamelet et al. Transtornos da alimentação e impulsividade. In: ABREU, Cristiano Nabuco de; TAVARES, Hermano; CORDÁS, Táki Athanássius. *Manual clínico dos transtornos do controle dos impulsos*. Porto Alegre: Artmed, 2008.

NONINO-BORGES, Carla Barbosa et al. Acompanhamento Nutricional na Cirurgia Bariátrica. In: MOREIRA, Emília Addison Machado; CHIARELLO, Paula Garcia (coord.). *Atenção nutricional: abordagem dietoterápica em adultos*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. Nutrição e metabolismo.

NUNES, M.A.A.; RAMOS, D.C. Anorexia Nervosa: classificação diagnóstica. In: NUNES, M.A.A.; APPOLINÁRIO, J.C. ABUCHAIM, A.L.G; COUTINHO, W. *Transtornos alimentares e Obesidade*. Porto Alegre: Artmed, 1998.

NUNES, Maria Angélica et al. *Transtornos alimentares e obesidade*. Porto Alegre: Artmed, 2006.

OLIVEIRA, Aparecida de et al. Composição nutricional das dietas oferecidas. In: ISOSAKI, Mitsue; CARDOSO, Elisabeth; OLIVEIRA, Aparecida de. *Manual de Dietoterapia e Avaliação Nutricional: serviço de nutrição e dietética do Instituto do Coração - HCFMUSP*. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2009.

OLIVEIRA, Bárbara Monteiro de. *Os transtornos alimentares sob a perspectiva analítico-comportamental*. Brasília: UNICEUB, 2005. Disponível em: <<http://repositorio.uniceub.br/bitstream/123456789/2841/2/9861344.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2015.

OLIVEIRA, F.P.; et al. Comportamento alimentar e imagem corporal em atletas. *Revista Brasileira Méd. e Esporte*, 2003; 9(6): 348-356.

OLIVEIRA, Isabel Cristina Vasconcelos de; LEÃO, Isis Simões; ALCHIERI, João Carlos. Aspectos sociais e implicações da ortorexia. FIEP BULLETIN – Volume 84- Special Edition - ARTICLE II – 2014. Disponível em: <<http://fiepbulletin.net/index.php/fiepbulletin/article/view/4483/8766>>. Acesso em: 10 nov. 2015.

ORTEGA, F. Práticas de ascese corporal e constituição de bioidentidades. *Caderno Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n.1, p. 59- 77, 2003.

PESSOA, Cristiane Miranda Cruz Camello et al. Imagem corporal e comportamento alimentar em atletas adolescentes. *Revista Brasileira de Nutrição Esportiva*, São Paulo v. 1, n. 6, p. 23-31, Novembro/Dezembro, 2007.

PHILIPPI, S.T, ALVARENGA, M. Alimentação saudável: princípios e recomendações. In: Philippi ST, Alvarenga M. *Transtornos alimentares: uma visão nutricional*. Barueri: Manole; 2004.

PHILIPPI, S.T.; et al. *Pirâmide alimentar para nossa realidade*. In: Congresso Brasileiro de Ciências e Tecnologia de Alimentos, 15. Poços de Caldas, 1996.

PHILIPPI, S.T.; SZARFARC; S.C.; LATTERZA, A.R. *Virtual Nutri, versão 1.0 for Windows*. Departamento de Nutrição – FSP – USP, 1997.

PORTO, M.C.V. et al. Perfil do obeso classe III do ambulatório de obesidade de um hospital universitário de Salvador, Bahia. *Arq Bras Endocrinol Metab.*, São Paulo, v. 46, n. 6,dez. 2002.

POULAIN, J.P, PROENÇA, R.P.C. O espaço social alimentar: um instrumento para o estudo dos modelos alimentares. *Rev Nutr.* 2003; 16(3):245-56.

RAVELLI, M.N. et al. Obesidade, cirurgia bariátrica e implicações nutricionais. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde* 2007; 20(4):259-266.

RODRIGUES, Jetro Bezerra; ARAÚJO, Francisco Acácio de.; ALENCAR, Edson Ferreira. Modelo experimental de questionário para identificação de possíveis indivíduos que apresentam indícios de vigorexia. *Revista Brasileira de Nutrição Esportiva*, São Paulo v. 2,

n. 12, p. 390-395, Novembro/Dezembro, 2008. Disponível em: <<http://www.rbne.com.br/index.php/rbne/article/viewFile/81/79>>. Acesso em: 10 nov. 2015.

RODRIGUES, Jetro Bezerra; ARAÚJO, Francisco Acácio de; ALENCAR, Edson Ferreira. Modelo experimental de questionário para identificação de possíveis indivíduos que apresentam indícios de vigorexia. *Revista Brasileira de Nutrição Esportiva*, São Paulo v. 2, n. 12, p. 390-395, Novembro/Dezembro, 2008.

ROGATTO, G. P. Composição corporal e perfil antropométrico de ginastas masculinos. *Revista Digital de Buenos Aires*. N. 62, 2003.

RUSSO, R. *Imagem corporal: construção através da cultura do belo*. São Paulo, v 1. 2005.

SÁ, Neide Gaudenci de. *Princípios de Nutrição*. São Paulo: Nobel, 1989.

SAIKALI, Carolina Jabur et al. Imagem corporal nos transtornos Alimentares. *Rev. Psiq. Clin.* 31 (4); 164-166, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v31n4/22401.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2015.

SANCHEZ, R. M.; MORENO, A. M. *Ortorexia y vigorexia: ¿nuevos trastornos de la conducta alimentaria?*. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, n.5, p. 457-482, 2007.

SANTOS, Helisregina do Nascimento; LIMA, Juliana Meneses Santos. SOUZA, Márcia Ferreira Cândido de. Estudo comparativo da evolução nutricional de pacientes candidatos à cirurgia bariátrica assistidos pelo Sistema Único de Saúde e pela Rede Suplementar de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(5):1359-1365, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v19n5/1413-8123-csc-19-05-01359.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2015.

SHEPHARD, Roy J. *Envelhecimento, atividade física e saúde*. São Paulo: Phorte, 2003.

SICHIERI, R, et al. Recomendações de alimentação e nutrição saudável para a população brasileira. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2000; 44(3):227-32.

SILVA, D.O, RECINE, E.G.I.G, QUEIROZ, E.F.O. Concepções de profissionais de saúde da atenção básica sobre a alimentação saudável no Distrito Federal, Brasil. *Cad Saúde Públ.* 2002; 18(5):1367-77.

SIZER, Francis S; WHITNEY, Eleanor. *Nutrição: conceitos e controvérsias.* 8 ed. Barueri (SP): Manole, 2003.

SOARES, C.G.A. *Corpo humano perfeito: estética e saúde.* CLINIMEX. São Paulo. v 1. 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. Sociedade Brasileira de Diabetes. Associação Brasileira para Estudo da Obesidade. I *Diretriz de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica.* Hipertens 2004; 7(4):130-159.

SOUZA, Aline Cavalcante de et al. Atitudes em relação ao corpo e à alimentação de pacientes com anorexia e bulimia nervosa. *J. bras. psiquiatr.* [online]. 2014, vol.63, n.1, pp. 1-7. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v63n1/047-2085-jbpsiq-63-1-0001.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2015.

TERRA, Newton Luiz (org.). *A nutrição e as doenças geriátricas.* Porto Alegre: EDIPUCRS, 2011.

VANNUCCHI, H. et al. *Aplicação das recomendações nutricionais adaptadas à população brasileira.* Ribeirão Preto, SBAN, Legis Suma, 1990.

VERA, P. S. *Estilo de vida y cuerpo en España: un análisis en la perspectiva de Pierre Bourdieu.* Pampa, n.3, p. 219-240, 2007.

VERA, P. S. Genero, Clase y Gusto Alimentario. Una Aproximación Teórica. *Caderno Espaço Feminino*, v.19, n.1, p. 175-199, 2008.

ZAMORA, C. M. L. , et al. *Ortorexia nervosa. A new eating behaviour disorder?*
Actas Esp Psiquiatr. V. 33, n. 1, p. 66-68, 2005.

ZIMMERMANN, FRED. *Indícios de vigorexia em adultos jovens praticantes de musculação em academias de BIGUAÇU-SC.* Florianópolis: UFSC, 2013.

Disponível em:

<<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/103737/TCC%20-%20FRED%20ZIMMERMANN.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 10 nov. 2015.