

TRANSTORNOS DA CONDUTA ALIMENTAR

VOLUME 2 - N.º 2 - 2020

▶▶ Ortorexia e vigorexia

▶▶ Bulimia

▶▶ Anorexia nervosa

ISSN 2675-1550



ABRAN - Associação Brasileira de Nutrologia
Rua Belo Horizonte, 976 - Centro - CEP 15801-150 - Catanduba - SP
Telefone: (17) 3523-9732
contato@abran.org.br
abran.org.br



TRANSTORNOS DA CONDUTA ALIMENTAR

VOLUME 2 - N.º 2 - 2020



ISSN 2675-1550

TRANSTORNOS DA CONDUTA ALIMENTAR

VOLUME 2 - N.º 2 - 2020

- ▷▷ Ortorexia e vigorexia
- ▷▷ Bulimia
- ▷▷ Anorexia nervosa

Dra. Carla Cristina João Nogueira de Almeida
Prof. Dr. Hewdy Lobo Ribeiro
Profa. Dra. Maria Del Rosario Zariategui de Alonso

ISSN 2675-1550

O PECNutro é uma publicação trimestral da Associação Brasileira de Nutrologia, Rua Belo Horizonte, 976 - Centro - Catanduva/SP - CEP 15801-150. O PECNutro é distribuído aos participantes do Programa de Educação Continuada em Nutrologia. Os temas publicados terão seus direitos autorais resguardados pela Associação Brasileira de Nutrologia, quem em qualquer circunstância agirá como detentora dos mesmos.

Revisão, projeto gráfico e capa: Agência Galgo

Produção gráfica: Centrograf Gráfica e Editora

Tiragem desta edição: 1.000 exemplares



Autores desse número

Dra. Carla Cristina João Nogueira de Almeida

Psicóloga Clínica;

Especialização em Terapia de Orientação Psicanalítica;

Membro do Centro de Investigações em Nutrologia e Saúde - UFSCar/CNPq.

Prof. Dr. Hewdy Lobo Ribeiro

Médico Nutrólogo da Associação Brasileira de Nutrologia (ABRAN);

Psiquiatra Forense - Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP);

Diretor da Vida Mental - Serviços Médicos e Educacionais.

Profa. Dra. Maria Del Rosario Zariategui de Alonso

Médica Especialista em Nutrição pela Faculdade de Medicina da Universidade de Buenos Aires (UBA);

Médica Especialista em Nutrologia pela Associação Brasileira de Nutrologia, ABRAN, Associação Médica Brasileira, AMB, Conselho Regional de Medicina, CFM e Conselho Regional de Medicina de Santa Catarina (CRM-SC);

Diretora do Departamento de Transtornos Alimentares da ABRAN;

Docente do Curso Nacional de Pós-graduação em Nutrologia da ABRAN;

Representante Oficial da ABRAN no Estado de Santa Catarina (ABRAN-SC);

Membro da Sociedade Argentina de Nutrición (SAN) e da Associação Catarinense de Medicina (ACM).

Coordenação do PECNutro

Prof. Dr. Carlos Alberto Nogueira-de-Almeida

Mestre e Doutor pela USP;

Professor da Universidade Federal de São Carlos - UFSCAR;

Diretor do Departamento de Nutrologia Pediátrica da ABRAN.

Prof. Dr. Durval Ribas Filho

Mestre e Doutor em Medicina pela FAMERP/São Paulo;

Professor Titular de Nutrologia da Faculdade de Medicina da Fundação Padre Albino/ FAMECA/São Paulo;

Professor e Coordenador Científico do Curso Nacional de Pós-Graduação em Nutrologia da Associação Brasileira de Nutrologia (ABRAN).

Apresentação

Caro colega

Você está recebendo o módulo 2 do segundo volume do PECNutro.

É inegável que Nutrologia e Psicologia/Psiquiatria apresentam muitas interfaces. Os processos de alimentação e nutrição guardam estreita relação com o psiquismo do ser humano, sendo, pode-se dizer, inseparáveis.

Nesse módulo, você terá a oportunidade de revisar três temas de fundamental importância para a prática da Nutrologia em consultório e no hospital.

Dra. Maria Del Rosário aborda em seu capítulo dois assuntos extremamente atuais e que acometem, às vezes de forma inaparente, muitos de nossos pacientes: a ortodoxia e a vigorexia. Dr. Hewdy discute em detalhes a bulimia, incluindo os aspectos terapêuticos mais atuais. Por fim, Dra. Carla faz uma ampla revisão da anorexia nervosa, um dos quadros mais dramáticos e graves que o nutrólogo pode enfrentar em sua prática diária.

Espero que aproveitem bastante esse material!

Prof. Dr. Carlos Alberto Nogueira-de-Almeida
Coordenador do PECNutro

Sumário

Ortorexia e vigorexia.....	13
Ortorexia	
Introdução	15
Testes psicométricos e critérios diagnósticos	15
Fatores de risco e relação com transtornos alimentares	18
Prevalência e grupos de risco.....	19
Diagnóstico	20
Tratamento	22
Vigorexia	
Historia e classificação atual	24
Etiopatogenia.....	26
Prevalência	27
Relação com transtornos alimentares	27
Testes Psicométricos	28
Aspectos nutricionais.....	28
Aspectos relacionados ao uso e abuso de esteroides anabólicos androgenicos	29
Aspectos relacionados com o treinamento de força.....	31
Tratamento da dismorfia muscular	32
Como identificar pessoas com vigorexia?.....	34
Referências Bibliográficas - Ortorexia.....	36
Referências Bibliográficas - Vigorexia.....	38
Bulimia.....	43
Introdução	45

Fatores de risco para o desenvolvimento da BN	45
Diagnóstico da BN.....	47
Escalas de avaliação.....	49
Avaliação clínica da BN.....	53
Avaliação nutrológica	55
Exames laboratoriais e complementares	57
Tratamento	58
Prognóstico.....	62
Conclusões	63
Referências bibliográficas.....	63
Anorexia nervosa	65
Introdução	67
A história da Anorexia Nervosa.....	67
Prevalência	68
Critérios diagnósticos da Anorexia Nervosa	69
Grau de Gravidade	70
Perda de peso	71
Medo intenso de ganhar peso	73
Imagem Corporal	74
Causas	77
Aspectos psicológicos envolvidos na AN	78
Papel da mídia e redes sociais.....	82
Sinais de alerta na AN.....	83
Como abordar o tratamento	85
Complicações clínicas	89
Gravidade.....	91
Referências Bibliográficas	92



Ortorexia e vigorexia

Maria Del Rosario Zariategui de Alonso

Ortorexia

Introdução

A ortorexia ou ortorexia nervosa (ON) é caracterizada por uma obsessão patológica por comer saudável com atitudes específicas, em relação ao planejamento, compra, preparação e consumo de alimentos que podem levar a consequências nocivas semelhantes aos transtornos alimentares (TA) devido às restrições adotadas. O termo ortorexia, um neologismo das palavras gregas *orthos* (correto) e *orexis* (apetite) que significa apetite correto, foi utilizado por Bratman em 1997 para definir aqueles indivíduos preocupados com a alimentação saudável que concentram-se mais na qualidade dos alimentos, limitando a variedade de alimentos ingeridos por meio da exclusão de certos grupos como carnes, laticínios, gorduras, carboidratos, entre outros, e de acordo com as crenças de cada indivíduo. Com o tempo, essa fixação com a pureza da dieta, também leva a deficiências nutricionais, complicações médicas e afeta a qualidade de vida da pessoa, acarretando prejuízos pessoais, familiares, sociais, educacionais e ocupacionais.^{1,2,3}

Testes psicométricos e critérios diagnósticos

A ON não foi reconhecida no manual de referência da Associação de Psiquiatria Americana, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5)⁴, como entidade autônoma, porém é uma área de crescente interesse clínico e de pesquisa para sua classificação.

Os instrumentos psicométricos utilizados nos estudos sobre ON incluem o Teste de Ortorexia de Bratman (BOT)⁵ e o ORTO-15 desenvolvido por Donini et al (2005) que foi validado e traduzido para outros idiomas e usado em pesquisas em vários países incluindo o Brasil^{6,7-11}. Mais recentemente a Escala de Ortorexia de Dussendorfer, da Alemanha, pela necessidade de novos instrumentos e novas investigações para elucidar a prevalência de pessoas com comportamento ortoréxico.¹²

Alguns pesquisadores sugerem que ON é semelhante a um TA, ou a um transtorno obsessivo-compulsivos (TOC), parecendo uma superposição dos três.¹³

A ortorexia pode ser diferenciada de outros TA na medida em que o foco obsessivo está na qualidade da comida e não na quantidade de comida como é visto na anorexia nervosa (AN) e na bulimia nervosa (BN). A pureza dos alimentos também é de extrema importância. Além disso, a ON não é uma estratégia de perda de peso e não inclui os principais sintomas de AN ou BN, como o medo de ser obeso, uma preocupação excessiva com o corpo e uma percepção distorcida da imagem corporal.^{2, 14,15,16}

O ON compartilha algumas semelhanças com o TOC, como pensamentos intrusivos sobre alimentação e saúde, e comportamentos compulsivos ao preparar e comer alimentos. Contudo, as obsessões observadas em indivíduos com TOC são percebidas como ego-distônicos, enquanto aqueles observados em pessoas com ON são percebidos como ego-sintônico. A obsessão com uma alimentação saudável pode levar o indivíduo a ter seus pensamentos ocupados somente com a sua dieta levando a interferir no funcionamento psicossocial.^{13,15}

Pacientes com quadros graves de ON com perda importante de peso e que dependem de suplementação nutrológica poderiam ser incluídos na mesma categoria do transtorno alimentar restritivo/evitativo (TARE) com critérios já bem definidos dentro do DSM-5 (Tabela 1).⁴ No entanto, o TARE e a ON têm uma diferença importante; no primeiro, os comportamentos alimentares anormais resultam de alimentos que provocam ansiedade ou medo, enquanto no segundo, tais comportamentos alimentares ocorrem devido a preocupações excessivas com a saúde.¹⁶

Até o momento, nenhum critério diagnosticado foi proposto para ortorexia, no entanto existe consenso no foco obsessivo das práticas alimentares que se acredita promoverem bem-estar ideal através de uma alimentação saudável (com regras alimentares

inflexíveis, preocupações recorrentes e persistentes relacionados à alimentação, comportamentos compulsivos) e no consequente comprometimento clinicamente significativo (por exemplo, complicações médicas ou psicológicas, grande angústia, e / ou comprometimento em áreas importantes de funcionamento).^{3,17}

Tabela 1

Transtorno Alimentar Restritivo/Evitativo
<p>A. Uma perturbação alimentar (p. ex., falta aparente de interesse na alimentação ou em alimentos; esquiva baseada nas características sensoriais do alimento; preocupação acerca de consequências aversivas alimentar) manifestada por fracasso persistente em satisfazer as necessidades nutricionais e/ou energéticas apropriadas associada a um (ou mais) dos seguintes aspectos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perda de peso significativa (ou insucesso em obter o ganho de peso esperado ou atraso de crescimento em crianças). 2. Deficiência nutricional significativa. 3. Dependência de alimentação enteral ou suplementos nutricionais orais. 4. Interferência marcante no funcionamento psicossocial.
<p>B. A perturbação não é mais bem explicada por indisponibilidade de alimento ou por uma prática culturalmente aceita.</p>
<p>C. A perturbação alimentar não ocorre exclusivamente durante o curso de anorexia nervosa ou bulimia nervosa, e não há evidência de perturbação na maneira como o peso ou a forma corporal é vivenciada.</p>
<p>D. A perturbação alimentar não é atribuível a uma condição médica concomitante ou mais bem explicada por outro transtorno mental. Quando a perturbação alimentar ocorre no contexto de uma outra condição ou transtorno, sua gravidade excede a habitualmente associada à condição ou ao transtorno e justifica atenção clínica adicional.</p>
Especificar se:
<p>Em remissão: Depois de terem sido preenchidos os critérios para transtorno alimentar restritivo/evitativo, esses critérios não foram mais preenchidos por um período de tempo sustentado.</p>

Fatores de risco e relação com transtornos alimentares

A pessoa que já teve algum TA no passado ou um comportamento alimentar transtornado na adolescência, e que não se recuperou totalmente, está mais suscetível a apresentar um quadro de ON. Pacientes com AN e BN podem apresentar também tendências de ON antes de se recuperarem totalmente.¹⁸ O estudo de Segura-Garcia et al mostrou que 28% dos pacientes com AN e BN foram encontrados exibindo tendências de ON. Além disso, a proporção de pacientes com tendência de ON aumentou para 53% no final do tratamento com TA. Esses achados sugerem que o ON pode preceder, seguir ou coexistir com TA.¹⁴

É importante lembrar aqui, que o comportamento alimentar adotado pelos pacientes com AN é de comportamento seletivo com várias formas de apresentação. Esse consumo alimentar seletivo fornece baixo aporte calórico, comprometendo a ingestão de macro e micronutrientes e levando a complicações clínicas nutricionais, gastrointestinais, cardiovasculares, renais e do metabolismo ósseo.¹⁹

As mídias sociais são outro meio de disseminação de informações sem evidências científicas e, ainda, espaço para leigos criarem versões distorcidas e exageradas sobre alimentação saudável, o que pode influenciar os grupos mais vulneráveis. Já existem dados publicados revelando o quanto as mídias sociais modernas têm sido nocivas para esse público, sinalizando o papel que podem desempenhar no início e na progressão dos TA ou do uso frequente do Instagram com aumento de tendências ortoréxicas.^{20, 21}

Para aqueles que já estão predispostos à ansiedade da saúde, a pesquisa indica que procurar on-line para obter informações sobre saúde agrava essa ansiedade, um fenômeno denominado “cybercondria”.²²

Os resultados de alguns estudos sugerem que a maioria das dietas estritamente seguidas pode levar ao ON.¹ Alguns estudos observaram uma prevalência de ON maior entre indivíduos que

seguem vegetarianos, veganos, fruitários, macrobióticos, dieta alimentar crua^{23, 24} e entre aqueles envolvidos nas organizações de bem-estar animal e na de apoiadores de alimentos orgânicos e não geneticamente modificados.²⁵ Alguns autores sugerem que os vegetarianos podem ser particularmente propensos a ON, no entanto as evidências em apoio a essa suposição têm sido amplamente inconsistentes. Outros supõem que seguir as recomendações bem balanceadas de uma dieta vegetariana poderia ajudar indivíduos com ON para selecionar melhor a qualidade e quantidade das comidas.²⁶

Prevalência e grupos de risco

Não existem dados precisos sobre prevalência da ON na população. Uma revisão de 2013 estimou em 6,9 % a prevalência na população geral e nos grupos de alto risco (profissionais da área da saúde, dietistas, artistas e atletas) de 35 a 57,8%.²⁷ Nos Estados Unidos, um estudo estimou a prevalência da ON na população geral em menos que 1%.²⁸ Na Alemanha, outro estudo em 2018, observou uma prevalência de 6.9% (mulheres 7,9% e homens 5,9 %).²⁹

Alguns estudos também indicam uma maior incidência de tendência de ON em mulheres.^{30,31,32} Assim, as mulheres parecem dar mais importância à dieta.³³ No entanto, observa-se que os homens estão igual condicionados às mulheres para ser influenciados com assuntos relacionados com a comida quando aparecem na mídia.

Um trabalho de pesquisa realizado com dietistas observou a presença de ON e também de TA na mesma população estudada.³⁴ Outro trabalho realizado com relação a presença de ON nos cursos de nutrição, biologia e atividade física observou que o de nutrição tinha relação também com TA (2 vezes mais) e o de atividade física também com vigorexia ou dismorfia muscular (10 vezes mais); os autores nesse estudo concluíram que a escolha dos cursos universitários poderia ter sido influenciada pela preexistência de um TA.³⁵

Diagnóstico

As pessoas com comportamento ortoréxico acreditam que sua alimentação é muito saudável. E dificilmente consultam no início do quadro porque consideram estar fazendo uma excelente escolha dos alimentos já que alguns deles estão aparecendo na mídia numa visão dicotômica, como super alimentos e outros como perigosos. No entanto, uma informação sem embasamento científico pode orientar em forma errônea e prejudicial à população. É difícil identificar quando a preocupação com a saúde e a integridade da pessoa pela dieta atinge proporções patológicas.

O ortoréxico pode procurar ajuda quando já está com um transtorno mais grave. Indivíduos com ON podem consultar por sintomas como depressão e ao serem interrogados os familiares relatam de tudo ter começado um ano antes ao iniciar com comportamentos ortoréxicos.³⁶

Outra possibilidade é observar a passagem de condutas anoréxicas de um transtorno alimentar no passado para condutas ortoréxicas, como já foi comentado anteriormente.^{18,14} Também pode vir à consulta através da preocupação do familiar ou de outro especialista que o encaminha para procurar o diagnóstico e a orientação alimentar adequada. Traços de personalidade obsessiva compulsiva foram observados em alguns pacientes tratados na prática clínica. O paradoxo do paciente com características ortorexicas é que ele acredita na sua dieta saudável e por outro lado está pondo em risco sua saúde.

Na prática clínica nutrológica os quadros de ortorexia nervosa diagnosticados foram encaminhados pela preocupação dos familiares, principalmente das mães, que percebem as primeiras alterações do comportamento alimentar. Entre eles, observamos atletas, estudantes de medicina, estudantes de nutrição e nutricionistas.

A preocupação excessiva com a alimentação saudável observada na ON, principalmente quando passa a restringir muito a

alimentação, pode levar em pessoas vulneráveis (aquelas que já têm predisposição psicológica, familiar ou sócio-cultural) a desenvolver um TA completo como é o caso da AN, de tipo restritivo.

Psicologicamente, os indivíduos ortorexicos são perfeccionistas, de rigidez cognitiva e experimentam intensa frustração quando suas práticas relacionadas à comida são interrompidas, apresentam culpa e aversão ao cometer transgressões alimentares. Além disso, os indivíduos ortorexicos correm risco de isolamento social. A inflexibilidade cognitiva também é uma característica marcante da AN e do TOC.¹³

Por outro lado, ou seja desde o ponto de vista nutrológico, a ON pode levar a uma espécie de fome oculta ou desnutrição oculta, quando pela restrição alimentar leva a carências nutricionais de micronutrientes (vitaminas e minerais) como deficiência de ferro e anemia (pela falta de ferro quando suprime o grupo das carnes sem a substituição adequada), osteopenia e osteoporose (pela falta de cálcio quando restringe o grupo dos laticínios sem substituição adequada) e hipovitaminoses (por exemplo, déficit de vitamina B12 quando suprime o grupo das carnes sem a substituição adequada).

Vale aqui considerar que esse quadro de ingestão alimentar insuficiente pode primeiro provocar um esgotamento das reservas com diminuição da atividade enzimática e metabólica podendo posteriormente também levar a um quadro de desnutrição.

Como nos casos de TA o diagnóstico é realizado através da realização de uma historia clínica completa e detalhada procurando também conhecer antecedentes de TA. Na anamnese alimentar podem observar-se as restrições de alimentos sem a substituição adequada. O exame físico com a avaliação antropométrica pode diagnosticar o baixo peso ou a desnutrição e os resultados dos exames laboratoriais podem observar deficiências ou insuficiências de vários nutrientes. Finalmente é necessário realizar o diagnóstico diferencial com outros TA e avaliar também a presença de comorbidades psiquiátricas, como depressão.³⁶

Tratamento

O objetivo do tratamento é a remissão de sintomas e ter uma alimentação saudável sem obsessão.⁵ No momento, nenhuma pesquisa documentando as recomendações de tratamento para ON foram publicadas, no entanto sugestões de melhores práticas foram oferecidas.¹³

Há relatos de caso de ON, como a de um homem adulto que com perda de 14 kg de peso em 3 meses que também precisou de internação pela gravidade das complicações apresentadas a semelhança das de AN severa, com osteopenia, anemia, hiponatremia, pancitopenia, entre outras³⁷; a de uma mulher adulta que as tendências ortoréxicas representaram a fase prodrômica da esquizofrenia³⁸ e outro de uma mulher de 18 anos que apresentou também como comorbidade psiquiátrica um quadro de depressão.³⁶

Fica claro que a ON trata-se então de um quadro delicado, visto que é tênue a linha que divide as vantagens de se ter hábitos saudáveis da preocupação excessiva em se alimentar bem (e todas as consequências que isso traz). Porém, ao notar qualquer sinal deste comportamento obsessivo patológico, o paciente ou (mais provavelmente) os parentes e amigos que o cercam não devem hesitar em procurar ajuda profissional.

Quanto mais severa for à obsessão, mais alimentos básicos serão excluídos da dieta podendo provocar deficits de nutrientes, que se for por exemplo, um deficit de vitamina B12, poderia estar favorecendo a confusão cognitiva e vai precisar da suplementação de vitamina B12 quando for observado seu deficit a nível laboratorial para evitar danos progresivos del sistema nervosa central, entre outros.

Sugere-se que o tratamento seja realizado com a intervenção de equipes multidisciplinares com médicos, nutrólogos, psiquiatras, psicoterapeutas e nutricionistas especializados no tratamento de TA, de modo que uma combinação de medicação, terapia cognitivo-comportamental e psicoeducação possa ser aplicada com

monitoramento em ambiente ambulatorial. Nos casos de significativa perda de peso e desnutrição, seria indicado um ambiente hospitalar com médicos com experiência na síndrome de realimentação.^{13, 40}

A medicação deve ser adequada a presença de comorbidades psiquiátricas.³⁶ No que diz respeito à medicação psicotrópica, os inibidores da recaptção de serotonina são supostamente úteis para a ortorexia, dada a evidência de sua eficácia para a AN e o TOC.¹³ Outros usaram com sucesso antipsicóticos, como a olanzapina, para diminuir a natureza obsessiva do pensamento mágico relacionado à comida.⁵

Trabalhar junto com os familiares mais próximos do paciente assim como fomentar a educação nutricional evitando que façam parte de um culto a dietas muito restritivas, são complementos indispensáveis para obter a solução do problema. Comportamentos nutricionalmente desequilibrados merecem toda a atenção e o aconselhamento alimentar adequado.⁴⁰ No tratamento nutrológico do paciente com ON, assim como com TA, deve-se buscar uma alimentação adequada, respeitando as leis da alimentação, com reeducação dos comportamentos alimentares de risco. É importante, lembrar que quando um paciente se recupera de um TA, comenta que está comendo normal e sem alimentos proibidos, em forma flexível, reaprendendo a aceitar a variedade de alimentos e participando do lado social da alimentação.¹⁸ Serão necessários mais estudos para descrever de modo mais completa a ON, sua etiologia, diagnóstico e tratamento.

Vigorexia

Vigorexia ou dismorfia muscular (DM) é um transtorno psiquiátrico caracterizado pela preocupação com a ideia de que o corpo do indivíduo não é suficientemente musculoso e forte como deveria ser.¹⁻³ Indivíduos com DM percebem a si mesmos pequenos e fracos, mesmo que pareçam normais ou muito musculosos.² Como consequência, indivíduos com DM se envolvem em comportamentos que visam alcançar o físico muscular desejado; esses comportamentos são compulsivos e são compostos por exercícios excessivos para hipertrofia muscular e dieta rígida com comidas hiperproteicas, uso excessivo de suplementos alimentares e podem também incluir o uso de esteróides anabolizantes e androgênicos (EAA) com as consequências deletéreas destes últimos a nível físico e psicológico.^{2,4-6} Indivíduos com DM frequentemente evitam atividades sociais ou ocupacionais, com o propósito de treinar e exercitar-se sem descanso, além de evitar a exposição de seu corpo por se sentirem envergonhados, o que afeta negativamente a qualidade de vida.^{2,3,4}

Historia e classificação atual

Foi descrita pela primeira vez por Pope e col em 1993, analisando uma amostra de 108 fisiculturistas (com e sem uso de EAA), e foi denominado na época de anorexia nervosa reversa pela sua semelhança com os transtornos alimentares e com a distorção da imagem corporal. Nesta amostra, foram identificados nove indivíduos (8,3%) que se descreviam como muito fracos e pequenos, quando na verdade eram extremamente fortes e musculosos. Ademais todos relataram usar EAA e dois tinham história anterior de anorexia nervosa (AN). Demonstrou-se ainda que 4 entre 9 fisiculturistas com DM desenvolveram o transtorno somente depois que começaram a usar EAA, o que indica que estas drogas facilitam, em muitos casos, a distorção da imagem corporal. Por outro lado, aqueles que utilizam EAA, apresentavam quadros mais graves.⁷

Ao contrário do indivíduo com AN, aquele com DM sente-se fraco e pequeno, observando-se magro apesar de apresentar um corpo musculoso.⁵

Em 1997 Pope e col preferiram utilizar o termo de DM, descrevendo a prevalência de 10% de DM entre levantadores de peso e de até 84% entre fisiculturistas que participavam de competições. Numa amostra de indivíduos com transtorno dismórfico corporal (TDC), a prevalência de DM chegou a 9,3%.²

Em 2000 Pope e col utilizaram o termo "Complexo de Adônis" em referência ao Deus grego da beleza, reconhecendo que os homens eram os principais acometidos e, mais raramente, algumas mulheres.³ Em 2013 a DM foi incluída no DSM-5 como um subtipo de TDC, já classificado como uma das manifestações do espectro do transtorno obsessivo-compulsivo. A tabela 1 mostra os critérios diagnósticos do TDC.¹

Tabela 1

Transtorno Dismórfico Corporal
A. Preocupação com um ou mais defeitos ou falhas percebidas na aparência física que não são observáveis ou que parecem leves aparentam para os outros.
B. Em algum momento durante o curso do transtorno, o indivíduo executou comportamentos repetitivos (por exemplo, verificar-se no espelho, arrumar-se excessivamente, beliscar a pele, buscar tranquilização) ou atos mentais (por exemplo, comparando sua aparência com a de outros) em resposta às preocupações com a aparência.
C. A preocupação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
D. A preocupação com a aparência não é bem mais explicada por preocupações com a gordura ou o peso corporal em um indivíduo cujos sintomas satisfazem os critérios diagnósticos para um transtorno alimentar.
Especificar se:
Com dismorfia muscular: O indivíduo está preocupado com a ideia que sua estrutura corporal é muito pequena ou insuficientemente musculosa. O especificador é usado mesmo que o indivíduo esteja preocupado com outras áreas do corpo, o que com frequência é o caso.

Especificar se:
Com insight bom ou razoável: O indivíduo reconhece que as crenças do transtorno dismórfico corporal são definitiva ou provavelmente não verdadeiras ou que podem ou não ser verdadeiras.
Com insight pobre: O indivíduo acredita que as crenças do transtorno dismórfico corporal são provavelmente verdadeiras.
Com insight ausente/crenças delirantes: O indivíduo está completamente convencido de que as crenças do transtorno dismórfico corporal são verdadeiras.

Etiopatogenia

A etiopatogenia ainda não é bem conhecida, no entanto sugere-se como multifatorial com fatores sócioambientais (influência dos meios, prática esportiva), psicológicos (insatisfação corporal, internalização de uma imagem ideal corporal, autoestima, distorção da imagem corporal, perfeccionismo) e fisiológicos (uso de anabolizantes e outras substâncias).⁸

Pesquisadores, argumentaram que a DM comumente se manifesta quando os indivíduos recebem pressões sociais, para alcançar um determinado padrão corporal.⁹

A mídia tem um papel relevante para induzir insatisfação corporal, controle do peso e desenvolvimento muscular. Eles prometem um estereótipo de corpo que enfatiza músculos e força para os homens e magreza para as mulheres; levando à pobre satisfação com o atrativo físico e dimensões corporais.¹⁰

O apelo para uso de drogas para melhorar a aparência e a performance, como suplementos alimentares e substâncias ergogênicas podem agir como porta de entrada para o consumo de EAA que estão sendo utilizados também pela pressão para verse bem.¹¹

As evidências indicam que o uso abusivo de EAA em forma crônica tem inúmeros efeitos psicológicos e várias psicopatologias foram observadas em atletas, como depressão, ansiedade, transtornos de agressividade, psicoses, suicídio, transtornos alimentares e DM.¹²

Prevalência

A DM afeta principalmente homens, e suas taxas de prevalência variam significativamente, dependendo da população da amostra; em particular, naqueles que praticam esportes que enfatizam o aumento da massa muscular ou ganho de força como levantamento de peso ou musculação.² Os atletas envolvidos no treinamento de resistência podem estar em risco aumentado para o desenvolvimento de DM em comparação para outros atletas.^{2,7} Muitos estudos sublinharam que os fisiculturistas apresentam taxas mais altas de prevalência de DM e mais características de DM do que outros atletas de treinamento resistido,^{2,8,13} com taxas de prevalência variando de 3,4% a 53,6% nessa população.^{14,15} Estudos tem também observado sintomas de DM em mulheres e pesquisas anteriores mostraram que, fisiculturistas tanto mulheres quanto homens correm risco de ter sintomas de DM.^{16,17} A idade média de início de MD é de aproximadamente 19 a 20 anos.¹⁸ Estudos realizados com estudantes universitários observaram prevalência de DM entre 5,9 a 6,9% destacando que, aqueles que têm predisposição para DM podem estar mais inclinados a praticar esportes e procurar cursos de ciências do exercício.^{19,20}

Relação com transtornos alimentares

Pessoas com sintomatologia de DM também podem ter sintomatologia de transtornos alimentares (TA), que parece estar associado a maior psicopatologia.^{21,22,23,24}

Estudos mostram, que durante o curso do tratamento para AN pode aparecer uma transição desde a magreza para a muscularidade da DM.²⁵

Um recente estudo de metanálise sobre o relacionamento entre sintomatologia MD e TA, contribue para uma visão mais precisa desse fenômeno e os resultados mostraram que existe uma

relação positiva e estatisticamente significativa entre sintomatologia MD e TA, indicando que níveis mais altos de DM foram associados a níveis mais altos de sintomatologia de TA.²⁶

Testes Psicométricos

Para avaliar a DM, estudos têm utilizado diferentes questionários entre eles o Inventário de Transtorno Dismórfico Muscular (MDDI)²⁷ e a Escala de Satisfação com Aparência Muscular (MASS) que avalia uso de substâncias, satisfação muscular, dependência ao exercício físico e comprovação muscular.^{28,29} Os testes psicométricos são utilizados para auxiliar no diagnóstico.

Aspectos nutricionais

Além da obsessão pelo corpo perfeito, a DM produz uma importante mudança na rotina e costumes dos indivíduos na questão alimentar ocorrendo modificações radicais na dieta, que passa a ser hiperproteica e acompanhada por diversos suplementos alimentares, principalmente daqueles a base de aminoácidos e proteínas.⁵

A pesquisa de Azevedo e col, vem corroborar com a literatura visto que homens e mulheres, 90% dos participantes se preocupam e modificam indistintamente a alimentação que passa a ser hiperproteica (40%) ou com restrição lipídica (25%), e ainda hiperproteica e hipolipídica (25%). Ainda na alimentação, 90% dos indivíduos (80% dos homens e 66,6% das mulheres) relataram consumir suplementos alimentares. Evidencio-se também que o ambiente digital vem sendo utilizado para obtenção de informações e compra direta de suplementos alimentares, prática que indubitavelmente estimula o consumo indiscriminado destes produtos, podendo provocar prejuízos à saúde e desperdício financeiro, uma vez que os suplementos possuem um custo relativamente alto.³⁰

Sabino e col. (2010) estudaram por três anos, o consumo de alimentos num grupo de frequentadores das academias voltadas para o

fisicoculturismo e fitness da cidade do Rio de Janeiro. Eles observaram que o regime era de suplementos alimentares considerados alimentos-remédios, como pílulas, líquidos e uma variedade de substâncias como creatina, albumina, L-carnitina e aminoácidos de cadeia ramificada. Essa suplementação tornava-se a alimentação. A dieta dos alimentos considerados brancos, em seus esquemas classificatórios, são ricos em proteínas e carboidratos e, portanto, positivos como, peito de frango, peixe, macarrão sem molho ou sal, batata, banana, clara de ovo. Essa indicação de dieta, acompanhada de EAA para iniciantes, pode ser considerada um aspecto central das regras alimentares que regem o cotidiano de um número significativo de fisiculturistas ou aspirantes. Alguns fisiculturistas chegam a consumir até nove mil calorias por dia. Em fase de crescimento realizam, de duas em duas horas, refeições que chegam a somar uma dúzia de ovos (claras ou albumina) e mais de um quilo e meio de carne por dia (em geral peito de frango), além de carboidratos. Alguns dias antes dos campeonatos, deixam de comer sal e tomam laxantes e diuréticos com o objetivo de reduzir a quantidade de água no tecido subcutâneo para que a musculatura seja ressaltada.³¹

Aspectos relacionados ao uso e abuso de esteroides anabólicos androgênicos

O uso e abuso de EAA tem aumentado entre os praticantes de treinamento de força principalmente entre os vigoréticos. (32)

Estudos mostraram, que os EAA estão associados à predisposição, precipitação ou perpetuação dos fatores psiquiátricos da DM e incluem complicações como alterações de humor e comportamento, anormalidades na percepção corporal e sintomas de abstinência. O uso e abuso de EAA podem ocorrer em virtude da DM com o objetivo de alcançar um corpo cada vez mais musculoso em um pequeno intervalo de tempo.³³

Dados de Azevedo e colaboradores constataram que 35% dos participantes masculinos e 5% dos femininos relataram usar

pelo menos uma das seguintes substâncias, nandrolona, durateston, decadurabolin, oxandrolona entre outras.³⁰

Nadir Contesini e colaboradores fizeram uma revisão sistemática sobre as estratégias nutricionais de indivíduos fisicamente ativos com dismorfia muscular; e concluíram que as pessoas fisicamente ativas e que têm dismorfia muscular não costumam consultar profissionais competentes para planejar ou supervisionar sua dieta. Observaram que os produtos anabolizantes mais comuns consumidos pelos entrevistados foram: Durateston (Propionate/fenilpropionato/isocaproato/caproate testosterona), Decadurabolim (Decanoato de landrolona) e Winstrol (stanozolol). Há também casos de utilização de Deposteron (cipionato de testosterona), Primobolan (metenolona); Hemogenin (Anadrol) e produtos veterinários, como Androgenol (testosterona animal) e ADE (multivitamínico).³⁴ Os riscos de consumo indiscriminado de suplementos alimentares, por si só ou em combinação com outras substâncias que possam estimular o sistema nervoso central incluem aumento do sangue, taxa cardíaca e pressão, a propensão a arritmias cardíacas, o espasmo coronário, e miocárdica isquemia em pessoas suscetíveis. Outros sintomas incluem distúrbios do sono, tremores, agitação, falta de coordenação e dependência psicológica.⁶

Os estudos tem relatado alterações da imagem corporal entre levantadores de peso e fisiculturistas, principalmente entre os que utilizam EAA portadores de DM. É válido ressaltar que dentre os vigoréticos que apresentam os sintomas os usuarios de EAA demonstram quadros mais graves.^{35,36}

Segundo os treinadores o uso de EAA dentro das academias é freqüente e na maioria das vezes por auto-medicação. As compras freqüentemente são feitas pela rede da internet onde aparecem pontos de venda, preços, e outras informações enganosas e sem controle médico. Pesquisadores sugerem que a falta de orientação adequada por meio dos profissionais de saúde pode estar permitindo que parte da sociedade use substâncias que possam realizar seus desejos estéticos de maneira imediatista como os EAA.^{37,38}

Aspectos relacionados com o treinamento de força

Dados de Azevedo em relação aos aspectos da prática do treinamento de força, tanto os participantes do sexo masculino, quanto feminino, apresentaram resultados análogos. Verificou-se que 50% da amostra treina há mais de três anos, com frequência semanal de cinco vezes, usando mais de uma hora e meia de treino por sessão.³⁰ As análises advindas deste estudo permitem sugerir forte indício de sintomas de DM como constatado por Olivardia em 2001, nos quais os exercícios físicos foram responsáveis por grande parte das atividades do vigorético, que destina a vida à academia, se sentindo rejeitado, discriminado ou deprimido se ficar um dia sem exercício físico ou sem o uso de EAA, chegando a comprometer as atividades sociais, ocupacionais, recreativas e até mesmo os relacionamentos interpessoais.⁵

É fácil perceber que estas modificações sociais, principalmente no que concerne a prática exacerbada do treinamento de força, são incentivadas diante da expansão dos meios de comunicação, nos quais se tem enfatizado o culto à forma física e à boa aparência, o que contribui para um maior interesse e desejo por um corpo esteticamente perfeito.^{39, 40, 41}

Tanto à obsessão quanto a compulsão pela prática exacerbada do treinamento de força em busca do corpo perfeito podem gerar outras consequências maléficas ao vigorético, como o overtraining. Este se caracteriza pelo excesso de treinamento, ou seja, tempo de recuperação incompleto entre as sessões de treinamento, provocando manifestações de ordens físicas, psíquicas ou emocionais, tais como perda de apetite e peso corporal, insônia, irritabilidade, depressão, ansiedade, agressividade, lesões, diminuição da libido, fraqueza, cansaço constante, dificuldade de concentração e dores músculo-articulares.^{35, 42}

A ocorrência dessas características, principalmente o evento de lesões, pode ser uma das consequências do estado de overtraining

ao qual o indivíduo se submete na busca pelo corpo ideal. Essa insistência em continuar com o treinamento, mesmo após lesões, pode estar significativamente associada aos sinais de DM.⁴²

Tratamento da dismorfia muscular

Os indivíduos com DM dificilmente procuram tratamento e podem consultar por outros motivos, como lesões osteomusculares ou fraturas patológicas, características de um quadro de overtraining. Outras vezes podem consultar por apresentar também comorbidades psiquiátricas como depressão, TA, ansiedade, ideação suicida. Assim, ao avaliar indivíduos que apresentam DM, os médicos devem investigar a possibilidade da presença de TA e vice-versa, particularmente nos homens.²⁶

Muitas vezes a preocupação dos familiares acabam trazendo estes pacientes para a para consulta médica. Assim como em AN e BN o maior obstáculo é convencer a pessoa com DM que ele ou ela precisa de ajuda.^{3,7}

Uma boa relação médico-paciente é fundamental nos contatos iniciais, na qual o médico demonstre empatia pela situação do paciente além de valorizar sua procura por tratamento e preocupações com o que ele pode significar. A partir daí o paciente deve ser informado sobre os aspectos de sua patologia bem como dos prejuízos que dela podem decorrer.³⁵

A utilização de escalas psicométricas específicas, como instrumentos auxiliares para diagnóstico, podem ser de grande utilidade. É bastante provável que os profissionais de saúde em maior contato com eles sejam os ligados à prática de exercícios físicos, como médicos especialistas e educadores físicos, e que sejam estes os profissionais com maior possibilidade de se deparar com o transtorno e identificá-lo ainda em suas fases iniciais.

Não há estudos com descrição sistemática do tratamento da dismorfia muscular ou com programas específicos para ajudar

pessoas com DM. Uma combinação dos métodos geralmente utilizados no tratamento do transtorno dismórfico corporal e dos transtornos alimentares pode servir como diretriz para o tratamento da dismorfia muscular.^{35, 39, 43}

A terapia cognitivo-comportamental parece ser útil no tratamento das pessoas com DM. Suas estratégias incluem a identificação de padrões distorcidos de percepção da imagem corporal, identificação de aspectos positivos da aparência física e confrontação entre padrões corporais atingíveis e inatingíveis. Os comportamentos compulsivos relacionados ao exercício, dieta ou de checar o grau da musculatura devem ser inibidos. São utilizados autoregistros e técnicas de reestruturação cognitiva. Da mesma forma, o indivíduo deve ser encorajado a gradualmente enfrentar sua aversão de expor o corpo.^{35, 44}

O tratamento psicofarmacológico de pessoas com DM deve ser adequado à comorbidade existente; alguns estudos relatam a prescrição de antidepressivos, principalmente os inibidores seletivos da recaptação de serotonina.^{5, 43}

Assim como nos TA o tratamento da DM é complexo e requer o trabalho de uma equipe interdisciplinar. Aspectos nutrológicos são importantes, como elaborar um plano alimentar adequado, introduzir mudanças na dieta e nos hábitos. Incluir nutrientes que estavam sendo ignorados e equilibrar a ingesta alta de proteínas que a longo prazo produzem danos renais irreversíveis. O tratamento da dismorfia muscular precisa de mais estudos que poderão definir melhores formas de abordagem terapêutica. Um estudo de caso clínico descreve a utilização de um modelo de tratamento amplamente aceito para anorexia nervosa num adolescente com DM.⁴⁵

A preocupação com a imagem corporal se expressa num continuum que vai desde a obsessão com a musculatura até a DM. Há uma necessidade urgente de dados adicionais sobre indivíduos com diagnóstico clínico de DM. Mais pesquisas clínicas nos indivíduos diagnosticados com MD melhoraria os esforços para desenvolver

abordagens adequadas de tratamento, porque atualmente existe uma escassez acentuada. Uma compreensão mais aprofundada do DM, especialmente em atletas com risco aumentado, contribuiria para o desenvolvimento e implementação de programas efetivos de avaliação, prevenção e tratamento, levando assim a maiores conhecimento e conscientização sobre esse distúrbio.^{46, 47}

Como identificar pessoas com vigorexia?

1. Mais frequente em homens de 18 a 35 anos. Porém pode ser observado em mulheres também.
2. Apresentam distorção da imagem corporal e insatisfação com a aparência. A preocupação é exagerada com o corpo e com a estrutura dos músculos. Demonstram sentimentos de inferioridade e de vergonha do corpo, procurando escondê-lo debaixo de várias camadas de roupa ou roupas excessivamente largas. A autoimagem distorcida leva os portadores de vigorexia à prática exagerada de exercícios físicos.
3. Praticam exercícios em forma obsessiva. Praticam muitas horas de exercícios físicos exaustivos, sempre anaeróbicos como levantamento de pesos no ginásio em forma compulsiva, e continuam desperdiçando grandes quantidades de tempo e dinheiro. Mesmo lesionados continuam treinando. Necessidade compulsiva de manter um plano rigoroso de exercícios físicos.
4. Apresentam um comportamento alimentar inadequado fugindo de padrões alimentares normais, praticam uma dieta alimentar rígida para atingir a forma física considerada perfeita. fazendo uso também de dietas hiperproteicas rigorosas.
5. Usam e abusam de suplementos alimentares e substâncias, consumindo anabolizantes apesar de conhecer das consequências físicas e psicológicas adversas.

6. Automedicação em forma indiscriminada.
7. Não aceita convites para uma festa ou compromisso social em função da rotina de treinos na academia e da alimentação, podendo levar a prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida. Não se interessam por nenhuma atividade ou relacionamento que possam interferir em seu propósito de treinar durante todo o tempo.
8. Apresentam comportamentos repetitivos se tocando e se observando no espelho de maneira repetida e intensa e os ganhos são checados, compulsivamente, chegando a mais de 10 vezes ao dia.
9. Com relação ao excesso de treinamento, podem aparecer overtraining, com reações corporais semelhantes ao estresse tais como: insônia, falta de apetite, irritabilidade, desinteresse sexual, fraqueza, cansaço constante, dificuldade de concentração, entre outras.
10. Como o corpo que consideram perfeito é um ideal inatingível, em razão dos sentimentos de inferioridade e da visão deformada da própria aparência, essas pessoas estão mais sujeitas a desenvolver quadros de depressão e ansiedade.
11. Para auxiliar no diagnóstico pode ser utilizada a escala de aparência muscular, MASS (Muscle appearance satisfaction scale).
12. Não consultam o médico, só quando aparecem complicações por excesso de exercícios, problemas renais pelo abuso das proteínas ou por transtornos metabólicos ou psicológicos por abuso de anabolizantes. Podem ser trazidos à consulta pelo familiar preocupado com o transtorno.

Referências Bibliográficas - Ortorexia

1. Bratman, S.; Knight, D. *Healthy Food Junkies: Overcoming the Obsession with Healthful Eating*; Broadway Books: New York, NY, USA, 2000.
2. Dunn, T.M.; Bratman, S. On orthorexia nervosa: A review of the literature and proposed diagnostic criteria. *Eat. Behav.* 2016, 21, 11-17. [CrossRef] [PubMed]
3. Cena, H.; Barthels, F.; Cuzzolaro, M.; Bratman, S.; Brytek, A.; Thomas, M. et al. Definition and diagnostic criteria for orthorexia nervosa: A narrative review of the literature. *Eat. Weight Disord. Stud. Anorexia Bulim. Obes.* 2019, 24, 209-246. [CrossRef] [PubMed]
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5*; American Psychiatric Publishing: Arlington, VA, USA, 2013.
5. Bratman, S.; Knight, D. *Healthy Food Junkies: Overcoming the Obsession with Healthful Eating*; Broadway Books: New York, NY, USA, 2000.
6. Donini, L.M.; Marsili, D.; Graziani, M.P.; Imbriale, M.; Cannella, C. Orthorexia nervosa: Validation of a diagnosis questionnaire. *Eat. Weight Disord.* 2005, 10, e28-e32. [CrossRef]
7. PONTES, J.B., MONTAGNER, M.I., MONTAGNER, M.A. Ortorexia nervosa: adaptação cultural do orto-15. *Demetra: Alimentação, nutrição & saúde*. Brasília, v. 9, n. 2, p. 533-548, abr. 2014.
8. Arusoğlu, G.; Kabakçı, E.; Köksal, G.; Merdol, T.K. Orthorexia Nervosa and Adaptation of ORTO-11 into Turkish. *Turkish J. Psychiatry* 2008, 19, 1-9.
9. Stochel, M.; Janas-Kozik, M.; Zejda, J.E.; Hrynik, J.; Jelonek, I.; Siwiec, A. Validation of ORTO-15 Questionnaire in the group of urban youth aged 15–21. *Psychiatr. Pol.* 2015, 49, 119-134. [CrossRef] [PubMed]
10. Missbach, B.; Hinterbuchinger, B.; Dreiseitl, V.; Zellhofer, S.; Kurz, C.; König, J. When eating right, is measured wrong! A validation and critical examination of the ORTO-15 questionnaire in German. *PLoS ONE* 2015, 10, e0135772. [CrossRef] [PubMed]
11. Varga, M.; Thege, B.K.; Dukay-Szabó, S.; Túry, F.; van Furth, E.F. When eating healthy is not healthy: Orthorexia nervosa and its measurement with the ORTO-15 in Hungary. *BMC Psychiatry* 2014, 14, 59. [CrossRef]
12. Barthels, F.; Meyer, F.; Pietrowsky, R. Die Düsseldorfer Orthorexie Skala-Konstruktion und Evaluation eines Fragebogens zur Erfassung ortho-reaktischen Ernährungsverhaltens. *Z. Klin. Psychol. Psychother.* 2015, 44, 97-105. [CrossRef]
13. Koven, N.S.; Abry, A. The clinical basis of orthorexia nervosa: Emerging perspectives. *Neuropsychiatr. Dis. Treat.* 2015, 11, 385-394. [CrossRef] [PubMed]
14. Segura-Garcia, C.; Ramacciotti, C.; Rania, M.; Aloï, M.; Caroleo, M.; Bruni, A. et al. The prevalence of orthorexia nervosa among eating disorder patients after treatment. *Eat. Weight Disord.* 2015, 20, 161-166. [CrossRef]
15. Brytek-Matera, A. Orthorexia nervosa-An eating disorder, obsessive-compulsive disorder or disturbed eating habit? *Arch. Psychiatry Psychother.* 2012, 14, 55-60. [CrossRef]

16. Brytek-Matera, A.; Rogoza, R.; Gramaglia, C.; Zeppegno, P. Predictors of orthorexic behaviours in patients with eating disorders: A preliminary study. *BMC Psychiatry* 2015, 15, 252. [CrossRef]
17. Costa, C.B.; Hardan-Khalil, K.; Gibbs, K. Orthorexia Nervosa: A Review of the Literature. *Issues Ment. Health Nurs.* 2017, 38, 980-988. [CrossRef]
18. Alonso MRZ. Transtornos da conduta alimentar na nutrologia médica. Porto Alegre: Alternativa, 2008.
19. Associação Brasileira de Psiquiatria, Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, Sociedade de Medicina de Família e Comunidade, Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral, Associação Brasileira de Nutrologia, Sociedade Brasileira de Pediatria. Anorexia Nervosa: Diagnóstico e Prognóstico. Projeto Diretrizes, AMB-CFM 7/10/ 2011.
20. Carrotte ER, Vella AM, Lim MS (2015) Predictors of “liking” three types of health and fitness-related content on social media: a cross-sectional study. *J Med Internet Res* 17(8)
21. Turner & Lefevre, Instagram use is linked to increased symptoms of orthorexia nervosa, 2017 *Eat Weight Disord* (2017) 22:277-284 DOI 10.1007/s40519-017-0364-2
22. Muse K, McManus F, Leung C, et al. Cyberchondriasis: fact or fiction? A preliminary examination of the relationship between health anxiety and searching for health information on the Internet. *J Anxiety Disord.* 2012;26(1):189–196.
23. Dell’Osso, L.; Abelli, M.; Carpita, B.; Pini, S.; Castellini, G.; Carmassi, C.; Ricca, V. Historical evolution of the concept of anorexia nervosa and relationships with orthorexia nervosa, autism, and obsessive-compulsive spectrum. *Neuropsychiatr. Dis. Treat.* 2016, 12, 1651-1660. [CrossRef]
24. Catalina Zamora, M.L.; Bonaechea, B.; Sánchez, G.; Rial, R. Orthorexia nervosa. A new eating behavior disorder? *Actas Esp. Psiquiatr.* 2005, 33, 66-68.
25. Olejniczak, D.; Bugajec, D.; Panczyk, M.; Brytek-Matera, A.; Religioni, U.; Czerw, A.; Gra_bczewska, A.; Juszczak, G.; Jabłkowska-Górecka, K.; Staniszevska, A. Analysis concerning nutritional behaviors in the context of the risk of orthorexia. *Neuropsychiatr. Dis. Treat.* 2017, 13, 543-550. [CrossRef]
26. Brytek-Matera, A.; Czepczor-Bernat, K.; Jurzak, H.; Kornacka, M.; Kołodziejczyk, N. Strict health-oriented eating patterns (orthorexic eating behaviours) and their connection with a vegetarian and vegan diet. *Eat. Weight Disord. Stud. Anorexia Bulim.* 2018. [CrossRef]
27. Varga M1, Dukay-Szabó S, Túry F, van Furth EF. Evidence and gaps in the literature on orthorexia nervosa. *Eat Weight Disord.* 2013 Jun;18(2):103-111. doi: 10.1007/s40519-013-0026-y. Epub 2013 Apr 12.
28. Dunn TM, Gibbs J, Whitney N, Starosta A. *Eat Weight Disord.* 2017 Mar;22(1):185-192. doi: 10.1007/s40519-016-0258-8. Epub 2016 Feb 22. Prevalence of orthorexia nervosa is less than 1 %: data from a US sample.
29. Luck-Sikorski C, Jung F, Schlosser K, Riedel-Heller SG. Is orthorexic behavior common in the general public? A large representative study in Germany. March 2018 *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity* <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0502-5>

30. Arusoğlu G, Kabakçı E, Köksal G, Merdol TK Orthorexia Nervosa and Adapta on of ORTO-11 into Turkish. *Turkish J. Psychiatry* 2008, 19, 1-9.
31. Eriksson, L.; Baigi, A.; Marklund, B.; Lindgren, E.C. Social physique anxiety and sociocultural attitudes toward appearance impact on orthorexia test in fitness participants. *Scand. J. Med. Sci. Sport.* 2008, 18, 389-394. [CrossRef] [PubMed]
32. Koven, N.S.; Senbonmatsu, R. A neuropsychological evaluation of orthorexia nervosa. *Open J. Psychiatry* 2013, 3, 214-222. [CrossRef]
33. Ek, S. Gender differences in health information behaviour: A Finnish population-based survey. *Health Promot. Int.* 2015, 30, 736-745. [CrossRef]
34. Kaylee Tremelling K et al. Orthorexia nervosa and eating disorder symptoms in dietitians. *J Acad Nutr Diet.* 2017 October ; 117(10): 1612–1617. doi:10.1016/j.jand.2017.05.001
35. Bo S, Zoccali R, Ponzo V, Soldati L, De Carli L, Benso A et al. University Courses, eating problems and muscle dysmorphic are there any association? *Journal of Translational Medicine* 2014, 12:221 <http://www.translational-medicine.com/content/12/1/221>
36. Lopes R et al. Orthorexia nervosa and comorbid depression successfully treated with mirtazapine: a case report. *Eating and weight disorders, Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity.* <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0539-5> , 2018
37. Park SW, Kim JY, Go GJ, Jeon ES, Pyo HJ, Kwon YJ. Orthorexia nervosa with hyponatremia, subcutaneous emphysema, pneumomediastinum, pneumothorax, and pancytopenia. *Electrolyte Blood Press.* 2011 Jun;9(1):32-7. doi: 10.5049/EBP.2011.9.1.32. Epub 2011 Jun 30.
38. Saddichha S, Babu GN, Chandra P. Orthorexia nervosa presenting as prodrome of schizophrenia. *Schizophr Res.* 2012;134(1):110.
39. Moroze RM, Dunn TM, Craig Holland J, et al. Microthinking about micronutrients: a case of transition from obsessions about healthy eating to near-fatal “orthorexia nervosa” and proposed diagnostic criteria. *Psychosomatics.* Epub March 19, 2014
40. Bartrina JA. Ortorexia o la obsesión por la dieta saludable [Orthorexia or when a healthy diet becomes an obsession]. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición.* 2007;57(4):313-315. Spanish.

Referências Bibliográficas - Vigorexia

1. American Psychiatric Association Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Washington, DC: American Psychiatric Association (2013).
2. Pope, H. G. Jr, Gruber, A. J., Choi, P., Olivardia, R. & Phillips, K. A. Muscle dysmorphia: An unrecognized form of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics* 38, 548-557, [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(97\)71400-2](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(97)71400-2) (1997).
3. Pope, H. G. Jr., Phillips, K. A. & Olivardia, R. *The Adonis complex: The secret crisis of male body obsession.* New York: Simon and Schuster (2000).

4. Olivardia, R. Mirror, mirror on the wall, who's the largest of them all? The features and phenomenology of muscle dysmorphia. *Harvard Rev. Psychiat.* 9, 254-259, <https://doi.org/10.1080/10673220127900> (2001).
5. Olivardia, R., Pope, H. G. & Hudson, J. I. Muscle dysmorphia in male weightlifters: a case-control study. *Am. J. Psychiat.* 157, 1291-1296, <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.8.1291> (2000).
6. Phillips, K. A., O'Sullivan, R. L. & Pope, H. G. Jr. Muscle dysmorphia (letter). *J. Clin. Psychiat.* 58, 361 (1997).
7. Pope, H. G. Jr, Katz, D. L. & Hudson, J. I. Anorexia nervosa and "reverse anorexia" among 108 male bodybuilders. *Compr. Psychiat.* 34, 406-409, [https://doi.org/10.1016/0010-440X\(93\)90066-D](https://doi.org/10.1016/0010-440X(93)90066-D) (1993).
8. Grieve, F. G. A conceptual model of factors contributing to the development of muscle dysmorphia. *Eat. Disord.* 15, 63-80, <https://doi.org/10.1080/10640260601044535> (2007).
9. Cohane, G. H., & Pope Jr, H. G. (2001). Body image in boys: A review of literature. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 373-379. [Links]
10. Labre, M.P. Adolescent boys and the muscular male body ideal. *J. Adolesc. Health*, 2002, 30, 233-242. doi:10.1016/S1054-139X(01)00413-X
11. Hildebrandt T, Harty S and Langenbucher JW, Fitness Supplements as a Gateway Substance for Anabolic-Androgenic Steroid Use *Psychol Addict Behav.* 2012 December ; 26(4): . doi:10.1037/a0027877.
12. Piacentino D, Kotzalidis GD, del Casale A, Aromatario MR, Pomara C, Girardi P et al. Current Neuropharmacology. Anabolic-androgenic Steroid use and Psychopathology in Athletes. A Systematic Review. *Current Neuropharmacology*, 13, 101-121, 2015
13. Skemp, K. M., Mikat, R. P., Schenck, K. P. & Kramer, N. A. Muscle dysmorphia: risk may be influenced by goals of the weightlifter. *J. Strength Cond. Res.* 27, 2427-2432, <https://doi.org/10.1519/JSC.0b013e3182825474> (2013).
14. Cella, S., Iannaccone, M. & Cotrufo, P. Muscle dysmorphia: A comparison between competitive bodybuilders and fitness practitioners. *J. Nutr. Ther.* 1, 12-18, <https://doi.org/10.6000/1929-5634.2012.01.01.2> (2012).
15. Hitzeroth, V., Wessels, C., Zungu-Dirwayi, N., Oosthuizen, P. & Stein, D. J. Muscle dysmorphia: a South African sample. *Psychiat. Clin. Neuros.* 55, 521-523, <https://doi.org/10.1046/j.1440-1819.2001.00899> (2001).
16. Tod D., Edwards C., & Cranswick I. (2016). Muscle dysmorphia: Current insights. *Journal of Psychology Research and Behavior Management*, 9, 179-188. doi:10.2147/PRBM. S97404
17. Hale B., Diehl D., Weaver K., & Briggs, M. (2013). Exercise dependence and muscle dysmorphia in novice and experienced female bodybuilders. *Journal of Behavioral Addictions*, 2(4), 244-248. doi:10.1556/JBA.2.2013.4.8
18. Cafri G., Olivardia R., & Thompson, J. K. (2008). Symptom characteristics and psychiatric comorbidity among males with muscle dysmorphia. *Comprehensive Psychiatry*, 49, 374-379. doi:10.1016/j.comppsy.2008.01.003

19. Bo S, Zoccali R, Ponzio V, Soldati L, De Carli L, Benso A et al. University Courses, eating problems and muscle dysmorphic are there any association? *Journal of Translational Medicine* 2014, 12:221 <http://www.translational-medicine.com/content/12/1/221>
20. Compte EJ, Sepulveda AR, Torrente F (2015) A two-stage epidemiological study of eating disorders and muscle dysmorphia in male university students in Buenos Aires. *Int J Eat Disord* 48:1092-1101. <https://doi.org/10.1002/eat.22448>
21. Chandler, C. G., Grieve, F. G., Derryberry, W. P., & Pegg, P. O. (2009). Are anxiety and obsessive-compulsive symptoms related to muscle dysmorphia? *International Journal of Men's Health*, 8, 143-154. Retrieved from <http://www.mensstudies.info/OJS/index.php/IJMH>
22. Ebbeck, V., Watkins, P. L., Concepcion, R. Y., Cardinal, B. J., & Hammermeister, J. (2009). Muscle dysmorphia symptoms and their relationships to self-concept and negative affect among college recreational exercisers. *Journal of Applied Sport Psychology*, 21(3), 262-275. doi:10.1080/10413200903019376
23. Grieve, F. G., & Shacklette, M. D. (2012). Brief report on men's bodies and mood: Correlates between depressive symptoms and muscle dysmorphia symptoms. *North American Journal of Psychology*, 14, 563. Retrieved from <http://www.freepatentsonline.com/article/North-American-Journal-Psychology/312401777.html>
24. Pope, C. G., Pope, H. G., Menard, W., Fay, C., Olivardia, R., & Phillips, K. A. (2005). Clinical features of muscle dysmorphia among males with body dysmorphic disorder. *Body Image*, 2, 395-400. doi:10.1016/j.bodyim.2005.09.001
25. Murray, S. B., Griffiths, S., Mitchison, D., & Mond, J. M. (2017). The transition from thinness-oriented to muscularity-oriented disordered eating in adolescent males: A clinical observation. *Journal of Adolescent Health*, 60(3), 353-355. doi:10.1016/j.jadohealth.2016.10.014
26. Badenes-Ribera L, Rubio-Aparicio M, Sánchez-Meca J, Fabris MA, Longobardi C. The association between muscle dysmorphia and eating disorder symptomatology: A systematic review and meta-analysis *J Behav Addict*. 2019 Sep 1;8(3):351-371. doi: 10.1556/2006.8.2019.44. Epub 2019 Sep 11
27. Hildebrandt, T., Langenbucher, J., & Schlundt, D. G. (2004). Muscularity concerns among men: Development of attitudinal and perceptual measures. *Body Image*, 1(2), 169-181. doi:10.1016/j.bodyim.2004.01.001
28. Mayville, S. B., Williamson, D. A., White, M. A., Netemeyer, R. G., & Drab, D. L. (2002). Development of the Muscle Appearance Satisfaction Scale: A self-report measure for the assessment of muscle dysmorphia symptoms. *Assessment*, 9(4), 351-360. doi:10.1177/1073191102238156
29. Silva Júnior SHA, Souza MA, Silva JHA. Tradução, adaptação e validação da escala de satisfação com a aparência muscular (MASS). *EFDeportes.com, Revista Digital. Buenos Aires*, 13(120):1. <http://www.efdeportes.com/efd120/traducao-adaptacao-avalidacao-da-escala-de-satisfacao-com-a-aparencia-muscular.htm>
30. Azevedo AC, Ferreira AC, Da Silva, Caminha IO, Freitas CM. Dismorfia muscular: A busca pelo corpo hiper musculoso [http://dx.doi.org/10.6063/motricidade.8\(1\).240](http://dx.doi.org/10.6063/motricidade.8(1).240) 2012, vol. 8, n. 1, pp. 53-66

31. Sabino C, Luz M & Carvalho MC. The end of food: dietary supplementation and diet among avid members of workout and fitness centers in Rio de Janeiro. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.17, n.2, abr.-jun. 2010, p.343-356.
32. Ferreira, U. M., Ferreira, A. C., Azevedo, A. M., Medeiros, R. L., & Silva, C. A. (2007). Esteróides anabólicos androgênicos, *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 20(4), 267-275. [Links]
33. Kanayama, G., Brower, K. J., Wood, R. I., Hudson, J. I., & Pope Jr, H. (2009). Anabolic-androgenic steroid dependence: An emerging disorder. *Addiction*, 104, 1966-1978. doi: 10.1111/j.1360-0443.2009.02734.x [Links]
34. Contesini N, Adami F, Blake Md, Monteiro CB, Abreu LC, Valenti VE et al. . Nutritional strategies of physically active subjects with muscle dysmorphia. *Int Arch Med*. 2013 May 26;6(1):25. doi: 10.1186/1755-7682-6-25. .
35. Assunção SSM. Muscle dysmorphia .*Rev Bras Psiquiatr* 2002;24(Supl III):80-4
Dismorfia muscular. Ambulatório de Bulimia e Transtornos Alimentares (AMBULIM) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil
36. Pope Jr, H. G., & Katz, D. L. (1994). Psychiatric and medical effects of anabolic-androgenic steroid use. *Archives of General Psychiatry*, 51, 375-382.
37. Nagayama, C., Porta, D., Chaud, D. M., Marchioni, D. M., & Ribeiro, S. M. (2000). Avaliação do conhecimento de estudantes de educação física quanto à nutrição e orientação nutricional. *Revista Nutrição em Pauta*, 4, 12-16.
38. Calfee, R., & Fadale, P. (2006). Popular ergogenic drugs and supplements in young athletes. *Pediatrics*, 117, 577-589.
39. Carvalho, T., Rodrigues, T., Meyer, F., Lancha Jr, A. H., & De Rose, E. H. (2003). Modificações die-téticas, reposição hídrica, suplementos alimen-tares e drogas: Comprovação de ação ergogê-nica e potenciais riscos para a saúde. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 9(2), 43-56.
40. Grieve, F. G., Truba, N., & Bowersox, S. (2009). Etiology, assessment, and treatment of muscle dysmorphia. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarter*, 23(4), 306-314. doi: 10. 1891/0889-8391.23.4.306
41. Iriart, J. A., & Andrade, T. M. (2002). Musculação, uso de esteróides anabolizantes e percepção de risco entre jovens fisiculturistas de um bairro popular de Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(5), 1379-1387.
42. Flack, S. J., & Kraemer, W. J. (2006). Fundamentos do treinamento de força muscular. RS: Artmed.
43. Leone JE, Sedory EJ, Gray KA (2005) Recognition and treatment of muscle dysmorphia and related body image disorders. *J Athl Train* 40:352-359
44. Olivardia, R. (2007). Muscle Dysmorphia: Characteristics, assessment, and treatment. In J. K. Thompson & G. Cafri (Eds.), *The muscular ideal: Psychological, social, and medical Perspectives*. Washington, DC: APA.
45. Murray SB, Griffiths S.. Adolescent muscle dysmorphia and family-based treatment: a case report. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2015 Apr;20(2):324-30. doi: 10.1177/1359104514521639. Epub 2014 Feb 19

46. Parent, M. C. (2013). Clinical considerations in etiology, assessment, and treatment of men's muscularity-focused body image disturbance. *Psychology of Men and Masculinity*, 14, 88-100.
47. Murray SB, Nagata JM, Griffiths S, Calzo JP, Brown TA, Mitchison D, et al..*Clin Psychol Rev*. 2017 Nov;57:1-11. doi: 10.1016/j.cpr.2017.08.001. Epub 2017 Aug 2. The enigma of male eating disorders: A critical review and synthesis.



Bulimia

Hewdy Lobo Ribeiro

Introdução

Dentre os transtornos alimentares (TA), a bulimia nervosa (BN) está entre os mais prevalentes, principalmente entre mulheres (1,5%), especialmente entre 20 e 30 anos, e entre pessoas que fazem tratamento para perda de peso.¹

A BN é classificada como um transtorno alimentar por apresentar um comportamento alimentar ou relacionado ao comer gravemente maladaptativo, persistente, que gera prejuízos para a saúde física, mental e social do indivíduo.¹ Apesar de ser um transtorno mental, pode causar graves consequências clínicas físicas ao paciente pela “má-nutrição”.

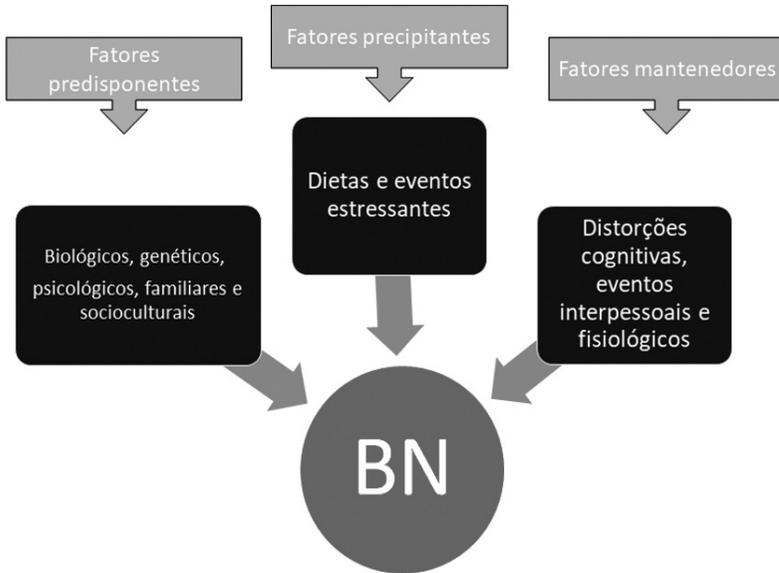
Tendo em vista de que com tratamento multidisciplinar muitas destas complicações clínicas e psicológicas da BN podem ser revertidas, compreender o manejo terapêutico da BN é essencial entre profissionais da saúde, com grande responsabilidade na atuação de médicos nutrólogos.²

O nutrólogo de forma imprescindível deve compor a equipe multiprofissional, que irá intervir em casos de BN. Assim, deve conhecer a BN em profundidade e as melhores práticas para seu rastreo, avaliação, diagnóstico precoce e definição de condutas de tratamento para obter melhor prognóstico com intervenções precoces e assertivas.

Fatores de risco para o desenvolvimento da BN

Como na maioria dos transtornos mentais em interface com doenças nutrológicas, definir a etiologia da BN é complexo, sendo adotado um modelo multifatorial nos levantamentos. Este propõe que a manifestação, evolução e manutenção da BN depende da interação entre fatores predisponentes, precipitantes e mantenedores, como ilustrado na figura 1 a seguir:^{3,4}

Figura 1: Modelo multifatorial da etiologia da BN



Fonte: elaborado pelo autor

Quanto ao fator genético/hereditário, estudos com gêmeos indicam que 55-62% da suscetibilidade à BN é atribuível a fatores genéticos, apesar de ainda não terem identificado especificamente, quais são os genes que influenciam diretamente neste risco.⁵

Biologicamente, existe a hipótese de que os episódios de comer compulsivo seriam uma forma de manejar sensações negativas derivadas da redução da atividade serotoninérgica no cérebro.⁶

A compulsão alimentar também está relacionada a dietas restritivas. Deste modo é importante ressaltar, que pessoas com apetite normal, quando comem menos do que o necessário, têm desejo ou impulso de comer. Pode ser considerado, um dos principais fatores precipitadores e mantenedores da BN entre indivíduos vulneráveis.

No campo psicossocial também estão associados à BN:⁶

- traumas na infância;
- relações familiares e interpessoais disfuncionais;
- eventos estressores - como mudança de país, divórcio, entre outros;
- a preocupação com o peso ou com a imagem corporal;
- a internalização do ideal estético de magro - relacionado culturalmente a beleza e sucesso;
- a baixa autoestima;
- dificuldade na regulação emocional;
- E os transtornos de personalidade histriônica e *borderline*, também a Depressão.

Importante destacar, que existem grupos ocupacionais, que estão particularmente em risco, pela relação do trabalho com a estética ou performance: modelos, atrizes, bailarinas, atletas, nutricionistas, jôqueis, aeromoças, entre outros.

Diagnóstico da BN

Segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-11) da Organização Mundial da Saúde⁷, a BN é caracterizada por episódios recorrentes e frequentes de compulsão alimentar, acompanhados de comportamentos compensatórios, por pelo menos um mês.

Um episódio de compulsão alimentar é caracterizado por:

1. Perda subjetiva de controle sobre a alimentação;
2. Ingestão de alimentos notavelmente maior ou diferente do habitual;
3. Sensação de ser incapaz de parar de comer ou limitar o tipo ou quantidade de alimentos ingeridos.

É comum que o episódio de compulsão alimentar seja realizado de forma escondida, e que a pessoa sinta vergonha, culpa e desejo de autopunição.

Os comportamentos compensatórios são aqueles inadequadamente adotados, por indivíduos com BN com o objetivo de evitar o aumento de peso, como:⁷

- vômito autoinduzido, presente em cerca de 90% dos casos;
- uso indevido, exagerado e não prescrito de medicamentos como laxantes, diuréticos, hormônios tireoidianos, agentes anorexígenos e enemas;
- jejuns prolongados e exercícios físicos exagerados também são formas de controle do peso ou exercícios extenuantes.

A Associação de Psiquiatria Americana (APA), através do manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais, na quinta edição (DSM-5)¹ propõe os seguintes critérios diagnósticos para a BN:

Quadro 1: Critérios Diagnósticos de acordo com o DSM-5.

Transtorno Alimentar Restritivo/Evitativo
<p>A. Episódios recorrentes de compulsão alimentar. Um episódio de compulsão alimentar é caracterizado pelos seguintes aspectos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ingestão, em um período de tempo determinado (p. ex., dentro de cada período de duas horas), de uma quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria dos indivíduos consumiria, no mesmo período sob circunstâncias semelhantes. 2. Sensação de falta de controle sobre a ingestão durante o episódio (p. ex., sentimento de não conseguir parar de comer ou controlar o que e o quanto se está ingerindo).
<p>B. Comportamentos compensatórios inapropriados recorrentes a fim de impedir o ganho de peso, como vômitos autoinduzidos; uso indevido de laxantes, diuréticos ou outros medicamentos; jejum; ou exercício em excesso.</p>
<p>C. A compulsão alimentar e os comportamentos compensatórios inapropriados ocorrem, em média, no mínimo uma vez por semana durante três meses.</p>
<p>D. A autoavaliação é indevidamente influenciada pela forma e pelo peso corporais.</p>
<p>E. A perturbação não ocorre exclusivamente durante episódios de anorexia nervosa.</p>

Fonte: APA, 2014.¹

Em sua avaliação, o profissional da saúde também deverá relatar se o paciente está em remissão parcial ou completa, quando alguns ou todos critérios, respectivamente, já não são preenchidos, por um período de tempo sustentado.

Também deverá descrever a gravidade atual da BN, relacionada à frequência dos comportamentos compensatórios, como pode ser visto no quadro 3:

Quadro 2: Nível de gravidade da BN

Leve: 1 a 3 episódios de CPI/ semana.

Moderada: 4 a 7 episódios de CPI/ semana.

Grave: 8 a 13 episódios de CPI/ semana.

Extrema: 14 ou mais CPI/ semana.

*CPI= comportamentos compensatórios inapropriados

Fonte: APA, 2014.¹

Infelizmente, pelos comportamentos de compulsão e compensação feitos em segredo, e pela manutenção do peso na BN, é frequente, que apenas busquem ajuda profissional, após muitos anos da instalação da doença, sendo mais desafiador seu tratamento e de suas complicações. Acrescenta-se que ainda demorada a busca pela avaliação médica, na maioria das vezes ocorre conduzido por familiar, pois além de retardar aceitar o tratamento, ocorre minimização da gravidade da morbidade.

Escalas de avaliação

O diagnóstico precoce da BN é fundamental para a proteção do indivíduo. A aplicação de escalas validadas, para a população brasileira é importante, para auxílio no diagnóstico de BN e também, para auxiliar no planejamento e na mensuração do progresso do tratamento.

Uma das escalas mais aplicadas em nosso contexto é o Teste de Atitudes Alimentares (EAT), na versão de 26 perguntas. É um

instrumento para rastreio de casos de anorexia nervosa e BN. O resultado do EAT indica a presença de padrões alimentares alterados, com ponto de corte em 21 pontos, para caso provável de BN ou anorexia nervosa.

O EAT-26 é gratuito e de rápida aplicação. É uma escala tipo Likert, e suas questões estão divididas em três dimensões ou fatores:

- 1) dieta, correspondente a recusa patológica a alimentos de alto valor calórico e preocupação intensa com a autoimagem;
- 2) bulimia e preocupação com os alimentos, referente a episódios de compulsão alimentar, seguidos de vômitos e outros comportamentos compensatórios;
- 3) controle oral, relativa ao autocontrole em relação aos alimentos e reconhecimento de forças sociais que estimulam a ingestão alimentar.⁸

Tabela 1: Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26)

	S	MF	F	AV	R	N
1. Fico apavorada com a ideia de estar engordando.	3	2	1	0	0	0
2. Evito comer quando estou com fome.	3	2	1	0	0	0
3. Sinto-me preocupada com os alimentos.	3	2	1	0	0	0
4. Continuar a comer em exagero faz com que eu sinta, que não sou capaz de parar.	3	2	1	0	0	0
5. Corto meus alimentos em pedaços pequenos.	3	2	1	0	0	0
6. Presto atenção à quantidade de calorias dos alimentos que eu como.	3	2	1	0	0	0
7. Evito, particularmente, alimentos com alto teor de carboidratos (pão, batata, arroz, etc.).	3	2	1	0	0	0
8. Sinto que os outros gostariam que eu comesse mais.	3	2	1	0	0	0
9. Vomito depois de comer.	3	2	1	0	0	0
10. Sinto-me extremamente culpada depois de comer.	3	2	1	0	0	0
11. Preocupo-me com o desejo de ser mais magra.	3	2	1	0	0	0
12. Penso em queimar calorias a mais quando me exercito.	3	2	1	0	0	0

13. As pessoas me acham muito magra.	3	2	1	0	0	0
14. Preocupo-me com a ideia de haver gordura no meu corpo.	3	2	1	0	0	0
15. Demoro mais tempo para fazer as minhas refeições do que as outras pessoas.	3	2	1	0	0	0
16. Evito alimentos que contenham açúcar.	3	2	1	0	0	0
17. Costumo comer alimentos dietéticos.	3	2	1	0	0	0
18. Sinto que os alimentos controlam minha vida.	3	2	1	0	0	0
19. Demonstro autocontrole diante dos alimentos.	3	2	1	0	0	0
20. Sinto que os outros me pressionam para comer.	3	2	1	0	0	0
21. Passo muito tempo pensando em comer.	3	2	1	0	0	0
22. Sinto desconforto após comer doces.	3	2	1	0	0	0
23. Faço regimes para emagrecer.	3	2	1	0	0	0
24. Gosto de sentir meu estômago vazio.	3	2	1	0	0	0
25. Gosto de experimentar novos alimentos ricos em calorias.	0	0	0	1	2	3
26. Sinto vontade de vomitar após as refeições.	3	2	1	0	0	0
Escore: Dieta: itens 1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 24, 25; Bulimia e preocupação com os alimentos: itens 3, 4, 9, 18, 21, 26; Controle oral: itens 2, 5, 8, 13, 15, 19, 20.						

*S - Sempre; MF - Muito frequentemente; F - Frequentemente; AV - Às vezes;
 R - Raramente; N - Nunca. Fonte: Bighetti et al., 2004⁸

Outra importante escala é o Teste de Investigação Bulímica de Edinburgo (BITE). Seus resultados identificam a presença de compulsão alimentar e avalia os aspectos cognitivos e comportamentais relacionados à BN. Possui duas escalas:^{9,10}

- escala de sintomas: escore maior ou igual a 20 corresponde a padrão alimentar muito perturbado e a presença de compulsão alimentar; escores entre 10 e 19 indicam padrão alimentar não usual, e necessitam de avaliação clínica.
- escala de gravidade: escore maior ou igual a 5 é considerado clinicamente significativo; e maior ou igual a 10 corresponde a bulimia grave.

No Brasil, também temos validada a BITE para adolescentes, como disponível na imagem a seguir:

Imagem 1: Versão brasileira para adolescentes do BITE

Bulimic Investigatory Test Edinburgh, BITE

- 01 Você segue um padrão regular de alimentação? () SIM () NÃO
02 Você costuma seguir dietas de forma rigorosa? () SIM () NÃO
03 Você considera um fracasso quebrar a dieta uma vez? () SIM () NÃO
04 Você conta as calorias de tudo o que come, inclusive quando não está de dieta? () SIM () NÃO
05 Você, de vez em quando, fica sem se alimentar por um dia inteiro?
(Se a resposta for NÃO vá para a questão 07! Se for SIM, siga para a questão 06.) () SIM () NÃO
06 Se sua resposta foi SIM para a questão 05, com que frequência você fica sem se alimentar por um dia inteiro?

PONHA O NÚMERO CORRESPONDENTE À SUA RESPOSTA AQUI (____).

- Dia sim, dia não (5)
2-3 vezes por semana (4)
Uma vez por semana (3)
De vez em quando (2)
Apenas uma vez (1)
07 Utiliza algum dos seguintes métodos para perder peso? Com que frequência?
Nunca/ Raramente/ Uma vez/ semana Duas ou três vezes/ semana Diariamente Duas ou três vezes/dia
Cinco vezes/ dia
Comprimidos para emagrecer
Diuréticos
Laxantes
Provoca vômitos
08 Os seus hábitos alimentares atrapalham sua vida? () SIM () NÃO
09 Você diria que a comida "domina" a sua vida? () SIM () NÃO
10 De vez em quando, você come até sentir-se mal fisicamente e ter que parar? () SIM () NÃO
11 Há momentos em que você SÓ consegue pensar em comida? () SIM () NÃO
12 Você come moderadamente em frente aos outros e, em compensação, exagera quando está sozinho?
() SIM () NÃO
13 Você sempre consegue parar de comer quando quer? () SIM () NÃO
14 Você, de vez em quando, sente um desejo incontrolável de comer sem parar? () SIM () NÃO
15 Quando você está ansioso(a), tende a comer muito? () SIM () NÃO
16 A ideia de ficar gordo(a) o(a) apavora ? () SIM () NÃO
17 Você, de vez em quando, come rapidamente grandes quantidades de alimento (fora das refeições)? () SIM () NÃO
18 Você, alguma vez, sentiu vergonha de seus hábitos alimentares? () SIM () NÃO
19 O fato de você não conseguir se controlar para comer o(a) preocupa? () SIM () NÃO
20 Você busca na comida um conforto emocional? () SIM () NÃO
21 Você costuma deixar comida no prato ao final de uma refeição? () SIM () NÃO
22 Você engana os outros sobre quanto come? () SIM () NÃO
23 A quantidade que você come é proporcional à fome que sente? () SIM () NÃO
24 Você já se alimentou de grande quantidade de alimentos em pouco tempo?
(Se a resposta for NÃO vá para a questão 28! Se for SIM, siga para a questão 25.) () SIM () NÃO
25 Esse episódio o deixou deprimido? () SIM () NÃO
26 Esses episódios acontecem apenas quando você está sozinho(a)? () SIM () NÃO
27 Com que frequência esses episódios acontecem?

PONHA O NÚMERO CORRESPONDENTE A SUA RESPOSTA AQUI (____). Quase nunca (1)

Uma vez por mês (2)

Uma vez por semana (3)

Duas ou três vezes por semana (4)

Diariamente (5)

Duas ou três vezes por dia (6)

- 28 Você faria grandes sacrifícios para satisfazer uma vontade incontrolável de comer? () SIM () NÃO
29 Se você comer demais, sente-se muito culpado(a) por isso? () SIM () NÃO
30 Você, de vez em quando, come escondido? () SIM () NÃO
31 Você consideraria seus hábitos alimentares normais? () SIM () NÃO
32 Você se consideraria uma pessoa que come em exagero e não consegue parar? () SIM () NÃO
33 Seu peso aumenta ou diminui mais que 2kg em uma semana? () SIM () NÃO

Figura 1 – Versão brasileira para adolescentes do Teste de Investigação Bulímica de Edimburgo (BITE)

Avaliação de resultados

1. Escala de gravidade:

1.1. Itens 6, 7, 27 = maior que 5 _ significativo maior ou igual a 10 _ grande intensidade

2. Escala de sintomas

2.1. Itens 1, 13, 21, 23, 31 _ pontua-se não

2.2. Outros itens _ pontua-se sim

2.3. Total:

2.3.1. Máximo escore = 30

2.3.2. Maior ou igual a 20 _ escore elevado, presença de comportamento alimentar compulsivo, grande possibilidade de bulimia.

Figura 2 – Avaliação dos escores da versão brasileira para adolescentes do Teste de Avaliação Bulímica de Edimburgo (BITE), segundo os critérios de Henderson; Freeman (1987) e Cordás; Hochgraf (1993), e utilizada no instrumento adaptado para adolescentes

Fonte: Ximenes, Colares, Couto e Sougey, 2011.¹¹

Avaliação clínica da BN

Para a avaliação da BN é fundamental realizar uma história médica completa, e investigar comorbidades clínicas e psiquiátricas associadas. O exame clínico a ser realizado deve checar todos os sistemas ou aparelhos.

Inicialmente pode-se investigar sinais da frequente autoindução do vômito. Em pacientes graves em estágios iniciais do transtorno, podem haver ulcerações, cicatrizes, calosidades ou cicatrizes no dorso da mão - sinal de Russel - decorrente do seu uso para induzir o vômito. Encontrar este sinal é menos comum em casos crônicos, uma vez que comumente aprendem a vomitar sem a necessidade de estimulação mecânica, apenas por contração abdominal voluntária.

Também podem estar presentes complicações dentárias, como a lesão do esmalte; a hipertrofia bilateral de parótidas; signos de sofrimento gástrico, gastrite, hérnia hiatal; anemia por deficiência nutricional, por sangramento ou por uso de laxante.

Na BN, os distúrbios hidreletrolíticos são causados por vômitos, mas também por abuso de laxantes ou diuréticos e por jejuns prolongados, podendo ocorrer desidratação (sinais de depleção extracelular, edema periférico), fraqueza muscular, câimbras, arritmia cardíaca e alterações no eletrocardiograma pela hipopotassemia, por exemplo.⁶

Podem ocorrer distúrbios do equilíbrio ácido-base, como a acidose metabólica e alcalose metabólica hipocalêmica. A hipocalcemia é uma complicação comum na BN, caracterizada por fraqueza, confusão náusea, palpitações, arritmia, poliúria, dor abdominal e constipação.¹²

Os seguintes sistemas devem também ser examinados, ainda que não absolutamente específicas:^{6,13}

- Sistemas venoso: edema pré-tibial.
- Sistema gastrointestinal: além dos já citados, eritema do palato, faringe e gengiva; constipação pelo uso de laxantes; retardo no esvaziamento gástrico; gastrite, erosões gastroesofágicas, sangramentos e prolapso retal; perfuração esofágica e ruptura gástrica - casos graves e raros, que foram negligenciados cronicamente.
- Sistema cardiovascular: hipotensão, bradicardia, arritmias, insuficiência cardíaca, miocardiopatia, alterações do eletrocardiograma e parada cardíaca
- Ginecológico: infertilidade, e caso gestante, prevenir problemas perinatais e dificuldades na alimentação da criança. O aborto é mais prevalente que em mulheres sem BN.
- Outros sistemas.

Quanto aos aspectos psíquicos da BN, investigar sentimentos de culpa, baixa autoestima, labilidade emocional, humor depressivo e ansioso, e baixa tolerância à frustração. Deve-se estar atento a transtornos por uso de substâncias, altamente frequente nesta população, transtornos de personalidade, de humor, ansiosos, transtorno obsessivo-compulsivo, entre outros transtornos mentais e avaliar possível tentativa de suicídio.⁶

Em relação ao diagnóstico diferencial, se o paciente está significativamente abaixo do peso verificar Anorexia Nervosa,

também investigar vômitos psicogênicos, doenças do trato digestivo alto, diabetes, hipertireoidismo, tumores hipotalâmicos e epilepsia.¹

Desta forma deixando claro a necessidade de avaliar no diagnóstico de BN, como consequência da exclusão de outras doenças clínicas, nutrológicas e psiquiátricas.

Avaliação nutrológica

Para o diagnóstico nutricional, deve-se realizar a avaliação antropométrica, provas bioquímicas, anamnese alimentar, e análise detalhada da ingestão alimentar. Enfatiza-se que mesmo que os pacientes apresentem sintomas clássicos de BN, precisa-se necessariamente passar por avaliação rigorosa desde exames físico e exames laboratoriais, para chegar a BN, como uma condição clínica após excluir outros diagnósticos diferenciais.

A avaliação antropométrica na BN é feita através da aferição de peso, altura e dobras cutâneas. O IMC ou Índice de Quetelet é recomendado para valorar o peso a partir dos Dados do Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos e pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Apesar da praticidade do cálculo do IMC, ele pode ser questionável, como indicador de gordura corporal, quando se consideram os desequilíbrios hidroeletrólíticos desses pacientes.

O IMC é obtido dividindo-se o peso (kg) pela altura (m²) e é expresso em kg/m². Segundo a OMS, para um adulto acima de 20 anos de idade, considera-se que:

- Um IMC menor que 18,5 kg/m² que corresponde abaixo peso;
- Um IMC entre 18,5 e 24,9 kg/m² significa eutrofia;
- Um IMC entre 25 e 29,9 kg/m² indicando sobrepeso;
- E um IMC maior ou igual a 30 kg/m² que sinaliza obesidade.

Para crianças e adolescentes, utiliza-se como referência as tabelas National Center for Health Statistics com os percentis de IMC de acordo com sexo e idade.¹⁴ De acordo com a OMS, os pontos de corte são:

- IMC abaixo do percentil 5 para idade e sexo indica desnutrição ou baixo peso;
- IMC entre 5 e 85 para idade e sexo corresponde a eutrofia;
- IMC acima de 85 e abaixo de 95 para idade e sexo significa sobrepeso;
- IMC com percentil maior ou igual a 95 corresponde a Obesidade.

As dobras cutâneas são medidas, para determinar o percentual de gordura corporal. Em crianças e adolescentes, as mais utilizadas são a tricípital e a subescapular. Em adultos, o cálculo é realizado a partir da soma das quatro pregas cutâneas tricípital, bicipital, subescapular e suprailíaca, e classificado de acordo com a tabela de Durnin.

Na anamnese alimentar deve-se investigar o comportamento alimentar na BN. Deve estar composta minimamente pelos itens do quadro 3:

Quadro 3: Anamnese alimentar

- Dados pessoais;
- História alimentar do paciente - alergias e intolerâncias alimentares, ingestão hídrica, alimentos proibidos, alimentos permitidos;
- Dia típico / Recordatório de 24 horas;
- Comportamentos compensatórios inadequados - vômitos autoinduzidos; uso de laxantes e diuréticos; atividade física extenuante, jejuns exagerados;
- Hábito intestinal e diurese;
- História alimentar familiar;
- Atividades físicas;
- Atividades profissionais e acadêmicas;
- Atividades sociais;
- Outras questões relevantes.

Fonte: elaborado pelo autor.

Além do recordatório de 24 horas, pode ser solicitada um registro alimentar de mais dias, para uma análise mais detalhada do comportamento de ingestão padrão.

Exames laboratoriais e complementares

Os exames laboratoriais e complementares são solicitados para avaliar complicações da BN. Anormalidades laboratoriais podem aparecer por desequilíbrios hidroeletrolíticos produzidos pelo uso inadequado de métodos purgativos. Algumas das alterações que devem ser investigadas são:

- ureia aumentada (pela desidratação);
- hipopotassemia - se for severa ($< 2,5$ mEq/L), é indicada a hospitalização;
- hipomagnesemia;
- bicarbonato sérico elevado (por alcalose metabólica pelos vômitos);
- hipocalcemia;
- hipocloremia;
- hipofosfatemia;
- bicarbonato sérico diminuído (por acidose metabólica pela diarreia provocada por abuso de laxantes);
- entre outros.

Os distúrbios endócrinos associados são:

- T4 diminuído;
- estrógeno sérico diminuído (na mulher);
- testosterona diminuída (no homem);
- padrão de secreção do hormônio luteinizante (LH) em 24 horas;

- cortisol aumentado (hiperadrenocortisismo);
- amilase sérica aumentada (hiperamilaseemia, o aumento pela fração da isoenzima salivar);
- hiperinsulinemia (na BN com ovários policísticos);
- entre outros.

Os exames alterados devem ser monitorados regularmente por longos períodos de tratamento, até a normalização das alterações hematológicas e bioquímicas encontradas.

Na prática clínica, outros exames laboratoriais, como enzimas hepáticas (AST, ALT e GGT), proteínas totais, albumina, vitaminas, minerais, proteína C-reativa e exame de urina, também devem ser solicitados, de acordo com o critério do médico.

Tratamento

A gravidade e complexidade da BN torna necessário, que o tratamento se dê a partir de uma abordagem integral e multidisciplinar, em especial nas especialidades médica nutrológica e psicológica.

Em geral, o tratamento da BN é feito na modalidade ambulatorial, porém em casos graves com risco iminente pode ser necessária a hospitalização. As consequências dos distúrbios hidroeletrólíticos provocados, pelos sintomas compensatórios ou tentativas de suicídio, são exemplos de indicações para internação na BN.

O vínculo entre profissional da saúde e paciente com BN é fundamental, para maior aderência às orientações ofertadas para manejo de seu quadro nutricional, clínico e psiquiátrico.

As metas do tratamento da bulimia nervosa, segundo a APA (2006)¹⁵, são as do Quadro 3:

Quadro 3: Metas do tratamento da BN

- Reduzir e, quando possível, eliminar a conduta de compulsão alimentar e purgação;
- Tratar as complicações clínicas da bulimia nervosa;
- Aumentar a motivação do paciente, para recuperar padrões de alimentação saudáveis e de participação no tratamento;
- Providenciar educação considerando os padrões de alimentação e nutrição saudáveis;
- Ajudar os pacientes a reconhecer e mudar os pensamentos disfuncionais, atitudes, motivos, conflitos e sentimentos relatados no transtorno da conduta alimentar;
- Tratar as condições psiquiátricas associadas, incluindo depressões, regulação de impulsos, autoestima e conduta;
- Dar suporte familiar e providenciar conselhos e terapia quando necessário;
- Prevenir recaídas.

Fonte: APA, 2006.¹⁵

A terapia nutricional, apesar de não ser comumente indicada em pacientes com BN, é indicada para pacientes com perda de peso rápida e contínua do peso corporal (mais de 30% em 3 meses), IMC abaixo de 13 kg/m², distúrbios do ritmo cardíaco, desidratação, distúrbio dos eletrólitos, hipotensão grave, gravidade do ciclo de voracidade alimentar e purgação, hipopotassemia (K inferior ou igual a 2,5 mEq/L), crianças ou adolescentes com instabilidade metabólica (hipoglicemia, hipotensão arterial, bradicardia), rede de suporte social instável e emergências psiquiátricas.⁶

Na terapia nutrológica, a intervenção aplicada é composta por educação alimentar - padrão regular de refeições e uma alimentação adequada - nutroterapia e reabilitação do estado nutricional.

O plano de alimentação precisa ter em consideração a gravidade, a evolução e as comorbidades presentes no caso. O objetivo é diminuir comportamentos compulsivos e assim estabilizar sintomas homeostáticos.

A nutroterapia deve ser planejada de acordo com as características do caso. Em geral, o valor calórico total inicial é de

1.200 a 1.500 kcal/dia, com recomendações de macronutrientes, carboidratos, proteínas e gorduras similares as da população geral.

A reposição de micronutrientes deve ser aplicada de acordo com desequilíbrios hidroeletrolíticos presentes. Desidratação e desequilíbrio eletrolítico são tratados com realimentação e hidratação, preferencialmente de forma supervisionada pelos familiares ou cuidadores.

Deve-se verificar necessidade de reposição de zinco e ferro e outros suplementos alimentares podem ser utilizados.

Boas práticas a serem adotadas na terapia nutrológica são:⁶

- Refeições - fracionar em seis aumenta sensação de saciedade e facilita diminuição de episódios de compulsão.
- Saciedade e vitaminas - introduzir vegetais crus e frutas.
- Resíduos - aumentar as fibras insolúveis em água, para evitar constipação intestinal.
- Produtos *light* ou dietéticos - são desaconselhados, o objetivo deve ser alcançar novo padrão alimentar sem restrição calórica.
- Adesão - fazer refeições com amigos ou familiares, para aprender a respeitar horários e evitar comer compulsivo.
- Autoavaliação - prática de diários alimentares permitem conhecer comidas, excessos, condutas compensatórias e estado emocional.

Na abordagem com o paciente, é importante realizar psicoeducação, explicando que na primeira fase do tratamento é trabalhada a reeducação dos comportamentos alimentares, com o consumo de alimentos variados e diminuição de restrição de alimentos. Nestas seções iniciais, ensinar como fazer uma alimentação equilibrada e estimular a prática de exercícios físicos de maneira equilibrada.³

O profissional nutrólogo também deve avaliar a necessidade da aplicação de terapia farmacológica, como tratamento coadjuvante e das comorbidades clínicas e psiquiátricas identificadas.

Na BN, os antidepressivos - tricíclicos, ISRS - inibidores seletivos da recaptação de serotonina, inibidores da MAO - mono amino oxidase e trazodona são muitas vezes utilizados no início do tratamento, para diminuir comportamentos de compulsão alimentar e compensatórios. Também podem ser utilizados estrategicamente para prevenção de recaídas.

Em casos de comorbidade com transtorno depressivo, de ansiedade, impulsivos e obsessivos, os ISRS, como a fluoxetina (60 a 80 mg/dia) e a sertralina (50 a 200mg), são os mais efetivos e seguros, tanto fundamentando na literatura médica, como na prática clínica. O tratamento com o antidepressivo deve durar ao menos 9 meses, poucas vezes tendo bons resultados com período menor e outros casos com necessidade de usos mais prolongados, sem riscos de dependência química, pois são classes de psicofármacos sem este risco.

Na área da psicologia, a modalidade terapia cognitivo-comportamental (TCC) é a intervenção com mais evidências de eficácia no tratamento da BN. Esta abordagem da psicologia tem como objetivo reestruturar crenças disfuncionais relacionadas do próprio indivíduo, ao mundo, às relações interpessoais, ao corpo, à comida, ao comer, entre outras, que estão relacionadas à origem e manutenção da BN.

Este trabalho com os pensamentos do paciente, somado a estratégias comportamentais, permitem processos de mudanças de comportamentos, como de eliminação de episódios de comer compulsivo e purgação.

Na tabela 1 a seguir, estão resumidas as intervenções médicas, farmacológicas, nutrológicas e psicológicas baseadas em evidências e com aplicação prática na atuação clínica para a BN:

Tabela 1: Sumário de tratamento dos pacientes com BN

	Condutas
Médico	Tratamento das complicações clínicas provocadas pelo comportamento purgativo fundamento no quadro clínico e resultados de exames.
	Tratamento das comorbidades psiquiátricas: transtorno depressivo, transtorno impulsivo, transtorno de personalidade borderline, transtorno relacionado com substâncias, entre outras.
Farmacológico	Os antidepressivos inibidores seletivos de recaptção de serotonina são de primeira escolha: fluoxetina, na dose de 60 mg/dia, em média, em uma única dose na parte da manhã. Sendo que se deve iniciar com a dose mínima e aumentar um comprimido a cada uma ou duas semanas de acordo com a tolerância e resposta terapêutica Topiramato - anticonvulsivante - 25 a 100 mg/dia no período da noite com doses iniciais de 25 mg e se necessário aumentar progressivamente até 100 mg e em casos mais graves até 200 mg/dia
Nutrológico	<i>Hospitalar (pouco frequente):</i> Considerar quando houver, entre outros, consequências dos distúrbios, hidroeletrólíticos pelos comportamentos, purgativos, tentativa de suicídio. <i>Ambulatorial:</i> Não menos que 1.200 kcal/dia e fracionamento das refeições, para evitar os episódios de compulsão alimentar + reeducação alimentar + manutenção de um peso saudável após correção dos métodos compensatórios inadequados.
Psicológico	TCC individual ou grupal, terapia interpessoal, autoajuda fundamentada.

Fonte: Modificado de Alonso, Lara Neto e Ribeiro (2018).⁶

Prognóstico

As taxas de recuperação clínica em cinco anos foram estimadas em 55% para BN (Keski-Rahkonen et al., 2009) em amostras da comunidade, e em 10 anos após transtorno alimentar início 70% dos indivíduos são recuperados.¹⁶

Para a BN, alguns estudos constataam, que uma maior duração da doença está associada a um desfecho ruim, enquanto outros observam, que a gravidade da doença e comorbidades psiquiátricas

adicionais são preditores mais significativos do resultado.¹⁷ No entanto, em geral, quanto mais cedo um distúrbio alimentar for identificado e o tratamento começar, melhor prognóstico para a recuperação total.¹⁸

A taxa de mortalidade entre pessoas com BN (1,9) é elevada em relação à população geral.¹⁹ Além disso, o risco de mortalidade é aumentado de acordo com a gravidade do transtorno.²⁰ A mortalidade por suicídio tem uma taxa de 7,5.²¹

Conclusões

Como foi apresentado, o diagnóstico e o tratamento da BN são complexos e exigem uma abordagem holística e essencialmente multidisciplinar. O nutrólogo deve estar preparado, para o trabalho em equipe, para a avaliação em profundidade da BN, com aplicação da terapia médica nutrológica, de acordo com as necessidades específicas do paciente. O foco será auxiliar na eliminação de comportamentos compulsivos e compensatórios, assim como na promoção do equilíbrio na alimentação.

Referências Bibliográficas

1. Associação Americana de Psiquiatria. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
2. Palma RFM, Santos JE, Ribeiro RPP. Evolução nutricional de pacientes com transtornos alimentares: experiência de 30 anos de um Hospital Universitário. *Rev. Nutr.* 2013; 26(6): 669-678.
3. Alonso MRZ. Transtornos da conduta alimentar na nutrologia médica. Porto Alegre: Alternativa, 2008.
4. Costa MB, Melnik T. Efetividade de intervenções psicossociais em transtornos alimentares: um panorama das revisões sistemáticas Cochrane. *Einstein (São Paulo)*. 2016; 14(2): 235-277.
5. Yilmaz Z, Hardaway JA, Bulik CM. Genetics and Epigenetics of Eating Disorders. *Adv Genomics Genet.* 2015; 5:131-150.
6. Alonso MRZ, Neto JAL, Ribeiro HL. Transtornos da conduta alimentar e terapia nutrológica. In: Ribas Filho D, Suen VMM. *Tratado de Nutrologia*. 2ª ed. Manole, 2018.

7. Organização Mundial de Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento - CID-11. 2018. Disponível em: <https://www.who.int/classifications/icd/en/>
8. Bighetti F, Santos CB, Santos JE, Ribeiro RPP. Tradução e validação do Eating Attitudes Test em adolescentes do sexo feminino de Ribeirão PretoSP. *J Bras Psiquiatria*. 2004;53(6):339-46.
9. Cordás T, Hochgraf PB. O "BITE": instrumento para avaliação da bulimia nervosa - versão para o português. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 1993; 42(1), 141-144.
10. Magalhães VC, Mendonça GAS. Transtornos alimentares em universitárias: estudo de confiabilidade da versão brasileira de questionários autopercebíveis. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2005; 8(3), 236-245.
11. Ximenes Rosana Christine Cavalcanti, Colares Viviane, Bertulino Tatiana, Couto Geraldo Bosco Lindoso, Sougey Everton Botelho. Versão brasileira do BITE para uso em adolescentes. *Arq. bras. psicol.* 2011; 63(1): 52-63.
12. Grennfeld D. et al. Hypokalemia in outpatients with eating disorders. *American Journal of Psychiatry*. 1995; 3:152-160.
13. Carmo CC, Pereira PML, Cândido APC. Transtornos Alimentares: uma revisão dos aspectos etiológicos e das principais complicações clínicas. *HU Revista*. 2014; 40(3 e 4): 173-181.
14. National Center for Health Statistics (NCHS). Growth charts. Center for Disease Control and Prevention (CDC), 2000. Disponível em: <http://www.cdc.gov>.
15. American Psychiatric Association. Practice guidelines for the treatment of patients with eating disorders. 3. ed. APA, 2006. Disponível em: <http://www.psychiatryonline.com/content.aspx?alD=13886>.
16. Berkman ND, Lohr KN, Bulik CM. Outcomes of eating disorders: a systematic review of the literature. *Int J Eat Disord*. 2007 May;40(4):293-309.
17. Steinhausen HC, Weber S. The outcome of bulimia nervosa: findings from one-quarter century of research. *Am J Psychiatry*. 2009 Dec;166(12):1331-41.
18. Schaumberg K et al. The Science Behind the Academy for Eating Disorders' Nine Truths About Eating Disorders. *European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association*. 2017; 25(6): 432-450.
19. Chesney E, Goodwin GM, Fazel S. Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World Psychiatry*. 2014 Jun;13(2):153-60.
20. Huas C, Godart N, Caille A, Pham-Scottez A, Foulon C, Divac SM, Lavoisy G, Guelfi JD, Falissard B, Rouillon F. Mortality and its predictors in severe bulimia nervosa patients. *Eur Eat Disord Rev*. 2013 Jan;21(1):15-9.
21. Preti A, Rocchi MB, Sisti D, Camboni MV, Miotto P. A comprehensive meta-analysis of the risk of suicide in eating disorders. *Acta Psychiatr Scand*. 2011 Jul;124(1):6-17.



Anorexia nervosa

Carla Cristina João Nogueira de Almeida

Introdução

Transtornos alimentares são doenças de natureza psiquiátrica, caracterizadas por uma relação disfuncional com o alimento e/ou a alimentação que provocam, como consequência, perturbações comportamentais relacionadas aos hábitos alimentares, acarretando prejuízos às saúdes física e psicossocial.

Dentro do grupo dos Transtornos Alimentares, descritos no DSM-V, encontramos os seguintes distúrbios: a Pica, o Transtorno de Ruminação, O Transtorno Alimentar Evitativo/Restritivo, a Anorexia Nervosa, a Bulimia Nervosa e o Transtorno de Compulsão Alimentar.¹

A Anorexia Nervosa (AN), por sua vez é, dos transtornos alimentares, o mais grave. Isso porque, trata-se de distúrbio psiquiátrico caracterizado pela existência de desnutrição e que possui alta incidência de condições psiquiátricas coexistentes, além de grande resistência ao tratamento, que ocasiona risco substancial de morte por complicações médicas e por suicídio.²

A história da Anorexia Nervosa

Etimologicamente, o termo anorexia vem do grego, onde o prefixo “an” apresenta o sentido negativo de deficiência ou ausência de, e “orexis” que significa apetite ou desejo, resultando, dessa forma, em termo que remete a aversão à comida, enjoos do estômago ou inapetência, sendo que as primeiras referências a essa condição datam da época de Cícero (106-43 aC).^{3,4} Pelos sintomas descritos, até então, a doença estava associada a uma disfunção gástrica que impossibilitava a alimentação.

Mais tarde, Richard Morton, em 1691, descreveu uma doença, com características mais próximas das que conhecemos atualmente, utilizando o termo Atrofia Nervosa para denominá-la. Já no século XIX, com Pinel, foi que as primeiras ideias sobre um tipo de Neurose Digestiva foram observadas. Entretanto, as designações de Anorexia

Histórica e, depois, Anorexia Nervosa, surgiram em 1868 e 1873, respectivamente, com William Gull, que foi o primeiro a descrever uma forma peculiar de doença, que acometia principalmente mulheres jovens, causando emagrecimento extremo. Mais do que isso, Gull, correlacionou os sintomas a um estado mental mórbido e não mais a qualquer disfunção gástrica,^{3, 4} transferindo a condição da doença, de meramente física, para psíquica, com repercussões orgânicas severas.

Na década de 1970, critérios padronizados para o diagnóstico da AN, com base nos distúrbios psicobiológicos e psicopatológicos, começam a serem desenvolvidos para atender tanto às necessidades clínicas como as de pesquisa. Tais critérios trazem como pontos principais: perda considerável de peso, preocupação mórbida com o risco de engordar, alterações na percepção corporal e disfunções endocrinológicas, a exemplo da amenorreia.³ E esses mesmos parâmetros, com exceção da amenorreia, que foi retirada na última revisão do DSM-V, são aqueles utilizados atualmente para diagnóstico da doença.¹

Toda essa evolução histórica remete aos dias atuais, onde tem-se uma doença que continua se manifestando, preferencialmente em um grupo específico e muito bem delimitado, as mulheres jovens, mas que ganha componente da atualidade, trazido pela mídia e pelos padrões de beleza propagados nos dias de hoje.

Prevalência

De uma forma geral, estima-se que prevalência da doença seja algo em torno de 1% a 4% da população entre 13 e 24 anos de idade.

Uma revisão sistemática, realizada com estudos publicados entre os anos de 2000 e 2018, relatou que a prevalência de transtornos alimentares nos Estados Unidos era de 4,6%, com taxas mais baixas na Europa (2,2%) e Ásia (3,5%) e prevalências mais altas em mulheres (5,7%) do que nos homens (2,2%).⁵

O início desses distúrbios atinge o pico na adolescência e começo da idade adulta e está associado a maus resultados físicos e psicológicos.⁵ Mas, ao contrário do que acontecia, em passado não tão remoto, atualmente, a doença não se restringe mais a um grupo específico, como era o caso das bailarinas, modelos, ginastas e outros atletas.

Nesse mesmo sentido, o número de casos entre homens vem aumentando ao longo do tempo, mobilizados, também, pela busca de um ideal de beleza irreal, propagado pela cultura atual.

Critérios diagnósticos da Anorexia Nervosa

Descrita como um tipo de transtorno alimentar, a AN é uma doença com tratamento complexo e alta mortalidade, caracterizada, principalmente, por uma busca excessiva de perda de peso corporal, fruto de intensa distorção da imagem corporal.

Os critérios diagnósticos para a AN, segundo o DSM-V, são: restrição da ingesta calórica em relação às necessidades, levando a peso corporal significativamente baixo quando observados parâmetros de idade, gênero, trajetória do desenvolvimento e saúde física; medo intenso de ganhar peso ou de engordar, ou comportamento persistente que interfere no ganho de peso, mesmo estando com peso significativamente baixo; e, perturbação no modo como o próprio peso ou a forma corporal são vivenciados, influência indevida do peso ou da forma corporal na auto avaliação ou ausência persistente de reconhecimento da gravidade do baixo peso corporal atual.¹

O DSM-V subdivide, ainda, o transtorno, em dois subtipos:

Tipo Restritivo: Nome designado para descrever a forma da doença onde o indivíduo não se envolveu em episódios recorrentes de compulsão alimentar ou comportamento purgativo, que envolve vômitos autoinduzidos ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas, nos últimos três meses. Nesse subtipo, a perda de peso é

alcançada, essencialmente, por meio de dieta, jejum e/ou exercícios físicos excessivos.

Tipo compulsão alimentar purgativa: Nesse subtipo, ao contrário do anterior, nos últimos três meses, o indivíduo se envolveu em episódios recorrentes de compulsão alimentar purgativa, com vômitos autoinduzidos ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas.

A maioria dos pacientes se enquadra nesse segundo subtipo, pois faz uso de purgação com vômitos autoinduzidos, ou se valem de laxantes e diuréticos para alcançar a perda de peso almejada. Entretanto, não é incomum a migração de um subtipo ao outro, o que significa dizer que os sintomas para diagnóstico e caracterização da doença devem ser os atuais, além de serem constantemente reavaliados no curso do tratamento.¹

Outro dado a ser considerado é que, aparentemente, o subtipo restritivo está associado a idade de início mais precoce, além de possuir melhor prognóstico e maior probabilidade de cruzamento com o outro subtipo.²

Grau de Gravidade

Para adultos:

Leve: IMC \geq 17 Kg/m²

Moderada: IMC 16 a 16,99 Kg/m²

Grave: IMC 15 a 15,99 Kg/m²

Extrema: IMC < 15 Kg/m²

Para crianças e adolescentes: são utilizados os percentis do IMC correspondentes.

Perda de peso

Evidentemente, o primeiro e mais marcante critério diagnóstico de início desse tipo de distúrbio é a existência de diminuição de ingesta calórica, conseguida através de restrição alimentar severa, e que culmina com o conseqüente baixo peso corporal. Lembrando que o peso deve estar significativamente reduzido para os parâmetros de idade, gênero, trajetória do desenvolvimento e saúde física.

Essa determinação pode ser problemática porque a faixa de peso normal difere entre indivíduos. De igual forma, a quantificação do peso entre adultos e crianças/adolescentes, também obedece a critérios distintos de mensuração.

Dentro disso, para adultos, o DSM-V aponta o índice de massa corporal como uma solução eficaz para determinar o peso em relação à altura. Sendo que o IMC é calculado com o peso em quilogramas, dividido pela altura em m².

Como referência, então, para o público adulto, o IMC de 18,5 kg/m² tem sido empregado pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC-USA) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como o limite inferior de peso corporal normal. Enquanto que, IMC inferior a 17,0 kg/m² é utilizado como indicativo de magreza moderada ou grave, que corresponde a peso significativamente baixo.¹

Nota-se, entretanto, que esses números deixam uma faixa sem classificação específica, que varia entre IMC de 17,0 e 18,5 kg/m². A recomendação, nesse caso, seria a conclusão do diagnóstico com base na investigação da história clínica do paciente, associada a outras informações fisiológicas e psíquicas que possam reforçar a existência do distúrbio.¹

Para crianças e adolescentes, por sua vez, os critérios de mensuração são diferentes, daqueles utilizados para adultos. Para esse grupo de pacientes, a alternativa adequada é a utilização do IMC ajustado para idade e gênero, utilizando as curvas adequadas de percentis ou escores z.^{1, 6}

Assim como nos adultos, fica o alerta de que não é possível fornecer padrões definitivos para julgar se o peso de uma criança ou de um adolescente está significativamente baixo, porquanto variações normais nas trajetórias de desenvolvimento entre os jovens limitam a utilidade de diretrizes numéricas simples.¹

O peso, como visto, é um marcador importante no auxílio para o diagnóstico da doença, mas não é o único. Ao lado dele, outros parâmetros devem ser investigados. Assim, o diagnóstico diferencial deve ser realizado para se descartar a possibilidade de qualquer outro quadro físico ou psíquico que provoque, de igual forma, inapetência e perda de peso excessiva.

Para além disso, os avanços da ciência, no conhecimento e delimitação do quadro, mostraram que o IMC ou percentil do IMC, para adulto e crianças/adolescentes, respectivamente, não são estratégia de aferição isenta de erros. Isso porque, podem ser identificados casos em que pacientes com sobrepeso ou obesidade também adotam comportamentos alimentares com restrição, fazendo com que percam peso de forma muito rápida e não saudável e, de igual forma, acompanhados de sofrimento psíquico e grande obsessão por serem magros. Tais casos, até então, não eram diagnosticados como AN, mas uma luz de alerta se acendeu para a existência da doença também nesse grupo.⁴

O entendimento fica mais claro quando se lidam com números. Por exemplo, quando se comparam dois pacientes que perderam 10 kgs, em curto espaço de tempo: o primeiro, partindo de 50 kgs e o segundo partindo de 100 Kgs. Muito provavelmente, o primeiro caso vai ser investigado como possível caso de anorexia, enquanto o segundo não, apesar de ambos terem perdido a mesma quantidade de peso, através dos mesmos comportamentos alimentares desordenados e se colocarem ao mesmo risco de dano físico por inanição.⁵

Essa informação serve de alerta para um grupo de pacientes que pode vir a ter diagnóstico de distúrbio alimentar negligenciado,

pois, nesse grupo tais diagnósticos parecem ser sub-reconhecidos, apesar de pesquisas sugerirem que esses pacientes possuem maior probabilidade de hábitos alimentares desordenados, quando comparados àqueles eutróficos, ou seja, sem histórico de sobrepeso ou obesidade. Portanto, a atenção médica, quando da avaliação do paciente, deve estar voltada mais para a existência de pacientes jovens, com grande mudança de peso.^{5,7}

Nesse sentido, alcançar peso significativamente baixo, para pacientes com sobrepeso ou obesidade, pode já ser indicativo de quadro crônico instalado há mais tempo, servindo como indicação da gravidade da doença e ferramenta prognóstica. Evidentemente, porque, para alcançar tal patamar, provavelmente a restrição alimentar e o comportamento desordenado já são condutas bastante enraizadas. Com base nessas informações é que, atualmente, a perda de peso muito rápida, mesmo em condições de sobrepeso, já é considerada o equivalente ao estado de desnutrição que era exigido anteriormente.⁴

Como já mencionado, o peso é uma ferramenta valiosa para o diagnóstico da AN, mas, precisa ser avaliado com parcimônia e colocado ao lado de uma série de outras informações. Pois, se é verdade que um paciente com sobrepeso, que teve perda de peso recente muito rápida, pode ser candidato a um quadro de distúrbio alimentar, também é verdade, que pode tratar-se de indivíduo normal. Isso porque, nos dias atuais, dietas com restrição calórica, acompanhadas de métodos que aceleram a perda de peso, são práticas comuns entre as pessoas. E aqui a dificuldade está, justamente, em diferenciar um comportamento considerado normal daquele patológico.⁴

Medo intenso de ganhar peso

Ao lado da perda de peso acentuada e da distorção da imagem corporal, que será abordada no próximo item, ainda existe, na AN, medo intenso de reganho do peso perdido, o que

torna o quadro de difícil abordagem e tratamento, porque voltar a se alimentar e aumentar o peso é a única coisa que essas pacientes não aceitam fazer.

Esse talvez seja um grande desafio no tratamento, pois além da distorção de imagem corporal, que serve de impedimento para o reconhecimento da gravidade do quadro, esses jovens possuem extrema habilidade no cálculo de calorias de qualquer coisa que ingerem, o que equivale dizer que qualquer estratégia de realimentação é complexa e deve ser pactuada com os mesmos, sob pena de não resultar em êxito. Importante lembrar que, nos dias atuais, o acesso à informação está extremamente facilitado, levando a que, uma vez o jovem tendo iniciado a trajetória patológica do distúrbio alimentar, ele encontrará grande facilidade para aprender diferentes técnicas para promover a restrição calórica utilizando-se, especialmente, da internet.^{8,9}

Para além disso, na Anorexia Nervosa, a perda de peso foi conquistada num árduo caminho de aprendizagem de controle da fome e peso, ferramentas essas “valiosas” para serem usadas por alguém que não deseja a cura e, mais do que isso, aprendeu a se regozijar com as restrições autoimpostas, como forma de exercer controle sobre tudo o que ingerem.

Assim, torna-se necessário frisar que todo cuidado na relação médico/paciente aqui é pouco, pois não é incomum, nesses quadros, os pacientes desconfiarem dos médicos, por vezes, tornando-os seus verdadeiros inimigos. Isso porque, é justamente esse profissional que vai trabalhar no sentido de tentar realimentá-los, o que é diametralmente oposto ao que desejam.¹⁰

Imagem Corporal

Um terceiro aspecto de extrema relevância, trazido no DSM-V, diz respeito à perturbação na percepção do próprio peso ou da própria forma física. Essa é uma diferenciação importante de se fazer,

porque o paciente com Anorexia Nervosa apresenta distorção da imagem corporal muito acentuada, ou seja, não consegue se ver e se perceber de maneira realística. Esse acaba sendo um fator agravante para o quadro, porque o peso, para essas pessoas, nunca chega a um ideal, por mais baixo que esteja, de igual forma, o quadro nunca parece tão grave quanto os outros dizem.

Estudos mais recentes, concluem que a imagem corporal alterada, além de motivar severas restrições alimentares, bem como, outros comportamentos de perda de peso, ainda, desempenha papel central na iniciação, persistência e recaída da AN.¹¹

A imagem corporal pode ser explicada pela forma como a pessoa percebe seu corpo. Trata-se de uma concepção mental, que é construída desde a infância até à puberdade. E essa autopercepção do peso é um aspecto importante da imagem corporal, pois é isso que vai refletir insatisfações e preocupações quanto ao tamanho e forma corporais,¹² mas é na adolescência que esse aspecto cresce em relevância. Primeiro porque, esse é um período marcado por grandes transformações, oriundas da aceleração do crescimento, que provoca mudanças corporais intensas. Segundo, porque é também na adolescência que se encontra o período em que o indivíduo está mais vulnerável às preocupações ligadas à aparência física, o que equivale dizer que seu grau de insatisfação, de igual forma, também pode se elevar nessa época, contribuindo para a vulnerabilidade desse grupo, frente ao desenvolvimento de distúrbios alimentares.¹²

Interessante conhecer como os avanços neurocientíficos cognitivos, no campo da autoconsciência corporal, trazem uma nova perspectiva de como ocorre essa construção da imagem corporal. Assim, atribuem nossa experiência espacial, incluindo a corporal, como sendo oriundas da combinação de dois quadros de referência diferentes: o primeiro, chamado egocêntrico, que teria sua fonte primária em representações ditas "*online*", e o segundo, chamada alo-cntrico, que teria sua fonte primária nas representações ditas "*offline*".¹¹

Esse primeiro quadro, egocêntrico, refere-se ao fluxo temporal de informações que constrói como o corpo está agora, ou seja, como uma representação externa, *online*. Já o segundo quadro, aloecêntrico, refere-se a como é normalmente o corpo, ou seja, como uma representação interna, *offline*. Assim, segundo esse modelo, as pessoas usam tanto a memória de como o corpo, incluindo sua forma e tamanho, é lembrado, *offline*, como a percepção do corpo aqui e agora, *online*, para construir o que seria seu corpo imagem. Para além disso, esses dois campos interagem, integrando, continuamente, as informações constantes em um e outro.¹¹

Nesse cenário, pacientes com AN, frente à perda de grande quantidade de peso, não passariam por adaptação do seu modelo *offline*, à medida que as novas informações online fossem recebidas, atualizando o modelo mais antigo armazenado do corpo, ou seja, o modelo *offline*, mudando esse em definitivo. Isso explicaria, o motivo pelo qual pacientes com AN possuem uma experiência persistente de se verem como gordos, mesmo quando estão com peso significativamente muito baixo.¹¹

Em outras palavras, existiria uma falta de comunicação entre a percepção atual do corpo magro e a percepção registrada, mantida, de um corpo acima do peso. Essa distorção seria uma das possíveis explicações para a existência dessa forma equivocada das pacientes com AN de enxergar e perceber seu real peso corporal.

Por outro lado, o quadro de distorção de imagem corporal não é exclusivo de indivíduos com Anorexia Nervosa. Estudos mostram, na população em geral, prevalência de 41,7% de adolescentes com distorção da imagem corporal, seja por superestimação ou subestimação.¹²

Ainda nesse contexto, existe maior prevalência de distorção da percepção da autoimagem no grupo de adolescentes do sexo feminino, quando comparados os dados com o sexo masculino.¹² Esses dados reforçam duas máximas que são observadas quando o tema é transtornos alimentares: a primeira, é que esse tipo de

distúrbio acomete mais indivíduos do sexo feminino; a segunda, é que parece que o grupo feminino é mais susceptível às pressões sociais para a conquista de um corpo perfeito, tão presentes nos dias de hoje.

Essa comparação entre gêneros é de salutar importância, pois mostra que, tanto quanto os critérios diagnósticos anteriores, relativos ao IMC e ao medo de engordar, a distorção da percepção da imagem corporal, por si só, não é suficiente para diagnosticar transtornos alimentares, sendo necessária a união desses dados à perda de peso significativa e ao medo intenso de engordar, além, evidentemente, da história clínica e demais informações necessárias ao caso.

Causas

A complexidade do tratamento da AN encontra fundamento justamente no fato de que é impossível atribuir uma única origem para sua existência. Assim, as causas parecem ser multifatoriais, com alguns possíveis determinantes, que podem ser verificados, tais como: influências genéticas, traços de personalidade de perfeccionismo e compulsividade, transtornos de ansiedade, história familiar de depressão e obesidade e pressões de pares, familiares e culturais em relação à aparência.¹³ Mas é fato que existe um perfil de jovens que parece ser mais suscetível à AN. Geralmente, são jovens brilhantes e com excelente rendimento acadêmico, baixa autoestima, sentimento de desesperança, o que também indica maior incidência de depressão nesse grupo, maior dificuldade de enfrentamento das angústias e ansiedades, presença de grande necessidade de aprovação externa, acomodação aos desejos dos outros, tendência ao conformismo, perfeccionismo e expectativas pessoais muito altas.

Esses traços, associados a pressões ou cobranças externas, podem compor um caminho para entender que tipo de jovem pode constituir um suposto grupo de risco. E mais, também servem, essas

informações, para complementar a história clínica do paciente, fortalecendo as bases diagnósticas do caso.

Outras condições psiquiátricas coexistem frequentemente com a AN em altos percentuais. Assim, depressão maior ou distímia podem ser observadas em cerca de 50 a 75% dos pacientes, enquanto transtornos de ansiedade estão presentes em proporção de mais de 60% deles. De igual forma, transtorno obsessivo-compulsivo aparece em cerca de 40% dos pacientes.¹³ O abuso de álcool ou substâncias também é bastante observado, podendo estar presente entre 12% a 27% dos pacientes, sendo mais habitual entre aqueles com AN do tipo restritivo purgativo, pois é uma característica desse subtipo taxa igualmente maior de comportamento impulsivo, quando comparados com a AN do tipo restritivo. Pacientes desse último subtipo, por sua vez, parecem ser mais suscetíveis a Transtorno Obsessivo Compulsivo - TOC, pela existência da necessidade de maior autocontrole.^{4, 13}

Aspectos psicológicos envolvidos na AN

Sendo a AN uma doença psiquiátrica, que engloba danos físicos e psicossociais, entender alguns mecanismos psíquicos que envolvem o quadro pode ser de grande valia para manejo clínico e tratamento, na medida em que oferecem visão mais completa do paciente.

Não por acaso, a AN acomete principalmente adolescentes, do sexo feminino, que compõem cerca de 90 % dos casos. Sob esse aspecto, a adolescência, como já bem estabelecido na literatura, é fase marcada por grandes mudanças, tanto físicas, quanto psíquicas. Tanto assim, que é considerada fase de extrema relevância, pois é através dela que o jovem vai poder descobrir seu papel social, adquirindo subsídios, como valores, atitudes, crenças, princípios e vontades, que serão organizados e assumidos pelo adolescente, servindo de bases para a consolidação do seu processo natural de desenvolvimento psíquico.^{1, 14}

Dentro das mudanças físicas, as alterações corporais, próprias dessa idade, são as principais relacionadas ao quadro. Assim, na adolescência, o jovem tem que abdicar de um corpo infantil, para conquistar um corpo adulto, tarefa essa não tão simples quanto se imagina.

Para os meninos, as alterações hormonais aparecem sob a forma, dentre outras, de pelos sobre o corpo e de alterações na voz, mas, para muito além disso, essa é uma fase que impulsiona mudança de postura, pois agora o interesse não é só pelas brincadeiras entre os meninos, mas, também, pelo relacionamento íntimo com o outro.

Para as meninas, de igual forma, as alterações hormonais e o início da menstruação marcam mudanças que não dependem de sua vontade, mas que, também, indicam um caminho sem volta. É uma ruptura com uma condição já conhecida, para a entrada em universo completamente novo e, em alguns casos, essa ruptura é indesejada.

Essas alterações, muitas vezes, são consideradas embaraçosas para alguns adolescentes, causando, inclusive, sentimentos de vergonha. As novas formas, funções e comportamentos são percebidos pelas pessoas dentro e fora do âmbito familiar, o que equivale dizer, que não podem ser disfarçadas ou não notadas. E, junto com referidas mudanças, o adolescente também vai ter a sensação de que o mundo que o cerca, de igual forma, também mudou.¹⁴

Entretanto, todas essas mudanças físicas seguem acompanhadas de elaborações e simbolizações psíquicas. Ao jovem caberá a construção de sua própria identidade, agora se diferenciando das figuras paternas, em processo denominado de individualização. Evidentemente, para que a passagem de uma fase a outra seja o menos traumática possível, “lutos” deverão ser elaborados e novas expectativas de futuro vislumbradas, abrindo caminho para uma vivência psíquica separada dos pais, que poderá ser conduzida através da identificação com os grupos, numa jornada de socialização tão própria da idade. Agora, importa ao jovem, não mais as opiniões e modelos dos pais, mas, sim, do grupo de

amigos ao qual está inserido. Seria esse, o curso da vivência de uma adolescência que poderíamos chamar de normal. Mas, não é esse o caminho trilhado por adolescentes com AN. Alguma etapa, existente entre os processos de elaboração de luto, individualização e socialização com seus pares, falhou.

A psicologia, mais precisamente a psicanálise, desde Freud até autores contemporâneos, se encarrega de formular possíveis explicações para essa dinâmica, que seja capaz de elucidar o quadro da AN que, há tantos anos, assombra os profissionais envolvidos em seu tratamento. Para não entrar em meandros psicanalíticos, que interessaria mais a profissionais dessa área, o foco será mantido nas duas figuras centrais da relação da paciente, ou seja, mãe e pai, respectivamente.

Quando se atendem jovens com AN, a primeira coisa que desperta a atenção é a existência de relação de ambivalência, que aliás, também, é o cerne da questão, entre o comer e o não comer. Esse aspecto também vai existir na relação com a mãe desses pacientes, que são descritas como sendo muito autoritárias e invasivas. Frise-se, porém, que esse sentimento de invasão não foi construído na história recente da relação mãe/filha(o), mas é algo que existe desde sempre, ou seja, desde os primeiros cuidados da mãe, na relação mãe/bebê, e que vai ressurgir, nesse momento, como agente dificultador no processo de individualização.

Sabe-se que as primeiras experiências do bebê com o mundo externo são intermediadas, via de regra, pela figura materna, ou por quem desempenhe tal função. Todavia, duas possíveis situações antagônicas poderiam surgir de pano de fundo para explicar a anorexia: uma relação mãe/bebê marcada por excesso de cuidados da genitora, num extremo, ou, pela falta de cuidados, no outro. Ambas impossibilitariam a formação de espaço próprio para a efetiva constituição de uma identidade separada no futuro. Ressaltando, apenas, que esses cuidados, num universo psíquico, não se restringem apenas àqueles básicos para a sobrevivência do

bebê, mas, sim, a uma condição de investir o bebê como um ser separado dela; mãe.^{10, 15}

Esse paradoxo, vai evidenciar uma falha no processo de simbolização, que faz com que os pacientes com anorexia não sejam capazes de encontrar uma representação psíquica para essas demandas internas. O caminho encontrado, nesses casos, é a externalização, sob a forma de concretização de sintomas, ou seja, o não comer.

Esse não comer representa uma forma de recusa, como tentativa de separação de uma mãe que invade, ou que é sentida dessa forma, num recurso precário de busca de autonomia e independência. Mas, ao mesmo tempo que comer é um ato próprio, de individualidade, pois é extremamente difícil alimentar quem não quer ser alimentado, no outro extremo, o não comer resulta em fragilidade, que torna esses pacientes dependentes de cuidados externos, pois estão presos a um corpo infantil. Isso representa a máxima expressão da incapacidade frente às transformações próprias da puberdade e, conseqüentemente, a possibilidade de ter acesso à independência e à autonomia tanto almejadas.^{10, 15}

Quanto ao pai, que também vai funcionar como ator principal desse enredo, tem-se que o mesmo é percebido como alguém ausente na relação familiar. Essa ausência, não necessariamente é física, mas, é, evidentemente psíquica. A ele caberia o papel de intervir numa relação simbiótica mãe/filha (o), quebrando a ligação patológica.

A importância de se entender um pouco sobre o que acontece no universo psíquico, para a prática clínica, é que a atuação também deve ser realizada nessa esfera. Afastar a mãe, como personagem única, da linha de frente do tratamento, incluindo o pai, num relacionamento triangular, é um dos pontos fundamentais para encontrar o êxito no tratamento, que é longo e bastante complexo.

Papel da mídia e redes sociais

Não é de hoje que a mídia e as redes sociais vêm sendo apontadas como responsáveis ou, no mínimo, facilitadoras, da propagação dos transtornos alimentares. Isso tudo mediado pela busca do corpo perfeito, com uso de quaisquer meios que se mostrem eficazes para alcançar aquilo que parece ser uma utopia.

Dietas mirabolantes e meios obscuros de conseguir a tão desejada perda de peso, sem grande esforço, aparecem aos montes, de forma irresponsável e pouco voltadas ao benefício da saúde, que é o objeto maior da reeducação alimentar responsável. E isso vai ao encontro do desejo de muitas jovens que acreditam, porque assim é divulgado, que perder peso é apenas uma questão de esforço.

Mais ainda, do ponto de vista das transformações corporais da adolescência, enquanto os meninos adquirem força e capacidade muscular, as meninas ganham gordura, que serve de matéria-prima para o funcionamento hormonal. Mas essa característica feminina vai na contramão das expectativas culturais contemporâneas de corpos esguios.¹⁵

Para muito além disso, existem comunidades virtuais voltadas para incentivo, ajuda, ensinamento e todo tipo de apoio para jovens que desejam entrar nessa jornada difícil, debilitante e, por vezes, infelizmente, sem volta. São denominadas de *Anas*, para anorexia, e *Mias*, para bulimia. Essas comunidades são formadas por grupos fechados, funcionando como um grupo terapêutico às avessas, pois ao invés de promoverem o compartilhamento de informações para proporcionar a luta contra a anorexia, fazem exatamente o oposto, promovem o compartilhamento de informações para quem quer se tornar anoréxico e não está conseguindo por vias próprias.⁸

Frise-se que, em particular a anorexia, exige de seus candidatos extrema dedicação e autocontrole, pré-requisitos difíceis de sustentar ao longo do tempo, numa condição extenuante, dolorosa e autodestrutiva.

Por fim, um dado muito triste, mas real, é que a família descobre o quadro de AN quando já instalado, muito tempo depois de ter sido iniciado. E não tem muito como ser diferente, porque numa sociedade onde a grande maioria das pessoas vive “de dieta”, buscando uma melhor forma física, às vezes é difícil a família desconfiar ou diferenciar o normal do patológico, a menos que ele se torne crônico e grave.

Sinais de alerta na AN

Existem alguns sinais de alerta que podem fornecer indícios da existência do quadro:

- **Restringir um número crescente de grupos alimentares:** sem substituí-los por outros, principalmente os mais calóricos. Do dia para a noite, o indivíduo deixa de comer alimentos que antes eram habituais, sob o pretexto de que não gostam mais, enjoam de comer aquilo ou, simplesmente, porque estão procurando manter uma alimentação melhor.

- **Rituais ao se alimentar:** marcados por cortar os alimentos em pequenos pedaços e degustá-los como se estivessem curtindo o que estão comendo, quando, na verdade, a estratégia de comer devagar e pausadamente é uma forma de ingerir menor quantidade de alimentos, utilizando o tempo para alcançar a saciedade.

- **Mudança significativa de peso:** critério diagnóstico, trazido no DSM-V, mas que, de início pode parecer apenas uma dieta hipocalórica normal, praticada por alguém que deseja perder peso para parecer mais bonito.

- **Ingerir muito líquido, como água, café, chá:** que aqui vão servir como estratégia de burlar a fome, mantendo o estômago preenchido com líquidos, aproveitando-se, também, do efeito anorexígeno de certos estimulantes, como a cafeína.

- **Idas prolongadas e repetidas ao banheiro:** pelo possível uso de laxantes e diuréticos, ou, quando com torneiras abertas, para esconder os vômitos.

- **Exercício excessivo:** principalmente quando associados a hábitos alimentares restritivos. Não é incomum os pacientes com AN aparecerem com hematomas pelo corpo, sem poderem justificar sua origem. Isso porque, uma prática comum para perda de peso é fazer exercícios repetidamente. Acontece, entretanto, que muitas vezes, esses exercícios vão ser feitos escondido da família, em pequenos lugares, como o banheiro, ou no chão do quarto, favorecendo, assim, o surgimento de hematomas.

- **Evitação de atividades que envolvam comida, como refeições familiares ou festas de amigos:** com o objetivo de não serem observados e terem a doença descoberta. Aqui começa a existir um distanciamento social de atividades que envolvam alimentação. As refeições passam a ser feitas, preferencialmente, sozinhos. É fato que pacientes com AN muitas vezes conseguem manter suas atividades diárias, quando envolvem estudo ou trabalho, mas a relação social com seus pares, para além das obrigatórias, fica muito prejudicada.

- **Mudança física, como um novo corte de cabelo:** que serve para marcar o início de uma nova fase. Essas mudanças servem como rito de passagem, uma vez que o universo da AN envolve uma comunidade que se retroalimenta e se fortalece com a utilização de dicas. Dessa forma, mudanças físicas levam o indivíduo a ser aceito nesse novo grupo, com suas regras e estímulos.

- **Gosto por culinária:** quando adentram no universo da AN, muitos pacientes desenvolvem um gosto por elaborar comidas, mas para outros comerem. Parece, aqui, existir uma forma perversa de manutenção do autocontrole. Alimentar seus familiares e amigos passa a ser um prazer que eles não possuem mais. Tanto quanto nos rituais alimentares, aqui vai existir a desculpa de que não está com fome porque foi comendo enquanto cozinhava, desculpa essa acima de qualquer suspeita, para aqueles que cozinham.

- **Mãos geladas:** devido à hipoperfusão periférica.¹⁶

- **Sentir mais frio que o habitual e comparado aos outros:** Também pela hipoperfusão sanguínea.¹⁶

- **Outros sinais:** de fundo cognitivo e emocional, são: irritabilidade excessiva, ansiedade, insegurança, baixa autoestima, pensamento confuso, alterações de humor, depressão, isolamento social, alterações do sono, energia reduzida por desnutrição autoimposta, dentre outros.

Como abordar o tratamento

O tratamento, na AN, deve, dentro do possível, ser feito por equipe multidisciplinar, que é a conduta considerada padrão ouro para a abordagem.

Evidentemente, o primeiro passo, é a avaliação médica, psiquiátrica e nutrológica detalhada, incluindo exame físico e testes laboratoriais. Complementarmente, quaisquer outros dados são de extrema importância para a realização do diagnóstico correto. Lembrando sempre dos critérios descritos no DSM-V associando-os a qualquer outro tipo de informações que possam dar a ideia de gravidade e tempo da doença, detalhes de extrema importância para o prognóstico.

Sendo assim, o diagnóstico de AN é feito com base na história, que deve, sempre que viável, incluir informações de familiares, amigos e professores. São eles que poderão revelar detalhes como a supervalorização da magreza, a avaliação anormal dos alimentos, a realização de exercícios compulsivos e, às vezes, de purgação.¹³

A purgação, por sua vez, pode ser percebida pelo aumento das glândulas salivares, que evidenciam as bochechas, além da observação do esmalte dental corroído e cicatrizes no dorso das mãos provocadas através lesão mecânica por vômitos repetidos e autoinduzidos.¹³

Quanto às limitações funcionais, o que se verifica, na prática, é que alguns pacientes anoréxicos podem se manter ativos de todas as formas, seja profissional ou socialmente. Outros, no entanto, podem ser tomados por um total isolamento social, que resulta na

incapacidade para seguir seus estudos ou atingir qualquer sucesso profissional.⁴

Em síntese, toda e qualquer informação externa deve ser valorizada, isso porque, o paciente vai tentar fazer o caminho oposto, da desinformação, seja por medo de ser submetido a um tratamento forçado, por falta de autoconsciência ou pelos efeitos cognitivos resultantes da desnutrição.²

É importante entender que na anorexia vai existir uma tentativa obstinada de controle sobre o corpo, a alimentação, as necessidades fisiológicas e as necessidades afetivas. Sendo assim, para esses indivíduo, a perda de peso, tão almejada e incessantemente buscada, é percebida como uma grande conquista e um sinal de autocontrole, enquanto o ganho de peso, pelo contrário, sinaliza um fracasso da autodisciplina, transformando-se em algo inaceitável.¹⁵

O foco inicial do tratamento, preconizado na literatura, seria, evidentemente, trabalhar em conjunto com o paciente para tentar aumentar a ingestão de alimentos, interrompendo os comportamentos de purgação, com o objetivo de recuperar o peso, com os pais assumindo um papel de supervisão, enquanto o paciente passa por acompanhamento médico e laboratorial semanal.²

Mas esse passo talvez dependa de intervenção anterior, com o objetivo de conquistar a confiança do paciente e fortalecer uma possibilidade de vínculo e adesão ao tratamento, sem o qual o mesmo estaria condenado ao fracasso. Aqui, talvez o profissional obtenha êxito se conseguir pactuar com o paciente que, num primeiro momento, o objetivo se restringe a apenas não perder mais peso. Essa divisão de responsabilidade e a percepção de que o outro, profissional, está consoante com o seu desejo e pode ajudá-lo a, pelo menos, se manter da forma que acredita ter conquistado, já é um grande primeiro passo, tendo em vista que é um novo ator participante desse processo, mas que não vai se colocar de forma invasiva, como a mãe, e nem ausente, como o pai.

Nesse momento, o papel da família passa a ser essencial, pois vai funcionar como grande ponto de apoio ao tratamento. Todas as refeições deverão ser feitas com a família, ou com a presença de, pelo menos, um membro, atuando-se com muita paciência e respeito com o paciente. Não se trata de um simples não querer comer, mas, sim, de um não conseguir comer. Essa compreensão, de que a AN é uma doença grave, faz toda a diferença para quem vai estar ao lado ajudando no processo de restabelecimento.

De igual forma, nenhuma refeição deve ser pulada. Aqui, existe um mecanismo que parece que, cada refeição deixada de lado, serve para alimentar a doença. E o contrário é verdade, começar a se alimentar é a única forma de vencer a doença. Como, de início, o objetivo do tratamento deve focar o retorno à frequência alimentar, respeitando as calorias que estão sendo ingeridas, pois foi pactuado que o aumento de peso faz parte de uma segunda etapa do tratamento, a quantidade de alimentos a ser consumido no dia deve ser fracionada em pequenas porções distribuídas nesse espaço de tempo. Até porque, porções maiores provocariam a sensação de estômago cheio, sensação essa insuportável para esses pacientes.

O plano a longo prazo deve ser proporcionar, cada vez mais, sua independência e estabelecer uma comunicação familiar eficaz. A postura de enfrentamento, diferenciação e individualização dos pais deve ser conquistada com postura de aprender a lidar com cada situação com uma resposta emocional que ela merece e, não, se valer apenas da alimentação para responder a tudo. Aliás, quando o assunto é dificuldade emocional relacionada à alimentação, encontram-se exemplos nos dois extremos, ou seja, existem pessoas que frente a qualquer sentimento negativo ou positivo se alimentam excessivamente, como na obesidade, e existem pessoas que, frente a dificuldades em lidar com seus sentimentos, deixam de se alimentar, como na AN.

Pelo exposto, e tendo a AN uma interface psicológica bastante comprovada, a terapia para esses casos, na só é indicada, como se

transforma em ferramenta fundamental para lidar com aspectos de individualização, acima descritos, dissolução da distorção da imagem corporal, fundamental para a cura dessa doença e aprendizagem de respostas emocionais variadas e adequadas às angústias do paciente. Esse é um caminho árduo, mas que deve ser trilhado.

É correto afirmar que algum distúrbio na imagem corporal e alguma ansiedade em consumir alimentos ricos em gordura e calorias, ainda persistirá por um longo período, talvez para sempre. Mas, os objetivos de comer de forma independente, frequentar a escola, participar de atividades extracurriculares, socializar com colegas e atingir um peso de pelo menos 90% da faixa de peso normal para sua altura e idade, podem e devem ser buscados, devagar e cautelosamente.²

De igual forma, o monitoramento pelos pais e a avaliação clínica periódica devem ser mantidas por, pelo menos, um ano para qualquer evidência de recaída, o que indicaria a necessidade de reiniciar imediatamente a terapia.²

A terapia farmacológica geralmente não é indicada para o tratamento da AN,² isso porque não existe um medicamento eficaz para tratar a doença propriamente dita. Entretanto, outras comorbidades, como depressão e/ou ansiedade podem ser medicadas, diminuindo assim o estado de sofrimento do paciente. Isso vai depender, evidentemente, da segurança e conhecimento do profissional responsável pelo caso, que pode optar ou não por esse caminho.

Obviamente, para casos mais severos, tudo o que foi discutido deve ser postergado para um segundo momento. A emergência do caso, por vezes, exige a rápida internação com a introdução da alimentação enteral ou parenteral, com o intuito de garantir a reversão da desnutrição severa, evitando-se assim as sequelas ou, até mesmo, o óbito do paciente.

Complicações clínicas¹⁷

Segundo de Assumpção e Cabral, são muitas e variadas as possíveis complicações clínicas na Anorexia Nervosa, destacando as seguintes:

- Metabólicas e hidroeletrólíticas

Hipocalemia, hiponatremia, hipernatremia, hipomagnesemia, hiperfosfatemia

Hipoglicemia, hipercolesterolemia

Alcalose metabólica, acidose metabólica

- Neurológicas

Alargamento dos sulcos cerebrais

Dilatação dos ventrículos

Atrofia cerebral (reversível)

- Oftalmológicas

Catarata

Atrofia do nervo óptico

Degeneração da retina

Diminuição da acuidade visual

- Endócrinas

Síndrome do eutiroidiano doente

Pseudocushing

Amenorréia, oligomenorréia

Diminuição da libido

Infertilidade

Atraso ou retardo do desenvolvimento puberal

Osteopenia ou osteoporose

- Gastrointestinais

Esofagite, hematêmese (S. de Mallory-Weiss)

Retardo do esvaziamento gástrico, redução da motilidade intestinal

Constipação

Prolapso retal

Dilatação gástrica

Alteração da função hepática

Hiperamilasemia

Hipertrofia das glândulas parótidas e submandibulares

- Renais

Cálculo renal

Azotemia pré-renal

Insuficiência renal

- Bucomaxilares e fâneros

Cáries dentárias

Queilose

Ressecamento cutâneo, pele fria e pálida

Hipercarotenemia

Calosidade nos dedos ou no dorso das mãos (Sinal de Russel)

Acrocianose

- Pulmonares

Taquipnéia, bradipnéia

Edema pulmonar

Pneumomediastino

- Hematológicas

Anemia, leucopenia, trombocitopenia, neutropenia

Gravidade

Na AN, as taxas de mortalidade são frequentemente utilizadas como indicadores de gravidade da doença. Assim, estudos realizados já na década de 90, apontaram a doença como sendo o transtorno psiquiátrico com a mais alta taxa de mortalidade, dado que se mantém até os dias atuais.¹⁸

Para além da gravidade da doença propriamente dita, o comportamento suicida também tem sido associado a AN. Tanto assim que, em adolescentes, o risco de suicídio na presença de transtornos alimentares é equivalente ao de outros transtornos psiquiátricos graves, como depressão maior e o transtorno de conduta.¹⁸

Esses números são extremamente preocupantes, tanto assim, que um jornal francês divulgou, em 2019, que na França, naquela ocasião, o suicídio já era a segunda maior causa de mortalidade entre jovens, colocando a taxa como uma das maiores da Europa.¹⁹ No Brasil, o suicídio entre jovens é a quarta maior causa de mortalidade.

Na Anorexia Nervosa essas taxas são igualmente elevadas. Estima-se que 20 a 40% das mortes na AN são resultado de suicídio, sendo ainda que esses pacientes têm 23 vezes mais risco de suicídio que a população em geral.¹⁸

Uma extensa revisão de estudos publicados sobre suicídio em pessoas com AN, aponta taxa que varia de 3% a 20% dos pacientes. Ainda de acordo com essa revisão, mulheres com AN são mais propensas a tentar suicídio, quando comparadas a pacientes com Bulimia Nervosa, doença essa que se acreditava mais associada a esse desfecho, pelo caráter impulsivo das pacientes. A possível explicação, nesse caso, seriam os sintomas depressivos existentes na AN, bem como, o uso de drogas ilícitas por essas pacientes.²⁰

Por todo o exposto, a conclusão que se chega, quando se observa esses números altos, é a de que estamos diante de uma doença complexa, de alta gravidade e com grande mortalidade, que merece atenção e conhecimento de profissionais da saúde.

Referências Bibliográficas

1. Association AP. DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: Artmed Editora; 2014.
2. Mitchell JE, Peterson CB. Anorexia Nervosa. *N Engl J Med*. 2020;382:1343-51.
3. Cordás TA, Claudino AdM. Transtornos alimentares: fundamentos históricos. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2002;24:03-6.
4. Dalstro CR. Anorexia nervosa: uma visão médica e psicanalítica. 2019.
5. Rastogi R, ES RM. Restrictive eating disorders in previously overweight adolescents and young adults. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*. 2020;87:165-71.
6. Hebebrand J, Himmelmann GW, Hesecker H, Schäfer H, Remschmidt H. Use of percentiles for the body mass index in anorexia nervosa: diagnostic, epidemiological, and therapeutic considerations. *International Journal of Eating Disorders*. 1996;19:359-69.
7. Hilbert A. *Childhood Eating and Feeding Disturbances*. Multidisciplinary Digital Publishing Institute; 2020.
8. Norris ML, Boydell KM, Pinhas L, Katzman DK. Ana and the Internet: A review of pro/anorexia websites. *International Journal of Eating Disorders*. 2006;39:443-7.
9. Ntwengabarumije F, Gingras N, Bélanger R. Influence of the internet on eating disorders in teenagers. *Soins Psychiatrie*. 2017;38:21-4.
10. Cañete MCV, Vitalle MSdS, Silva FCd. Anorexia nervosa: estudo de caso com uma abordagem de sucesso. *Fractal: Revista de Psicologia*. 2008;20:377-86.
11. Dakanalís A, Gaudio S, Serino S, Clerici M, Carrà G, Riva G. Body-image distortion in anorexia nervosa. *Nature Reviews Disease Primers*. 2016;2:1-2.
12. Nogueira-de-Almeida CA, Garzella RC, da Costa Natera C, Almeida ACF, Ferraz IS, Del Ciampo LA. Distorção da autopercepção de imagem corporal em adolescentes. *International Journal of Nutrology*. 2018;11:061-5.
13. Yager J, Andersen AE. Anorexia nervosa. *New England Journal of Medicine*. 2005;353:1481-8.
14. Brêtas JRdS, Moreno RS, Eugenio DS, Sala DCP, Vieira TF, Bruno PR. Os rituais de passagem segundo adolescentes. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2008;21:404-11.
15. Gaspar FL. A violência do outro na anorexia: uma problemática de fronteiras. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. 2005;8:629-43.

16. Luck P, Wakeling A. Increased cutaneous vasoreactivity to cold in anorexia nervosa. *Clinical Science*. 1981;61:559-67.
17. de Assumpção CL, Cabral MD. Complicações clínicas da anorexia nervosa e bulimia nervosa Medical complications of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Rev Bras Psiquiatr*. 2002;24:29-33.
18. Veras JLA, Ximenes RCC, Vasconcelos FMN, Medeiros BF, Sougey EB. Relação entre comportamento suicida e transtornos alimentares: uma revisão sistematizada. *Rev pesqui cuid fundam(Online)*. 2018289-94.
19. Chayet D. Um aumento preocupante de pensamentos suicidas entre as meninas adolescentes. *Le Figaro Santé*. 2019 02/06/2019.
20. Bulik CM, Thornton L, Pinheiro AP, Plotnicov K, Klump KL, Brandt H, et al. Suicide attempts in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*. 2008;70:378-83.





O **PECNutro** é uma oportunidade de atualização permanente, de maneira simples e prática.

A cada ano serão disponibilizados quatro pequenos livretos com três temas cada, misturando assuntos clássicos e pautas que estejam em foco em determinado momento.

No módulo 2 do volume 2, apresentamos temas relacionados aos Transtornos da Conduta Alimentar, onde profissionais renomados dissertaram sobre ortorexia e vigorexia, bulimia e anorexia nervosa.

Boa leitura!

-  facebook.com/abranbr
-  instagram.com/abranbr
-  abran.org.br

