

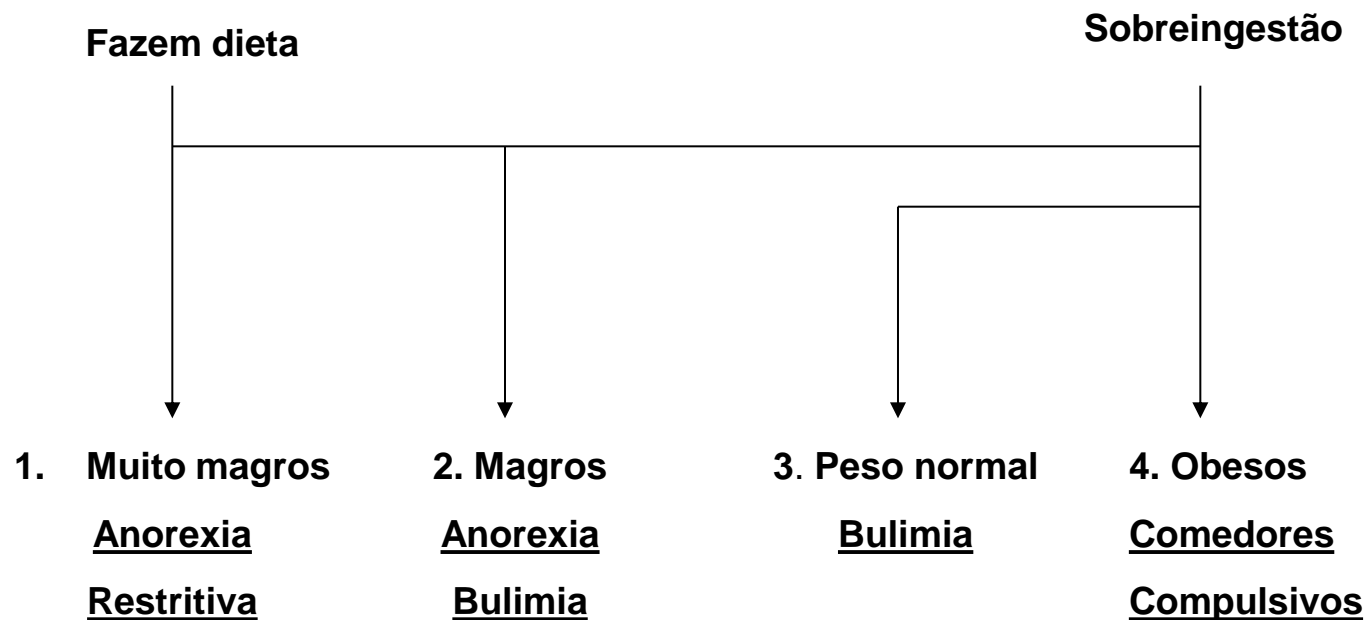


Perturbações Alimentares



O que é uma Perturbação Alimentar?

Trata-se de uma perturbação psicológica que se caracteriza por graves anomalias no comportamento de ingestão, ou seja, a base de funcionamento destas perturbações assenta em alterações psicológicas.



As perturbações alimentares mais amplamente estudadas, dizem respeito à

Anorexia Nervosa (AN) e à Bulimia Nervosa (BN)

(Wilson & Pike, 1999)

Estas constituem,

- uma potencial ameaça à vida dos pacientes que sofrem desta doença;
- debilitam as condições que impedem o crescimento e o desenvolvimento físico, emocional e comportamental;
- conduzem a uma elevada morbilidade e mortalidade;



(Robin, Gilroy & Dennis, 1998; Doyle & Bryant-Waugh, 2000 *cit. in* Abreu & Filho, 2005)



Estas pacientes procuram acompanhar **o modelo cultural feminino que idealiza o corpo de uma forma que é biogeneticamente impossível** de ser alcançado por grande parte das mulheres (Bouça ,2000 *cit. in* Cordeiro, 2004)

As mulheres são mais sensíveis às mensagens relativas aos ideias de beleza e acabam também por ser mais vulneráveis a este tipo de perturbação (Carmo, 1997 *cit. in* Cordeiro, 2004).

Anorexia Nervosa...



O outro lado do
espelho....

O termo anorexia deriva do grego
"an-", deficiência ou ausência de e
"orexis", apetite (Cordás & Claudino, 2002).

Os doentes anorécticos comem tão pouco que apresentam perda de peso prejudicial à saúde e, apesar da sua aparência “absurdamente” magra, consideram-se na maioria das vezes pessoas gordas (Pinel, 2005).

Sinais e sintomas da AN

- Secura da pele;
- Perda de interesse sexual nos homens;
- Ausência de menstruação;
- Aparecimento de pêlos principalmente nas regiões da face, costas, antebraço e coxas;
- Pigmentação da pele (coloração amarelada na palma das mãos e nos pés);
- Desidratação, com baixa de sódio e potássio, por excesso de laxantes e diuréticos, contribui para alterações electrolíticas que podem ser fatais;

(Raich, 2001; Carmo, 1999)





-Aparecimento de pêlos principalmente nas regiões da face, costas, antebraço e coxas;

-Unhas quebradiças e queda de cabelo;

-Hipotrofia parotídea;

-Alterações nos dentes, tais como, decomposição do esmalte e cáries (nomeadamente quando o vômito é induzido);

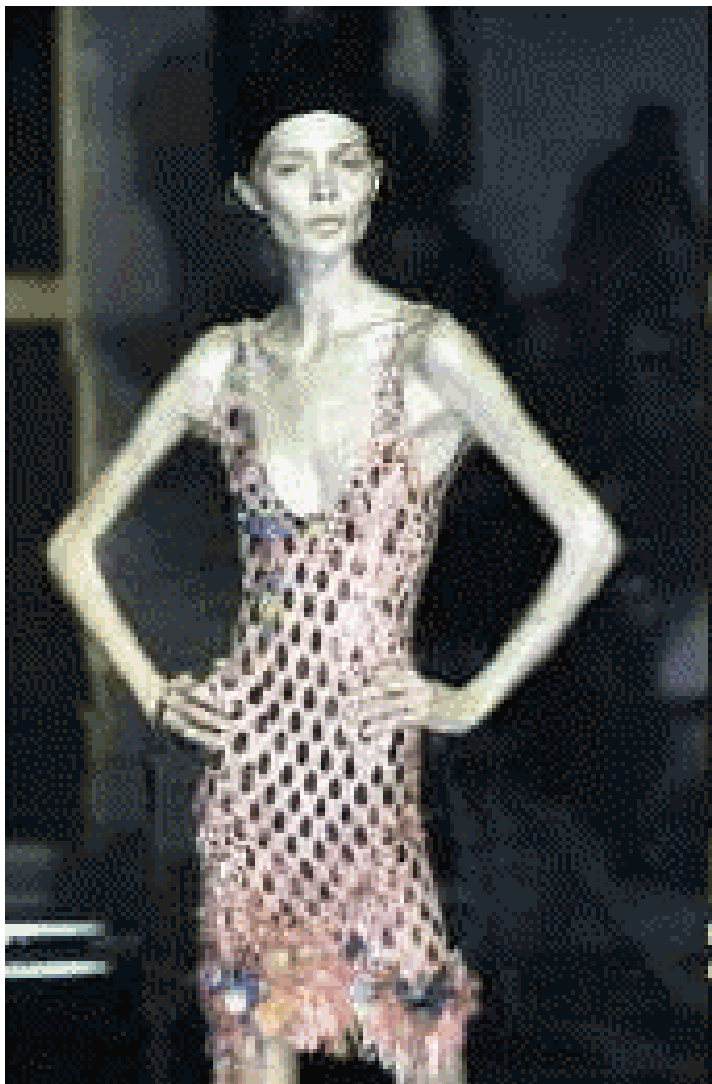
-Enfartamentos;

-Obstipação;

- Distensão abdominal;

(Raich, 2001; Carmo,1999)

Características da AN



- Recusa em manter o peso corporal igual ou superior ao minimamente normal para a idade e altura;
- Medo intenso de ganhar peso ou de engordar, mesmo quando o peso é insuficiente;
- Perturbação na apreciação do peso e forma corporal;

Tipo restritivo– Não recorre à ingestão compulsiva de alimentos nem ao vômito ou laxantes e diuréticos;

Tipo Compulsivo/Purgativo- Recorre ao uso do vômito, laxantes e diuréticos;

Factores que contribuem para o aparecimento da AN



Factores sócio-culturais

Factores familiares

Factores individuais

Prevalência

A **idade média** para o início da Anorexia Nervosa é de **17 anos**, sendo os principais picos de incidência aos 14 e aos 18 anos (Cardoso, 2002).

Em Portugal, aponta-se para uma prevalência da doença na ordem dos 0,3% a 0,4% sendo 90% dos casos representados pelo sexo feminino (Cardoso, 2002).



Evolução da doença



Alguns indivíduos recuperam completamente a saúde após uma intervenção e tratamento

Alguns exibem um padrão flutuante de constantes recaídas

Outros por vários motivos vivem num estado crónico e limitado ao longo de muitos anos

A taxa de mortalidade a longo prazo é mais de 10%
(Hay, 2002)

A maioria dos pacientes permanece limitado no funcionamento físico e social, mantendo práticas alimentares desorganizadas e mantendo-se altamente preocupados com aspectos relacionados com a comida e o peso.

As causas mais comuns de morte são o suicídio ou arritmias cardíacas.

Bulimia Nervosa

O termo BN foi dado por Russell em 1979 e surge da união dos termos gregos *boul* (boi) ou *bou* (grande quantidade) com *limos* (fome), isto é, uma fome muito intensa ou suficiente para devorar um boi (Cordás, 2004; Cordas & Claudino, 2002)

Na BN o peso pode sofrer ligeiras oscilações, mas de um modo geral, **este mantém-se no valor normal para a idade e altura**

As **manobras purgativas** ou **compensatórias** utilizadas por estes pacientes após uma ingestão alimentar excessiva iniciam-se após uma dieta na tentativa de perder peso



Prevalência

Prevalência da BN não é tão clara como a da AN
(Gusella & Casey, 2002).

A taxa de incidência de BN é em **mulheres dos 15 aos 24 anos**, onde o grupo de maior risco tem aumentado ao longo dos últimos 50 anos (Machado, Soares, Sampaio, Torres, Gouveia, Oliveira & COST-B-6-Portugal, 2004)

A BN é, três vezes mais comum do que a AN, sendo a sua prevalência ao longo da vida de cerca de 1,3% nas mulheres (Sokol, Jackson, Selser, Nice, Christiansen & Carroll, 2005).

A prevalência desta perturbação alimentar, entre mulheres jovens, é de cerca de 1% a 3%, sendo que **raramente ocorre em homens** (Wilson & Pike, 1999) .



Existe uma prevalência entre 3% e 5% na população feminina adolescente e jovem adulta, sendo que aproximadamente 80% dos pacientes com BN são **mulheres** (National Institute for Clinical Excellence, 2004) .

Características da pessoa com BN



A BN caracteriza-se pela **ingestão muito rápida e intensa de alimentos** associada a uma sensação de perda de controlo – os designados **episódios bulímicos**.



Compulsão periódica

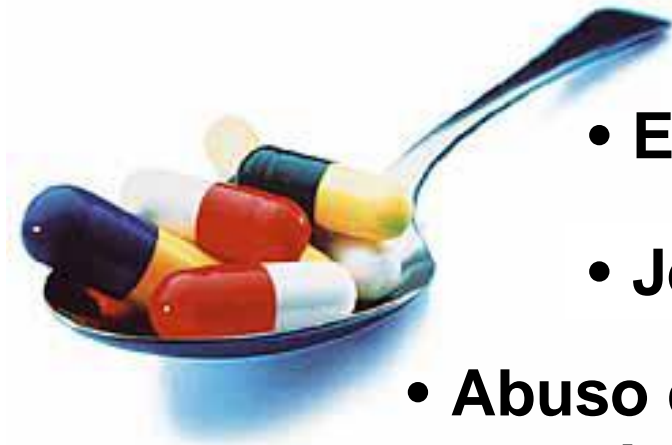
Recorrência regular a métodos destinados a influenciar o peso e a forma corporal, tais como:

- **Purgação**




Vômito auto-induzido

Abuso de laxantes



- **Exercícios vigorosos**
- **Jejum**
- **Abuso de uma panóplia de fármacos disponíveis no mercado**





A auto-avaliação que faz de si própria é influenciada indevidamente pela forma e peso do corpo (Wilson & Pike, 1999)

Tipo purgativo— Induz o vômito ou abusa de laxantes ou diuréticos;

Tipo não purgativo— Uso de outros comportamentos compensatórios como o jejum ou o exercício físico excessivo;

Sinais e sintomas

Sudação nos pés e nas mãos;

Dilatação abdominal;

Cansaço;

Dores de cabeça;

Náuseas;

Lesões nas costas das mãos;

Hipertrofia das glândulas salivares;

Erosão do esmalte dentário;

**Alterações gastrointestinais
como roturas gástricas;**

Complicações pulmonares;

Desidratação;

Alterações na menstruação;



Os **métodos compensatórios** utilizados por estes pacientes atingem, números verdadeiramente astronômicos e assustadores.

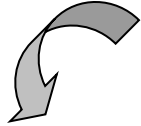
Os pacientes bulímicos chegam a **provocar mais de 15 vezes por dia o vômito**,

Aqueles que recorrem à utilização de **laxantes** chegam a fazê-lo em doses que atingem **40 vezes mais o recomendado por prescrição médica**,

No caso do **exercício físico** vigoroso, chegam a praticar **8 horas de exercício por dia**.

Tudo isto com o único propósito de compensar a quantidade de calorias ingeridas na compulsão.

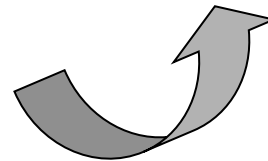
As **crises bulímicas** que no início parecem ao paciente ser eficazes no controlo do seu peso,



Progressivamente convertem – se num comportamento repetitivo e sem eficácia



acarretam e salientam sentimentos de inutilidade e baixa auto-estima.



O medo de comer e engordar generaliza-se para qualquer quantidade e tipo de alimentos.



Situações extremas em que tudo o que é ingerido é imediatamente eliminado.



Obesidade



A **Organização Mundial de Saúde** (OMS) reconheceu a obesidade **como a maior epidemia de saúde pública no mundo** (Cintra, Passos, Fisberg & Machado, 2007) .

... Flagelo do século XXI



Actualmente, a

prevalência da obesidade aumenta em proporções epidémicas em todos os grupos etários e em todos os países

em que a sua evolução está documentada (Cruz, Martins, Dantas, Silveira & Guiomar, 2003).

A obesidade tem aumentado acentuadamente em **especial nos jovens**, tornando-se crucial preveni-la e tratá-la para que as suas complicações não se estendam até à vida adulta (Celestrino & Costa, 2006) .

Um milhão e meio de jovens são obesos com maior predominância no sexo feminino (Celestrino & Costa, 2006)



Como definir obesidade ?

- Estado de aumento do peso corporal suficiente para ter consequências adversas na saúde (Padez, 2002; Lima, Arrais & Pedrosa, 2004; Russell-Mayhew, 2007) ;
- Traduz-se quantitativamente, na relação desequilibrada entre a estatura e o peso, de acordo com os padrões de referência (Viana, 2002);
- Desequilíbrio prolongado e permanente entre a ingestão e o gasto calórico (Souza, Silva, Oliveira & Shinohara, 2007) ;

Obesidade na adolescência

Até ao momento não há um conceito preciso aceite por toda a literatura para obesidade em jovens (Forte, Picciani, Forte & Maya, 2004)

Alguns autores consideram que um dos momentos mais críticos para o aparecimento da obesidade é o **início da adolescência** e sustentam ainda que esta se torna ainda mais problemática quando surge ou se agrava nessa etapa (Ferriani, Dias, Silva & Martins, 2005) .



Métodos para o diagnóstico da obesidade

Existem muitos métodos e equipamentos tecnológicos capazes de diagnosticar a obesidade (Souza *et al.*, 2007).

Métodos antropométricos

O **Índice de Massa Corporal** (IMC) (estratégia proposta no século XIX por Quételet) é o indicador mais utilizado (Pitanga & Lessa, 2007; Silva, Perez, Fernandes, 2007; Aekplakorn, Kosulwat & Suriyawongpaisal, 2006; Li, Engstrom, Hedblag, Callig, Berglund & Janzon, 2006).



$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (Kg)}}{\text{Altura (m)}^2}$$



IMC de 25 a 29,9 kg/ m² Sobrepeso

IMC ≥ 30.0 kg/ m² Obesidade

IMC ≥ 40.0 kg/m² Obesidade mórbida

(Nunes, Olinto, Barros & Camey, 2001;
Guedes, 2006; Woringer & Schütz, 2004;
Viana 2002; *National Task Force on the
Prevention and Treatment of Obesity*, 2000;
Cintra *et al.*, 2007).

Factores que contribuem para a obesidade

Factores Biológicos

- genes
- proteínas reguladoras
- fármacos
- processo de envelhecimento
- doenças endócrinas

Factores Sociais

- acesso a alimentos
- bem-estar económico
- valores sociais
- desenvolvimento populacional
- transportes
- tabagismo

Factores Psicológicos

- cultura
- educação
- responsabilidade
- satisfação laboral
- envolvimento familiar



Consequências da obesidade

A curto-prazo (para a criança e o adolescente)

- Problemas psicológicos
- Aumento dos factores de risco da doença cardiovascular
- Asma
- Diabetes (tipo 1 e 2)
- Anomalias ortopédicas
- Doenças hepáticas
- Menarca precoce ou irregular

A longo-prazo (para o adulto que foi uma criança ou um adolescente obeso)

- Persistência da obesidade
- Aumento de factores de risco cardiovascular, diabetes, cancro, depressão, artrite
- Mortalidade prematura



Consequências da obesidade (cont.)

Problemas graves no sistema locomotor - dificuldades na locomoção, alterações posturais e problemas de ordem comportamental (Bankoff, Cremonesi, Zamai, Ferro, Barros & Crivelli, 2002);

Impacto na saúde em termos de aspectos psicológicos – baixa auto-estima, alterações no humor (Berrigan, Simoneau, Tremblay, Hue & Teasdale, 2006);

Patologias ortopédicas (Calvete, 2004);

Prejuízos ao nível da auto-imagem (Vieira, Atihê, Soares, Damiani & Setian, 2004).



Consequências da obesidade (cont.)

Rejeição social, discriminação e estereótipos negativos (Wardle & Cooke, 2005);

Fraco funcionamento social, o fraco sucesso acadêmico e a redução da saúde (Kaur, Kapil & Singh, 2005);

Profundas repercussões
psicossociais (Santos, Battochio,
Silva, Rugulo & Coelho, 2003);

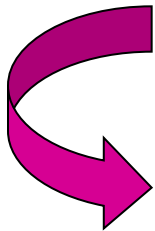
Distúrbios respiratórios
associados com o sono
(Tauman & Gozal, 2006);



Compulsão Alimentar

A característica central da perturbação são os episódios de compulsão alimentar nos quais o paciente **ingere uma quantidade excessiva de alimentos** num **curto intervalo de tempo**, seguido de uma **sensação de perda de controle** sobre o seu comportamento alimentar (Papelbaum & Appolonário, 2001).

A prevalência da Compulsão Alimentar é maior que as outras perturbações alimentares



5 vezes mais comum que a AN

2 vezes maior que a BN



Características da Compulsão Alimentar

Comer mais rápido que o normal;

Comer até se sentir desconfortavelmente cheio;

Comer sozinho, por sentir vergonha da quantidade de comida ingerida;

Após os episódios, apresentar sentimentos depressivos e de culpa.



Apoio psicológico às perturbações alimentares

“Cada caso é um caso...”

O tratamento ajuda a minimizar o sofrimento psicológico e a melhorar a qualidade de vida dos pacientes e dos seus familiares (Santos, 2006).

- Estabelecer uma boa relação terapêutica;
- Restabelecer o padrão alimentar;
- Solicitar a colaboração familiar;
- Reduzir a preocupação com o peso e com a imagem corporal;
- Intervir na auto-estima e humor;
- Rejeição social, discriminação e estereótipos negativos ;
- Prevenção de recaídas

Equipa multidisciplinar



(Raich, 2001)

Fontes Bibliográficas

- Abreu, C. N., & Filho, R. C. (2005). Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa – Abordagem Cognitivo-Construtivista de Psicoterapia. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 7 (1), 153-165.
- Achor, M. S., Cima, N. A., Brac, E. S. & Barslund, S. A. (2007). Obesidad Infantil. *Revista de Posgrado de I 34 a Vía Cátedra de Medicina*, 168 (1), 34-39
- Aekplakorn, W., Kosulwat, V. & Suriyawongpaisal, P. (2006). Obesity indices and cardiovascular risk factors in Thai adults. *International Journal of Obesity*, 30 (2), 1782-1790.
- American Psychiatric Association (2002) *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (4ªEd.)*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bouça, D. & Sampaio, D. (2002). Avaliação Clínica nas Doenças do Comportamento Alimentar. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 4 (2), 121-133.
- Celestrino, J. O. & Costa, A. S. (2006). A Prática de Actividade Física entre Escolares com Sobrepeso e Obesidade. *Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte*, 5, 47-54.
- Cintra, I. P., Passos, M. A., Fisberg, M. & Machado, H. C. (2007). Evolution of body mass index in two historical series of adolescents. *Journal Pediatrice*, 83 (2), 157-162.
- Cordás, T. A. & Claudino, A. M. (2002). Transtornos Alimentares: Fundamentos Históricos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (3), 3-6.
- Cordeiro, R. A. C. (2004). Espelho Meu...A Outra Face do Corpo. *Área de Saúde Mental e Psiquiatria*, 4, 1-8.
- Calvete, S. A. (2004). A relação entre alteração postural e lesões esportivas em crianças e adolescentes obesos. *Motriz*, 10 (2), 67-72.
- Cruz, J. A., Martins, I., Dantas, A., Silveira, D. & Guiomar, S. (2003). Alimentação e estado nutricional de grupos da população do concelho de Lisboa. *Estado Nutricional*, 21 (2), 65-72.
- Ferriani, M. G., Dias, T. S., Silva, K. Z. & Martins, C. S. (2005). Auto-imagem corporal de adolescentes atendidos em um programa multidisciplinar de assistência ao adolescente obeso. *Revista Brasileira de Saúde Materno- Infantil*, 5 (1), 27-33.
- Forte, M. G., Picciani, R. G., Forte, A. J. & Maya, C. S. (2004). Overweight and Obesity Prevalence in Adolescents from the Outpatient Clinic of Albert Sabin Children Hospital in Fortaleza. *Revista de Pediatria do Ceará*, 4 (2), 19-27.

Guedes, D. P. (2006). Recursos antropométricos para análise da composição corporal. *Revista Brasileira Educação Física*, 20 (5), 115-119.

Gusella, J. & Casey, S. (2002). A Review of Evidence-Based Treatments for Children and Adolescent with Eating Disorders. *Canadian Association for Adolescent Health*, 11 (3, 7-13).

Hernández-Jiménez, S. (2004). Fisiopatologia de la obesidad. *Gaceta Médica de México*, 140 (2), 27-32.

Jain, A. (2004). What works for obesity?. *British Medical Journal*. Retirado de <http://www.unitedhealthfoundation.org/obesity.pdf> a 4 de Dezembro de 2007.

Li, C., Engstrom, G., Hedblag, B., Callig, S., Berglund, G. & Janzon, L. (2006). Sex differences in the relationships between BMI, WHR and incidence of cardiovascular disease: a population-based cohort study. *International Journal of Obesity*, 30 (2), 1775-1781.

Lima, S. C., Arrais, R. F. & Pedrosa, L. F. (2004). Evaluation of usual diet of obese and overweight children and adolescents. *Revista de Nutrição*, 17 (4), 469-477.

Machado, P. P. P., Soares, I., Sampaio, D. Torres, A. R., Gouveia, J. P. Oliveira, C. V., & COST-B-6-Portugal (2004). Perturbações Alimentares em Portugal: Padrões de Utilização dos Serviços. *Revista de Informação e Divulgação Científica do NDCA*, 1, 1.

Morgana, C. M., Vecchiattia, I. R. & Negrão, A. B. (2002). Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais *Revista Brasileira Psiquiátrica*. Vol. 24 (III), p:18-23. Retirado de: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v24s3/13966.pdf>

National Centre for Health and Statistics (NCHS). (2000). CDC Growth Charts: United States. *Advance Data*, 4 (314), 1-28.

National Institute for Clinical Excellence (2004). *Eating Disorders: Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and related Eating Disorders. Understanding NICE Guidance: a Guide for People with Eating Disorders, their Advocates, and Carers, and the Public*. London: National Institute for Clinical Excellence

Nunes, M. A., Olinto, M. T., Barros, F. C. & Camey, S. (2001). Influence of body mass index and body weight perception on eating disorders symptoms. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23 (1), 21-27.

Padez, C. (2002). Actividade física, obesidade e saúde: uma perspectiva evolutiva. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 20 (1), 11-20.

Papelbaum, M., & Appolonário, J. C. (2001). Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica e Transtorno Obsessivo-Compulsivo: partes de um mesmo espectro. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23 (1), 38-40.

Pitanga, F. J. & Lessa, I. (2007). Associação entre indicadores antropométricos de obesidade e risco coronariano em adultos na cidade de Salvador, Bahia, Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 10 (2), 239-48.

Raich, R. M. (2001). *Anorexia e Bulimia*. Lisboa: McGraw-Hill.

Robin, A.L., Gilroy, M., & Dennis, A. B. (1998). Treatment of Eating Disorders in Children and Adolescents. *Clinical Psychology Review*, 18 (4), 421-446.

Rowland, T. W. (2007). Effect of obesity on cardiac function in children and adolescents: A review. *Journal of Sports Science and Medicine*, 6 (4), 319-326.

Russell-Mayhew, S. (2007). Eating Disorders and Obesity as Social Justice Issues: Implications for Research and Practice. *Journal for Social Action in Counseling and Psychology*, 1 (1), 1-13.

Sampaio, D., Bouça, D., Carmo, I. & Jorge, Z. (1999). *Doenças do Comportamento Alimentar – Manual para o Clínico Geral*.

Santos, M. A. (2006). Sofrimento e Esperança: Grupo de Pacientes com Anorexia e Bulimia Nervosas. *Medicina, Ribeirão Preto*, 39 (3), 386-402.

Santos, A. D., Battochio, A. P., Silva, C. R., Rugulo, L. M. & Coelho, C. A. (2003). Repercussões tardias dos distúrbios nutricionais intra-uterinos e neonatais. *Pediatria*, 25 (1/2), 43-50.

Souza, N. P. P., Oliveira, M. R. M., & Motta, D. G. (2006). Transtorno Compulsão Alimentar Periódica em Obesos sob Tratamento ou Não. *Saúde em Revista*, 8-19, 21-26.

Silva, A. I., Perez, R. F., Fernandes, L. C. (2007). Índice de Massa Corporal e Perímetro da Cintura de Árbitros de Futebol da CBF. *Revista de Educação Física*, 18 (1), 41-47.

Souza, D. P., Silva, G. S., Oliveira, A. M. & Shinohara, N. K. (2007). Etiologia da obesidade em crianças e adolescentes. *Revista Brasileira de Nutrição Clínica*, 22 (1), 72-6.

Tauman, R. & Gozal, D. (2006). Obesity and obstructive sleep apnea in children. *Paediatric Respiratory Reviews*, 7, 247–259.

Viana, V. (2002). Psicologia, saúde e nutrição: Contributo para o estudo do comportamento alimentar. *Análise Psicológica*, 4 (20), 611-624.

Vieira, M. A., Atihê, R. D., Soares, R. C., Damiani, D. & Setian, N. (2004). Adesão inicial ao tratamento de adolescentes obesos em programas de redução de peso. *Pediatrics*, 26 (4), 240-246.

Wilson, G. T. & Pike, K. M. (1999). Transtornos Alimentares. In Barlow, D. H. (1999). *Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos*. Porto Alegre: Artemed.

Woringer, V. & Schütz, Y. (2004). Obésité en Suisse - Percentiles d'indice de masse corporelle (IMC) d'une population d'enfants et d'adolescents nés en 1980 à Lausanne et écart avec les normes suisses (1955). *Paediatrica*, 15 (2), 22-24.