# 1. O que são transtornos alimentares?

Os transtornos alimentares (TA) são quadros psiquiátricos em que o comportamento alimentar e a forma como a pessoa percebe o próprio corpo estão comprometidos. Os pensamentos e as emoções ligados ao corpo e à alimentação provocam sofrimento e dificuldades nas atividades cotidianas do indivíduo.

Embora não sejam diagnósticos tão comuns como a depressão e os transtornos ansiosos, os transtornos alimentares se destacam por sua gravidade e impacto na qualidade de vida dos pacientes acometidos e de seus familiares.

Algumas pessoas podem confundir um transtorno alimentar com escolhas no estilo de vida, mas isso não só é falso, como também perigoso. Quem sofre com TA não consegue fazer escolhas livremente em relação à sua alimentação e ao seu corpo, sendo "refém" de medos e obsessões que acabam governando sua vida.

## 1.1 Quais são os principais transtornos alimentares?

Os três principais TA são a anorexia nervosa (AN), a bulimia nervosa (BN) e o transtorno de compulsão alimentar (TCA). Embora cada um desses diagnósticos tenha características específicas quanto aos sintomas e à população atingida, todos compartilham o mesmo conjunto de problemas: dificuldades graves para manter uma alimentação adequada, angústia relacionada ao peso ou à forma do corpo e risco de complicações clínicas graves.

Existem outros quadros que serão abordados ao longo do livro, como o transtorno alimentar restritivo evitativo (TARE), a ortorexia, a síndrome alimentar noturna (SAN), o transtorno de ruminação, pica ou picacismo e a vigorexia. No entanto, já ressaltamos que todos esses transtornos têm em comum a dificuldade em manter a alimentação adequada, o sofrimento ligado à alimentação e à percepção do próprio corpo.

## 1.1.1 Anorexia nervosa

A anorexia nervosa pode ser considerada a mais mortal das doenças mentais. Estima-se que 5% a 20% dos pacientes com esse transtorno morram por causa da anorexia. Tais mortes ocorrem em consequência das alterações clínicas provocadas pela desnutrição e pela alta taxa de suicídio nesse grupo de pacientes. Embora seja considerada um transtorno psiquiátrico "raro" (menos de 0,5% da população geral é acometida), a anorexia é mais frequente em adolescentes (80% dos casos ocorrem entre os 12 e os 20 anos), sendo a maior parte deles do sexo feminino (90% a 95%). Existem grupos com maior risco para o desenvolvimento da anorexia, como bailarinas, modelos e estudantes de áreas da saúde.

O que define a anorexia nervosa é a perda de peso provocada pelo paciente que busca obsessivamente a magreza ou que tem pavor de engordar. A restrição de alimentos "que engordam" e o uso de métodos que aceleram a perda de peso são comportamentos comuns. A obsessão com o corpo e com o peso, a percepção distorcida da própria imagem corporal e a enorme dificuldade em manter uma dieta adequada trazem prejuízos incapacitantes. A AN pode impossibilitar a pessoa de exercer suas atividades cotidianas e está associada a grande sofrimento emocional e impacto social.

### 1.1.2 Bulimia nervosa

A bulimia nervosa é um pouco mais frequente que a anorexia nervosa e acomete um grupo semelhante da população: especialmente adolescentes e adultos jovens, sendo a maioria deles do sexo feminino, com aumento de risco nos que atuam em profissões ligadas ao corpo e à saúde.

Na bulimia nervosa observam-se episódios de compulsão alimentar, seguidos de comportamentos para impedir o ganho de peso, a fim de "compensar" a ingestão excessiva de alimentos.

Compulsão alimentar é o que ocorre quando a pessoa come, de uma vez, grande quantidade de comida, rapidamente, e com a sensação de perda de controle.

Os comportamentos que se seguem à compulsão, que são chamados de métodos compensatórios, são vômito provocado, uso de medicações que provocam a perda de fluidos corporais, inibidores de apetite, atividade física intensa, utilização de algumas drogas ilícitas e jejuns prolongados.

Se a compulsão e os comportamentos compensatórios acontecerem pelo menos uma vez por semana e estiverem associados a sofrimento emocional e insatisfação corporal, estamos diante do diagnóstico de bulimia nervosa.

### 1.1.3 Transtorno de compulsão alimentar

No transtorno de compulsão alimentar (TCA) ocorre o comportamento compulsivo pelo menos uma vez por semana, exatamente como na bulimia, mas sem o uso de métodos compensatórios. Também há sofrimento emocional ligado ao descontrole alimentar e à preocupação com o corpo, mas geralmente em níveis menos graves que na anorexia e na bulimia.

O paciente compulsivo come grandes quantidades de uma vez, em um curto intervalo de tempo e com a sensação de que não consegue controlar esse comportamento. Muitas vezes, esse paciente come escondido, por vergonha da quantidade e da forma como se alimenta.

O TCA é o transtorno alimentar mais comum, chegando a 3% da população geral. Em grupos específicos, especialmente entre obesos, há aumento dessa porcentagem. Hoje se sabe que quanto mais obeso um paciente for, maior a chance de ele ter o diagnóstico de TCA, e quanto mais grave for o TCA, mais grave será a obesidade. No TCA não há tanta diferença entre os gêneros, e a proporção é estimada de três mulheres para cada dois homens acometidos.

O TCA está relacionado ao surgimento de doenças metabólicas – como diabetes, hipertensão arterial, aumento do colesterol – e também a questões psíquicas – como ansiedade, retraimento social e depressão.

## 1.2 Por que a pessoa com transtorno alimentar simplesmente não come direito?

A ligação dos transtornos alimentares com o corpo faz com que muitos os associem à moda, à beleza e até a futilidade. Não podemos esquecer de que o sofrimento desses pacientes é autêntico e, muitas vezes, desesperador. Não é a simples insatisfação com o corpo que a maioria de nós vive eventualmente, mas esse paciente tem uma preocupação impossível de evitar, que invade todos os pensamentos e o incapacita de ter uma vida normal.

Uma forma de auxiliar a compreensão dos transtornos alimentares é compará-los com outros transtornos psiquiátricos mais conhecidos, como o transtorno obsessivo compulsivo (TOC) ou as fobias. Muitos de nós temos, por exemplo, medo de baratas. Na fobia, um pavor

desproporcional faz com que a pessoa evite entrar em um lugar onde ela já viu uma barata anteriormente. Ela sabe que isso é irracional, que não faz sentido, mas não consegue evitar esse sentimento. Agora imagine se a imagem de uma barata invadisse a mente dessa pessoa, de modo inevitável, repetitiva e absurdamente desconfortável. Em parte, isso é o que um paciente com transtorno alimentar vive, mas em relação ao seu próprio corpo.

Outra comparação possível é com as dependências químicas. O indivíduo sabe que aquele "vício" faz mal, que o prejudica, mas não consegue evitá-lo. Ele acaba abrindo mão de outras atividades que trazem satisfação e fica refém de uma substância. Por esta razão, a bulimia e o TCA são comparados a um "vício" em comida e a anorexia a um "vício" em magreza. A grande diferença entre eles é que, no tratamento das dependências químicas, a melhora ocorre por meio da interrupção do uso da substância que causa dependência. E nos transtornos alimentares? Como se trata o "vício" em algo tão essencial para a sobrevivência do indivíduo como a comida e o próprio corpo?

Apesar de semelhanças com outros quadros psiquiátricos, os transtornos alimentares necessitam de um foco especializado, pois suas causas, seu desenvolvimento, suas especificidades psicológicas, a forma como interferem na mente e no corpo dos pacientes acometidos, e o impacto nos familiares requerem profissionais de várias áreas para o tratamento ideal.

## 1.3 Toda pessoa que se preocupa com corpo e alimentação tem transtorno alimentar?

Não! Todos sabemos o que é sentir medo ou ter preocupação. Imagine uma preocupação normal, como manter sua saúde. Multiplique

por mil a angústia que você sente por causa dessa preocupação. Faça com que ela invada sua mente várias vezes por dia, de modo que você não consiga ficar um minuto livre dela, não importa o que você tente fazer para evitá-la. Agora, some a essa angústia sintomas físicos que seu corpo produz e que o lembram da preocupação e fortalecem a convicção de que ela é real e que ameaça sua vida. Pronto: agora você tem uma ideia do que é uma preocupação patológica, doentia.

Em diversos quadros psiquiátricos há esse funcionamento. Já falamos do TOC e das dependências químicas. Mas, se mudarmos o foco dessa preocupação, haverá outros transtornos. No transtorno do pânico, o medo é de morrer ou de ficar louco, com fortes sintomas físicos que fazem a pessoa ter certeza de que está tendo um grave problema de saúde. Na hipocondria, existe o pavor de ficar doente, e cada sinal do corpo é vivido como um sintoma físico ligado a alguma doença grave. Podemos dizer que os mecanismos que produzem medo, preocupação e sensibilidade aos sinais corporais estão desregulados na hipocondria e no transtorno do pânico.

Note que as preocupações que dão origem a esses transtornos são normais e até benéficas, pois fazem o indivíduo se cuidar melhor. O problema ocorre quando tais preocupações tomam dimensões patológicas, quando elas próprias se tornam doença, infestam a mente do indivíduo, fazem com que ele sofra e não consiga mais desempenhar suas funções na vida.

Podemos imaginar um modelo semelhante para diferenciar as preocupações normais com a alimentação e com o corpo dos transtornos alimentares.

É natural que nos preocupemos com nossa alimentação e com nosso corpo. O problema não é ter hábitos alimentares balanceados e saudáveis, um corpo em boa forma. Um transtorno alimentar surge quando

essa preocupação torna-se obsessiva, quando a pessoa começa a cortar os alimentos "engordativos" e a controlar sua alimentação como se isso fosse o principal aspecto de sua vida. Curiosamente, a preocupação excessiva com o corpo e com a alimentação provoca resultados contrários. Em busca de controle alimentar é comum que os pacientes iniciem dietas extremas, restringindo nutrientes fundamentais para o corpo ou aderindo às modas que elegem algum alimento como vilão.

Para a maioria das pessoas, esse ciclo acaba quando um sinal físico muito antigo se manifesta e toca o alarme para que se interrompa a restrição alimentar: a fome.

Quando a fome aperta, grande parte das pessoas vai comer, e isso é ótimo. Este instinto que conhecemos como fome tem garantido a sobrevivência de todas as gerações que nos antecederam e continua sendo o melhor indicador de que precisamos comer.

No entanto, nos transtornos alimentares a preocupação com calorias, gordura, corpo e peso é obsessiva, muito acima dos parâmetros normais. A mente não consegue se livrar desse pensamento e essa necessidade de controle alimentar é tão extrema que pode ser mais forte que o instinto de fome e sobrevivência.

Podemos dizer que na anorexia nervosa a obstinação com a alimentação e o peso predomina sobre a fome. Dessa forma, o paciente restringe violentamente sua dieta.

Além disso, os sistemas de sinais corporais também estão prejudicados. Saciedade, apetite, percepção corporal deixam de funcionar corretamente. Fenômenos como a distorção da imagem corporal dão ao paciente a convicção de que ele está gordo, deformado, com partes do corpo muito aumentadas. Tal vivência reforça a convicção de que o indivíduo precisa emagrecer, comer menos, e assim se forma um ciclo que mantém a anorexia.

Já na bulimia e no TCA, temos a preocupação patológica com o corpo menos pronunciada, mas também com sinais corporais desregulados. Na bulimia, temos grande insatisfação com o corpo. Tal insatisfação é excessiva, sofrida, mas não costuma chegar à distorção de imagem corporal, que é mais comum na anorexia.

No TCA, a preocupação com o corpo e com a alimentação é muito próxima do normal. A questão aqui é o descontrole alimentar, ou a desregulação nos sinais físicos ligados à alimentação (fome, apetite e saciedade). Quando o paciente com bulimia ou TCA cede à fome, normalmente depois de tentar restringir sua dieta, ele tem um descontrole alimentar que chamamos anteriormente de compulsão alimentar. Quando o indivíduo começa a comer, ele perde o controle, comendo muito mais do que pretendia, devorando o que estiver na sua frente. É comum o paciente só parar de comer quando sente dor abdominal ou quando não há mais o que comer. Os sinais corporais que normalmente auxiliam no controle alimentar falham, como se o apetite, o paladar e a saciedade fossem desligados durante o episódio compulsivo. Durante os episódios compulsivos, é frequente que o paciente não sinta o sabor do que comeu, nem saiba o quanto comeu ou coma coisas que não comeria normalmente.

Quando o episódio compulsivo termina, o paciente se dá conta de seu descontrole, sente culpa, vergonha, raiva e frustração. No caso da bulimia, o indivíduo busca uma forma de compensar esse excesso alimentar, provocando vômito, por exemplo. Já quem sofre com TCA não se utiliza de nenhum método compensatório.

Resumindo, podemos dizer que as preocupações e vivências corporais dos pacientes com TA têm sua origem em medos e experiências normais, presentes na maioria das pessoas, mas que são excessivos, distorcidos e transformados em alterações graves da corporeidade. Tais pensamentos obsessivos e comportamentos repetitivos ligados

ao controle do peso trazem enorme sofrimento e criam ciclos que mantêm esses transtornos.

Nos próximos capítulos, discutiremos com mais detalhes cada um dos transtornos alimentares. Uma forma de compreender esses transtornos é representá-los graficamente com quadrantes determinados por meio de características opostas. Em um dos eixos, há as variações entre controle obsessivo, em um extremo, e falta de controle alimentar (impulsividade alimentar), no outro. No outro eixo, há um extremo de preocupação doentia com o corpo, de um lado, e um extremo de preocupação excessiva com os alimentos, de outro.

## 1.4 Quando suspeitar que alguém sofre de um transtorno alimentar?

O hábito de fazer dietas sem qualquer orientação de um profissional é muito comum. Muitos fazem dietas sem conhecer os riscos e as consequências de tal comportamento. A maioria das pessoas que iniciam uma dieta não vai desenvolver um transtorno alimentar, mas, como alerta a nutricionista Sophie Dheram, "nem toda dieta leva a um transtorno alimentar, mas todo transtorno alimentar começa com uma dieta".

Mesmo com maior divulgação nos meios de comunicação, não raro, homens e mulheres que apresentam tal diagnóstico não sabem o que têm ou apresentam vergonha de seus comportamentos e, consequentemente, não procuram ajuda.

Em muitos casos, são os familiares que buscam o tratamento para aqueles que custam a aceitar ou acreditar que têm algum problema. Por esta razão, listamos a seguir as principais alterações de comportamento que devem causar suspeitas sobre a presença de um transtorno alimentar:

- Faz dieta frequentemente.
- Preocupa-se excessivamente com peso e alimentação.
- Interessa-se muito por tudo que é relacionado a dietas e calorias.
- Demonstra insatisfação intensa e constante com peso e corpo.
- Evidencia episódios de compulsão alimentar: como desaparecimento de grande quantidade de comida em um curto intervalo de tempo ou presença de várias embalagens vazias no lixo.
- Frequentemente, vai ao banheiro após as refeições ou há sinais de vômitos.
- Geralmente, come pouco e não come determinados tipos de alimentos (geralmente, os mais calóricos).
- Evita grupos alimentares específicos ou faz dietas bizarras.
- Normalmente, diz que já se alimentou, sem que ninguém veja.
- Categoriza os alimentos entre "permitidos" e "proibidos".
- Tem crenças rígidas e estranhas sobre a alimentação (por exemplo: acredita que a gordura ingerida se transforma imediatamente em gordura corporal.)
- Costuma comer sozinho, parece se sentir incomodado ou envergonhado ao se alimentar com outras pessoas.
- Frequentemente, está com diarreia.
- Mantém uma rotina intensa e rígida de exercício físico.
- Apresenta dentes desgastados e inchaço nas regiões laterais do queixo (provável aumento das glândulas parótidas, provocado por vômitos frequentes).
- Bebe muita água durante o dia ou nas refeições.
- Masca chicletes e balas constantemente.

- Tem o hábito de estocar ou esconder alimentos, ou até roubá-los.
- Utiliza medicações como diuréticos, anfetaminas, inibidores de apetite, laxantes e "fórmulas" sem indicação de profissional competente.

Se colocarmos os transtornos alimentares em um gráfico, teremos a distribuição apresentada na Figura 1.

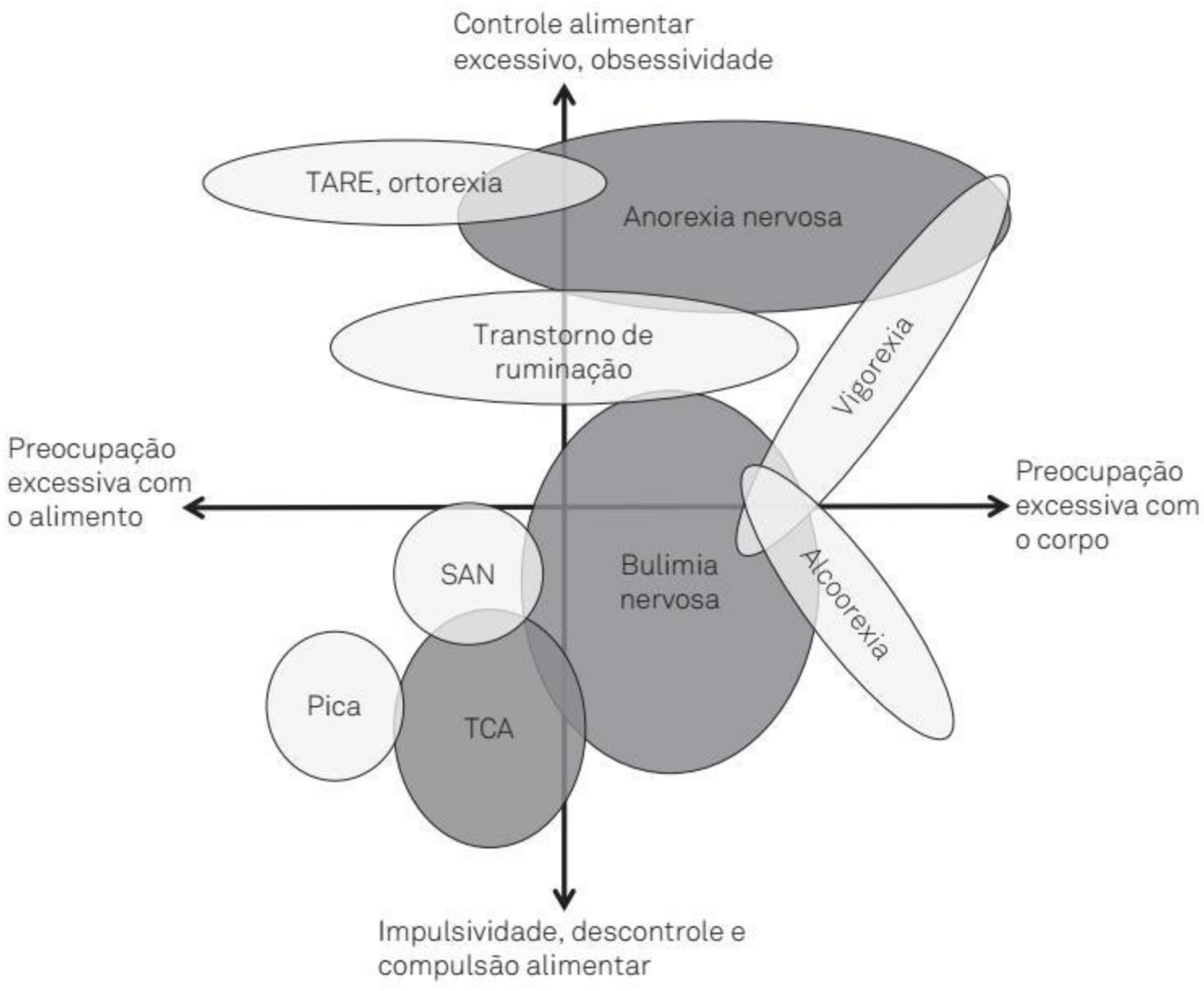


**Figura 1. Diagrama dos TA de acordo com o tipo de preocupação predominante (alimentação x corpo) e nível de controle alimentar (obsessividade x impulsividade).**

Fonte: Aratangy (2017).