

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA  
DO RIO DE JANEIRO



**Camila Santos Souza**

**TRANSTORNO ALIMENTAR E INSATISFAÇÃO DA IMAGEM  
CORPORAL NA POPULAÇÃO MASCULINA: RELATO DE CASO**

**Trabalho de Conclusão de Curso**

CCE/PUC-Rio Departamento de Psicologia

Rio de Janeiro  
Março de 2019



**Camila Santos Souza**

**TRANSTORNO ALIMENTAR E INSATISFAÇÃO DA IMAGEM  
CORPORAL NA POPULAÇÃO MASCULINA: RELATO DE CASO**

**Trabalho de Conclusão de Curso**

CCE/PUC-Rio - Departamento de Psicologia

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação Transtornos Alimentares: Obesidade, Anorexia e Bulimia PUC-Rio como requisito parcial para obtenção do grau de Especialista em Transtornos Alimentares e Obesidade

Orientador: Professor Izidoro Hiroshi Flumignan

Rio de Janeiro  
Março de 2019



**Camila Santos Souza**

**TRANSTORNO ALIMENTAR E INSATISFAÇÃO DA IMAGEM  
CORPORAL NA POPULAÇÃO MASCULINA: RELATO DE  
CASO**

**Trabalho de Conclusão de Curso**

CCE/PUC-Rio - Departamento Psicologia

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Transtornos Alimentares: Obesidade, Anorexia e Bulimia PUC-Rio como requisito parcial para obtenção do grau de Especialista em Transtornos Alimentares e Obesidade.

**Banca examinadora:**

Orientador: Prof Dr izidoro Hiroshi Flumignan  
Médico com especialidade em Medicina Preventiva e Social titulado pela AMB – Associação Médica Brasileira com área de atuação em Endocrinologia. Professor do curso de Pós-Graduação em Transtornos Alimentares da CCE/PUC-Rio

CO-ORIENTADORA: Profª Dirce de Sá Freire.  
Doutora em Psicologia Clínica pela PUC/RJ. Mestre em História pela Université de Paris VII – Jussieu – França. Psicanalista, membro efetivo do Círculo Psicanalítico do Rio de Janeiro – CPRJ. Professora e coordenadora do Curso de Pós-Graduação em Transtornos Alimentares da CCE/PUC-RJ.

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial do trabalho sem autorização da universidade, da autora e do orientador.

### **Camila Santos Souza**

Graduou-se em Medicina pela Faculdade de Medicina de Petrópolis em 2011. Especialização em Psiquiatria pela Universidade Federal Fluminense em 2016. Trabalha com psiquiatria clínica desde 2016.

Souza, Camila Santos

Transtorno alimentar e a insatisfação da imagem corporal na população masculina: relato de caso/ Camila Santos Souza; orientador: Izidoro Hiroshi Flumignan. Rio de Janeiro: PUC, Departamento de Psicologia, 2019.

v. 51 f.

1. Dissertação (especialização) - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia.

Inclui referências bibliográficas.

1. Psicologia- Teses. 2. Obesidade. 3. Clínica.

“Nenhum de nós é perfeito, e tudo bem. A vida não é  
sobre a perfeição – é sobre apreciar o que temos”  
(Jonathan Lockwood Huie)



Dedico este trabalho a todos que me incentivam e me apoiam em todos meus projetos que chamo de sonhos a se tornarem realidade.

## **Agradecimentos**

Aos meus familiares, amigos e, em especial, ao Bruno Argolo Peixoto pela paciência e compreensão da minha ausência em muitos momentos ao longo dessa jornada.

Ao meu orientador Izidoro Flumignan pela sua energia positiva e sabedoria em me guiar na construção desse projeto.

Aos amigos que fiz nesta pós-graduação agradeço pelas alegrias, experiências e sentimentos compartilhados.

## RESUMO

Souza, Camila Santos. Transtorno alimentar e a insatisfação da imagem corporal na população masculina: relato de caso. Rio de Janeiro, 2019, 47 p. Trabalho de Conclusão de Curso-Especialização em Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Transtorno Alimentares: Obesidade, Anorexia e Bulimia. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Os transtornos alimentares e a preocupação com a imagem corporal eram estigmatizados como uma questão da população feminina. Observa-se que diversos fatores, como o biológico, o psicológico, o sociocultural e a mídia, vêm influenciando essa preocupação e o aumento desse transtorno em ambos os sexos. A imagem corporal é uma forma subjetiva de como o indivíduo se vê, acha que é visto e vê o outro. Atualmente, essas questões estão sendo mais abordadas e correlacionadas com outros transtornos psiquiátricos. Dessa maneira, este presente trabalho tem o objetivo de abordar a associação dos transtornos alimentares com a depressão e a insatisfação com a imagem corporal, dando enfoque na população masculina. É descrito um caso de um paciente com transtorno alimentar, que até os dias atuais apresenta insatisfação com a imagem corporal associado à depressão. Os transtornos alimentares apesar de estarem sendo cada vez mais diagnosticados, ainda permanecem um tabu para sociedade.

**Palavras chaves:** Transtornos alimentares, imagem corporal, população masculina.



## ABSTRACT

Souza, Camila Santos. *Eating disorder and body image dissatisfaction in the male population: case report*. Rio de Janeiro, 2019, 47 p. Trabalho de Conclusão de Curso-Especialização em Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Transtorno Alimentares: Obesidade, Anorexia e Bulimia. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Eating disorders and preoccupation with body image were stigmatized as a matter of the female population. It is observed that several factors, such as biological, psychological, sociocultural and media, have been influencing this concern and the increase of this disorder in both sexes. Body image is a subjective form of how the individual sees himself, thinks he is seen, and sees the other. Currently, these issues are being more addressed and correlated with other psychiatric disorders. Thus, this study aims to address the association of eating disorders with depression and dissatisfaction with body image, focusing on the male population. A case of a patient with eating disorder, who until today is dissatisfied with the body image associated with depression, is described. Eating disorders, despite being increasingly diagnosed, still remain a taboo for society.

**Keywords:** Eating disorders, body image, male population.

## **LISTA DE TABELAS**

<b>Tabela I.....</b>	<b>41</b>
----------------------	-----------

## SUMÁRIO

<b>RESUMO</b> .....	8
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>1. DEPRESSÃO E TRANSTORNOS ALIMENTARES</b> .....	18
<b>2. IMAGEM CORPORAL E A MÍDIA</b> .....	21
<b>3. TRANSTORNOS ALIMENTARES</b> .....	25
<b>CASO CLÍNICO</b> .....	31
<b>DISCUSSÃO</b> .....	33
<b>CONCLUSÃO</b> .....	39
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	43



## INTRODUÇÃO

O significado da alimentação vem mudando ao longo do tempo, o alimento antes visto como um objeto para nutrir e sobreviver, hoje, além dessas funções, é visto como objeto de prazer e de saúde. Antes se alimentava daquilo que a terra produzia, hoje nos alimentamos daquilo que a indústria dita como “saudável”. Isso vem nos trazendo consequências ao nosso corpo, como as doenças relacionadas com a alimentação, visto que no passado se destacava a desnutrição, a deficiência de nutrientes essenciais, atualmente também se falam nessas, mas se destacam a hipertensão, diabetes, obesidade e os transtornos alimentares.

Outro fator importante a se falar é o lugar que a comida vem ocupando no dia a dia, pois além da função de nutrir apresenta a função de afeto e de vício, nos fazendo refletir o atual uso da comida e como se tornou ameaçador seu uso inadequado. Ou seja, não se trata apenas do que se come, mas também como se come.

Para a psicanálise, a maneira como cada um de nós se alimenta mantém relação estreita com o que estamos vivendo emocionalmente e com o modo de como nos relacionamos com o mundo e com a vida, ou seja, não é apenas um distúrbio alimentar, mas uma junção do comer e ser. Apesar de parecer óbvio essa afirmação é importante explorarmos o comportamento alimentar do sujeito e sua relação com seu próprio corpo, com suas emoções e com o olhar do outro. Esse olhar que muitas vezes interfere negativamente a ponto de causar perturbações significativas como os transtornos alimentares, principalmente anorexia nervosa e bulimia nervosa.

Segundo Gilda Kelner (2004): “A Medicina trata o sintoma... A Psicanálise interpreta o sintoma como uma defesa, uma saída patológica. A Medicina quer corrigir a anorexia e a desnutrição, “impedindo” a morte. A Psicanálise quer compreender o que significam” (KELNER, 2004).

Os transtornos alimentares (T.A.), segundo DSM 5 (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª edição), são caracterizados por uma perturbação persistente na alimentação ou no comportamento relacionado à alimentação que resulta no consumo ou na absorção alterada de alimento e que

compromete significativamente a saúde física ou o funcionamento psicossocial. São descritos critérios diagnósticos para pica, transtorno de ruminação, transtorno alimentar restritivo/evitativo, anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno de compulsão alimentar (DSM-5, 2013).

A obesidade não está incluída no DSM-5 como um transtorno mental. Ela é uma condição crônica resultado do excesso prolongado de ingestão energética em relação ao balanço calórico. Uma gama de fatores genéticos, fisiológicos, comportamentais e ambientais, que variam entre os indivíduos, contribuem para o desenvolvimento da obesidade. A mesma está categorizada, na 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), no item de doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas. Entretanto, existem associações robustas entre a obesidade e uma série de transtornos mentais como, por exemplo: transtorno de compulsão alimentar, transtorno depressivo e esquizofrenia (DSM-5, 2013).

Atualmente, é muito comum vermos *bullying* relacionado ao peso, ao fato do indivíduo ser gordo, pois há uma pressão social quanto aos padrões corporais. Esses atos, podem muitas vezes levar ao surgimento da insatisfação da imagem corporal e uma baixa autoestima, e, conseqüentemente, ocasionar comportamentos inadequados para auxiliar na perda de peso, como: dietas restritas, jejuns prolongados, uso de medicações não prescritas, e, possivelmente, desencadear transtornos alimentares.

Esses transtornos estão associados a uma preocupação com imagem corporal, tanto em relação ao peso quanto em relação à forma, associados a outras comorbidades psiquiátricas, principalmente com a depressão, ansiedade, dependência química, transtornos de personalidades (principalmente transtorno de personalidade limítrofe), entre outras, assim como associados e influenciados pela cultura e pela mídia.

Segundo Klein e Walsh, 2004, os transtornos alimentares afetam predominantemente mulheres jovens, de raça branca e alto nível socioeconômico e cultural, com uma prevalência de relação homem:mulher de 1:10, apesar de atualmente ter se observado um grupo cada vez mais heterogêneo, pois observa-se na sociedade moderna que todas as classes sociais são afetadas pela pressão de beleza dita ideal. E em relação à idade de início há uma divergência entre alguns pesquisadores, pois foi encontrado tanto relatos que não existe diferença entre os

gêneros, quanto que os homens desenvolvem os transtornos alimentares mais tardiamente que as mulheres, entre 18-26 anos (MELIN, 2002).

Como demonstrado em estudo de Russel e Keel, 2002, dentre os homens com transtornos alimentares observa-se uma maior prevalência de anorexia e bulimia entre a homossexualidade masculina. Determinadas profissões apresentam uma maior incidência como bailarinos, atletas, modelos e profissionais da área de saúde, principalmente de nutrição (PINZON, 2004) (SILVA, 2012). Com relação ao padrão familiar, parentes de primeiro grau de pacientes com anorexia nervosa e bulimia nervosa têm maiores índices dessas doenças, isso igualmente ocorre com irmãos gêmeos dos pacientes, principalmente os monozigóticos (PINZON, 2004), mostrando a importância dos fatores genéticos.

Quanto à etiopatogenia, não há uma única etiologia responsável, acredita-se no modelo multifatorial, com contribuição de fatores biológicos, genéticos, psicológicos, socioculturais, assim como aspectos da personalidade. As alterações em vias noradrenérgicas e serotoninérgicas também podem ser um fator, devido às suas ações no humor, controle do impulso, regulação de fome e saciedade. E deve-se lembrar de dois pontos importantes: primeiro que os transtornos alimentares não surgem de repente, se desenvolve ao longo de vários anos, tendo seu início principalmente a partir de predisposições na infância e adolescência juntamente com ocorrências ao longo da história do indivíduo. E que a dieta e a cultura, por si só, não são capazes de produzir os transtornos alimentares, devendo estar associados a outros fatores etiológicos.

Não se deve deixar de mencionar como um dos aspectos etiológicos a relação intrafamiliar que pode influenciar tanto no surgimento quanto na manutenção dos transtornos alimentares, pois a insatisfação corporal expressada pelos pais, ou outros familiares, assim como seus comportamentos alimentares, tem influência sob as gerações seguintes. Afinal, é muito comum ouvirmos que bebê bonito e saudável é o bebê gordinho, e ao chegar à adolescência surge uma pressão para esse bebê gordinho emagrecer para atingir um suposto sucesso.

Segundo C.M.Morgan e A.M. Claudino Azevedo: “A pressão cultural para emagrecer é considerada um elemento fundamental da etiologia dos transtornos alimentares, que interage com fatores biológicos, psicológicos e familiares para

gerar a preocupação excessiva com o corpo e o pavor doentio de engordar” (MORGAN, AZEVEDO, 1998).

A imagem corporal (IC) pode ser definida como a formação multidimensional que envolve a percepção corporal, o desenho que uma pessoa tem em sua mente em relação ao tamanho, imagem e formas corporais, juntamente com os sentimentos que ela possui em relação a isso (SCHERER, 2010). Pode também ser definida como reflexo dos seus desejos, emoções e interação como meio e a cultura em que vive. O processo de formação da imagem corporal pode ser influenciado por uma série de fatores, dentre eles a relação do indivíduo com suas crenças e suas culturas (RIBEIRO, 2010).

Segundo alguns autores a imagem corporal é formada por três componentes: 1- o perceptivo (é relativo à percepção corporal), 2- o subjetivo (é relativo à satisfação com a aparência), 3- o comportamental (se refere às situações evitadas em função do desconforto social causado pela aparência) (OLIVEIRA, 2009). E essa formação é um *continuum* que está sempre em constante transformação. Há uma busca incessante daquilo que é dito belo, daquilo que é dito perfeito, e muitos indivíduos se sentem fracassados, insatisfeitos consigo e com seu corpo por não conseguirem chegar a esse objetivo, afinal, toda felicidade e sucesso na vida parece depender disso, fato que leva ao aparecimento de quadros psiquiátricos, como a depressão e os distúrbios alimentares.

Alguns estudos associam o surgimento da insatisfação da imagem corporal nas meninas ao período de maturação sexual (representada pela menarca), pois o corpo passa por diversas transformações fisiológicas decorrentes da puberdade, como o incremento da adiposidade corporal. Essas modificações podem gerar sentimentos negativos em relação ao seu próprio corpo, e assim desencadear o desejo de perder peso. Esse quadro torna-se preocupante na medida em que as adolescentes que desejam reduzir o peso corporal podem apresentar risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares. Já os estudos relacionando maturação física e características antropométricas de adolescentes masculinos brasileiros são relativamente escassos, provavelmente, isto está associado ao fato de ser mais difícil realizar estudos sobre maturação em meninos, já que, para este grupo, não existe um fenômeno correspondente à menarca, parâmetro frequentemente utilizado para avaliar a maturação no sexo feminino (SCHERER, 2010) (PETROSKI, 1991) (DUARTE, 1993).



Observa-se na atualidade uma mudança constante, rápida e rígida na moda, no modo de se vestir, de se portar, no tipo de alimentação “mais adequada”, nas formas corporais que estimulam a produção de corpos ora magros, ora musculosos, ora *plus size*, tornando muitas vezes o corpo um objeto, deixando-se de lado sua personalidade, o seu Eu e os seus prazeres em busca dessa satisfação corporal. Ou seja, há uma sujeição do indivíduo ao decreto da moda em detrimento a sua saúde e seu bem-estar, levando a uso de medicações não prescritas, a atividades físicas exageradas, dietas da moda e a um isolamento social devido à vergonha, baixa autoestima e insatisfação com sua imagem corporal, promovendo um distanciamento cada vez maior entre corpo idealizado, inatingível e o corpo vivido, o corpo real.

Essa relação entre insatisfação com a imagem corporal e sintomas de transtornos alimentares vem sendo constatada, principalmente em adolescentes e adultos jovens do sexo feminino e cada vez mais no sexo masculino e em crianças, levando a marcantes prejuízos psicossociais e aumento da morbidade e mortalidade (SCHERER, 2010).

Dessa forma, o objetivo deste artigo é exemplificar, com um caso clínico, as relações entre depressão, imagem corporal, e transtornos alimentares na população masculina.

## 1. DEPRESSÃO E TRANSTORNOS ALIMENTARES

A relação dos transtornos alimentares com outros transtornos psiquiátricos tem sido objeto de um crescente número de estudos nos últimos anos. De acordo com DSM-5 as características essenciais para um transtorno depressivo maior é um período, de pelo menos duas semanas consecutivas, com humor deprimido ou perda do interesse ou prazer em quase todas as atividades; o indivíduo deve também apresentar, pelo menos quatro sintomas adicionais como: alteração no apetite, no sono, na atividade psicomotora, diminuição de energia, sentimento de desvalia ou culpa, dificuldade para se concentrar e pensar ou pensamentos recorrentes de morte ou ideação suicida. Esses sintomas devem persistir a maior parte do dia, quase todos os dias e causar sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional e em áreas importantes na vida do indivíduo (DSM-5).

As alterações do apetite podem envolver redução ou aumento de peso. Alguns indivíduos deprimidos relatam que precisam se forçar para se alimentar, outros podem comer mais ou demonstrar avidez por alimentos específicos (p.ex., doces ou carboidratos). Quando as alterações no apetite são graves (em qualquer direção), pode haver perda ou ganho significativo de peso (DSM-5).

A depressão pode aparecer em qualquer idade, mas apresenta uma prevalência maior entre indivíduos de 18 a 29 anos, e afeta de 1,5 a 3 vezes mais o sexo feminino que o sexo masculino (DSM-5). A incidência ao longo da vida de transtornos do humor em pacientes com transtorno alimentar é quase universal chegando a 98%, sendo a depressão maior em pacientes portadores de anorexia nervosa uma taxa de 50-68%, e nos portadores de bulimia nervosa a incidência de depressão maior varia de 38-63% (FONTENELLE, 2002).

Os transtornos ansiosos são igualmente prevalentes nessa população, com índices que variam de 65% em anoréxicas e 36% a 58% em bulímicas e abuso de substâncias ocorre entre 30% e 37% na bulimia nervosa e entre 12 e 18% na anorexia nervosa (PINZON, 2004).

É necessário também entender que, para o ser humano, o alimento não tem o papel apenas de nutrir, mas também está relacionado com seu emocional e social. A relação com emocional inicia no aleitamento materno e se perpetua no social com o ato das refeições em conjunto, com o celebrar as datas comemorativas ao

redor da mesa. E também como uma função de “consolar” de “preencher um vazio” de diminuir uma ansiedade, uma angústia, caracterizada como fome psicológica.

Dessa maneira, observa-se que o emocional afeta diretamente na alimentação, no comportamento alimentar, fazendo com que essa perda ou ganho de peso, como dito anteriormente devido quadro depressivo, evolua para um transtorno alimentar. Afinal, no quadro depressivo há um sentimento de profunda desvalorização do próprio ser, da sua própria imagem corporal, sendo assim um fator de risco para o desenvolvimento desse distúrbio. Principalmente se o indivíduo comparar seu corpo como o que a mídia e a sociedade atual julga ser o padrão correto e o ideal para ser feliz.

Alguns estudos como de Liao et al. e Allen et al. falam sobre a relação entre alteração do humor e comportamentos de risco para desenvolvimento de transtornos alimentares. O primeiro relata que universitárias chinesas com sintomas de depressão e estado emocional de tensão estavam mais suscetíveis à adoção dos comportamentos alimentares de risco para os transtornos alimentares, já o segundo observou uma relação positiva entre o estado de humor negativo e os comportamentos alimentares de risco para os transtornos alimentares em mulheres australianas (FORTES, 2016).

Em muitos casos observa-se que quadros de insatisfação com imagem corporal e distúrbio alimentar a associação ao uso de substâncias lícitas (na maioria das vezes não prescritas por médicos) e/ou ilícitas para atingir esse corpo ideal, e conseqüentemente a uma suposta felicidade. Sendo, esse aspecto muito comum quando há o quadro de dismorfia corporal, levando assim ao uso de esteroides e hormônios do crescimento. A taxa de uso de esteróides anabolizantes entre jovens do sexo masculino é aproximadamente igual ao da anorexia e bulimia em mulheres jovens (ESTROTHER, 2012).

Uma grande questão em relação a esse uso é que, em curto prazo, traz mudanças rápidas na massa muscular e poucos efeitos colaterais, porém, o uso prolongado tem sido associado a muitas complicações tanto clínicas como aumento da próstrata e hipercolesterolemia, assim como complicações psicológicas como depressão e ideação suicida.

Estudos mostram que cerca de 24% das pessoas que sofrem com bulimia também lutam com abuso ou dependência de álcool, e que aproximadamente 57%

dos homens com transtorno da compulsão alimentar apresentam problemas de abuso de substâncias em comparação com apenas 28% das mulheres com compulsão transtorno alimentar (ESTROTHER, 2012).. Um dos motivos para usar essas substâncias é auxiliar no controle de peso.

Outro estudo concluiu que adolescentes com quadro ainda subclínico de anorexia nervosa e bulimia nervosa tinham chances duas vezes maiores de chegarem à idade adulta dependendo de nicotina, com distúrbios relacionados ao uso abusivo do álcool ou usando anfetaminas, pois muitos desses jovens iniciam o uso dessas drogas como práticas de dietas para perda de peso (GONÇALVES, 2013).

Dessa maneira, avalia-se que há uma relação nociva entre quadro depressivo, o transtorno alimentar, com seus comportamentos compulsivos, purgativos e restritivos, juntamente com abuso de hormônios e substâncias químicas para se atingir esse ideal de corpo.

No Brasil, a relação entre transtornos alimentares e dependência de substâncias psicoativas chega a 31%, afinal, o alimento exerce um papel similar a drogas psicotrópicas pelo prazer que causa nas pessoas, visto que ambas agem no mesmo sistema, o dopaminérgico, que é o sistema de recompensa (SOARES, 2016). E acredita-se que o tratamento realizado em programas integrados onde os transtornos psiquiátricos, como os transtornos do humor e transtornos alimentares, e os quadros de dependência de substâncias psicoativas são abordados em conjunto pela mesma equipe, apresentam maior eficácia nos resultados (BRASILIANO, 2005).

## 2. IMAGEM CORPORAL E A MÍDIA

Se fizermos uma avaliação sobre a imagem corporal ao longo da história poderemos observar que a questão com forma e peso corporal e com o que é dito belo sempre existiu. Na Grécia o corpo era cultuado diariamente e muito valorizado principalmente nos Jogos Olímpicos. Após, na Idade Média, com a forte influência da Igreja sobre a população, o culto ao corpo foi considerado pecado. Já no período Renascentista o retorno do culto ao corpo fica evidente através das artes onde o modelo de beleza exaltado era caracterizado por um corpo feminino obeso.

Conforme se pode verificar nas pinturas da época, os períodos anteriores ao século XIX traziam um padrão que retratava corpos volumosos e redondos. Nessa época a gordura era sinônimo de saúde, beleza e sedução. Ser obeso ou estar acima do peso estava associado ao poder, financeiro ou político, e a magreza representava a fome, a pobreza (FREITAS, 2010). Porém, com o passar do tempo, a figura humana ideal passou a ser um corpo magro, esguio e atlético. E é nas primeiras décadas do século XIX que reside o marco temporal da mudança na visão estética sobre o corpo, fechando os olhos para a obesidade e mirando em direção à magreza (FREITAS, 2010).

Assim, desde a Grécia antiga até os dias atuais, sempre existiu o interesse pelas coisas e pessoas belas e com a criação e desenvolvimento de instrumentos de captação e divulgação de imagem, seja ela estática ou em movimento, o corpo passa a ser mostrado e visto em escala mundial (FREITAS, 2010). Hoje, mais do que nunca, com o advento de um dos mais revolucionários meios de comunicação, informação e entretenimento de massa, a internet, imagens corporais atingem mais e mais pessoas, contribuindo para uma padronização do belo (FREITAS, 2010).

Existem evidências que dão suporte de que a mídia influencia no distúrbio da imagem corporal e no comportamento alimentar. Pois ao mesmo tempo em que faz uma abordagem a um estilo de vida “mais saudável” e a um padrão de beleza (magreza), também estimula, cada vez mais, o consumo de alimentos industrializados e calóricos, tendo como resposta, a esse paradoxo, o surgimento dos distúrbios alimentares. Afinal como consumir o alimento “saudável” da propaganda e manter-se dentro dos padrões de beleza da moda?

Análises têm estabelecidos que modelos, atrizes e outros ícones femininos vêm se tornando mais magras ao longo das décadas, e os ícones masculinos mais musculosos, o que estimula uma parte da população a se sentir pressionados a seguirem esse padrão, além de aprenderem técnicas não saudáveis de controle de peso, levando a uma busca incessante a um corpo inatingível.

Um ponto a se falar é que muitas vezes essa influência (mídia) se aproxima de forma sutil, pois não se diz abertamente que o indivíduo precisa ser magro ou musculoso para ser bem-sucedido e feliz, mas deixa-se pressuposto. Assim como disseminam falsas crenças que o corpo é infinitamente maleável e que podemos atingir esse objetivo de forma rápida e fácil, como vemos nas capas de revistas, anúncios na televisão ou internet, ou até mesmo nos rótulos de alguns alimentos, e dessa maneira, alcançar o sucesso em todas as áreas da vida.

Outro aspecto importante a ser abordado é: o quão importante é essa imagem corporal e a satisfação (nunca encontrada) do ego em detrimento a saúde para agradar o próximo e ser aceito socialmente, pois, observa-se uma baixa autoestima, uma falta de autoconfiança quando seu corpo não se encontra nos padrões idealizados da sociedade atual. Afinal, a imagem que o sujeito cria de seu corpo é, para ele, mais legítima que o próprio corpo, assim como o suposto olhar julgador do outro sobre seu corpo imaginário, sendo dois fatores importantes que influenciam no surgimento de comportamentos de risco para transtornos alimentares (RIBEIRO, 2010).

Nesse sentido, pesquisas recentes têm revelado prevalências elevadas de insatisfação com a imagem corporal em adolescentes do sexo feminino, esse quadro tem sido identificado como o principal precursor de transtornos alimentares, como a anorexia e a bulimia nervosa (FONTENELLE, 2002). Como, por exemplo, no estudo de Silvia et al., mostrou que a maioria das mulheres (estudantes do Curso de Nutrição da Universidade Federal de Ouro Preto – UFOP – MG, Brasil) com BSQ (Questionário de Imagem Corporal - *Body Shape Questionnaire* –BSQ) positivo para insatisfação corporal estavam eutróficas, reforçando assim esse imaginário que o sujeito cria em relação ao seu próprio corpo e a busca incessante do padrão de beleza adotado pela mídia (SILVA, 2012).

O psicanalista Philippe Jeammet, em 1985, já insistia sobre a provável relação entre o aumento dos transtornos alimentares nos últimos 30 anos e as

transformações no modo de vida dos indivíduos e nas relações intrafamiliares 7. Nos dias atuais, com o avanço da tecnologia, observa-se indivíduos cada vez mais sedentários, cada vez mais sem tempo, dando lugar as comidas semiprontas, aos *fast-foods*, muitas vezes comendo em pé, ou andando entre um compromisso e outro.

A Revolução Industrial provocou mudanças em vários aspectos socioculturais, com proliferação de indústrias, com a produção desenfreada que criou uma crescente necessidade de consumo de bens e de serviços, nos obrigando a sermos ágeis e aptos, fazendo com que as tradições familiares, do sentar à mesa e compartilhar o dia a dia fique no passado, ocasionando um aumento de peso e uma piora na qualidade de vida.

Esse aumento de peso vai contra ao que é dito normal na sociedade atual, vai contra ao padrão estético formulado pelas indústrias que constroem e desconstroem métodos para atingirmos esse padrão, fazendo com que muitos busquem soluções rápidas e milagrosas, como a dieta da moda, medicamentos, ou até cirurgia bariátrica, pois ninguém quer ficar imune à globalização da beleza. Assim, são vendidos o tempo todo produtos e serviços que colaboram tanto com a obesidade, como também com o padrão de estética dito perfeito, constituindo, assim, um paradoxo (BRAGA, 2007). Mas o que é normal ou anormal em relação à beleza, ao corpo, à saúde?

Em um trabalho realizado com um grupo de adolescentes (N=43), de ambos os sexos, na faixa etária entre 14-17 anos, em uma Instituição de base filantrópica CESAM (Centro Salesiano do Menor, na cidade de Vitória – ES) cujo objetivo era identificar o perfil nutricional e as expectativas dos adolescentes em relação a mudanças no perfil nutricional foram demonstradas que a maioria dos adolescentes apresentou insatisfação com o peso por se considerarem acima do peso desejado, apesar de estarem dentro da normalidade sob o ponto de vista nutricional (para avaliação foi utilizado o IMC – Índice de Massa Corpórea) e a importância dada à aparência ou estética foi destacada nas entrevistas, sendo o principal motivo de desejarem uma mudança (BRAGA, 2007).

Em outro estudo, realizado por Conti et al (CONTI, 2005), verificaram o efeito negativo da cultura e dos avanços tecnológicos ocidentais, juntamente com a pressão da mídia e destacam ainda o efeito provocado pela comparação entre

atrativos físicos das meninas e os de modelos dos anúncios das campanhas publicitárias veiculadas.

Recentemente, uma revisão avaliou que as pessoas que estão mais expostas à televisão terão atitudes que reflitam mais as realidades da mídia e menos reflexo das realidades sociais do mundo real, ou seja, há um maior impacto a exposição da mídia frente à insatisfação corporal, distúrbios alimentares e impulso a magreza, pois as pessoas acreditam na mídia e na mensagem que ela traz que felicidade e sucesso estão associados à beleza e magreza (HOGAN, STRASBURGER, 2008).

O que devemos atentar é que, apenas essa exposição da mídia não é o suficiente para o indivíduo desenvolver algum transtorno alimentar, as pessoas atingidas por essas divulgações e imagens já são propensas a isso, já apresentam questões com sua própria imagem corporal, questões em sua personalidade, além de influência de familiares ou amigos para perda de peso ou ganho de massa muscular, afinal é um transtorno de etiologia multifatorial.

Baseado nesse contexto há um estudo de Souto e Ferro-Bucher, 2006, que buscam analisar os motivos e incentivos para as práticas inadequadas de perda de peso, sendo observado tanto relato na história pessoal de presença e/ou sensação de sobrepeso/obesidade, insatisfação com imagem corporal, dietas realizadas sem acompanhamento médico, medo de engordar e influência de familiares, amigos e da mídia que as deixavam desconfortáveis consigo mesmas (OLIVEIRA, 2009).

Há um mal-estar na civilização que gera uma insatisfação em relação à autopercepção da imagem corporal e que vem trazendo alterações no comportamento alimentar e com isso graves distúrbios alimentares. Afinal, o corpo masculino ou feminino dito ideal, está cada vez menos atingível, o que acarreta um número cada vez maior de quadros depressivos, de uso abusivo de hormônios e inibidores do apetite e de atividades físicas excessivas.



### 3. TRANSTORNOS ALIMENTARES

De acordo com Appolinário e Claudino, 2000, as primeiras manifestações dos transtornos alimentares surgem na infância, onde se observa uma alteração em relação da criança com a alimentação, não necessariamente uma preocupação com corpo ou forma corporal, mas que pode interferir no desenvolvimento infantil, e na adolescência onde se observa uma intensa preocupação com o peso e a forma corporal, assim como baixa autoestima e elevados níveis de estresse psicológico, levando desenvolvimento de distúrbios alimentares, como nos casos de anorexia nervosa, bulimia nervosa, transtorno de compulsão alimentar, ortorexia, vigorexia dentre outros (APPOLINÁRIO, CLAUDINO, 2000).

Os transtornos alimentares representam o terceiro transtorno mental crônico mais comum entre adolescentes do sexo feminino, e alguns estudos avaliaram que há um prejuízo na qualidade de vida das pessoas com esses distúrbios, em comparação à população geral, especialmente no que diz respeito ao aspecto mental ou domínios que o compõem, além disso, a gravidade do quadro parece estar diretamente ligada ao prejuízo, ou seja, quanto mais grave a sintomatologia alimentar pior a qualidade de vida (TIRICO, 2010).

A anorexia nervosa (AN), foi a primeira a ser descrita em 1970 nas mulheres, e em 1972 Beumont sugeriu três critérios diagnósticos para esse distúrbio na população masculina, sendo eles: comportamentos para induzir a perda de peso, medo intenso em ganhar peso associado a perturbação da imagem corporal e disfunção endócrina (DEREK, SCOTT, 1986). Logo após, foi descrita a bulimia nervosa (BN), em 1979. Em 1980, os transtornos que não se encaixavam nem em AN, nem em BN foram classificados como Transtornos Alimentares Atípicos.

Atualmente, a prevalência da anorexia nervosa varia entre 0,3% a 3,7%, da bulimia nervosa varia entre 1,1% a 4,2% (YAGER, ANDERSEN, EGGER, HERZOG, MITCHELL et al, 2000).

No DSM 5 são descritos os seguintes diagnósticos: pica, transtorno de ruminação, transtorno alimentar restritivo/evitativo, anorexia nervosa, bulimia nervosa, transtorno de compulsão alimentar, outros transtornos alimentares especificados como, anorexia nervosa atípica, transtorno de purgação, síndrome do comer noturno, bulimia nervosa de baixa frequência e/ou duração limitada e

compulsão alimentar de baixa frequência e/ou duração limitada; e transtorno alimentar não especificado.

Anorexia nervosa, palavra de origem grega, que significa “falta/ausência de apetite”, porém ela não se caracteriza pela falta de apetite, e sim, por apresentar três características: a restrição persistente da ingesta calórica, medo intenso de ganhar peso ou engordar ou comportamento persistente que interfere no ganho de peso, levando a um peso corporal significativamente baixo (peso inferior ao peso mínimo normal) e perturbação na percepção do próprio peso ou da forma corporal.

Ocorre predominantemente em mulheres jovens, podendo iniciar o quadro na infância ou adolescência, de etiologia multifatorial (biológica, psicológica e social). O curso da doença é caracterizado por uma perda de peso progressiva e continuada, iniciam eliminando alimentos calóricos e após passam a restringir todos os tipos de alimentos, associando, às vezes, dietas restritivas, atividades físicas excessivas e outros métodos para auxiliar na perda de peso. Sendo essa perda de peso vista como uma conquista e um sinal de autodisciplina. Além de obterem um objetivo (peso e forma corporal) inalcançável, quanto mais perdem peso, maior é o medo de engordar. Embora alguns indivíduos se percebam magros, não assumem a gravidade do seu estado clínico, fato que dificulta iniciar o tratamento, que para muitos é sinônimo de ganho de peso.

Existem dois subtipos de apresentação da anorexia nervosa:

- 1- Tipo restritivo – está presente em 50% dos casos. Nesse tipo não ocorrem episódios de compulsão ou comportamentos purgativos, a perda de peso se dá através de dietas restritivas, jejuns e/ou atividades físicas excessivas;
- 2- Tipo purgativo – na qual ocorrem episódios de compulsão alimentar seguido vômitos, uso indevido de laxantes, diuréticos, enemas ou demais medicações. Essa purgação representa uma compensação secundária a ingesta indesejada das calorias.

Há várias complicações médicas como desnutrição, anemia, arritmias cardíacas e mortes súbitas, tendo a anorexia nervosa a maior taxa de mortalidade entre os distúrbios psiquiátricos, segundo alguns estudos, essa taxa varia de 5 a 15% dos casos (OLIVEIRA, 2009).

Existe ainda a Anorexia Nervosa Atípica que é caracterizada por preencher todos os critérios para anorexia nervosa, exceto que, apesar da perda de peso significativa, o peso do indivíduo ainda permanece dentro ou acima da faixa normal (DSM-5).

A Bulimia Nervosa, cujo o termo também tem origem grega, é uma derivação de duas palavras, "bous" que significa "boi" e, "limos" que significa "fome", ou seja, fome de boi. É composta por episódios recorrentes de compulsão alimentar, presença de comportamentos compensatórios inapropriados (vômitos, laxantes, inibidores do apetite, diuréticos, etc) recorrentes para impedir o ganho de peso e autocrítica prejudicada quanto a imagem corporal.

Ocorre com maior predominância no sexo feminino que no sexo masculino, com uma proporção de 10:1 (DSM-5), e com idade de início entre 17-20 anos e 20-25 anos, respectivamente (STEIGER, 1989), e na maioria dos casos há história prévia de sobrepeso/obesidade. A etiologia é multifatorial e sempre associada a uma pressão cultural para o emagrecimento. O vômito auto-induzido é o principal método compensatório, mas há outros métodos como uso inadequado (e sem prescrição médica) de medicamentos como laxantes, diuréticos, hormônios tireoidianos e agentes anorexígenos, além de dietas e exercícios físicos. Muitos pacientes buscam além da estética uma subjetiva estabilidade e controle, fazem dietas extremas seguidas de uma fome intensa e de episódio de compulsão alimentar, e para corrigir essa "falha" sobre o controle com a comida inicia os métodos compensatórios prejudiciais, gerando assim um ciclo vicioso. Associado a esse ciclo de compulsão-purgação há sintomas de angústia, tristeza, ansiedade, culpa e frustração. Pode haver complicações clínicas bucais, como erosões nos dentes, gastrointestinais e distúrbios hidroeletrólíticos, e apresenta maior associação com outros transtornos psiquiátricos como transtornos do humor, principalmente depressão (46-89%) (AZEVEDO, 1998), transtornos de ansiedade e abuso de substância, principalmente álcool e psicoestimulantes.

Um das diferenças entre anorexia nervosa e bulimia nervosa é o peso, pois no primeiro o indivíduo apresenta peso abaixo do considerado adequado pelo cálculo do IMC ( $IMC < 17$ ) e no segundo pode apresentar peso normal ou estar acima do peso.

O transtorno de compulsão alimentar periódica (TCAP) foi descrito pela primeira vez em 1950, porém apenas em 1994 foi incluído no DSM IV

(AZEVEDO, FONSECA, 2004). Os indivíduos com esse transtorno apresentam episódios recorrentes de ingestão de grande quantidade de alimentos, geralmente de conteúdos calóricos, em um curto período de tempo, acompanhada de uma sensação de falta de controle. Esse comportamento alimentar não ocorre associado a comportamento compensatório, e pode ser planejada em alguns casos.

Devemos atentar para dois fatores, um que não é necessário que um episódio de compulsão alimentar se limite a um único contexto, por exemplo, o indivíduo pode começar a comer compulsivamente em um restaurante e depois continuar a comer ao chegar em casa. Outro fator é que lanches contínuos, em pequenas quantidades de alimento, ao longo do dia, não são considerados compulsão alimentar (DSM-5).

A compulsão alimentar é caracterizada pela presença de um sofrimento marcante e por pelos menos três dos seguintes aspectos: comer muito mais rapidamente que o normal, comer até se sentir desconfortavelmente cheio, ingerir grandes quantidades de alimentos sem estar com sensação de fome física, comer sozinho por vergonha do quanto se come e sentir-se desgostoso de si mesmo, deprimido ou culpado em seguida (DSM-5).

A prevalência da TCAP é de 1,6% entre as mulheres e 0,8% entre os homens (DSM-5). Inicia geralmente na adolescência e fase adulta jovem, mas pode ter início na idade adulta. A maioria dos pacientes com esse transtorno apresenta uma autocrítica depreciativa, com sintomas depressivos e ansiosos, e pode ser responsável por 25% dos casos de obesidade (SADOCK, 2017), e está presente em 50% a 75% dos pacientes com obesidade grave ( $IMC \geq 40$ ) (SADOCK, 2017), que justificam sucessivos fracassos nas dietas para emagrecimento e sentem-se desesperados acerca de sua dificuldade de controle da ingestão de alimentos.

A síndrome do comer noturno assemelha-se ao TCAP, caracteriza-se por episódios recorrentes de ingestão  $\geq 50\%$  da energia diária após as 19h (HARB, 2010), manifestado pela ingestão ao despertar do sono noturno sendo ao menos uma vez por noite nos últimos três meses ou pelo consumo excessivo de alimentos depois de uma refeição noturna. Há consciência e recordação da ingestão, consumo de alimentos de alto valor energético, não é seguida de comportamentos compensatórios, causa sofrimento significativo ao indivíduo e ocasiona episódios de jejum matinal (anorexia matinal) pelo fato do indivíduo se sentir culpado.

Pesquisas recentes têm estimado uma prevalência de 0,5% a 1,5% na população americana, e verificado uma possível relação entre essa síndrome e uma maior incidência de obesidade e diabetes e conseqüentemente uma pior qualidade de vida (HARB et al, 2010).

Nos últimos anos, vem surgindo novos quadros considerados não oficiais pela Organização Mundial de Saúde (OMS) ou Associação Americana de Psiquiatria (APA), um deles é denominado de um comer transtornado, conhecido também como Ortorexia Nervosa (ON). A ON é descrita como uma fixação patológica pela saúde alimentar, caracterizada pela obsessão pelo alimento que o indivíduo julga correto, acarretando distorções alimentares significativas. Há uma deturbada preocupação com a qualidade dos alimentos e um desprezo pelos os que não os seguem o mesmo padrão alimentar, e essa visão obsessiva acerca dos alimentos “saudáveis” pode levar o paciente a evitar o convívio social que envolva alimentação e a uma autoimposição para tentar esclarecer a outros que sua dieta é “perfeita”, pois julga fazer uso de “alimentos politicamente corretos”.

A prevalência da ON na sociedade ainda é desconhecida, pois os trabalhos disponíveis foram realizados em amostras muito pequenas, porem alguns estudos sugerem uma maior tendência em certos grupos como profissionais de saúde, como médicos e nutricionistas (MARTINS, 2011) e em mulheres jovens, nível socioeconômico elevado e alto grau de instrução, principalmente nas pacientes que são influenciadas pela mídia a se dedicarem a cada vez mais na alimentação, com mudanças constantes no tipo de dieta com a promessa serem extremamente saudáveis e belas (FREITAS, 2010). Como essas pacientes se julgam saudáveis torna mais difícil o diagnóstico e tratamento.

Outro transtorno que não se deve deixar de abordar é o Transtorno Dismórfico Corporal (TDC), que apesar de estar incluso no capítulo dos transtornos obsessivos-compulsivos (TOC) e não no capítulo dos transtornos alimentares, tem estreita relação com esse último. Os indivíduos com esse transtorno apresentam preocupação irracional com um ou mais defeitos ou falhas percebidas em sua aparência física, que acreditam parecer feio, sem atrativos, anormal ou deformado (DSM-5). Essas falhas podem ser imaginárias não sendo perceptíveis ou parecem apenas sutis a olhos de terceiros. O TDC se assemelha ao TOC, pois ambos se caracterizam por pensamentos desagradáveis indesejados que conduzem a comportamentos compulsivos e repetitivos, tomando tempo e

causando vergonha, baixa autoestima e sofrimento significativo na vida do indivíduo (TORRES, FERRÃO, MIGUEL, 2005).

Outro aspecto em comum é o fato de ignorarem as percepções reais ou as opiniões alheias, como, por exemplo, um paciente com TDC não considera o que vê no espelho, assim como o paciente com TOC não considera que a porta foi trancada e volta várias vezes para verificar. Entretanto há diferenças, pois nos casos de TOC podem ter obsessões de diferentes conteúdos e nos casos de TDC se atêm as questões corporais, como nos quadros de anorexia nervosa e vigorexia.

A prevalência do TCD na população geral varia de 0,7% a 1,7%, e nos pacientes com TCAP é de aproximadamente 9% 39, sendo a média de idade de início do transtorno é de 16-17 anos 1. As primeiras publicações de casos clínicos sobre comorbidades entre TDC e TA foram em 1980. Atualmente estudos mostraram que a relação entre esses transtornos é frequente gerando maior gravidade, maior tentativa de suicídio e fracassos no tratamento; assim como o fato de que alguns portadores de TA podem apresentar períodos com sintomas de TDC antes do surgimento das alterações no comportamento alimentar (NASCIMENTO et al, 2010).

Para todos os transtornos alimentares existe um tratamento adequado, sendo esse realizado por uma equipe multiprofissional, e quanto mais precoce o diagnóstico e o início desse tratamento, melhor o prognóstico, devido à gravidade desse transtorno. O tratamento vem avançando nos últimos anos, sendo o diagnóstico realizado, principalmente, através da anamnese, uso dos critérios do DSM 5, assim como uso de instrumentos/questionários, exame psíquico e exame físico. Hoje se preconiza um tratamento medicamentoso e psicoterápico ambulatorial juntamente com apoio dos familiares, enquanto a internação hospitalar fica reservada para casos mais graves com complicações clínicas e/ou psiquiátricas. Apesar dessa evolução, o manejo desses casos ainda permanece sendo difícil e desafiador para equipe profissional devido à complexidade do transtorno.

Por se tratar de transtornos crônicos e que oscilam em suas apresentações (pacientes apresentam remissões e exacerbação dos sintomas periodicamente ou transição para outro transtorno alimentar), há poucos estudos sobre o prognóstico após tratamentos ambulatoriais ou hospitalares, assim como tempo de tratamento e critérios de melhora.

## CASO CLÍNICO

M.L.S, masculino, 33 anos, branco, médico, solteiro, natural de Minas Gerais, católico, sem filhos. Altura: 1.76m

Relata que aos 17 anos quando tinha por volta 72Kg (IMC: 23,24kg/m<sup>2</sup>) e iniciou quadro depressivo, devido *bullying* por ser homossexual, com aumento do peso para aproximadamente 80Kg, e dizia: na depressão eu só comia; a comida me dava prazer, e também, levantava de madrugada fazia brigadeiro e comia, chegando a ingerir até um saco de pão de forma, mesmo tendo jantado antes de dormir. Tendo iniciado nessa idade o uso de álcool de forma social.

Aos 18 anos, após mudar de colégio, apresentou um aumento ainda mais significativo do peso indo para 92Kg (IMC: 29,7kg/m<sup>2</sup>), “fui comprar uma bermuda e vi que a 40, a 42 e nem a 44 serviam, foi aí que decidi emagrecer”. Diz ter começado com dieta restritiva por conta própria e caminhada, iniciando uso de tabaco, tendo perdido 10Kg em 1 mês.

M.L.S. refere que se sentia bem com a perda de peso, que após um tempo estabilizou, assim o mesmo iniciou uma medicação que seu pai fazia uso (Femproporex - supressor do apetite) e restringir ainda mais a dieta. “Usava 2 a 3 comprimidos por dia, chegando a ficar 24 a 48 horas em jejum”, “voltei a perder peso novamente e achava ótimo”.

Aos 19-20 anos diz que com a dificuldade em comprar essa medicação, devido à restrição da Anvisa, M.L.S. iniciou uso de laxativos, e dizia que quando achava que comia muito tomava até uma caixa. Relata que apresentava episódios compulsivos após as dietas restritivas, e que pela manhã ia para academia em jejum, e que ao longo do dia usava ainda mais laxante. Conta que em uma dessas idas a academia em jejum, realizou atividades de tão intensificada tendo causado tonteira, hipotensão e hipoglicemia.

Aos 22 anos estava com peso de 62Kg (IMC: 20,01kg/m<sup>2</sup>). “Por mais que eu emagrecia, eu queria perder mais”. Refere que já foi a várias nutricionistas, porém não confiava nas dietas, “achava que algumas coisas prescritas iam me engordar”.

Aos 23 anos quando formou em enfermagem permanecia com 62Kg e logo após mudou de país, onde trabalhou como cozinheiro e garçom. Nesse período

fora do Brasil relatou piora do seu quadro depressivo, ocasionando uma perda de peso ainda maior 58Kg (IMC:18,72kg/m<sup>2</sup>), porem, cessou o uso do laxante.

Aos 26 anos quando retornou ao Brasil pesava 65Kg (IMC: 20,98kg/m<sup>2</sup>), e iniciou da Faculdade de Medicina e permaneceu fazendo dietas restritivas sem orientação de um profissional, com alguns episódios de compulsão e de restrições alimentares associada à atividade física em excesso.

Aos 30 anos, 70Kg (IMC: 22,6kg/m<sup>2</sup>) estudante de medicina, relata ter iniciado tratamento psiquiátrico para depressão, e aos 31 anos ter cessado o uso de tabaco. Nega uso de outras drogas e internações psiquiátricas.

Atualmente, com 33 anos e médico, trabalha como clínico geral em Minas Gerais, mantém relacionamento homoafetivo estável, apresenta peso de 72kg (IMC: 23,57kg/m<sup>2</sup>). Relata que ainda apresenta alguns episódios de compulsão alimentar ora sem comportamentos compensatórios, ora realizando jejum matinal associado à atividade física.

M.L.S. mesmo com IMC dentro da normalidade (23,57kg/m<sup>2</sup>) se julga uma pessoa “gordinha” e refere grande medo de engordar a ponto de não conseguir se pesar. Afirma que avalia seu peso pelas roupas e diz ser muito autocrítico e que gostaria de emagrecer ainda mais.

No momento, encontra-se em tratamento medicamentoso para Depressão em uso de Desvenlafaxina, associado à Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) e, apesar de estar com peso normal, ainda apresenta distúrbio da imagem corporal.

Em sua história familiar o pai é portador de diabetes mellitus, hipertensão arterial e obesidade. Mãe hipertensa, e irmã não apresenta comorbidades clínicas. Nega história de doença psiquiátrica na família.



## DISCUSSÃO

A literatura aponta que os transtornos alimentares em homens têm uma menor prevalência do que em mulheres, como já citado anteriormente a proporção homem/mulher é de 1:10 (PINZON, 2004), podendo variar de acordo com os critérios utilizados.

Apesar de alguns casos de transtornos alimentares em homens já terem sido citados em artigos científicos como, em 1689, Richard Morton que relatou primeiro caso de anorexia nervosa que ficou conhecido como *nervous consumption*; em 1790, Robert William publicou o relato *Remarkable Case of Abstinence*, dentre outros, observa-se que até 1980 questões relacionadas à imagem corporal eram vistas como uma preocupação exclusivamente feminina, o que contribuiu para uma crença que homens não sofressem desse distúrbio. Entre outras possíveis razões para este fato é que, ao longo de quase um século, acreditaram que o baixo número de casos eliminava os homens de qualquer estatística, além da compreensão psicanalítica (década de 40) da anorexia como sintoma de um suposto medo de fecundação oral, e a falsa crença de que os transtornos alimentares eram distúrbios limitados ao gênero feminino, pois tinha como um dos critérios diagnósticos a presença de amenorreia.

O caso em tela enquadra-se no perfil de paciente sexo masculino, cuja depressão inicia-se na adolescência, após sofre *bullying* devido sua homoafetividade nas escolas onde estudava. Esse transtorno do humor trouxe como consequência psicopatológica o distúrbio da imagem corporal, ocasionando o transtorno alimentar bulímico purgativo. Entretanto, M.L.S., após 13 anos do início dos sintomas, procurou ajuda especializada relatando apenas suas questões com o humor e, portanto, não foi realizado de imediato o diagnóstico de transtorno alimentar.

Culturalmente o homem tem dificuldade de expressar seus sentimentos, angústias e indecisões, seja para seus amigos, familiares ou parceiros e até para si mesmos. Além disso, apresentam receio sobre a dependência medicamentosa e a possível perda de sua virilidade. Esses aspectos dificultam a prevenção, o diagnóstico precoce e o prognóstico. Geralmente os homens, comparativamente as mulheres, quando procuram auxílio médico e/ou psicológico já se encontram em estados avançados de suas patologias.

Outro fator que devemos atentar nos transtornos alimentares, em ambos os sexos, é a migração de uma expressão clínica para outra, o que demonstra que o alimento se torna o objeto compensador das angústias não resolvidas, seja de causa metabólica, psicológicas ou ambas.

Assim como se observa no caso clínico ilustrado, o paciente após ter iniciado o quadro depressivo apresenta um aumento de peso devido recorrentes episódios de ingestas calóricas noturnas, como ocorre na síndrome do comer noturno. Esse aumento de peso gera um distúrbio da imagem corporal e M.L.S. inicia dietas restritivas e atividade física intensa ocasionando uma perda de 10kg em 30 dias, mesmo assim, expressa desejo de perder mais peso e intenso medo de engordar, associando, dessa maneira, uso de medicações para auxiliar nessa perda, fato que caracteriza um quadro de anorexia atípica, pois, como já dito anteriormente, esse distúrbio preenche todos os critérios para anorexia nervosa, exceto que, apesar da perda de peso significativa, o peso do indivíduo ainda permanece dentro ou acima da faixa normal. Após, o paciente inicia episódios de compulsões alimentares seguidos de comportamentos compensatórios e mantém o distúrbio da imagem corporal, fechando diagnóstico para bulimia nervosa. Atualmente, seu quadro clínico oscila entre a bulimia e o transtorno de compulsão alimentar.

Esse fato deve aumentar a atenção da equipe terapêutica, principalmente nas fases anoréxicas, pois há riscos mais elevados de suicídios. Sabe-se que o suicídio é um risco particular, no entanto, a anorexia é a doença psiquiátrica que apresenta maior índice de mortalidade. Segundo Saito, Fagundes-Neto (2004, apud SCHMIDT, E., MATA, G. F, 2008) estima-se que a taxa de mortalidade associada à anorexia nervosa é em torno de 5%, principalmente devido a doenças cardíacas e suicídios 31. E de acordo com Harris EC, Barraclough B. (1998, apud Veras JLA, Ximenes RCC, Vasconcelos FMN, et al., 2018) acredita-se que 20 a 40% das mortes em anorexia nervosa são resultados de suicídio e que pacientes com esse transtorno alimentar são 23 vezes mais suscetíveis a risco de suicídio do que a população em geral (VERAS, XIMENES, 2018).

Dessa maneira, apesar do crescente número de estudos publicados sobre os transtornos alimentares nas três últimas décadas, tanto a anorexia e quanto a bulimia nervosa em homens permanecem pouco compreendidas (APPOLINÁRIO, 2000). A taxa de transtornos alimentares no sexo masculino é,

segundo alguns estudos, em torno de 10% do total pacientes atendidos por profissionais de saúde, tendo como um dos fatores contribuinte é a falta de familiaridade de profissionais de saúde no assunto, o que tem dificultado o diagnóstico precoce, causando um atraso no tratamento e, conseqüentemente, aumentando o risco de complicações clínicas e/ou psiquiátricas com piora do prognóstico (MELIN, 2002).

Assim, observa-se uma necessidade de um maior número de pesquisas e estudos com foco nessa população e suas questões específicas do gênero para que o profissional da saúde possa fazer um melhor acolhimento, assim como, realizar diagnóstico precoce, acompanhamento adequado e obter um bom prognóstico.

Uma pesquisa realizada por Carlat, Camargo Jr. E Herzog, entre 1980 e 1994, descrevem 135 casos de transtornos alimentares em homens em que 62 (46%) possuíam bulimia, 30 (22%) tinham anorexia e 43 (32%) tinham diagnóstico não específico; e em todos os casos havia associação com outros distúrbios psiquiátricos como depressão, transtorno de personalidade e alcoolismo (SOPHIA, 2011).

Outro fator, que é considerado uma barreira à procura de ajuda, é a estigmatização e a estereotipagem, pois como já dito anteriormente, era um transtorno considerado feminino. E ao se falar em questões específicas desse gênero (masculino) é importante atentarmos sobre o histórico de peso, abuso sexual ou outros traumas físicos e psíquicos, orientação sexual, insatisfação com a imagem corporal, comorbidades psiquiátricas associadas, e influência da mídia e além disfunções endocrinológicas.

Atualmente a mídia vem crescendo seu foco na população masculina, falando cada vez mais sobre a saúde do homem e ditando suas padronizações, o que leva a um pensamento semelhante à população feminina que só se é feliz e bem-sucedido se magro ou musculoso, e juntamente a essa padronização traz as soluções milagrosas como, variadas dietas, como realizar atividades físicas e os benefícios das medicações e das cirurgias de estética.

O Brasil, de acordo com a Comissão Internacional de Controle de Narcóticos (CICN), é o maior consumidor de medicamentos para emagrecimento. Em 2007, o consumo de moderadores de apetite, foi de 12,5 pessoas a cada mil habitantes, quase o triplo do consumo dos Estados Unidos (4,5 pessoas por mil habitantes). Em um estudo realizado em 487 alunos, do Hospital Universitário

Júlio Müller da UFMT, 9% utilizaram remédios para emagrecer, sendo sua maioria entre 21-30 anos com IMC normal, sendo um dos principais motivos à insatisfação com a própria imagem corporal, e os mais utilizados foram a anfepramona (0,4%) e o femproporex (0,3%), assim como ocorre no caso clínico em questão (TOLEDO, CASTRO E FRANÇA, 2010).

Há estudos que mostram que os homens antes de iniciarem um distúrbio alimentar apresentam corpos de leve a moderadamente obesos e que usam a atividade física como principal forma de perda de peso, e conseqüentemente, como forma de evitar doenças clínicas, fato que contrasta com a população feminina (ESTROTHER, 2012). As mulheres, em sua maioria, apresentam peso normal antes de iniciarem um distúrbio alimentar e tem como objetivo, ao usar métodos compensatórios (sendo o principal o vômito, seguido de laxantes e pílula de emagrecimento), a magreza, e não pensam em evitar doenças clínicas (ESTROTHER, 2012). No caso clínico demonstrado, o paciente estava com sobrepeso quando iniciou o uso de métodos como atividade física em excesso, uso de pílulas de emagrecimento e laxantes para auxiliar na perda de peso.

E neste contexto, sobre comportamentos para perda de peso, é importante relatarmos que na atualidade não é de se estranhar ver homens na academia de ginástica desenvolvendo as regiões superiores do corpo, afinal, essas atitudes estão ligadas a um dito ideal estético e a um símbolo de força e virilidade masculina (SOPHIA, 2013).

Outra questão a ser abordada são os traumas físicos e psíquicos, incluindo abuso sexual e *bullying* na infância ou adolescência nos homens, assim como aconteceu no caso descrito pois o paciente M.L.S. sofreu *bullying* devido sua homoafetividade. Estes traumas são, muitas vezes, compensados patologicamente através do distúrbio da imagem corporal. Existem casos que ocorre aumento do peso como forma de proteção, conhecida psicanaliticamente como prótese psíquica, que é um termo criado pela psicóloga Ivanise Fontes, que fala sobre um envelopamento psíquico e protetor do indivíduo (FONTES, 2010).

Alguns estudos relatam que o conflito em relação à sexualidade antecede o aparecimento de anorexia nervosa em até 50% dos pacientes do sexo masculino (DEREK e SCOTT, 1986) e outros estudos observaram que 20% da população de homossexuais masculinos sofrem com transtornos alimentares, como é descrito

nesse relato de caso, fato que ocorre ao contrário em mulheres, a orientação sexual teria um papel protetor (ANDRADE e BOSI, 2003).

Portanto, ser homossexual não é, por si só, preditivo de desenvolvendo um distúrbio alimentar em homens; no entanto, a homossexualidade é um fator de risco para um homem desenvolver um transtorno alimentar (ESTROTHER, 2012).

Alguns grupos de homens apresentam maiores chances de desenvolver um transtorno alimentar, como bailarinos, modelos, ginastas, fisiculturistas, lutadores/atletas, assim como nas mulheres (ESTROTHER, 2012). Outro grupo que evidencia alto índice de transtornos alimentares são os universitários, ambos os sexos, na área de saúde principalmente, pois vinculam-se a sua imagem como exemplo a ser dado aos pacientes, assim como êxito na carreira.

Em relação ao quadro clínico dos transtornos alimentares em ambos os sexos são bastante similares, assim como a importância de uma minuciosa avaliação do estado nutricional, das complicações agudas e crônicas e da investigação de possíveis diagnósticos diferenciais, para obter uma melhor conduta, visto que o manejo do tratamento e a resposta terapêutica também são similares nos dois gêneros.

As complicações clínicas geralmente estão relacionadas às práticas compensatórias para o controle de peso e ao estado nutricional do paciente e podem surgir devido ao atraso no diagnóstico e do início do tratamento, o que eleva a mortalidade desses transtornos. Como por exemplo: desidratação, hipotensão arterial, hipoglicemia principalmente após os vômitos; distúrbios hidroeletrólíticos como hipocalemia por uso de diuréticos e laxantes, aumento das glândulas parótidas, principalmente nos pacientes bulímicos (10 a 50%) (ASSUMPCÃO e CABRAL, 2002) e diminuição da testosterona e osteopenia em casos de perda significativa do peso.

Um estudo apontou que os homens anoréxicos entraram em tratamento em média 2,1 anos após o início do distúrbio, um atraso mais curto que os das mulheres deste estudo, e que os homens anoréxicos em relação aos bulímicos são mais propensos a serem encaminhado por um médico da atenção primária ou por um familiar devido ao fato da perda de peso extrema atrair mais a atenção de terceiros (CARLAT, CAMARGO e HERZOG, 1997). Há também pelo fato de homens bulímicos se sentirem envergonhados por apresentarem um transtorno

estereotipado como feminino, e assim, demorarem mais para procurar ajuda especializada (CARLAT, CAMARGO e HERZOG, 1997). Esse atraso na procura de ajuda leva aos homens apresentarem, muitas vezes, pior prognóstico que as mulheres (CRISP e TOMS, 1972).

Em relação à insatisfação com a imagem corporal observa-se que os homens apresentam mais tardiamente que as mulheres, entre 18-26 anos, como citado no caso clínico em questão, pois a puberdade inicia e termina mais tardiamente nos homens (MELIN, 2002). Alguns autores afirmam que durante a puberdade há um aumento da gordura corporal, principalmente nas meninas, o que resulta numa mudança de aparência física e no sentimento pelo corpo, levando a uma busca para uma mudança corporal e o aparecimento de sintomas depressivos (SCHERER, 2010) (PETROSKI, 1999) (DUARTE, 1993). Quanto às comorbidades ambos os sexos estão associados a outros transtornos psiquiátricos, especialmente depressão, ansiedade e abuso de álcool e outras drogas.

## CONCLUSÃO

A maioria das pesquisas sobre insatisfação com imagem corporal e transtornos alimentares se concentram na população feminina, e embora tenha se observado um crescente avanço sobre para população masculina ainda há pouca literatura a respeito. Um dos motivos, como já citado, é a estigmatização desses distúrbios, que ficaram estereotipados como femininos, levando a uma maior dificuldade de muitos homens em procurar ajuda especializada para expressar suas questões com a imagem corporal.

Acredita-se, também, que a diferença de prevalência entre os gêneros nos transtornos alimentares está influenciada pela idealização de magreza que é mais imposta para população feminina, apesar da sociedade moderna está cada vez mais voltada para “saúde” masculina.

Como exposto no decorrer do artigo os transtornos alimentares em homens apresentam etiologia multifatorial, com uma idade de início, na maioria dos casos, entre 18 e 26 anos, tendo uma prevalência inferior à população feminina. Outra característica é a tendência desse gênero apresentar histórico de sobrepeso ou obesidade no início do distúrbio, e também uma predisposição maior em usar a atividade física excessiva como método compensatório para perda e/ou regularização do peso. Em relação à sexualidade, observa-se uma discussão cada vez maior sobre o tema, visto que as pesquisas mostram a homossexualidade como um dos fatores de risco para essa população.

Outro ponto importante é que, em média, esse gênero inicia o tratamento após dois anos da iniciação dos sintomas, pois, muitas vezes, tendem a procurar ajuda para as comorbidades associadas como depressão e dependência de álcool e/ou outras drogas, o que pode ocasionar piora do prognóstico e surgimento de complicações clínicas.

No caso clínico em questão o paciente apresenta ao longo de sua história clínica migrações entre os diagnósticos, tendo como o de maior predominância, e ainda atual, a bulimia nervosa associada à insatisfação com a imagem corporal. E são poucas as pesquisas em relação às diferenças entre os gêneros desse distúrbio (tabela I), ou de qualquer outro específico, pois a maioria realiza comparações entre essas populações no transtorno alimentar em geral.

Portanto, deve-se destacar que há razões diferentes para gerar essa insatisfação com a imagem corporal e iniciar o distúrbio alimentar entre os sexos, e, dessa maneira, atentar a importância de abranger mais estudos sobre a etiologia dos transtornos alimentares nos homens, como também aprofundar sobre os fatores que predispõe essa sintomatologia nessa população. Assim como uma melhor capacitação dos profissionais de saúde para que não ocorra subdiagnósticos desses casos, uma melhoria, valorização e maior divulgação na promoção de saúde do homem, assim como uma promoção de cultura onde a vulnerabilidade masculina seja aceita de uma forma dita normal, mas não como apenas uma questão feminina.

Este contexto deveria gerar reflexões sobre o que é dito normal, sobre o que se é padronizado, qual o conceito de beleza e de saúde em relação ao peso e à imagem corporal. O que significa um corpo magro e/ou musculoso que é tão vangloriado, em detrimento de um corpo obeso que se associa a uma baixa autoestima e infelicidade, tendo, assim, uma busca incessante para atingir esse dito padrão estético que não respeita as diferenças sociais e biológicas de cada um. Afinal, ditam como padrão uma estrutura corporal que para muitos se torna inalcançável devido a sua genética, levando a acreditar nas dietas milagrosas e procedimentos estéticos e cirúrgicos como o único meio de ser aceito pela sociedade lipofóbica (medo de gordura).



**Tabela I**

As diferenças entre os gêneros no transtorno alimentar – Bulimia Nervosa

Transtorno Alimentar (TA): Bulimia Nervosa	Homens	Mulheres
Prevalência	1	10
Etiopatogenia	Multifatorial	Multifatorial
Idade	18-26 anos	13-18 anos
Peso no início do tratamento	Sobrepeso/obesidade	Normal
Método compensatório mais utilizado	Atividade física	Vômitos
Sexualidade	Homossexual	Heterossexual
Início do tratamento	Mais tardio	Mais precoce
Disf. Endócrinas* /**	Diminuição testosterona	Amenorreia
Depend álcool*** /****	57%	28%
Prognóstico	Ruim	Mediano

\* Disf.: Disfunção

\*\* Complicação devido à perda de peso

\*\*\* Depend: Dependência,

\*\*\*\* HOWARD STEIGER. Anorexia Nervosa and Bulimia in Males: Lessons from a Low-risk Population. Can. J. Psychiatry Vol. 34, June 1989.

## **FONTE DE DADOS**

A busca pelos artigos foi realizada na base de dados do SciELO, portal periódico. CAPES, BDTB, Google Acadêmico, Lillacs, combinando-se os termos ‘transtornos alimentares’, ‘homens’, ‘população masculina’, ‘depressão’, nos idiomas português e inglês. Foram considerados todos os artigos publicados que abordavam a relação desses assuntos, sem restrição de data de publicação, sendo selecionados 70 artigos.

## REFERÊNCIAS

ALVES, E, VASCONCELOS, FAG, CALVO, MCM, NEVES, J. **Prevalência de sintomas de anorexia nervosa e insatisfação com a imagem corporal em adolescentes do sexo feminino do município de Florianópolis**, Santa Catarina, Brasil. Cad Saúde Publica. 2008;24(3):503-12.

ANDRADE, Angela; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. **Mídia e subjetividade: impacto no comportamento alimentar feminino**. Rev. Nutr., Campinas, v. 16, n. 1, p. 117-125, jan. 2003.

APPOLINÁRIO, JC, CLAUDINO, AM. **Transtornos alimentares**. Rev. Bras. Psiquiatr. vol.22 s.2 São Paulo Dec. 2000

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS (APA). DSM-5**. 5ª edição. APA, 2013.

ASSUMPÇÃO, CL, CABRAL, MD. **Complicações clínicas da anorexia nervosa e bulimia nervosa**. Medical complications of anorexia bulimia nervosa. Rev Bras Psiquiatr 2002;24(Supl III):29-33.

AZEVEDO AMC, ABUCHAIM ALG. **Bulimia nervosa: classificação diagnóstica e quadro clínico**. In: NUNES MA, APPOLINÁRIO JC, ABUCHAIM ALA, COUTINHO W. Transtornos alimentares e obesidade. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998.

AZEVEDO, A.P.; SANTOS, C.C.;FONSECA, D.C. **Transtorno da compulsão alimentar periódica**. Binge Eating Disorde. Rev. Psiq. Clin. 31 (4); 170-172, 2004.

BITTENCOURT, L. J, ALMEIDA, R. A. **Transtornos alimentares: patologia ou estilo de vida?** Psicologia & Sociedade; 25(1): 220-229, 2013.

BRAGA, PD, MOLINA, MCB, CADE, NV. **Expectativas de adolescentes em relação a mudanças do perfil nutricional**. Expectations of adolescents in relation to the changes of nutritional profile. Ciênc. Saúde coletiva vol.12 no.5 Rio de Janeiro Sept./Oct. 2007.

BRASILIANO, S. **Comorbidade entre dependência de substâncias psicoativas e transtornos alimentares: perfil e evolução de mulheres em um tratamento específico para dependência química** [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2005. 194p.

CAMARGO, T.P.P, COSTA, S.P.V, UZUNION, L.G, VIEBIG, R.F. **Vigorexia: revisão dos aspectos atuais deste distúrbio de imagem corporal**. Bigorexia: review of the current aspects of this body image disorder. Rev. bras. psicol. esporte [online]. 2008, vol.2, n.1, pp. 01-15. ISSN 1981-9145.

CARLAT, D.J.; CAMARGO JR., CA; HERZOG, D. *Eating disorders in males: a report on 135 patients*. American Journal of Psychiatry, v. 154, n. 8, p. 1127-1132, 1997.

CARVALHO, R. S., AMARAL, A.C.S., FERREIRA, M. E. C. **Transtornos alimentares e imagem corporal na adolescência: uma análise da produção científica em psicologia**. Psicologia: Teoria e Prática – 2009, 11(3):200-223.

CLAUDINO, A.M, BORGES, M.B.F. **Crítérios diagnósticos para os transtornos alimentares: conceitos em evolução**. *Diagnostic criteria for eating disorders: evolving concepts*. Rev. Bras. Psiquiatr. vol.24 suppl.3 São Paulo Dec. 2002.

CONTI, MA, FRUTUOSO, MFP, GAMBARDELLA, AMD. **Excesso de peso e insatisfação corporal em adolescentes**. Rev Nutr 2005; 18(4): 491-497

CORDÁS, T.A. **Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico**. Classification and Diagnosis of Eating Disorders. Rev. Psiq. Clin. 31 (4); 154-157, 2004.

CORDÁS, T.A., Claudino A.M. **Transtornos alimentares: fundamentos históricos**. Eating disorders: historical background Eating disorders: historical background. Rev Bras Psiquiatr 2002;24 (Supl III):3-6

CRISP, A. H., TOMS, D. A. *Primary Anorexia Nervosa or Weight Phobia in the Male: Report on 13 Cases*. British medical journal 5 february 1972.

DAMASCENO, V.O. et al. **Imagem corporal e corpo ideal**. *Body image and ideal body*. R. bras. Ci. e Mov. 2006; 14(2): 81-94.

DEREK, W. SCOTT, B.Sc. *Anorexia Nervosa in the Male: A Review of Clinical, Epidemiological and Biological Findings*. *International Journal of Eating Disorders*, Vol 5, No. 5, 799-819 (1986).

DUARTE, MFS. **Maturação física: uma revisão da literatura, com especial atenção à criança brasileira**. Cad Saúde Pública. 1993;9 (Supl.1):71-84.

ERICKSON, S.J, GERSTLE, M. *Investigation of ethnic differences in body image between Hispanic/biethnic-Hispanic and non-Hispanic White preadolescent girls*. Body Image. 2007;4 (1):69-78.

ESTROTHER, E. et al. *Eating Disorders in Men: Underdiagnosed, Undertreated, and Misunderstood*. Eating Disorder, 20: 346-355, 2012.

FERNANDES, MH. **Transtornos alimentares: anorexia e bulimia**. São Paulo. Casa do Psicólogo®, coleção clínica psicanalítica/dirigida por Flávio Carvalho Ferraz, 2006

FONTENELLE, LF et al. **Transtornos alimentares e o espectros do humor e obsessivo compulsivo**. Rev Bras Psiquiatr 2002;24(Supl III):24-8.

FONTES, I. **Psicanálise do sensível: fundamentos e clínica**. Aparecida: SP: Ideias & Letras, 2010.

FORTES, Leonardo de Sousa e cols. **Relação entre humor e comportamentos alimentares de risco a transtornos alimentares em adolescentes**. J. bras. psiquiatr. Rio de Janeiro, v. 65, n. 2, p. 155-160, junho de 2016.

FREITAS, CMSM, LIMA, RBT, COSTA, AS, LUCENA FILHO, A. **O padrão de beleza corporal sobre o corpo feminino mediante o IMC**. Rev. bras. Educ. Fís. Esporte, São Paulo, v.24, n.3, p.389-404, jul./set. 2010.

GONÇALVES, Juliana de Abreu et al. **Transtornos alimentares na infância e na adolescência**. Rev. paul. pediatr., São Paulo, v. 31, n. 1, p. 96-103, Mar. 2013.

HARB, A.B.C et al. **Síndrome do comer noturno: aspectos conceituais, epidemiológicos, diagnósticos e terapêuticos**. Rev. Nutr., Campinas, 23(1) 127-136, jan./fev., 2010.

HOGAN, M. J., STRASBURGER, V.C. **Body Image, Eating Disorders and the Media**. Adolesc Med 19 (2008) 521–546.

KELNER, Gilda. **Transtornos alimentares: um enfoque psicanalítico**. Estud. psicanal. Belo Horizonte, n. 27, p. 33-44, ago. 2004.

KESSLER, A. L.; POLL, F. A. **Relação entre imagem corporal, atitudes para transtornos alimentares e estado nutricional em universitárias da área da saúde**. J. bras. psiquiatr, Rio de Janeiro, v. 67, n. 2, p. 118-125, June 2018.

KLEIN, D.A. & WALSH, T. **Eating Disorders: Clinical Features and Pathophysiology**. Physiology & Behaviour 81(2): 359-74, 2004.

LEÃO, J. M. **Imagem corporal e marcadores de risco para transtornos alimentares em adolescentes de Ouro Preto, MG [manuscrito]: transtornos alimentares em adolescentes** Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Ouro Preto. Escola de Nutrição. Programa de Pós-Graduação em Saúde e Nutrição. Área de concentração: Nutrição em Saúde Coletiva, 2012.

LOPES, MR, KIRSTEN, VR. **Comportamentos de ortorexia nervosa em mulheres jovens**. Behavior of ortorexia nervosa in young women. Disciplinary Scientia. Série: Ciências da Saúde, Santa Maria, v. 10, n. 1, p. 97-105, 2009.

MANOCHIO-PINA, M.G, FERNANDES, A.B.U, CUNHA, C.H, PESSA R.P. **Comportamento alimentar de homens e mulheres com transtornos alimentares**. Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento, São Paulo. v.12. n.72. p.515-521. Jul./Ago. 2018. ISSN 1981- 9919.

MARTINS, M.C.T et al. **Ortorexia nervosa: reflexões sobre um novo conceito Orthorexia nervosa: reflections about a new concept** . Rev. Nutr. Campinas, 24(2):345-357, mar./abr., 2011.

MELIN, P., ARAÚJO, A.M. **Transtornos alimentares em Homens: um desafio diagnóstico. Diagnosing eating disorders in men: a clinical challenge.** Rev Bras Psiquiatr 2002; 24(Supl III):73-6.

MORGAN, CM et al. **Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais culturais.** Etiology of eating disorders: biological, psychological and sociocultural determinants. Rev Bras Psiquiatr 2002; 24(Supl III):18-23.

NASCIMENTO, A.L. et al. **Comorbidade entre transtorno dismórfico corporal e transtornos alimentares: uma revisão sistemática.** J Bras Psiquiatr. 2010;59(1):65-69.

NUNES, MA, BAGATINI, LF, ABUCHAIM, AL, KUNZ, A, RAMOS, D, SILVA, JA, et al. **Distúrbio da conduta alimentar: considerações sobre o Teste de Atitudes Alimentares (EAT).** Rev ABP-APAL. 1994;16(1):7-10.

OLIVEIRA, L.L. **Jovens com comportamento de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares: variáveis culturais e psicológicas.** Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Porto Alegre, junho de 2009.

OLIVEIRA, KFG. **Vigorexia e mídia: fatores de influência.** Trabalho de conclusão de curso (bacharelado Educação Física) – Universidade Estadual Paulista, Instituto de Biociências de Rio Claro, 2012.

OLIVEIRA, L.L, HUTZ, C.S. **Transtornos alimentares: o papel dos aspectos culturais no mundo contemporâneo.** Eating disorders: the role of cultural aspects in the contemporary world. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 15, n. 3, p. 575-582, jul./set. 2010.

PETROSKI, EL, VELHO, NM, DE BEM, MFL. **Idade de menarca e satisfação com o peso corporal.** Revista Bras Cineantropom Desempenho Hum. 1999;1(1):30-6.

PINZON, V.; NOGUEIRA, F.C. **Epidemiologia, curso e evolução dos transtornos alimentares.** Epidemiology, Course and Evolution of Eating Disorders. Rev. Psiq. Clin. 31 (4); 158-160, 2004

RIBEIRO, LG; VEIGA, GV. **Imagem corporal e comportamento de risco para transtornos alimentares em bailarinas profissionais.** Rev Bras Med Esporte, Niterói, v. 16, n. 2, p. 99-102, abril de 2010.

RUSSELL, C.J. & KEEL, P.K. **Homosexuality as a Specific Risk Factor for Eating Disorders in Men.** Int J Eat Disord 31(3): 300-06, 2002.SANTOS, M et al.

*Comorbidity between depression and disordered eating in adolescents.* Eating Behaviors 8 (2007) 440–449

SAIKALI, C.J, SOUBHIA, C.S., SCALFARO, B.M., CORDÁS, T.A. **Imagem corporal nos transtornos alimentares.** *Body image in Eating Disorders.* Rev. Psiq. Clin. 31 (4); 164-166, 2004.

SCHERER, FC et al. **Imagem corporal em adolescentes: associação com a maturação sexual e sintomas de transtornos alimentares.** Body image among adolescents: association with sexual maturation and symptoms of eating disorders. J Bras Psiquiatr. 2010; 59(3):198-202.

SADOCK, B.J., SADOCK, V.A., RUIZ, P. **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica.** 11. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2017.

SCHMIDT, E., MATA, G. F. **Anorexia nervosa: uma revisão.** Fractal, Rev. Psicol. Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 387-400, dez. 2008

SICCHIERI, J.M.F. **Portadores de transtornos alimentares: da doença a que?** Ribeirão preto, Dissertação de mestrado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão preto/USP – Área de Concentração: Enfermagem em Saúde pública.2005.

SILVA, A.M.B, MACHADO, W.L, BELLODI, A.C., CUNHA, K.S., ENUMO, S.R.F. **Jovens insatisfeitos com a imagem corporal: estresse, autoestima e problemas alimentares.** *Young people dissatisfied with body image: stress, self-esteem and eating problems.* Psico-USF, Bragança Paulista, v. 23, n. 3, p. 483-495, jul./set. 2018.

SILVA, J.D. et al. **Influência do estado nutricional no risco para transtornos alimentares em estudantes de nutrição.** Influence of the nutritional status in the risk of eating disorders among female university students of nutrition: eating patterns and nutritional status. Ciência & Saúde Coletiva, 17(12):3399-3406, 2012.

SOARES, et al. **Transtornos alimentares em homens abstinente de substâncias psicoativas em tratamento ambulatorial.** Eating disorders in males abstinent from psychoactive substances during outpatient treatment. Clin Biomed Res. 2016;36(4):199-205.

SOPHIA, BV. **Quando se torna um ideal masculino: um estudo socioantropológico sobre a anorexia e bulimia em homens.** Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. 2011.

SOPHIA, B. **Quando a magreza passa a ser considerada um ideal masculino: Um olhar socioantropológico acerca dos transtornos alimentares em homens.** In: Revista Intratextos, 2013, vol 4, no1, p. 119-139.

STEIGER, H. *Anorexia Nervosa and Bulimia in Males*: Lessons from a Low-risk Population. Can. J. Psychiatry Vol. 34, June 1989.

STICE, E. *Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review*. Psychol Bull. 2002;128(5):825-48.

TIRICO, PP et al. **Qualidade de vida e transtornos alimentares: uma revisão sistemática**. Quality of life and eating disorders: a systematic review. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26(3):431-449, mar, 2010.

TOLEDO, OR, CASTRO, JAM, FRANÇA, ACH et al. **Uso de medicamentos para perda de peso e índice de massa corporal em universitários do Vale do Araguaia (MT/GO)**. Amazônia Legal. Rev Bras Clin Med. São Paulo, 2010 nov-dez;8(6):480-5.

TORRES, A.R., FERRÃO, Y.A., MIGUEL, E.C. **Transtorno dismórfico corporal: uma expressão alternativa do transtorno obsessivo-compulsivo?** Rev Bras Psiquiatr. 2005;27(2):95-6.

VERAS, JLA, XIMENES, RCC, VASCONSELOS, FMN, et al. *Relationship between suicidal behavior and eating disorders: a systematic review*. Rev Fund Care Online. 2018 jan./mar.; 10(1):289-294.

YAGER, J, ANDERSEN, A, DEVLIN, M, EGGER, H, HERZOG, D, MITCHELL, J, et al. *Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders*. Second edition. In: American Psychiatric Association practice guidelines for treatment of psychiatric disorders: compendium 2000. 1<sup>st</sup> edition. Washington (DC): American Psychiatric Association; 2000.