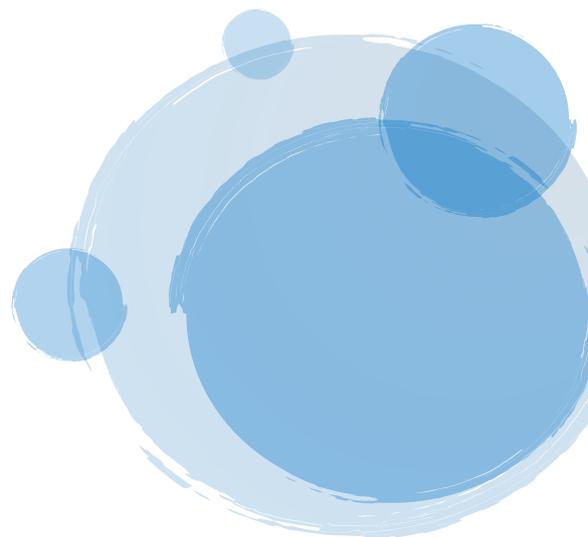




SoBraTA.org

**SOCIEDADE BRASILEIRA
DE TRANSTORNOS
ALIMENTARES**

PRISCILLA DE OLIVEIRA DIAS



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA
DO RIO DE JANEIRO



Priscilla de Oliveira Dias

**TRANSTORNOS ALIMENTARES E A DEPRESSÃO NA
CONTEMPORANEIDADE**

Rio de Janeiro – RJ
2019

Transtornos alimentares e a depressão na contemporaneidade

Trabalho de Conclusão de Curso

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Transtornos Alimentares pelo Departamento de Psicologia da PUC-Rio.

Orientador: Prof. Dirce de Sá

Co-orientador: Prof. Rosa Jeni Matz

Rio de Janeiro – RJ
2019

Dias, Priscilla de Oliveira.

TRANSTORNOS ALIMENTARES E A DEPRESSAO NA
CONTEMPORANEIDADE/ Priscilla Dias. – Rio de Janeiro,
2019.

39f.: il.

Trabalho de Conclusão de Curso – Pontifícia Universidade
Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

1. Transtorno alimentar 2. Depressão 3. Atualidade
I. Título.

AGRADECIMENTOS

Comecei a seguir por um caminho e ao final dele encontrei minha paixão, a Psicologia. Foi preciso coragem e dedicação para trilhar esse rumo, mas sozinha jamais teria sido possível. Agradeço imprescindivelmente a minha mãe por me apoiar enquanto eu escrevia a minha história. Ao meu namorado pelo acolhimento em todos os momentos alegres ou difíceis. A minha avó pela constante preocupação com o meu bem-estar. Aos familiares, amigos e todos que acompanharam e torceram por mim, de perto ou de longe, ontem, hoje e sempre.

Aos meus mestres, supervisora, orientadoras e pacientes que tanto me ensinaram.

Aos companheiros de turma e colegas de profissão, que com estudo pesado e risadas leves tornaram essa jornada incrível. E que continue!

RESUMO

Os transtornos alimentares são patologias caracterizadas pelo medo mórbido de engordar, da obesidade. Vários são os fatores envolvidos na origem dessa patologia, assim como, na manutenção e na gravidade dessas doenças. Dentre esses podemos citar fatores individuais, familiares e culturais. A depressão é uma doença que representa um grave problema para a saúde pública. É uma doença multifatorial que atinge diretamente a saúde mental, qualidade de vida e a vida social do indivíduo. A ocorrência simultânea de depressão e os transtornos alimentares vem sendo bem descritos nos últimos anos. A investigação da relação entre os TA e a depressão é importante, devido ao aumento na incidência e dos índices epidemiológicos, assim como, um aumento na morbimortalidade. Estas duas patologias encontram-se potencializadas em pacientes obesos, pois estes não pertenceriam ao grupo de culto ao corpo e a beleza. Portanto, o objetivo desse trabalho é analisar informação recente que relacione os transtornos alimentares com a Depressão.

ABSTRACT

Eating disorders are pathologies characterized by the morbid fear of getting fat, obesity. There are several factors involved in the origin of this pathology, as well as in the maintenance and severity of these diseases. These include individual, family and cultural factors. Depression is a disease that poses a serious public health problem. It is a multifactorial disease that directly affects the mental health, quality of life and social life of the individual. The simultaneous occurrence of depression and eating disorders has been well described in recent years. Investigating the relationship between ED and depression is important due to the increased incidence and epidemiological indices, as well as an increase in morbidity and mortality. These two pathologies are potentiated in obese patients, as they would not belong to the body cult and beauty group. Therefore, the aim of this paper is to analyze recent information relating eating disorders to depression.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AN – Anorexia Nervosa

APA - *American Psychiatric Association*

BN – Bulimia Nervosa

DSM - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IMC - Índice de massa corporal

ISRS - inibidores seletivos da recaptção de serotonina

OMS - Organização Mundial da Saúde

PNS - Pesquisa Nacional de Saúde

TA – Transtornos alimentares

TASOE - Transtornos Alimentares Sem Outra Especificação

TCA - Antidepressivo tricíclico

TCAP - Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica

TOC – Transtorno Obsessivo compulsivo

TH – Transtornos de Humor

SUMÁRIO

1. Introdução.....	9
2. Revisão bibliográfica.....	14
2.1 Transtornos Alimentares (TA).....	14
2.1.1 Anorexia Nervosa.....	17
2.1.2 Bulimia Nervosa.....	20
2.1.3 Obesidade.....	21
2.2 Depressão.....	26
3. Considerações Finais.....	31
Referências bibliográficas.....	33

1. Introdução

Os transtornos alimentares (TA) são psicopatologias, cuja causa é multifatorial, envolvendo predisposição genética e sociocultural, fragilidade biológica e psicológica, além de questões dentro do âmbito familiar (OLIVEIRA, 2010). É uma patologia típica da contemporaneidade, e que afeta prioritariamente mulheres jovens (DE LIMA, 2012). A obesidade, anorexia e bulimia aparecem como uma manifestação de angústias, bem como uma violência subjetiva, como se o corpo estivesse “falando” o que não consegue ser expresso pela linguagem.

Os fatores que levam os indivíduos a apresentarem TA podem ser distinguidos em três, tais como: fatores predisponentes, precipitantes e mantenedores (CORDÁS, 2007).

1. Fatores predisponentes são aqueles responsáveis por aumentar as chances de aparecimento da doença, mas não o tornam inevitável. Segundo Cordás (2007) tais fatores podem ser descritos como sendo genéticos (doenças psiquiátricas na família), biológicos (tendência à obesidade e outros), neurológicos (alterações nos sistemas de neurotransmissão), personalidade (baixa autoestima, perfeccionismo, rigidez ou impulsividade), familiares (dinâmicas familiares marcadas por superproteção, rigidez excessiva, falta de afetos), socioculturais (supervalorização da magreza e grande oferta de alimentos) e outros.

2. Fatores precipitantes são aqueles que marcam o aparecimento dos sintomas dos TA. E eles podem ser definidos como dieta para perder peso, perdas ou separações.

3. Fatores mantenedores são aqueles que determinam se o transtorno vai permanecer ou não. São definidos como mudanças neuroendócrinas, distorção da imagem corporal, distorções cognitivas, práticas purgativas, alterações psicológicas e fatores socioculturais.

Estudos que demonstram que os sentimentos de estigmatização sofridos pelas pessoas com excesso de peso, podem estar contribuindo com o aumento do seu nível de estresse, aumentando ainda mais seu peso (LUIZ, 2005; FELIPPE, 2003). Nesse sentido, o desafio principal é combater o estigma imposto pela sociedade, visto que indivíduos com sobrepeso têm dificuldade em encarar sua imagem corporal. Com isso, devem-se incentivar as pessoas a optarem por mudanças saudáveis em seu estilo de vida ao invés de retratar a obesidade como algo desprezível (LUIZ, 2005).

Pacientes obesos normalmente apresentam problemas emocionais. Os mais comuns são a depressão e a ansiedade. Curioso observar que pacientes obesos quando fazem algum tipo de dieta acabam apresentando maiores níveis de ansiedade e depressão. A obesidade pode ser tida como um transtorno do comportamento, onde o excesso no consumo de alimentos é comparado ao gasto de energia armazenada. Dessa forma, um problema no controle da vontade é caracterizado como um distúrbio psicológico. E hoje esses indivíduos são diagnosticados como portadores do Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP). Esse grupo passou a ocupar um quadro diagnóstico no DMS-IV (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA, 1994) - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* - e que está para ser incluído no DSM-V.

Atualmente os transtornos alimentares são considerados pandêmicos, por isso não podemos ignorar sua significativa presença na sociedade atual. É importante salientar que nunca se relacionou tanto na sociedade, a beleza com um corpo magro. Em muitos casos determina-se como ideal um peso excessivamente baixo, tornando a pessoa vulnerável a uma série de enfermidades, principalmente a depressão (FERNANDES, 2006).

A depressão, considerado hoje em dia como um transtorno mental, vem ganhando na linguagem do senso comum. Estar deprimido é praticamente uma condição do sujeito pós-moderno, de tal forma que vivemos hoje sob uma epidemia de depressão (BAUMAN, 1998). A Organização Mundial de Saúde (OMS) chama atenção para os índices alarmantes que a depressão alcançou, sendo considerada uma doença silenciosa e incapacitante, e considerada a

patologia que mais causa perdas econômicas no mundo, ao lado de doenças como o câncer, das doenças cardíacas e de doenças infecto-contagiosas.

A depressão é um tema que vem sendo cada vez mais abordado na mídia, nas redes sociais, nos espaços acadêmicos e em diversos lugares. Mas na maioria das vezes esse tema tem sido abordado de maneira equivocada, apoiando-se apenas no senso comum, sem nenhum embasamento teórico ou científico para fortalecer a discussão. A tristeza tem sido tratada como sinônimo de depressão e os indivíduos quando estão tristes, desanimadas ou angustiadas, se consideram ou são consideradas depressivas (MENDES, 2014).

O Ministério da Saúde, através da obra 'Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e diálogo necessários', fala sobre a criação de vínculos através de conversas estabelecendo um acolhimento dentro da atenção básica, viabilizando o apoio matricial, através dos suportes em ações e projetos, como forma de avançar com novas propostas, definindo novas concepções nas práticas em saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

A depressão é uma doença considerada como um fenômeno global representando um grave problema para a saúde pública. É uma doença multifatorial que atinge diretamente a saúde mental, qualidade de vida e a vida social do indivíduo (DE LIMA COUTINHO, 2016). Além de ser extenuante é uma doença recorrente, envolvendo um alto grau de morbidade e mortalidade. Apesar disso, ainda, frequentemente, a depressão não é reconhecida e nem tratada adequadamente. A depressão não é um estado de tristeza profunda, é uma doença resultante de disfunções cerebrais ou outros problemas orgânicos e que necessita de tratamento adequado. Pelo fato da depressão ser tratada com o uso de medicamentos, atualmente pode se observar um paradoxo entre banalização e preconceito. Nesse sentido, por um lado existe uma dificuldade em aceitar a depressão como uma doença, por outro se observa um elevado número de pessoas recorrendo ao consumo de medicamentos antidepressivos como fuga de seus problemas.

Autores definem que a sociedade contemporânea atravessa um momento de intensa veneração a imagem perfeita. E a busca pela satisfação imediata são os valores predominantes (MAIA, 2000). Entretanto, o cotidiano que predomina atualmente, leva a quase que exclusivamente todos os indivíduos enfrentarem situações extremamente difíceis e estressantes. E isso pode fazer com que as pessoas busquem soluções para contornar a ansiedade decorrente destas vivências. Nesse sentido, uma das opções adotadas acaba sendo o uso de substâncias psicoativas, como os antidepressivos.

Apesar do sintoma psíquico mais comum dos depressivos seja o sentimento de tristeza ou vazio, nem todos os pacientes relatam esse transtorno de humor. Para muitos, é bem mais comum a perda de sentir prazer nas atividades diárias, bem como diminuição do interesse em experimentar coisas novas. Frequentemente observa-se fadiga persistente ou sensação de perda de energia, caracterizada pela queixa de cansaço exagerado, mesmo em situações que não exigem um esforço grande. Vale à pena ressaltar que a presença desses sintomas em pacientes com transtorno alimentar é intensificada, visto que o cansaço pode ser decorrente da dieta hipocalórica ou então por conta do excesso de peso observada em pacientes com dieta hipercalórica.

Em um recente estudo, Barros (2017) indica que os transtornos mentais atingem 350 milhões de indivíduos em todo o mundo e que destes 40,5% são acometidos de transtornos depressivos. Esse autor destaca que os transtornos depressivos leves, moderados ou graves, com ou sem sintomas psicóticos, caracterizam-se pela presença de humor depressivo, perda de interesse e prazer, falta de energia, sentimento de culpa ou de baixa autoestima, distúrbios do sono ou de apetite e baixa concentração.

A vida contemporânea está em constante transformação e dentro de um contexto social, não há espaço para um estilo de vida recheado de angustias, tristezas, amarguras ou qualquer outro tipo de sofrimento. Com as redes sociais cada vez mais valorizadas pelos indivíduos e tendo um papel de destaque em seu cotidiano é comum observarmos fotos e/ou vídeos que

somente ilustrem felicidade, já que esse é o *status* mais socialmente aceito nos dias de hoje.

A singular percepção da imagem vista com um vazio, sintoma clássico da depressão, faz com o depressivo faça inúmeras ações na busca de preenchê-lo, tais ações são consideradas comportamentos de risco e estão associadas aos sintomas depressivos. As ações podem ser notadas no uso e consequente dependência de drogas (como álcool, cigarro e narcóticos), iniciação sexual precoce, além da busca insaciável e promíscua do sexo e em particular os transtornos alimentares com a ingestão de alimentos tanto excessivamente quanto de forma limitada. Embora não possamos considerar os transtornos alimentares como uma epidemia contemporânea (FERNANDES, 2006), não se pode desconhecer sua significativa presença na sociedade atual. É importante ressaltar que nunca se relacionou tanto na sociedade, beleza com um corpo magro. Em muitos casos determina-se como protótipo ideal um peso excessivamente baixo tornando a pessoa vulnerável a uma série de enfermidades, principalmente a depressão.

Segundo Esteves (2006) os sintomas depressivos contemporâneos se referem a qualquer objeto externo que é procurado com a finalidade de preencher o vazio insuportável. Com relação a isso, podemos extrapolar que isso se refere a percepção da própria identidade e às suas primeiras relações com o objeto, como por exemplo, o bebê que busca desesperadamente o seio materno para suprir as sensações de fome, no qual ainda não possui ferramentas psíquicas que torne suportável esse mal-estar e a frustração da espera, ou da negociação do objeto.

Frente ao exposto anteriormente, o objetivo deste estudo é demonstrar a importância que a depressão vem alcançando na contemporaneidade, sendo alvo de estudo para pesquisadores, devido ao aumento na incidência e dos índices epidemiológicos, assim como, um aumento na morbimortalidade. Esta está potencializada em pacientes obesos, pois estes se consideram desprezados por nossa sociedade, já que não pertencem ao grupo de culto ao corpo e a beleza.

2. Revisão bibliográfica

2.1 Transtornos Alimentares (TA)

Transtornos Alimentares são patologias multifatoriais que permeiam os cenários biológicos e psicológicos. São caracterizados por apresentar graves perturbações no comportamento alimentar, alteração na percepção do próprio corpo e preocupação excessiva com o peso. Esses transtornos ocorrem com mais frequência em mulheres jovens, onde os comportamentos relacionados a transtornos alimentares, como dietas permanentes, o desejo de ser mais magra ou comportamento compensatório (vômito auto induzido, exercícios excessivos, uso de laxantes e diuréticos, além da realização de jejum) são observados (MURRAY, 2015).

A ocorrência dos transtornos alimentares dobrou nos últimos 20 anos (DUNKER, 2003). É estimado que 5% a 10% da população americana tenha algum tipo de TA (NIH, 2007). Nos Estados Unidos é descrita uma incidência de anorexia nervosa de 4,87% e 9,46% de bulimia nervosa em adolescentes e adultos, respectivamente (MERIKANGAS, 2010).

Estudos epidemiológicos sobre esta doença no Brasil são escassos, pois os indivíduos que apresentam a mesma tendem a negar suas manifestações e assim evitar a ajuda de profissionais de saúde. Finger (2016) cita apenas um estudo que demonstra a prevalência de bulimia nervosa ao longo da vida (1,5%), nos últimos 12 meses (1,0%) e no último mês (0,7%) com base nos critérios da CID 10.

O surgimento de corpos magros e perfeitos acaba provocando estímulos para o público, ampliando as chances para o uso de dietas restritivas. Busse (2004) demonstra que o transtorno alimentar tem prevalência de 1,1% a 4,2% na população feminina, pois esta é relacionada diretamente com os padrões de beleza e as exigências das mídias. Nas últimas décadas houve um aumento considerável dessa patologia em homens, e também está relacionada a padrões socioculturais como: corpos fortes e definidos. A insatisfação com o corpo afeta ambos os sexos, porém de maneiras diferentes, pois as mulheres

desejam ser mais elegantes, enquanto que os homens desejam ser mais musculosos (PINHEIRO, 2006).

A depressão na infância e na adolescência, em muitos casos, apresenta natureza temporária. No entanto quando o tratamento não é adequado os transtornos mentais podem perdurar, além de afetar o desenvolvimento cognitivo e o desempenho escolar gerando significativas consequências psicossociais (GONÇALVES, 2017). De acordo com Mäkinen e col. (2015) a adolescência é uma fase da vida marcada por profundas mudanças físicas, cognitivas, emocionais e sociais que exigem ajustes para a adoção de novas práticas, novos comportamentos e independência para a vida adulta. Diante deste panorama, a adolescência se torna o período perfeito para a ocorrência de diversos transtornos, inclusive os alimentares.

São considerados fatores que predispõe a doença: sexo feminino; baixa autoestima; traços obsessivos e perfeccionistas ou impulsividade e instabilidade afetiva; dificuldade em expressar emoções; história de transtornos psiquiátricos como depressão, transtornos da ansiedade ou dependência de substâncias; tendência à obesidade; alterações da neurotransmissão; abuso sexual; agregação familiar; hereditariedade; histórico familiar de TA; padrões de interação familiar como rigidez, intrusividade e esquiva de conflitos ou desorganização e falta de cuidados; além dos fatores socioculturais (MORGAN, 2002; BORGES, 2006). Além disso, a baixa autoestima ou autoavaliação negativa são fatores de risco importantes tanto para anorexia quanto para bulimia (GHADERI, 2001; FAIRBURN, 1999).

A origem do TA está na infância e seus primeiros indícios ocorrem ainda na adolescência. E esses são divididos em dois grupos: os que ocorrem precocemente na infância (a síndrome de pica e o transtorno de ruminação) e os que são representados pelo alimento x criança, que com o passar do tempo, podem interferir com o desenvolvimento da criança e são conhecidos como anorexia nervosa e bulimia nervosa (NOVAES, 2006).

Appolinário e Claudino (2000) descrevem a síndrome de Pica como ingestão persistente de substâncias não nutritivas, como: ingestão de terra,

alimentos crus, cabelo, cinzas de cigarro etc. E estas relacionam os problemas alimentares com intoxicação alimentares. Já o transtorno de Ruminação, surge com a ocorrência de regurgitação ou remastigação do alimento repetidos, ocasionando a desnutrição, perda de peso e até a morte.

Os principais TAs são a anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno de compulsão alimentar. Esses transtornos têm em comum o sofrimento intenso relacionado ao peso, à forma e as dificuldades para manter uma alimentação saudável, o que acarreta uma série de complicações clínicas (ARATANGY, 2017).

No início do século XIX foi descrita a anorexia nervosa, embora existam relatos precedentes (CORDÁS, 2002). O termo anorexia deriva do grego “an” que significa deficiência ou ausência de, e “orexis”, apetite, ou seja, ausência de apetite. Mas do ponto de vista da psicopatologia não ocorre perda real do apetite e sim um desejo claro de controlar a fome, conforme os critérios da última edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (APA, 2013).

Gerald Russell descreveu a bulimia nervosa em 1979. Esta palavra também é derivada do grego, que tem como significado “boul” boi ou “bou” grande quantidade e “leomos” fome, fome excessiva (CORDÁS, 2002). A Anorexia nervosa e a Bulimia nervosa são transtornos diretamente relacionados, visto que eles apresentam a mesma base psicopatológica. Ambas, a preocupação com o peso e a imagem corporal é em demasia, impedindo o ganho de peso do indivíduo. A principal preocupação de ambos é com o peso e existe um pavor real de engordar. Acredita-se que a bulimia nervosa pode ser uma possível evolução da anorexia nervosa e o que as distingue é o modo pelo qual os anoréxicos e bulímicos agem para realizar seu objetivo (NUNES, 2001).

O transtorno da compulsão foi descrito pela primeira vez em 1950, mas somente em 1994 foi inserido no DSM-IV. De acordo com Azevedo (2004) a caracterização deste quadro foi necessária devido à obrigação de diferenciar indivíduos obesos com compulsão alimentar daqueles que não tem compulsão

alimentar, e, também, dos pacientes com compulsão alimentar seguidos de ações compensatórias daqueles sem atos compensatórios. Este quadro apresenta episódios periódicos de compulsão alimentar, definido por dois sintomas básicos: o excesso alimentar e a perda de controle (APA, 2013).

Os principais problemas clínicos na anorexia nervosa são a amenorreia, queda da pressão arterial, desidratação, desmaios, fraqueza, tremor, hipotermia (baixa temperatura corporal), aumento da sensibilidade ao frio e a desnutrição crônica, o que faz com que esta seja considerada uma doença psiquiátrica letal. Quanto à bulimia nervosa as principais complicações são a arritmia cardíaca, amenorreia, hipotensão, desidratação, desmaios, fraqueza, erosão do esmalte dos dentes e problemas gastrointestinais (esofagite, refluxo gastresofágico, síndrome do intestino irritável). No transtorno de compulsão alimentar, pode ocorrer problemas digestivos, hipertensão arterial, diabetes, problemas de pele e alterações do colesterol e triglicérides (ARATANGY, 2017).

A existência de comorbidades nos transtornos alimentares é frequente. E dentre as comorbidades os transtornos psiquiátricos variam 80 a 97% em adultos. Os transtornos psiquiátricos mais observados são os transtornos afetivos (depressivos principalmente), ansiosos (TOC), transtornos de personalidade (emocionalmente instável tipo *borderline* e impulsivo, histriônico e anancástico). Dentre esses os que apresentam maior prevalência, em pacientes com TA, é a associação com a depressão em grupos de pacientes com transtornos alimentares, apesar da frequência destas patologias descritas na literatura serem muito variáveis.

2.1.1 Anorexia Nervosa

A Anorexia Nervosa (AN) é um distúrbio psicossomático caracterizado pelo medo doentio e inexplicável de ganhar peso. A ideia mencionada é associada a uma má percepção corporal, ou seja, um desvio na maneira como o indivíduo avalia a sua forma, assim como, peso e tamanho do seu corpo (CORDÁS, 2004). A AN é a doença psiquiátrica com maior taxa de

mortalidade, cerca de 20% entre os pacientes diagnosticados. Um estudo recente concluiu que indivíduos com transtornos alimentares têm a taxa de mortalidade significativamente elevada. As taxas mais altas pertencem ao grupo dos indivíduos com AN quando comparado ao grupo de Bulimia nervosa e ao grupo com Transtornos Alimentares Sem Outra Especificação (TASOE) (ARCELUS, 2011).

O indivíduo começa uma busca desmedida pela magreza e, portanto, reduz espontânea e drasticamente a ingestão de alimentos, o que ocasiona a perda gradual e desejada de peso, caquexia, inanição e pode ocasionar em certos casos o óbito do paciente (FIATES, 2001; DUNKER, 2003). Dentre os sintomas clínicos da AN, destacam-se a hiperatividade, bradicardia, diminuição da libido no sexo masculino, assim como a amenorreia em mulheres. Comprometimentos cardiovasculares, desidratação, distúrbios na motilidade gastrointestinal, vômitos, lanugo, hipotermia, infertilidade, alterações metabólicas (principalmente hipercolesterolemia) e alterações endócrinas são inúmeras complicações clínicas graves comuns (CORDÁS, 2004; VILELA, 2004). Vale ressaltar que diversos estudos neuropsicológicos revelam *déficits* nas funções cognitivas, especialmente a capacidade atencional, a memória, a visuoconstrução e a capacidade de aprendizagem (DUCHESNE, 2004). A reintrodução dos alimentos deve-se fazer com muito cuidado devido à síndrome da realimentação e pelo pouco volume de aceitação do paciente. Além disso, a ansiedade, depressão e o medo de ganhar peso contribuem para acelerar o metabolismo.

A patogênese da AN ainda não está completamente descrita, mas sabe-se que ela é provocada por fatores de ordem biológica, psicológica, familiar e sociocultural (VILELA, 2004). Diversos autores ainda descrevem como fator fundamental o gênero (mais comum em mulheres) e a idade (o início se dá geralmente na adolescência) (DUNKER, 2003). Todos os fatores, descritos anteriormente, se correlacionam de modo complexo para produzir e, conseqüentemente, manter a doença. Um dos desafios atualmente para os profissionais clínicos, assim como para os pesquisadores, é entender como estes diversos fatores interagem em cada caso ou situação.

No campo da psicanálise, os estudos ligados à anorexia envolvem os laços mais arcaicos estabelecidos entre mãe e filha e relacionam a anorexia ao conceito de narcisismo. Isso por que tais relações vão de encontro direto ao processo de construção da imagem corpórea, que se revela extremamente problemático nos indivíduos anoréxicos (GASPAR, 2005).

O diagnóstico clínico da AN é realizado, a partir dos critérios do Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais (DSM IV), da Associação Norte Americana de Psiquiatria. No DSM IV, faz a diferenciação entre dois tipos de anorexia: restritivo e purgativo. O restritivo (comportamentos restritivos associados à dieta) e o purgativo (ocorrência de episódios de compulsão alimentar seguidos de métodos compensatórios como vômitos e uso de laxantes e diuréticos) (BORGES, 2006).

O exame diagnóstico de um paciente com anorexia deve ter uma investigação minuciosa sobre a ingestão alimentar (avaliando a quantidade e a qualidade dos alimentos), sobre a prática de exercícios físicos, assim como no que se refere a questões psicopatológicas como imagem corporal e inserção social do paciente (ASSUMPTÃO, 2002).

O tratamento dessa doença é efetuado por equipes interdisciplinares com a finalidade de obter o restabelecimento de peso, normalização do padrão de dieta, melhoria da percepção de saciedade e da fome do paciente. Além disso, realizada uma abordagem psicofarmacológica de comorbidades psiquiátricas, quando presentes (OLIVA, 2001; SALZANO, 2004).

O tratamento farmacológico para AN é embrionário e até o momento nenhum fármaco mostrou-se eficaz no combate aos sintomas dessa síndrome. Nesse sentido, estudos demonstram que a recuperação de indivíduos portadores de AN é bastante modesta. Em muitos pacientes é possível continuar observando problemas, como dificuldades psiquiátricas, distúrbios da imagem corporal e problemas alimentares (OLIVA, 2001). Estudo demonstrou que pacientes podem se recuperar (40%), que alguns apresentaram melhora clínica (30%), outros permaneceram cronicamente afetados (20%) e alguns evoluíram a óbito (10%) (FARIAS, 1999). Um bom prognóstico para a doença é

a idade no início da doença, um diagnóstico precoce e menor número de hospitalizações. Os fatores de prognóstico ruim, por sua vez, incluem a presença de sintomas bulímicos e duração prolongada da doença (PINZON, 2004).

2.1.2 Bulimia Nervosa

A bulimia nervosa (BN) caracteriza-se por períodos de grande ingestão alimentar (crises de hiperfagia), durante os quais são consumidos uma grande quantidade de alimentos, variando de 1.436 a 25.755 Kcal, em um curto período de tempo (APA, 1994), associados ao desequilíbrio sobre o próprio comportamento alimentar e preocupação intensiva com o medo de engordar, e essa preocupação faz com que o paciente adote medidas compensatórias, a fim de evitar o ganho de peso (SAITO, 2001; CORDÁS, 2004). O vômito auto induzido é o principal método compensatório utilizado e ocorre em 90% dos casos, por tal motivo é comum associar bulimia com vômito.

O efeito causado pelo vômito está relacionado com o alívio do desconforto físico devido à hiperalimentação e a diminuição do medo de ganhar peso. Outros métodos utilizados pelos pacientes bulímicos para a queda de seu peso são o uso inadequado de medicamentos como: laxantes, diuréticos, hormônios tireoidianos, agentes anorexígenos, além de jejuns prolongados e atividade física excessiva (CORDÁS, 2004). As características de personalidade das pacientes bulímicas são sociabilidade, comportamentos de risco e impulsividade, traços que são coerentes com o descontrole e a purgação (LASK, 2000).

Pesquisas têm mostrado que a causa da BN envolve interações entre fatores bioquímicos, socioculturais e psicológicos (ROMARO, 2002), assim como ocorre na anorexia nervosa. A influência genética é um grande fator para desenvolvimento de BN, comprovando cientificamente em ensaios com gêmeos monozigóticos, chegando a inferir que a herança genética seja responsável por uma taxa de 31 a 83% dos casos (MORGAN, 2002). Outra influência são os familiares, alvos de diversas discussões, pois os próprios

pacientes bulímicos descrevem que as suas famílias apresentam problemas psicológicos. A presença de depressão e de TA nas mães de pacientes bulímicos constituem causas de investigação (ROMARO, 2002).

A etiologia da BN é multifatorial, e o seu tratamento consiste num trabalho de equipe multidisciplinar e envolvendo diferentes profissionais da área da saúde. São consideradas eficazes, as psicoterapias cognitivas e comportamentais, por permitir a compreensão da gravidade do transtorno. Essas terapias associadas aos medicamentos têm permitido melhores resultados (ASSUMPÇÃO, 2002; FREITASA, 2002; ROMARO, 2002).

A BN possui uma ligação com os conflitos afetivos, principalmente a depressão. O tratamento farmacológico reduz a frequência de eventos bulímicos e vômitos. O uso de antidepressivos tricíclicos (TCAs) e inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS) pareceu ser importante para o tratamento, além de atuar nos sintomas de ansiedade e depressão. O fármaco mais utilizado é a fluoxetina, pois além de reduzir os sintomas bulímicos, o efeito colateral produzido por esse medicamento inclui a redução do apetite e do risco de recaída (APPOLINARIO, 2002).

A BN parece ter um prognóstico mais favorável que a AN. Estudos demonstram recuperação de 50% e 70%, contudo as percentagens de recaída situam-se entre 30 e 50% (PINZON, 2004). Esse prognóstico pouco vantajoso é devido à probabilidade de distúrbios hidroeletrólíticos e hipovolêmicos, assim como a associação frequente com quadros depressivos. Acredita-se que os bulímicos têm uma mortalidade 9,1 vezes maior que a população geral (FARIAS, 1999).

2.1.3 Obesidade

Na antiguidade, por exemplo, Fisberg (1995) relata que a gordura corporal representava riqueza e poder, já na Idade média e no renascimento, o excesso de peso poderia ser considerado como graça divina. No que se refere ao padrão estético desta época, mulheres com formas arredondadas eram

notadas como matronais e sensuais ao mesmo tempo. Na antiga sociedade espartana, esse olhar para o excesso de peso era distinto, pois, havia um culto e treino ao corpo para que os jovens pudessem ter forças e assim lutarem. Se algum jovem estivesse com excesso de peso, constituíam-se rígidas punições.

Autores advertem que entre os principais fatores que acarretam o excesso de peso ou a obesidade, quatro fatores se destacam, sendo eles: o Sedentarismo, a alimentação inadequada, os fatores genéticos, os fatores psicológicos e os fatores socioeconômicos. Em grande maioria, tais fatores atuam de modo combinado causando prejuízos em algum dos âmbitos biopsicossocial e espiritual do ser humano.

Estudos revelam um aumento na prevalência de TA, assim como, da obesidade em adultos, crianças e adolescentes. A obesidade é definida, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como uma doença crônica e multifatorial, caracterizada por um acúmulo excessivo de massa adiposa de acordo com gênero, idade e estatura (CONWAY, 2004).

Segundo dados da OMS referentes ao ano de 2014, 39% da população mundial adulta apresentava excesso de peso. No Brasil, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), que avaliou homens e mulheres com 18 anos ou mais em 2013, indicou que 56,9% estavam com excesso de peso, dos quais 20,8% apresentavam obesidade (IBGE, 2015).

A obesidade é uma doença complexa de origem multifatorial, com sua própria fisiopatologia, comorbidades e capaz de desabilitar o indivíduo. A prevalência de obesidade tem aumentado de forma progressiva nas últimas décadas, entretanto suas causas não estão bem fundamentadas e acreditam-se em três possíveis causas: genética, aumento da ingestão calórica e redução do gasto energético. A obesidade pode estar associada a disfunções e distúrbios emocionais, em alguns estudos foi observado que indivíduos obesos consomem mais alimentos em situações de estresse emocional, ansiedade, depressão, tristeza e raiva, como compensação. É na adolescência, que temos um período de busca pela identidade e aceitação social, com isso, sentimentos

como dúvidas, medo, sofrimento, insatisfação e culpa estão mais presentes (CONTI, 2005).

Segundo o estudo de Conti e colaboradores (2005), independentemente do gênero, os adolescentes preocupam-se com a massa corporal e com a aparência. Apesar de as mulheres expressarem maior insatisfação com a imagem corporal do que os homens, ambos os gêneros sentem insatisfação com a imagem do corpo, no entanto, eles o experimentam de forma diferente, talvez em razão das normas culturais (KAYANO, 2008).

A necessidade de alcançar o corpo ideal está relacionada com o aumento da depressão e insatisfação com a imagem corporal, assim como a baixa autoestima, em meninas, acarretando atitudes e comportamentos não saudáveis. Segundo Acosta e colaboradores (2008), a obesidade, além de desencadear inúmeros problemas de saúde, pode afetar negativamente funções psiquiátricas e comportamentais, tal como o desenvolvimento de TA. De acordo com um estudo realizado com adolescentes no estado de São Paulo foi demonstrado que o risco de as adolescentes obesas apresentarem sintomas de AN foi 3,63 vezes maior que as adolescentes eutróficas (SAMPEI, 2001).

A etiologia da obesidade como já compreendida, pode ser multifatorial, no entanto, é estarrecedor como a porcentagem de sobrepeso e obesidade vem tomando conta de uma sociedade tão moderna em alguns aspectos e que tem se deixado adoecer em outros. Segundo Escrivão e colaboradores (2000), a obesidade exógena, ou seja, determinado por fatores de ordem ambiental é responsável por 95 a 98% dos casos, assim, apenas 2% dos casos têm como etiologia a obesidade endógena, isto é, inerente ao organismo e/ou fatores biológicos. Dentre os fatores exógenos da obesidade, o Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica (TCAP), referida na literatura internacional com o nome Binge Eating Disorder, é um dos transtornos mais constatado na obesidade (CORTEZ, 2011).

Estudos relacionam a obesidade com sintomas afetivos. Sabendo-se que a obesidade é fator de risco para o desenvolvimento de transtornos

alimentares, considera-se importante o estudo desta relação. A inclusão do transtorno de compulsão alimentar periódica (TCAP) às categorias diagnósticas de transtornos alimentares (diagnóstico introduzido em 1994) põe em evidência a obesidade como achado muitas vezes associado a outras doenças psiquiátricas. Isto ocorre porque grande parte dos pacientes com TCAP apresenta obesidade – 30% dos pacientes que buscam tratamento para controle de peso apresentam este diagnóstico. No sentido de relacionar a obesidade com transtornos psiquiátricos, alguns estudos têm discutido a relação de depressão com IMC (ERICKSON, 2000; ROBERTS, 2000).

O diagnóstico do sobrepeso/obesidade vem sendo realizado por meio do índice de massa corporal (IMC), calculado como a razão da massa corporal pela estatura ao quadrado. No Brasil, os critérios estabelecidos para o diagnóstico pela OMS, foram incorporados à vigilância alimentar e nutricional no âmbito do SUS. O IMC não mede a composição corporal, portanto, parece haver inconsistência quanto a sua aplicabilidade para diagnosticar uma doença caracterizada por acúmulo de gordura (ANJOS, 1992). IMC igual ou maior que 25 kg/m² configura sobrepeso. IMC igual ou superior a 30 kg/m² define obesidade.

O peso e o índice de massa corporal (IMC) não são critérios de diagnóstico de BN, embora a maioria dos pacientes com obesidade tenha maiores níveis de psicopatologia. Estes mesmos autores demonstram que 80,9% dos pacientes tinham sintomas depressivos major, 11,9% cumpriam critérios para BN e 17,3% tinham critérios para Síndrome de Stress Pós-Traumático.

A BN parece ter prevalência semelhante no grupo com peso normal (IMC ≤ 25 kg.m⁻²) e grupo com excesso de peso (IMC ≥ 25 kg.m⁻²). Numa amostra de mulheres com BN, 64,1% tinham excesso de peso, com menos restrição alimentar e maior associação com sintomas depressivos do que o grupo com peso normal (MASHEB, 2012). Rotella e colaboradores (2013) fazem uma comparação semelhante, porém eles não encontraram diferenças significativas na psicopatologia da Perturbação do Comportamento Alimentar, apesar de maior nível de insatisfação corporal nos pacientes com excesso de

peso, e maior correlação entre alimentação emocional e frequência de Episódios de compulsão alimentar nos indivíduos com peso normal. Nesta amostra, 26,6% dos pacientes com BN tinham excesso de peso.

A obesidade encontrada em pacientes bipolares pode ter a contribuição de TA. Por outro lado, a bipolaridade que acomete esses indivíduos pode contribuir para a recusa ao tratamento vista em pacientes que apresentam algum TA. Fatores de risco para sobrepeso e obesidade em pacientes bipolares têm sido abordados, já que muitas medicações usadas no tratamento do transtorno bipolar sabidamente causam ganho de peso. Contudo, os autores enfatizam que há necessidade de que o impacto das comorbidades psiquiátricas - especialmente do TCAP - seja mais bem delineado, assim como outros fatores de risco para transtornos alimentares em pacientes que sofrem de THB (MCELROY, 2004).

McElroy e colaboradores (2002) apontam a importância de que a avaliação de pacientes com THB inclua o peso e o Índice de Massa Corporal (IMC), assim como fatores associados a sobrepeso e obesidade. Sugerem também que os pacientes sejam especificamente questionados a respeito de compulsão alimentar e transtornos em que este sintoma está presente (TCAP e bulimia).

Indivíduos com obesidade e distúrbios alimentares apresentam alto risco de várias complicações médicas e psicossociais. Um estudo com 152 indivíduos em busca de tratamento com obesidade descobriu que aqueles com transtorno da compulsão alimentar periódica tinham IMC mais alto, níveis mais graves de depressão e sintomas obsessivo-compulsivos e sentimentos mais fortes de inadequação e inferioridade do que aqueles sem transtorno da compulsão alimentar periódica.

Jones-Corneille e colaboradores (2012) demonstraram que os candidatos a cirurgia bariátrica com transtorno de compulsão alimentar apresentaram significativamente mais transtornos de humor e ansiedade do que os candidatos a cirurgia bariátrica sem transtorno de compulsão alimentar (27% versus 5% para transtornos de humor e 27% versus 8% para transtornos

de ansiedade, respectivamente). De fato, 40% dos candidatos à cirurgia bariátrica com transtorno da compulsão alimentar comórbida tinham um transtorno de humor ou ansiedade, com alguns participantes tendo um transtorno de humor e de ansiedade. De acordo com Villarejo e colaboradores (2012) a ocorrência de obesidade em indivíduos com transtornos alimentares também está associada a maiores complicações de saúde mental. Por exemplo, indivíduos com transtornos alimentares que tiveram obesidade em qualquer estágio de suas vidas tiveram maior gravidade do transtorno alimentar e maior psicopatologia geral do que aqueles com transtornos alimentares que nunca tiveram obesidade.

O paciente com obesidade e compulsão alimentar pode ser funcionalmente prejudicial, pois apresentaram maior comprometimento da produtividade relacionado ao trabalho do que aqueles com obesidade apenas, ou compulsão alimentar apenas, ou aqueles com peso normal sem compulsão alimentar.

Assim, indivíduos com obesidade e transtornos alimentares apresentam maior risco de complicações médicas e psicossociais do que indivíduos com apenas uma ou outra condição. No entanto, as abordagens de tratamento mais apropriadas para indivíduos que experimentam essas condições combinadas são um tópico controverso entre os profissionais de saúde.

2.2 Depressão

A depressão é um dos transtornos mais comuns e incapacitantes atualmente no mundo. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), aproximadamente 350 milhões de pessoas de todas as faixas etárias sofrem dessa doença, sendo a incidência maior em mulheres e com início geralmente entre 17 e 25 anos (HOLUBOVA, 2014; STRASBURGER, 2017). A depressão vem se tornando um problema socioeconômico grave, uma vez que há dano no

funcionamento global dos indivíduos com essa doença, incapacitando-os para o trabalho e demais atividades da vida (VANNUCCHI, 2012).

Os transtornos depressivos, comumente conhecido como depressão, possuem como principal característica a presença de humor triste, vazio ou irritável acompanhado de efeitos somáticos e cognitivos que afetam a capacidade de funcionamento do indivíduo. A distinção desses transtornos se dá pela duração, pelo momento e/ou pela sua causa (APA, 2014).

A Associação de Psiquiatria Americana (APA) elaborou o Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (Diagnostic and statistical manual of mental disorders – DSM), orientando os profissionais da área da saúde mental como o diagnóstico deve ser feito. Segundo o manual, um indivíduo será diagnosticado com depressão quando apresentar pelo menos cinco manifestações clínicas por, no mínimo, duas semanas, sendo elas: 1. humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias; 2. acentuada diminuição no interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades, incluindo descuidados com a higiene pessoal; 3. perda ou ganho significativo de peso; 4. insônia ou hipersonia; 5. agitação ou retardo psicomotor; 6. fadiga ou perda de energia; 7. sentimentos de inutilidade ou culpa excessivos; 8. capacidade diminuída para pensar ou se concentrar; e 9. Pensamentos recorrentes de morte ou ideias suicidas.

A OMS estima que no Brasil 5,8% da população sofra de depressão (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017). Segundo o IBGE há maior prevalência dessa doença em mulheres do que em homens, 10,9% e 3,9% respectivamente; já em relação à faixa etária, a que apresenta maior incidência é de 60 a 64 anos de idade (11,1%) e a menor prevalência compreende a faixa 18 a 29 anos de idade (3,9%) (IBGE, 2014).

Beck e Alford (2011) demonstraram que os pacientes podem apresentar a perda das conexões emocionais, um aumento de dependência de outras pessoas, perda da libido e deturpação da imagem corporal. Um dos sintomas causados pela depressão é a deturpação da imagem corporal, porém mais

estudos que possibilitem a compreensão desse fato podem contribuir para intervenções mais eficazes nesses casos.

Atualmente, há uma valorização de sua forma corporal e uma busca pelo corpo perfeito, magro e esbelto, e a mídia tem sido um importante meio de comunicação para divulgação desse enfoque. Segundo Veras (2010), a importância que se dá a beleza vem se destacado em revistas femininas, fator que pode contribuir para a formação de uma imagem corporal idealizada por muitas mulheres. O padrão estético adotado, social e culturalmente, sobre o estabelecimento do que é ser belo pode influenciar o modo como o sujeito se avalia fisicamente, determinando seus comportamentos, posturas e atitudes diante de suas vivências no mundo (CASTILHO, 2001). Assim, o indivíduo adapta suas ações naquilo que é considerado normal ou aceitável na sociedade, havendo uma busca pelo preenchimento dos requisitos impostos pela cultura a qual pertence.

Segundo Alves e col. (2009) quando não se alcança o ideal de magreza imposto culturalmente, pode-se incidir na insatisfação corporal do indivíduo, ocasionando problemas a níveis psicológicos. De acordo com Almeida (2012), o gênero feminino é mais propenso a adotar os padrões impostos pelos meios de comunicação e apresentar com mais frequência distúrbios alimentares e psíquicos.

Nos dias de hoje existem algumas possibilidades que explicaria essa alta prevalência: a) os TAs poderiam levar a um quadro depressivo secundário; b) alguns pacientes com quadros depressivos desenvolveriam TAs como parte da síndrome depressiva; c) esses transtornos poderiam simplesmente coexistir sem nenhuma relação de causa e efeito (FONTENELLE, 2002).

As comorbidades em pacientes com transtornos alimentares foram examinadas por Braun e colaboradores (1994). Eles avaliaram 105 pacientes, dos quais 81,9% tinham comorbidade em eixo I, sendo as mais comuns os transtornos afetivos, de ansiedade e dependência de substâncias. 62% dos pacientes apresentavam alguma história de transtorno afetivo, e 50,5% haviam tido pelo menos um episódio de depressão maior. Considerando os pacientes

com diagnóstico duplo de transtorno alimentar (anorexia nervosa - bulimia), estes eram mais propensos a ter depressão maior do que os grupos com um único diagnóstico. Quanto aos transtornos de ansiedade, foram mais comuns no grupo com ambos os diagnósticos (anorexia nervosa e bulimia). Dependência de substâncias (álcool ou drogas) foi diagnosticada em 37% da amostra, sendo tal diagnóstico menos provável no grupo com anorexia do tipo restritiva. Em relação ao eixo II, 68,6% do grupo apresentou algum transtorno de personalidade. Os autores identificaram, nesta amostra, a comorbidade como regra, especialmente no grupo de bulímicos, e os transtornos afetivos como os diagnósticos comórbidos mais comuns.

Os transtornos de humor ocupam o lugar das comorbidades de maior prevalência com transtornos alimentares na maioria dos trabalhos publicados. Alguns estudos incluem, além da depressão e do THB, transtornos esquizo afetivos com prevalência significativa na anorexia nervosa (RASTAM, 1995).

A relação entre os transtornos afetivos, basicamente a depressão, e os TA, também foi revisada por Swift e colaboradores (1986). Segundo o autor existe uma relação entre a depressão e os TA, sem que até o momento estivesse identificada a natureza desta relação. A depressão é considerada na abordagem dos transtornos de humor e faz pouca referência ao transtorno bipolar, indicando uma tendência de um período anterior à tendência atual, período este em que pouco se incluía o THB na discussão da comorbidade com os TA. Contudo, a coincidência entre THB e sintomatologia alimentar não deixa de ser identificada por outros autores.

Um estudo comparou controles e pacientes com transtornos alimentares e em vários estudos a prevalência de transtornos afetivos é muito maior nos pacientes (até quatro vezes maior) em relação aos controles, assim como significativa comorbidade dos transtornos de ansiedade com anorexia nervosa (KOCHMAN, 1997). Outra doença frequente que influencia na imagem corporal é o transtorno obsessivo-compulsivo (TOC). Parece haver uma ligação entre o TOC e os TAs, principalmente na AN. Estudos supõem que alguns casos de TAs sejam incluídos num quadro obsessivo-compulsivo (FONTENELLE, 2002).

Torres e colaboradores (2005) observaram que os pacientes com TAs queixam-se de pensamentos obsessivos desagradáveis e indesejados que os conduzem a comportamentos compulsivos, com vivências de incompletude, tomando tempo e causando sofrimento, vergonha, baixa autoestima e, em casos mais graves, isolamento social e incapacidade funcional. No caso de indivíduos com TAs, seus pensamentos são frequentemente atormentados por ruminações incessantes e intrusivas sobre comida e forma corporal, além de diversos comportamentos ritualizados, como a restrição alimentar, a contagem de calorias, muitas verificações ao espelho e atividade física compulsiva.

De acordo com o exposto acima, De Berardis (2007) descreve a imagem corporal como uma forma de comportamento compulsivo, uma vez que, por meio da busca do corpo perfeito, os pacientes poderiam reduzir temporariamente a ansiedade derivada de pensamentos negativos a respeito do peso e forma corporal. Corroborando essa afirmação, alguns autores definem a checagem do corpo como “a monitoração repetitiva e ritualística dos inúmeros aspectos do corpo” (SMEETS, 2011).

3. Considerações finais

Relatos da literatura mostram que o estilo alimentar adotado na infância tende a permanecer na vida adulta. Cada fase do desenvolvimento psicossocial é de fundamental importância para influenciar atitudes e ensinar comportamentos saudáveis. No entanto, o peso e a imagem corporal do indivíduo são fatores que podem influenciar em seu comportamento alimentar.

Ao abordar a temática “Transtornos Alimentares na Contemporaneidade” buscou-se discorrer acerca dos aspectos psicológicos que acometem indivíduos com TA e as consequências desses transtornos com enfoque na depressão. Além disso, avaliamos os fatores que contribuem para a manifestação clínica dessas patologias.

A forma encontrada pelos indivíduos portadores de transtornos alimentares se convencerem e mostrar ao mundo que existe, está atrelado ao excesso do consumo de alimentos ou então a restrição deliberada da ingestão do mesmo. O contexto alimentar ocupa um lugar no qual o sujeito vai frequentemente fracassar em sua identidade. Dessa maneira, pelo fato de não possuírem os elementos necessários para constituição do ego corporal, não consegue desenvolver um ego psíquico suficientemente forte para aceitar os limites que a boa saúde exige.

Na anorexia nervosa as manifestações ocorrem por alterações drásticas nos padrões alimentares onde se ingere, de forma consciente, uma quantidade mínima de calorias e muito aquém das necessidades diárias. É uma psicopatologia silenciosa que se instala de maneira lenta e progressiva. É importante destacar que há uma interessante questão estabelecida pelos anoréxicos quando se trata de comida. Os mesmos consideram um comportamento paradoxal, visto que, o ato de não comer, busca a singularidade e diferenciação, no entanto existe uma incapacidade do indivíduo anoréxico assumir suas as transformações inerentes ao seu crescimento e conseqüentemente são incapaz de adquirir sua independência e autonomia.

No contexto da bulimia nervosa descrevemos essa psicopatologia como a ingestão alimentar descontrolada seguida de um comportamento compensatório ou purgativo. Ao contrário da anorexia, os pacientes bulímicos não apresentam frequente perda de peso, dificultando bastante o diagnóstico do indivíduo. O indivíduo bulímico, em muitos casos, desconta sua ansiedade e depressão no objeto moderador que é a comida. Para esses indivíduos as emoções podem determinar as escolhas e preferências alimentares. Situação muito similar é observada nos indivíduos obesos. Estes identificam na comida a sua fonte de prazer e acabam ingerindo alimentos hipercalóricos e de forma exagerada para compensar problemas dos quais, por vezes, não sabem como solucionar ou até mesmo não sabem que os têm. Observa-se uma tentativa psicossomática de superar algo de ordem psíquica, utilizando a comida com um recurso para controlar suas emoções.

Os comportamentos alimentares disfuncionais acarretam uma diminuição na qualidade de vida desses indivíduos, podendo levar a depressão. Em muitos casos, o abalo na autoestima e conseqüentemente diminuição de sua autoconfiança são as características precursoras encontradas nos indivíduos depressivos. Muito embora atualmente já se sabe que os quadros depressivos tenha uma etiologia neuroquímica e com base genética.

A coexistência da depressão e transtornos alimentares nos aponta para importância em estudar esses temas. Além disso, é importante destacar que no decorrer da elaboração deste trabalho percebeu-se que são necessários avanços nos estudos e pesquisas sobre prevalência, incidência e causas dos transtornos alimentares e sua relação com a depressão no cenário da população brasileira. Frente a esse desafio, esperamos que esse trabalho sirva como uma ferramenta de consulta bibliográfica para futuros estudos e pesquisas nessa área de conhecimento, a fim de preencher as lacunas de conhecimento referente ao universo desse tema.

Referências Bibliográficas

1. ACOSTA MC, Manubay J, Levin FR. Pediatric obesity: parallels with addiction and treatment e commendations. **Harv Rev Psychiatry**;16:80-96, 2008.
2. ALMEIDA, Sebastião Sousa; ZANATTA, Daniela Peroco; REZENDE, Fabiana Faria. Imagem corporal, ansiedade e depressão em pacientes obesos submetidos à cirurgia bariátrica. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 17, n.1, 2012.
3. ALVES, Dina et al. Cultura e imagem corporal. **Motricidade**, v.5, n. 1, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/mot/v5n1/v5n1a02.pdf>
4. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-V). 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 992 p.
5. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. American Journal of Psychiatry. Washington, DC, v. 157, n.3, p. 01-39. 2000.
6. AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders – DSM-5 (5th ed.), APA, Washington (2013).
7. AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders – DSM-4 (4th ed.), APA, Washington (1994).
8. ANJOS LA. Índice de massa corporal (massa corporal estatura-2) como indicador do estado nutricional de adultos: revisão da literatura. **Rev Saúde Pública** 1992; 26:431-6.
9. APPOLINÁRIO JC & Claudino AM. Transtornos alimentares. **Rev Bras Psiquiatr.**;22(Supl II):28-31, 2000.
10. ARATANGY, Eduardo Wagner & BUONFIGLIO, Helena Bonadia. Como lidar com os transtornos alimentares: guia prático para familiares e pacientes. **São Paulo: Hogrefe**, 2017.
11. ARCELUS, J et al. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: a meta-analysis of 36 studies. **Archives of general psychiatry**, v. 68, n. 7, p. 724-731, 2011.
12. ASSUMPÇÃO, C.L & CABRAL, M.D. Complicações clínicas da anorexia nervosa e bulimia nervosa. **Rev. Bras. Psiquiatr.** v.24, supl. III, p.29-33, 2002.

13. AZEVEDO, AP; Santos, CC; Fonseca, DC. Transtorno da compulsão alimentar periódica. **Rev. psiquiatr. clín.**, 31(4), 170-172, 2004.
14. BARROS, Marilisa Berti de Azevedo et al. Depressão e comportamentos de saúde em adultos brasileiros–PNS 2013. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, 2017.
15. BAUMAN, Z. O mal-estar da pós-modernidade. Zahar, 1999.
16. BECK, Aaron T.; Alford, Brad A. Depressão: causas e tratamento. Tradução de Daniel Bueno. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.
17. BORGES, Nádia Juliana Beraldo Goulart et al. Transtornos alimentares–quadro clínico. **Medicina (Ribeirao Preto. Online)**, v. 39, n. 3, p. 340-348, 2006.
18. BRAUN DL; Sunday SR; Halmi KA. Psychiatry Comorbidity in patients with eating disorders. **Psychological Medicine**, 24, p. 859-67, 1994.
19. BUSSE, Salvador de Rosis; SILVA, B. L. Transtornos alimentares. **Anorexia, bulimia e obesidade. São Paulo: Manole**, p. 31-110, 2004.
20. CASTILHO, Simone Mancini. A imagem corporal. **Santo André: Esetec**, 2001.
21. CONTI, Maria Aparecida; FRUTUOSO, Maria Fernanda Petrolí; GAMBARDELLA, Ana Maria Dianezi. Excesso de peso e insatisfação corporal em adolescentes. **Revista de Nutrição**, 2005.
22. CONWAY B, Rene A. Obesity as a disease: no lightweight matter. **Obes Rev**; 5:145-51, 2004.
23. CORDÁS, T. A. Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico. **Revista de psiquiatria clínica**. São Paulo, SP, v.31, no.4, p. 154-157, 2004.
24. CORDÁS, T.A. & Claudino, A.M. Transtornos alimentares: fundamentos históricos. **Rev. Bras. Psiquiatr.** v.24, supl. III, p.3-6, 2002.
25. CORDÁS, TA et al. Transtornos alimentares: Epidemiologia, Etiologia e Classificação. **Revista Nutrição Profissional**, São Paulo, v. 11 n. 1, p. 12-20, 2007
26. CORTEZ, C. M; Araújo, A. A; Ribeiro, M. V. Transtorno de Compulsão Periódico e Obesidade. Binge Eating Disorder and Obesity. **Arquivo Catarinense de Medicina**, v. 40, nº 1,2011.

27. DE BERARDIS D et al. Alexithymia and its relationships with body checking and body image in a non-clinical female sample. **Eat Behav.** 2007; 8:296-304.
28. DE LIMA, Nádia Laguárdia et al. Identificação de fatores de predisposição aos transtornos alimentares: anorexia e bulimia em adolescentes de Belo Horizonte, Minas Gerais. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 12, n. 2, p. 360-378, 2012.
29. DUCHESNE, M. et al. Neuropsicologia dos transtornos alimentares: uma revisão sistemática da literatura. **Rev. Bras. Psiquiatr.** v.26, n.2, p.107-117, 2004.
30. DUNKER, K.L.L. & Philippi, S.T. Hábitos e comportamentos alimentares de adolescentes com sintomas de anorexia nervosa. **Rev. Nutr.** v.16, n.1, p.51-60, 2003.
31. ERICKSON SJ; ROBINSON TN; HAYDEL KF; KILLEN JD. Are overweight children unhappy? Body mass index, depressive symptoms and overweight concerns in elementary school children. **Arch Pediatr Adolesc Med**,154(9) p. 931- 935, 2000.
32. ESCRIVÃO, M.A.M.S. et al. Obesidade exógena na infância e na adolescência. Sociedade Brasileira de Pediatria. **Jornal de pediatria**, 2000.
33. ESTEVES, Fernanda Cavalcante & GALVAN, Alda Luiza. Depressão numa contextualização contemporânea. Aletheia, Canoas, n. 24, p. 127-135, dez. 2006.
34. FAIRBURN, C.G. et al. Risk factors for anorexia nervosa: three integrated case-control comparisons. **Archives of general psychiatry. Oxford**, v. 56, no. 5, p. 468-746, 1999.
35. FARIAS, N.M.F. et al. Distúrbios alimentares na adolescência: anorexia e bulimia nervosa. **Brazilian Pediatric News**, v.1, n.1, 1999.
36. FELIPPE, Flávia Maria. O peso social da obesidade. **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 2, n. 1, p. 1-12, 2003.
37. FERNANDES, Maria Helena. Transtornos alimentares: anorexia e bulimia. **Casa do Psicólogo**, 2006.
38. FIATES, G.M.R. & Salles, R.K. Fatores de risco para o desenvolvimento de D.A.: um estudo em universitárias. **Rev. Nutr.** v.14, supl.0, p.3-6, 2001.

39. FINGER, Igor da Rosa & Oliveira, Margareth da Silva A prática da terapia cognitivo-comportamental nos transtornos alimentares e obesidade – Novo Hamburgo: Sinopsys, 2016
40. FISBERG M. Obesidade na infância e adolescência. In: Fisberg M. editor. Obesidade na infância FIATES, 2001; DUNKER, 2003a e adolescência. São Paulo (SP): Fundo Editorial BYK; 1995. p. 9-13
41. FONTENELLE LF, Cordás TA, Sassi E. Transtornos alimentares e os espectros do humor e obsessivo-compulsivo. **Rev Bras Psiquiatr.** 2002; 24 (Supl III): 24-8.
42. FREITASA, Silvia; GORENSTEINB, Clarice; APPOLINARIOA, Jose C. Instrumentos para a avaliação dos transtornos alimentares Assessment instruments for eating disorders. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 24, n. Supl III, p. 34-8, 2002.
43. GASPAR, Fabiana Lustosa. A violência do outro na anorexia: uma problemática de fronteiras. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo, v. 8, n. 4, p. 629-643, Dec. 2005.
44. GHADERI, A. & Scott, B. Prevalence, incidence and prospective risk factors for eating disorders. **Acta Psychiatr Scand. Uppsala**, v. 104, no. 2, p. 122-130, 2001.
45. GONÇALVES, H. et al. Age of sexual initiation and depression in adolescents: Data from the 1993 Pelotas (Brazil) Birth Cohort. **Journal of Affective Disorders**, v. 221, p. 259-266, 2017. ISSN 0165-0327.
46. HOLUBOVA, K. et al. Pregnanolone glutamate, a novel use-dependent NMDA receptor inhibitor, exerts antidepressant-like properties in animal models. **Frontiers in Behavioral Neuroscience**, v. 8, n. 130, p. 1-10, Apr. 2014
47. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: ciclos de vida: Brasil e grandes regiões [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2015 [citado em outubro de 2019]. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94522.pdf>
48. KAYANO M et al. Eating attitudes and body dissatisfaction in adolescents: cross-cultural study. **Psychiatry Clin Neurosci.**;62:17-25, 2008.
49. KOCHMAN F; Ducrocq F; Parquet PJ. Troubles cycliques oro- alimentaires. La Revue du Practicien ,47, p. 1913-1916, 1997.

50. LASK, B. Aetiology. In: Lask B, Bryant-Waugh R, editors. Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence. 2nd ed. **East Sussex: Psychology Press**; Florence, p. 63-79, 2000.
51. LUIZ, AMAG et al. Depressão, ansiedade e competência social em crianças obesas. **Estudos de psicologia**, v. 10, n. 1, p. 35-39, 2005.
52. MAIA, M. & Albuquerque, A. Get there now! Cultura contemporânea, imediatismo e desamparo. **Pulsional Revista de Psicanálise**, v. 13, n. 132, p. 81-88, 2000.
53. MÄKINEN M et al. Development of self-image and its components during a one-year follow-up in non-referred adolescents with excess and normal weight. **Child Adolesc Psychiatry Ment Health**, 9 (2015), p. 5
54. MASHEB R, White MA. Bulimia nervosa in overweight and normal-weight women. **Compr Psychiatry**. 2012;53(2):181-186.
55. McELROY SL, Kotwal R; Keck JR P.E; Akiskal HS. Comorbidity of bipolar and eating disorders:distinct or related disorders with shared dysregulations? **Journal of affective disorders**, 86, p. 107-127, 2004.
56. McELROY SL; Frye MA; Suppes T; Dhavale D; Keck PE; Leverich GS; Altshuler L. Denicoff KD; Nolen WA; Kupka R. Grunze H. Waldenj; Post RM. Correlates of Overweight and Obesity in 644 patients with Bipolar Disorder. **J Clin Psychiatry**, 63, p.207-213, 2002.
57. MENDES, Elzilaine Domingues; VIANA, Terezinha de Camargo; BARA, Olivier. Melancolia e depressão: um estudo psicanalítico. 2014.
58. MERIKANGAS KR, et al. Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement (NCS-A). **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**; 49:980-9, 2010.
59. MINISTÉRIO DA SAÚDE BRASIL (2008). Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas. Estratégicas, Departamento de Atenção Básica Coordenação Geral de Saúde Mental, Coordenação de Gestão da Atenção Básica. Saúde mental e atenção básica o vínculo e o diálogo necessários inclusão das ações de saúde mental na atenção básica. Brasília, DF.

60. MORGAN, C. M. et al. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. **Revista Brasileira Psiquiatria**, São Paulo, v.24, n.3, p. 18-23, 2002.
61. MURRAY K., Rieger E., Bryne D. The relationship between stress and body satisfaction in female and male adolescents. *Stress Health*, 31, pp. 13-23, 2015.
62. NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH. National Institutes of Health. 2007 [Citado em 10 de novembro de 2019]. Disponível em <https://www.nimh.nih.gov/index.shtml>
63. NUNES, Maria Angélica et al . Influência da percepção do peso e do índice de massa corporal nos comportamentos alimentares anormais. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 21-27, Mar. 2001.
64. NOVAES, James Jose de et al. Suporte social como prevenção em saúde mental e obesidade: intervenções através de atividades lúdicas no cenário escolar. 2006.
65. OLIVA, C.A.G. & Fagundes, U. Aspectos clínicos e nutricionais dos transtornos alimentares. **Psiquiatria na Prática Médica**, v.34, n.2, 2001.
66. OLIVEIRA, Leticia Langlois; HUTZ, Cláudio Simon. Transtornos alimentares: o papel dos aspectos culturais no mundo contemporâneo. **Psicologia em Estudo**, v. 15, n. 3, p. 575-582, 2010.
67. PINHEIRO, A. P. & Giugliani, E. R. J. Quem são as crianças que se sentem gordas apesar de terem peso adequado? **Jornal de Pediatria**, 82(3), 13-17, 2006.
68. PINZON, V. & Nogueira, F.C. Epidemiologia, curso e evolução dos transtornos alimentares. **Rev. Psiq. Clín.** v.31, n.4, p. 158-160, 2004.
69. RASTAM M; Gillberg IC; Gillberg G. Anorexia Nervosa 6 Years after Onset: Part II. Comorbid Psychiatric Problems. **Comprehensive Psychiatry**, 36 (1), p. 70-76, 1995.
70. ROBERTS RE; Kaplan GA; Shema SJ; Strawbridge WJ. Are the obese at greater risk for depression? **American Journal of Epidemiology**, 152 (2) p. 163-70, 2000.
71. ROMARO, R.A. & Itokazu, F.M. Bulimia nervosa: revisão da literatura. **Psicol. Reflex. Crit.** v.15, n.2, p.407-412, 2002.
72. ROTELLA F et al. Comparison between normal-weight and overweight bulimic patients. **Eating Weight Disord.** 2013;18(4):389-393.

73. SAITO, M.I.; Silva, L.E.V. Adolescência: prevenção e risco. In: Cereser MG, Cordás TA. Transtornos alimentares: anorexia nervosa e bulimia. São Paulo: Atheneu; p. 269-276. 2001.
74. SALZANO, F.T. & Cordás, T.A. Tratamento farmacológico de transtornos alimentares. **Rev. Psiq. Clín.** v.31, n.4, p.188-194, 2004.
75. SAMPEI MA. Antropometria e composição corporal em adolescentes nipônicas e não-nipônicas da rede escolar privada de São Paulo: comparação étnica análise de distúrbios alimentares, imagem corporal e atividade física [tese de doutorado]. São Paulo (SP): UNIFESP-EPM; 2001.
76. SMEETS E, Tiggemann M, Kemps E, Mills JS, Hollitt S, Roefs A, Jansen A. Body checking induces an attentional bias for body-related cues. **Int J Eat Disord.** 2011; 44: 50-7.
77. STRASBURGER, S. E. et al. What is the mechanism of ketamine's rapid-onset antidepressant effect? A concise overview of the surprisingly large number of possibilities. **Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics**, v. 42, n. 2, p. 147-154, Apr. 2017.
78. SWIFT W; Andrews D; Barklage NE. The Relationship Between Affective Disorder and Eating Disorders: A Review of the Literature. **Am J Psychiatry** 143, p.290-299, 1986.
79. TORRES AR, Ferrão YA, Miguel EC. Transtorno dismórfico corporal: uma expressão alternativa do transtorno obsessivo-compulsivo? **Rev Bras Psiquiatr.** 2005; 27(2):1-3.
80. VANNUCCHI, A.; Vannucchi, A. M. C. Quatro enfoques da depressão. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, Sorocaba, v. 14, n. 4, p. 169-172, 2012.
81. VERAS, Aimorá L. Laus. Desenvolvimento e construção da imagem corporal na atualidade: um olhar cognitivo-comportamental. **Revista brasileira de terapias cognitivas**, v. 6, n. 2, 2010.
82. VILLAREJO, Cynthia. Factores de riesgo y variables clínicas asociadas a situaciones extremas de peso: Trastornos de la Conducta Alimentaria y Obesidad. 2012.
83. VILELA, J.E.M. et al. Transtornos alimentares em escolares. **J. Pediatr.** v.80, n.1, p.49-54, 2004.