



INTRODUÇÃO À PSICOLOGIA APLICADA À NUTRIÇÃO

SUMÁRIO

- 3- Introdução à Psicologia Aplicada à Nutrição
- 5- Sintomas Correlacionados aos Transtornos Alimentares
- 12-O Paciente Hospitalizado
- 15-Bulimia
- 18-Anorexia
- 21-Obesidade Mórbida
- 25-Compulsão Alimentar
- 30- A angustia e o Corpo
- 33-Psicologia e Nutrição
- 36-Terapia Cognitivo-comportamental
- 46-A Psicologia
- 50-Referências Bibliográficas

INTRODUÇÃO À PSICOLOGIA APLICADA À NUTRIÇÃO

A psicologia tem um papel-chave na área da Nutrição, uma vez que o comportamento alimentar integra as atividades absolutamente necessárias ao ser humano. A compreensão dos estados motivacionais e dos processos fisiológicos e metabólicos que levam à sensação de fome, saciedade e à necessidade da ingestão calórica, ajuda o profissional nutricionista a observar possíveis desordens de apetite no paciente.

O Cursos Grátis Online visa abordar os transtornos alimentares e as formas que tanto a Nutrição quanto a Psicologia podem contribuir para o cuidado desse fenômeno muito presente nos consultórios e clínicas através de um conteúdo teórico online.

O comportamento alimentar constitui um importante aspecto dos hábitos e estilo de vida que importa abordar do ponto de vista da Psicologia. Tradicionalmente o processo alimentar tem sido estudado no caso das perturbações do comportamento alimentar. A abordagem que apresentamos é a do comportamento alimentar do sujeito normal no contexto teórico e metodológico da Psicologia da Saúde.

A Nutrição está intrinsecamente associada à saúde e à doença. Algumas das mais assustadoras doenças do nosso tempo são em grande parte atribuíveis a hábitos alimentares não saudáveis adquiridos na infância e na adolescência.

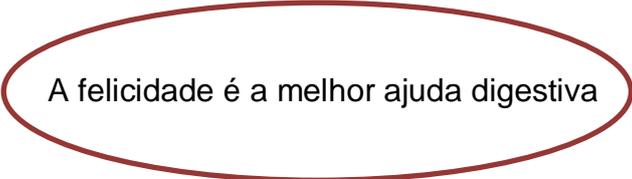
A compreensão do comportamento e do estilo alimentar, incluindo os aspectos psicológicos que lhe estão subjacentes, parece ser determinante na possibilidade de se definirem estratégias visando implementar mudanças de índole terapêutica ou educacional com vista à promoção de hábitos alimentares saudáveis.

Avanços recentes nas ciências mente-corpo vêm provando o que antigas tradições de sabedoria têm dito por séculos – que a mente e o corpo existem em um continuum e impactam profundamente um ao outro.

É fascinante como estresse, medo, ansiedade, raiva, julgamento e até mesmo uma “auto-conversa” negativa literalmente pode criar uma resposta de estresse fisiológico no corpo. Isso significa que geramos mais cortisol e insulina, dois hormônios que têm o efeito indesejado de sinalizar para o corpo para que armazene peso e gordura. Por estranho que possa parecer, mudamos literalmente nossa capacidade de queimar calorias quando estamos estressados.

O que é mais incrível, porém, é que, quando aprendemos a buscar mais o lado positivo da vida e respiramos mais profundamente, o corpo entra em uma resposta de relaxamento fisiológico. Nesse estado, nós realmente colaboramos para que nosso metabolismo funcione da melhor forma possível. Então, você poderia estar seguindo a melhor dieta de perda de peso do mundo, mas se você é extremamente ansioso, o poder que a sua mente exerce poderá estar limitando a perda de peso do seu corpo. Muitas pessoas adotam estratégias de perda de peso estressantes – como dietas extremamente restritivas, e impossíveis de seguir, ou programas de exercícios

excessivamente intensos, comida insípida, shakes com uma quantidade de calorias extremamente baixa – tudo isso pode criar o tipo de química de estresse que garante que nosso peso permaneça como está. Por isso é hora de relaxar na perda de peso.



A felicidade é a melhor ajuda digestiva

Toda a energia metabólica do corpo é direcionada para a sobrevivência. Então, você pode estar comendo o alimento mais saudável do universo, mas se você não está comendo sob o estado ótimo de digestão e assimilação – que acontece quando você está relaxado – literalmente e metabolicamente não estão recebendo o valor nutricional total de sua refeição.

O acompanhamento psicológico, baseado na terapia cognitivo-comportamental, tem-se mostrado um grande e importante aliado no processo de emagrecimento e reeducação alimentar ao trabalhar todos os comportamentos, pensamentos e sentimentos envolvidos no processo de perda de peso e hábitos alimentares mais disfuncionais.

Tenha em mente que qualquer mudança exige esforço e leva o seu tempo. É difícil, é desconfortável e não se apresenta como um caminho sempre a direito, pelo contrário, muitas serão as curvas e os altos e baixos a ultrapassar.

Talvez nunca tenha reparado, mas existe sempre um pensamento que antecede o ato de comer. Muitas vezes estes pensamentos sabotadores são o que impedem que seja bem-sucedido no seu processo de perda de peso, apesar do acompanhamento nutricional que já desenvolve. Aprender a lidar com estes pensamentos é o que o ajudará a lidar com os seus comportamentos de forma positiva e adaptativa.

Começar o emagrecimento pela cabeça é a chave para conseguirmos um emagrecimento definitivo. Pequenas alterações progressivas nos nossos comportamentos, é o que causa a transformação. Contar pontos, calorias, se pesar todos os dias, muitas vezes é o caminho inverso de quem quer perder peso, voltar a sentir prazer pela refeição e alimento é a base do nosso método.

O Comportamento Alimentar refere-se à ingestão de qualquer alimento. Uma pessoa que tenha comido apenas chocolate hoje se alimentou, mas não se nutriu convenientemente. Nutrição refere-se se alimentar adequadamente em qualidade e quantidade.

SINTOMAS CORRELACIONADOS AOS TRANSTORNOS ALIMENTARES

A disfunção alimentar ou transtorno alimentar (TA) é um transtorno mental que se define por padrões de comportamento alimentares desviantes que afetam negativamente a saúde física ou mental do indivíduo.

São considerados como patologias e descritos detalhadamente pelo CID 10, DSM IV e pela OMS. Incluem transtorno de compulsão alimentar periódica em que as pessoas ingerem uma grande quantidade de alimentos num curto período de tempo; anorexia nervosa, em que as pessoas comem muito pouco e, portanto, têm um baixo peso corporal; bulimia nervosa, em que as pessoas comem muito e, em seguida, tentam livrar-se da comida; pica, em que as pessoas comem produtos não-alimentares; transtorno de ruminação, em que as pessoas regurgitam o alimento; transtorno alimentar restritivo evitativo em que as pessoas possuem falta de interesse por comida; e um grupo de outros distúrbios alimentares específicos e outros distúrbios alimentares não-específicos.

Os transtornos de ansiedade, depressão e abuso de substâncias são comuns entre as pessoas com transtorno alimentar. Esses distúrbios não estão associados à obesidade.

A causa dos transtornos alimentares não é clara. Tanto os fatores biológicos como ambientais parecem contribuir para a doença. O ideal cultural de magreza pode afetar o indivíduo por influência social e cultural acabando por atuar na etiologia desta condição médica. Os transtornos alimentares afetam cerca de 12% dos dançarinos.

As vítimas de abuso sexual estão também mais predispostos a desenvolver a doença. Alguns transtornos, tais como a pica e o transtorno de ruminação ocorrem mais frequentemente em pessoas com deficiência intelectual. Um distúrbio alimentar pode ser diagnosticado apenas uma vez num determinado momento.

Existe tratamento para a maioria dos casos de transtornos alimentares, que normalmente envolve ajuda psicológica, uma dieta adequada, uma quantidade normal de exercício físico e diminuição de tentativas de livrar-se da comida. Ocasionalmente é necessária hospitalização. A medicação pode ajudar com alguns dos sintomas associados. A cada cinco anos, cerca de 70% das pessoas com anorexia e 50% das pessoas com bulimia conseguem recuperar. A recuperação do transtorno de compulsão alimentar é menos precisa, sendo estimada entre 20% a 60%. Tanto a anorexia como a bulimia aumentam o risco de morte.

No mundo desenvolvido o transtorno de compulsão alimentar afeta cerca de 1,6% das mulheres e 0,8% dos homens a cada ano. A anorexia afeta cerca de 0,4% e a bulimia afeta cerca de 1,3% das jovens mulheres a cada ano. Mais de 4% das mulheres têm anorexia, 2% têm bulimia e 2% têm transtorno de compulsão alimentar periódica, em algum momento das suas vidas. A anorexia e a bulimia são dez vezes mais propícias de surgir em mulheres do que nos homens. Normalmente começam na infância tardia ou início da idade adulta. Os índices doutros

transtornos alimentares não são claros. Os índices de transtorno alimentar parecem ser inferiores nos países menos desenvolvidos.

Os mais conhecidos são a anorexia e a bulimia, porém existem vários outros segundo as pesquisas:

Anorexia

Bulimia

Hipergafia

Ortorexia

Pica

Síndrome de Prader-Willi

Transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP)

Transtorno obsessivo compulsivo por alimentos

Transtorno de ruminação

Vigorexia

Transtorno alimentar não especificado.

Entre os séculos XVII e XIX, a Anorexia Nervosa era denominada Anorexia Histórica, Apepsia Histórica e Compunção Nervosa, possuindo diferentes descrições científicas. Naquele período, considerava-se a Anorexia Nervosa como um transtorno que acometia exclusivamente as mulheres. Em 1939 estabeleceu-se o diagnóstico diferencial entre a Caquexia Hipofisária (uma doença de causa orgânica, na qual puérperas sofriam uma perda de peso severa e acabavam morrendo) e a Anorexia Nervosa.

O aumento da incidência dos Transtornos Alimentares na população feminina está intimamente relacionado às mudanças nos padrões de beleza e às exigências sociais. Assim, atualmente evidencia-se uma cultura do emagrecimento, na qual para obter êxito e aceitação social, o indivíduo (principalmente as mulheres) deve estar dentro deste padrão estético imposto pela sociedade.

Os Transtornos Alimentares são caracterizados por perturbações no comportamento alimentar, podendo levar ao emagrecimento extremo (caquexia - devido à inadequada redução da alimentação), à obesidade (devido à ingestão de grandes quantidades de comida), ou outros problemas físicos. Os principais tipos de Transtorno Alimentar são a Anorexia Nervosa e a Bulimia Nervosa, e ambos têm como características comuns: uma intensa preocupação como o

peso e o medo excessivo de engordar, uma percepção distorcida da forma corporal, e a auto-avaliação baseada no peso e na forma física.

A etiologia dos Transtornos Alimentares está associada principalmente aos aspectos sócio-cultural, embora não se deva descartar os fatores biológicos, psicológicos e familiares.

Alguns autores caracterizam os Transtornos Alimentares como síndromes ligadas à cultura de determinadas sociedades. O que evidencia esta hipótese é o fato de que a Anorexia e a Bulimia têm uma prevalência maior entre mulheres jovens de países ocidentais, principalmente as que pertencem às camadas sociais mais privilegiadas.

O Transtorno Alimentar é um transtorno mental que apresenta comportamentos alimentares que influenciam de modo negativo a saúde física e mental do sujeito.

São patologias descritas pelo CID 10 (Classificação Internacional de Doenças), DSM IV (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), OMS (Organização Mundial da Saúde). Entre eles estão:

- ✓ Anorexia Nervosa
- ✓ Bulimia Nervosa
- ✓ Transtornos alimentares periódicos
- ✓ Vigorexia
- ✓ Drunkorexia

O Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) caracteriza-se por grande quantidade de ingestão de alimentos, normalmente por um curto período de tempo, acompanhado por um sentimento de perda de controle. Seguidos de sentimento de culpa, sofrimento psíquico sem comportamentos compensatórios.

Os principais sintomas físicos de episódios de compulsão alimentar são: comer rápido, comer sem fome, comer até ficar cheio, comer sozinho, não há mecanismo de comunicação.

Apresenta como sintomas psíquicos instabilidade de humor, impulsividade, baixa tolerância à frustração, dificuldade de lidar com limites e regras, sintomas depressivos, ansiedade, sintomas depressivos, (repetido) culpa por comer demais, funcionamento compulsivo em outros aspectos.

Quando falamos sobre Transtornos alimentares estamos dizendo que pessoas estão utilizando o alimento para expressar aquilo o que elas não sabem como sentir.

Muitas vezes os comportamentos de recusa alimentar ou a ingestão exagerada de alimentos ou tantos vômitos, são silenciosos e é de extrema importância que a família esteja atenta.

Pois o diagnóstico precoce e o encaminhamento para o tratamento adequado pode prevenir consequências futuras, é de extrema importância que um grupo multidisciplinar seja envolvido em casos mais evoluídos. Envolvendo psicólogos, psiquiatras e nutrólogos.

O psicólogo é um dos profissionais dentro desta equipe multidisciplinar que irá trabalhar as causas e as repercussões dos transtornos alimentares, pois na maioria das vezes são resultados de desequilíbrio emocional.

Assim como na obesidade a psicoterapia é de grande importância, auxiliando na manutenção de peso e em uma mudança de estilo de vida. Apesar da obesidade não ser classificada como transtorno alimentar, não é raro que esta seja reflexo de problemas emocionais.

Assim os transtornos alimentares e obesidade devem ser acompanhados e tratados respeitando a singularidade de cada sujeito, atribuindo ao paciente consciência corporal e o auto reconhecimento.

Os transtornos alimentares envolvem uma perturbação da alimentação ou do comportamento relacionado à alimentação, que costumam incluir

Alterações dos alimentos ou da quantidade consumida pela pessoa

Medidas que as pessoas adotam para evitar que os alimentos sejam absorvidos (por exemplo, autoinduzindo o vômito ou tomando laxantes)

Para que um comportamento alimentar incomum seja considerado um transtorno, o comportamento precisa continuar por um determinado período e causar prejuízo significativo à saúde física da pessoa e/ou à capacidade de desempenhar funções na escola ou no trabalho ou afetar negativamente as interações da pessoa com outros.

O transtorno alimentar restritivo evitativo é caracterizado pelo fato de que a pessoa come muito pouco e/ou evita comer determinados alimentos sem ter a preocupação quanto à forma física ou o peso que é característica de pessoas com anorexia nervosa ou bulimia nervosa. Geralmente, a pessoa com esse transtorno é extremamente exigente em relação aos alimentos e aos tipos de alimento. Por exemplo, é possível que ela evite alimentos que têm uma determinada cor, consistência ou odor. Algumas pessoas têm medo das possíveis consequências adversas da alimentação, como asfixia ou vômito.

O transtorno da compulsão alimentar periódica é caracterizado pela ingestão de uma quantidade de alimentos excepcionalmente maior que a quantidade que a maioria das pessoas consumiria em um período semelhante e em circunstâncias semelhantes. A pessoa sente perda do controle durante e após um episódio de compulsão alimentar. O episódio de alimentação compulsiva não é seguido por purgação ou outras tentativas de compensar o excesso de alimentos consumidos.

Os transtornos alimentares são caracterizados por alterações na forma de se alimentar, normalmente devido a uma preocupação excessiva com o peso e a aparência do corpo. Eles

podem ter características como passar várias horas sem se alimentar, fazer uso frequente de laxantes e evitar sair para comer em locais públicos.

Os transtornos alimentares podem causar consequências graves, como problemas nos rins, no coração e até morte. Em geral, eles surgem com mais frequência nas mulheres, especialmente durante a adolescência, e costumam estar ligados a problemas como ansiedade, depressão e uso de drogas.

Os transtornos alimentares geralmente apresentam as suas primeiras manifestações na infância e na adolescência. De uma maneira geral, podemos dividir as alterações do comportamento alimentar neste período em dois grupos. Primeiramente, aqueles transtornos que ocorrem precocemente na infância e que representam alterações da relação da criança com a alimentação.

Estas condições parecem não estar associadas a uma preocupação excessiva com o peso e/ou a forma corporal, mas podem interferir com o desenvolvimento infantil.

Aqui encontramos o transtorno da alimentação da primeira infância, a pica e o transtorno de ruminação.

O segundo grupo de transtornos tem o seu aparecimento mais tardio e é constituído pelos transtornos alimentares propriamente ditos: a anorexia nervosa e a bulimia nervosa. De especial interesse para os profissionais envolvidos com o atendimento de crianças e adolescentes são as chamadas síndromes parciais de anorexia e de bulimia nervosa e a categoria diagnóstica recentemente descrita denominada transtorno da compulsão alimentar periódica.

Vivemos em uma época visual, em um mundo repleto de imagens, com informações diversas que são enviadas ao nosso cérebro a todos os instantes. O que se ganha em agilidade no entendimento de questões nem sempre fáceis ou na identificação de signos e mensagens, também interfere em como lidamos com o nosso corpo.

Os padrões apresentados constantemente na televisão, revistas, tendem a serem reproduzidos na vida real, gerando em muitos uma busca para ter os mesmos padrões estéticos.

Isso pode causar distorções em relação à própria imagem, levando a transtornos alimentares, como anorexia, bulimia, transtorno obsessivo compulsivo por alimentos, entre outros.

Muitas vezes considerados tabus na sociedade, falar e, sobretudo, entender o que são essas doenças, origens, consequências e como tratá-las é importante para ajudar quem está nessa situação. Como qualquer enfermidade, quanto antes identificada e cuidada, menores os riscos e maiores as chances de tratamento.

Diversos órgãos referências em saúde e padrão comportamental designam uma lista de transtornos alimentares, sendo os mais conhecidos a anorexia e a bulimia. "É importante marcar que a obesidade não é considerada um transtorno alimentar".

"Transtorno alimentar é um padrão de comportamentos alimentares disfuncionais prejudiciais ao sujeito". (Maristela Temer, coordenadora do Serviço de Psicologia da UTI Cardiológica do Hospital Sírio-Libanês)

As mudanças físicas da adolescência facilitam as distorções de imagem corporal. Como o adolescente não se identifica com o seu novo corpo, pode facilmente ficar com uma percepção confusa sobre ele. O que encontramos sempre nestes casos é a junção de três fatores para que o quadro psicopatológico ocorra: predisponentes, precipitantes e perpetuantes.

Alguns pacientes podem receber cuidados ambulatoriais, mas casos mais graves pedem internação e alimentação parenteral. Em ambos os casos, os objetivos são restabelecer o peso, normalizar os padrões alimentares, adquirir uma percepção normal de fome e de saciedade e corrigir sequelas biológicas e psicológicas da desnutrição.

Os transtornos alimentares são doenças graves que acometem inúmeras pessoas. Infelizmente, muitos casos não são percebidos de forma imediata, seja por familiares ou pelos próprios indivíduos, e o desenvolvimento dos transtornos pode trazer sérias consequências à saúde.

Pessoas com diabetes Tipo 2 e com alguma ameaça à sua saúde mental, como sintomas depressivos e de ansiedade, podem passar por episódios da síndrome da fome noturna. Essa síndrome é caracterizada por falta de apetite pela manhã, insônia e excesso de fome à noite, mesmo após o jantar ou lanche noturno regular. Ela está associada a períodos de estresse e, segundo as estatísticas, atinge 1,5% da população geral e cerca de 20% das pessoas com obesidade.

Embora as causas não sejam muito claras, a hipótese mais provável é de um desequilíbrio nos hormônios, como a melatonina, que é liberada durante o sono, e a serotonina, que também tem ação no controle do ritmo circadiano - o equilíbrio que ocorre no organismo entre a noite e o dia. Há ainda interferência de elementos genéticos.

A síndrome da fome noturna é vinculada ao consumo de alimentos muito calóricos, ricos em gorduras e com baixo índice de fibras, como os chocolates, que atuam diretamente nos centros do prazer no cérebro. Esse hábito favorece o ganho de peso, a pressão alta e as alterações no colesterol, ou seja, tudo que uma pessoa com ou sem diabetes não deseja para ter uma vida saudável e plena.

Hábitos alimentares são considerados doentios quando interferem na saúde física e mental, deteriorando até as relações pessoais e profissionais da pessoa.

As causas desses distúrbios são muitas: vão da predisposição genética ao esforço para se adequar a padrões estéticos estabelecidos por figuras famosas. Por envolver fatores tão variados, a própria definição de transtorno alimentar é objeto de discussão: os únicos que recebem essa classificação da Organização Mundial da Saúde são a anorexia e a bulimia.

Apesar de terem em comum a preocupação com o corpo, existem diferenças fundamentais entre os dois distúrbios.

“Pessoas com anorexia têm uma grave distorção de sua auto-imagem, enxergando-se sempre muito mais gordas do que são”, diz o psiquiatra Fábio Salzano, do Hospital das Clínicas de São Paulo. Na busca por emagrecer cada dia mais, elas simplesmente param de comer e viram esqueletos humanos. Para ser considerado anoréxico, é preciso ter um peso muito abaixo do estabelecido como saudável.

Os transtornos alimentares mais comuns são a bulimia, a anorexia e a própria obesidade, que pode ser considerada um transtorno alimentar quando está relacionada com a compulsão alimentar.

Tratam-se de distúrbios que provocam alterações na alimentação, seja da frequência ou da quantidade de alimentos ingeridos. Além disso podem estar presentes comportamentos que levam a diminuição da absorção do alimento ingerido como vômitos auto-provocados ou uso de laxantes.

Importante:

Caso apresente sintomas de transtornos alimentares procure o seu médico de família ou clínico para uma avaliação inicial. Muitas vezes, o tratamento dos transtornos alimentares requer a atuação de uma equipe interprofissional, que inclui médico clínico, psiquiatra, psicólogo e nutricionista.

A obesidade aumenta o risco de infarto e acidente vascular cerebral e favorece o desenvolvimento de alguns tipos de câncer, hipertensão arterial, diabetes, artroses, entre outras doenças e complicações.

O PACIENTE HOSPITALIZADO

O nível de cuidado apropriado para o paciente é determinado no momento do seu diagnóstico inicial e, posteriormente, sempre que uma mudança relevante em sua condição exija transição para um nível diferente.

As configurações incluem o seguimento ambulatorial, tratamento domiciliar, hospitalização parcial em hospitais-dia e hospitalização integral para pacientes graves que apresentam complicações agudas da doença. Ao determinar o nível inicial de atendimento ou a mudança para um nível diferente de cuidados, é essencial analisar em conjunto a condição física geral, complicações médicas, deficiências, comorbidade psiquiátrica, comportamento, interação familiar, recursos sociais, meio ambiente e serviços disponíveis.

A hospitalização integral é a modalidade terapêutica utilizada pelas equipes quando outras tentativas de tratamento falharam ou não conseguem obter resultados satisfatórios. Ocorre em serviços especializados sob regime de internação em hospitais de nível terciário ou hospitais universitários.

As indicações para hospitalização integral de pacientes com TA, em geral, englobam o estado nutricional insatisfatório, na maioria das vezes com peso abaixo de 75% de adequação segundo o índice de massa corporal ou perda de 15% do peso corporal em três meses; episódios de descompensação clínica com distúrbios hidroeletrólíticos; níveis de pressão arterial sistólica/diastólica baixos, inferior a 90/60 mmHg em adultos e 80/50 mmHg em crianças e adolescentes, frequência cardíaca menor que 50 bpm; presença de comorbidades psiquiátricas ou risco de suicídio iminente; pouca continência familiar e situações de tensão ambiental; e também abuso de substâncias e exacerbação de sintomas purgativos.

O excesso de exposição incentivado pelas redes sociais e o culto a padrões de beleza que se transformam, mas continuam a ser impostos às novas gerações, despertam as sensações de cobrança, inadequação e baixa autoestima na sociedade, especialmente em jovens, suscetíveis ao desenvolvimento de um transtorno alimentar.

Resultantes de uma combinação entre fatores genéticos, psicológicos, comportamentais e sociais, os distúrbios relacionados à alimentação são mais recorrentes em mulheres jovens, mas também podem ser apresentados por homens e por pessoas de diferentes faixas etárias.

Os transtornos, ao contrário do que se acredita, não são estilos de vida, mas doenças graves que, uma vez negligenciadas ou não diagnosticadas adequadamente, podem comprometer os hábitos de alimentação de um indivíduo e sua saúde mental. Saiba mais informações a seguir sobre cada distúrbio.

Embora cada distúrbio apresente seu quadro e sintomas específicos, todos têm em comum situações de insatisfação com a imagem corporal, baixa autoestima e problemas nutricionais.

Para tratá-los, é essencial que os pacientes busquem auxílio médico, com monitoramento, e sejam acompanhados por uma equipe multidisciplinar, que reúna também um nutricionista para readequação de hábitos e psicólogo para realização de terapia de fala ou psicoterapia, a fim de tratar física e emocionalmente a origem do problema.

Acima de tudo, para que seja feita a reabilitação de uma pessoa com transtorno alimentar, é aconselhado o acompanhamento da família, a qual costuma sofrer com o paciente, a fim de que todos compreendam a gravidade da doença e a combatam unidos, a partir de diálogo com transparência e de ações que motivem o paciente a se recuperar.

O psiquiatra do Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto (HSM), David Martins, explica que, por conta desta preocupação, os pacientes podem desenvolver comportamentos negativos, como comer e vomitar para não ganhar peso. “Podem surgir episódios de compulsão alimentar, ou seja, a pessoa perde o controle na hora de comer. Isso leva a uma grande ingestão de alimentos e a um sofrimento imenso após estas compulsões. A forma mais grave do transtorno alimentar, quando a pessoa quase não ingere alimentos, leva a uma magreza excessiva que pode, inclusive, causar a morte”, alerta o médico.

O tratamento dos transtornos alimentares é sempre multidisciplinar e deve englobar, no mínimo, médico psiquiatra, psicólogo e nutricionista. Todos os profissionais envolvidos tentam melhorar a relação do paciente com a alimentação, com seu corpo e peso para diminuir os comportamentos prejudiciais, como compulsões alimentares, métodos compensatórios e restrição alimentar.

Terapia Nutricional (TN): Conjunto de procedimentos terapêuticos para manutenção ou recuperação do estado nutricional do usuário por meio da Nutrição Parenteral e/ou Enteral.

Terapia de Nutrição Parenteral (TNP): Conjunto de procedimentos terapêuticos para manutenção ou recuperação do estado nutricional do usuário por meio de Nutrição Parenteral.

Nutrição Enteral (NE): Alimento para fins especiais, com ingestão controlada de nutrientes, na forma isolada ou combinada, de composição definida ou estimada, especialmente formulada e elaborada para uso por sondas ou via oral, industrializado ou não, utilizada exclusiva ou parcialmente para substituir ou complementar a alimentação oral em usuário desnutridos ou não, conforme suas necessidades nutricionais, em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, visando a síntese ou manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas.

Nutrição Oral Especializada: (NOE) é a utilização de dietas alimentares acrescidas de suplementos e/ou a utilização de suplementos de dietas enterais por via oral associada a alimentação diária.

Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN): Grupo formal e obrigatoriamente constituído de pelo menos um profissional de cada categoria, a saber: Nutricionista, Médico,

Farmacêutico e Enfermeiro, podendo ainda incluir profissionais de outras categorias, habilitados e com treinamento específico para a prática da Terapia Nutricional.

O conhecimento médico pode ser organizado de diferentes maneiras dependendo da lente através da qual enxergamos a medicina, o paciente e sua doença. Se, por exemplo, estudamos pacientes com doenças que acometem um órgão específico, estamos no terreno de especialidades como a Cardiologia, Pneumologia ou Dermatologia.

Quando estudamos uma doença que acomete um sistema – ou seja, um todo funcional, sem estrutura anatômica – temos especialidades como a Hematologia. Se, por outro lado, nossa lente enxerga as doenças de determinada fase da vida, temos a Pediatria (estudo criança), a Ginecologia/Obstetrícia (estudo da mulher e da gestante) e a Geriatria (estudo do idoso).

Ao considerarmos a doença em uma perspectiva do número de pacientes, temos a Medicina Interna de um lado, que trata do indivíduo, e do outro a Medicina da Saúde Pública, aquela que trata de muitos. Ainda, quando analisamos a doença causada por um agente externo: quando este é um trauma ou uma força física temos a Traumatologia e a Medicina de Emergência; agente externo é um micro-organismo, temos a infectologia. Quando esse agente externo é um nutriente, adentramos no campo da Nutrologia e da Nutrição Clínica.

Neste campo, a subespecialidade que lida com as situações mais complexas nas quais os nutrientes devem ser ofertados a pacientes em risco é a Terapia Nutricional.

Indivíduos saudáveis ou pacientes com doenças de baixa gravidade têm preservadas sua eficiência para armazenamento de calorias. Se pensarmos bem, o homem primitivo não tinha abundância de alimentos. Foi a seleção natural que nos “deu” organismos com alta eficiência para armazenamento de calorias na forma de gordura, afinal de contas, ele não poderia saber quando seria sua próxima caçada bem sucedida.

Em nossa época, porém, a abundância de alimentos passa a ser um fator importante para a verdadeira epidemia de obesidade. O que quero dizer com isso é que pacientes mais estáveis não precisam recorrer as reservas endógenas, e aquele equilíbrio energético tratado no início pode ser em grande parte regulado pela oferta de macronutrientes.

No outro extremo, quando consideramos pacientes mais graves, a bússola metabólica volta-se para o recrutamento de substratos endógenos, a ponto do organismo estar focado na disponibilização das próprias reservas. Em Fisiologia, você já deve ter ouvido falar que situações de trauma orgânico desencadeiam uma série de respostas de ordem endocrinológica, metabólica e imunológica. Entre outras finalidades, a lógica do organismo que luta pela sobrevivência é valer-se de recursos energéticos que estejam imediatamente disponíveis. E nada mais óbvio do que recorrer aos nutrientes mais biocompatíveis neste momento: o próprio substrato endógeno.

BULIMIA

A bulimia é um transtorno alimentar no qual uma pessoa oscila entre comer exageradamente, com um sentimento de perda de controle sobre a alimentação, e episódios de vômitos ou abusos de laxantes tentando impedir o ganho de peso. Também chamada de bulimia nervosa, o distúrbio leva as pessoas a estarem sempre preocupadas com a aparência, principalmente com o peso.

A causa exata da bulimia ainda é desconhecida. Trata-se de um transtorno de alimentação e, por isso, muitos fatores podem estar envolvidos nos motivos que levam à sua ocorrência.

A influência exercida pela mídia sobre o comportamento e o padrão de beleza das pessoas também pode estar entre as possíveis causas da bulimia.

O culto ao corpo magro e o desprezo às pessoas acima do peso pregado pela indústria da beleza e da moda, aparentemente, levam milhões de pessoas em todo o mundo a apresentar quadros de bulimia.

A bulimia é um transtorno alimentar caracterizado por períodos de fadiga seguidos por comportamentos saudáveis para ganhar peso rápido, abuso de cafeína, uso de cocaína e/ou dietas inadequadas. Outros métodos para perder peso podem envolver o uso de diuréticos, estimulantes, jejum de água ou exercício físico excessivo. A maior parte das pessoas com bulimia tem peso corporal normal. O forçar do vômito pode provocar pele espessa nas articulações e erosão dentária. A bulimia está muitas vezes associada a outros distúrbios mentais como depressão, transtornos de ansiedade e problemas como a toxicod dependência ou o alcoolismo. Existe também um elevado risco de suicídio e de práticas de automutilação.

A bulimia é muito comum entre pessoas que têm um parente próximo que sofreu ou sofre deste problema de saúde. O percentual de risco estimado atribuível a fatores genéticos está entre os 30% e os 80%. Outros fatores de risco para a doença incluem o stress psicológico, uma pressão cultural para alcançar um determinado objetivo, falta de auto-estima e obesidade. Viver num ambiente familiar no qual o pai promove uma dieta e que se preocupam com o peso, é também um fator de risco. O diagnóstico baseia-se na história clínica da pessoa, no entanto é difícil de identificar porque os que sofrem da doença tendem a ser muito reservados sobre os seus hábitos. Além do mais, o diagnóstico de anorexia nervosa tem precedência sobre o de bulimia. Outros distúrbios semelhantes incluem o transtorno da compulsão alimentar periódica, a síndrome de Kleine-Levin e o transtorno de personalidade limítrofe.

A terapia cognitivo-comportamental consiste no principal tratamento para a bulimia. A prescrição de antidepressivos, como os inibidores seletivos de recaptção de serotonina (SSRI) ou a classe de antidepressivos tricíclicos podem trazer alguns benefícios. Embora o prognóstico da bulimia seja geralmente melhor do que o da anorexia, o risco de morte entre pessoas afetadas continua a

ser maior do que o da população em geral 10 anos depois de receberem tratamento, cerca de 50% das pessoas terão recuperado totalmente.

A pessoa bulímica, de acordo com os critérios diagnósticos do CID 10, tende a apresentar períodos em que se alimenta em excesso, muito mais do que a maioria das pessoas conseguiriam se alimentar em um determinado espaço de tempo, seguidos pelo sentimento de culpa e tentativas para evitar o ganho de peso com jejuns, exercícios, vômitos autoinduzidos, laxantes, diuréticos e/ou enemas. Existem também trabalhos acadêmicos recentes relatando que a ingestão alimentar excessiva caracteriza-se muitas vezes pelo sentimento subjetivo de excesso do que excesso propriamente dito.

Bulimia ou bulimia nervosa é um transtorno alimentar. É caracterizada por episódios recorrentes de compulsão alimentar seguidos por comportamentos compensatórios como, por exemplo, a provocação de vômito.

Pessoas com bulimia, em geral, possuem uma visão bastante distorcida da sua aparência física. Preocupam-se excessivamente com o peso corporal, o que pode afetar diretamente a autoestima de acordo com a forma como se auto avaliam.

Este transtorno alimentar é grave e pode ser fatal. Afeta cerca de 2 milhões de brasileiros por ano. As pessoas com essa doença têm compulsão por comer. Elas tomam medidas para evitar o ganho de peso. Normalmente, isso significa vômitos (expurgo). No entanto, também pode incluir excesso de exercícios físicos ou jejum.

Os motivos para o desenvolvimento de bulimia nervosa diferirão de pessoa para pessoa. As causas conhecidas incluem predisposição genética e uma combinação de fatores ambientais, sociais e culturais.

Os comportamentos compensatórios são usados como uma forma de tentar controlar o peso após os episódios de compulsão alimentar. Eles incluem:

- ✓ Vômito
- ✓ Utilização indiscriminada de laxantes ou diuréticos
- ✓ Longos períodos de jejum
- ✓ Prática excessiva de exercícios físicos

Uso de qualquer droga, lícita ou ilícita, prescrita ou “sem receita médica” de forma inadequada para controle de peso (uso inadequado refere-se ao uso que não é indicado e para o qual o medicamento não foi desenvolvido).

Uma pessoa com bulimia nervosa pode se perder em um ciclo perigoso, comendo sem controle e tentando compensar. Isso pode levar a sentimentos de vergonha, culpa e desânimo. Esses comportamentos podem se tornar mais compulsivos e incontroláveis ao longo do tempo, e levar a

uma obsessão com alimentos, pensamentos sobre como comer (ou não comer), perda de peso, dieta e imagem corporal.

Esses comportamentos são muitas vezes escondidos. Indivíduos costumam manter seus hábitos secretos de alimentação e exercícios. Como resultado, a bulimia pode muitas vezes não ser detectada por um longo período de tempo.

Muitas pessoas com bulimia experimentam oscilações de peso e não perdem peso. Elas podem permanecer na faixa de peso normal, estar ligeiramente abaixo do peso ou mesmo ganhar peso.

A conscientização sobre bulimia, seus sinais e sintomas de alerta podem fazer uma diferença acentuada no diagnóstico, tratamento e duração da doença. Procurar ajuda no primeiro sinal de alerta é muito mais eficaz do que esperar até que a doença esteja em pleno andamento. Se você ou alguém que você conhece está exibindo algum sintoma ou uma combinação dos sinais, é vital procurar ajuda e apoio o mais rápido possível.

Os sinais de alerta de bulimia nervosa podem ser físicos, psicológicos e comportamentais. É possível que alguém com bulimia exiba uma combinação desses sintomas.

Os riscos associados à bulimia são graves. Trata-se de um transtorno alimentar que pode levar à morte. Pessoas com bulimia podem experimentar:

Dor de garganta crônica, indigestão, azia e refluxo gástrico

Inflamação e ruptura do esôfago e do estômago devido ao vômito frequente

Dores de estômago e úlceras intestinais

Movimentos peristálticos irregulares, constipação ou diarreia provocados pelo uso indevido e deliberado de laxantes

Osteoporose – uma condição que leva a que os ossos se tornem frágeis e facilmente fraturados

Perda ou perturbação dos períodos menstruais em meninas e mulheres

Aumento do risco de infertilidade em homens e mulheres

Batimento cardíaco irregular ou lento que pode levar a um risco aumentado de insuficiência cardíaca

Ao considerar as abordagens de tratamento para um transtorno alimentar, é importante entender que diferentes pessoas respondem a diferentes tipos de tratamento, mesmo que estejam com o mesmo transtorno alimentar.

ANOREXIA

Anorexia é uma doença caracterizada por uma perda voluntária de peso motivada por um desejo patológico de emagrecer aliada a um medo intenso de engordar.

A perda de peso é conseguida através dos mais diferentes comportamentos:

Redução da alimentação, especialmente com relação aos alimentos que contém um maior número de calorias.

Exercício físicos intensos

Utilização de medicamentos anorexigênos (redutores do apetite) e laxantes e/ou diuréticos

Vômitos provocados

Desta forma, se produz uma desnutrição progressiva, aliada a transtornos físicos e mentais que podem ser muito graves, inclusive levando a morte.

Alterações Comportamentais:

Mudanças bruscas de humor (irritabilidade, agressividade, impulsividade). Também pode passar por momentos de muita tristeza, apresentando sentimentos de culpa e baixa autoestima

Desculpas para não comer em casa

Podem utilizar laxantes, diuréticos, e/ou qualquer erva ou “medicamento” que favoreça ou “prometa” o emagrecimento.

Desejo claro de perder peso. Tanto estando dentro da faixa de peso normal para a idade/altura, quanto estando abaixo desta. Este desejo se mantém até mesmo quando estão extremamente magras.

Alimenta-se sozinha

Preocupação exagerada com o conteúdo calórico dos alimentos e por dietas. Podem “vigiar” a preparação dos alimentos

A princípio evitam determinados alimentos: doces, pães, batatas, arroz, frituras, etc. Posteriormente passam a eliminar da sua dieta um número cada vez maior de alimentos, até chegar a se alimentar única e exclusivamente de verduras ou frutas (e cada vez em menores quantidades). Podem consumir somente alimentos light. E inclusive a viver somente de líquidos

Aumento de interesse pela imagem e/ou peso. Se queixam com freqüência sobre o seu peso: “estou gorda”. E aparência física.

Aumento no controle do peso, se pesam constantemente, inclusive várias vezes ao dia.

Comparam-se constantemente com modelos e/ou outras figuras de admiração

Isolamento social e/ou familiar

Aumento da atividade física. Os exercícios exagerados são realizados com a finalidade de perder peso, podem desejar ir caminhando para todos os lugares, caminhando assim várias horas. Evitam os elevadores e usam as escadas, passam horas na academia, correm, etc.

Fracionam a comida, deixando restos no prato. Também podem “brincar” com a comida antes de levá-la até a boca

Mentem sobre ter ou não comido, podem “esconder” a comida e depois jogá-la fora.

Podem apresentar uma obsessão com os estudos, dedicando-se várias e várias horas

Insônia

Obsessão pela comida e ligação com a cozinha, constantemente fala sobre dietas e sobre a quantidade de calorias dos alimentos. Muitas vezes gosta de cozinhar para a família, pode colecionar receitas e gosta de controlar a comida que existe em casa, fazendo listas de compras, ou, comprando os alimentos. Podem preparar pratos saborosos e elaborados para a família. Porém, elas mesmas nunca os comerão.

Podem começar a apresentar problemas de relacionamento com outros membros da família. Especialmente a figura materna (ligada à alimentação).

Sofrem de sentimentos de culpa após terem comido

Podem vomitar após se alimentarem.

Freqüentemente se vestem com roupas largas e sobrepostas, cuja função a principio é dissimular os supostos defeitos físicos (quadris largos, abdômen, etc.). Posteriormente sua função passa a ser a dissimulação da magreza extrema. Tem dificuldade em se vestir e escolher roupas, sempre buscando esconder o seu corpo cada vez mais magro, sob camadas de roupas, ex: calças de moletom, embaixo das calças jeans .

Alguns se tornam ritualistas: sempre ocupando o mesmo lugar na mesa, os pratos também devem estar arrumados de uma maneira simétrica, assim como os copos e talheres.

Se recusam a comer em quantidades normais apesar dos riscos, recomendações, ordens e/ou ameaças familiares e inclusive médicas.

O tratamento da anorexia consiste em devolver à pessoa um peso saudável, no tratamento dos problemas psicológicos que lhe estiveram na origem e em fazer face aos comportamentos que promovem o problema. Embora os medicamentos não ajudem a ganhar peso, podem ser usados para tratar a ansiedade ou depressão associados à doença.

Alguns tipos de psicoterapia podem ser úteis, incluindo abordagem de Maudsley e terapia cognitivo-comportamental. Por vezes é necessário dar entrada no hospital para recuperar o peso. As evidências dos benefícios do uso de sonda nasogástrica são ainda pouco claros. Enquanto algumas pessoas apresentam apenas um único episódio e recuperam, outras podem apresentar vários episódios de anorexia ao longo dos anos. Muitas das complicações melhoram ou resolvem-se ao recuperar o peso normal.

Os sintomas mais frequentes são:

Peso corporal menor que nível normal para idade, altura e sexo (IMC menor a 18).

Prática excessiva de atividades físicas, mesmo tendo um peso abaixo do normal.

Em mulheres após a puberdade, ausência de ao menos três ou mais menstruações. A anorexia nervosa pode causar sérios danos ao sistema reprodutor feminino.

Diminuição ou ausência da libido; nos rapazes poderá ocorrer disfunção erétil e dificuldade em atingir a maturação sexual completa, tanto a nível físico como emocional.

Crescimento retardado ou até interrupção do mesmo, com a resultante má formação do esqueleto (pernas e braços curtos em relação ao tronco).

Outros possíveis sintomas incluem:

Se provoca vômitos poder sofrer com descalcificação dos dentes e cárie dentária.

A baixa autoestima está associada a Depressão profunda e tendências suicidas.

Obstipação grave.

Bulimia que pode desenvolver-se posteriormente em pessoas anoréxicas.

No caso dos jovens adolescentes de ambos os sexos, poderá estar ligada a problemas de autoimagem, dismorfia, dificuldade em ser aceite pelo grupo, ou em lidar com a sexualidade genital emergente, especialmente se houver um quadro neurótico (particularmente do tipo obsessivo-compulsivo) ou história de abuso sexual ou de bullying.

OBESIDADE MÓRBIDA

A Obesidade mórbida ocorre quando o peso de uma pessoa ultrapassa o valor 40 no índice de massa corporal - (IMC). De acordo com o "National Institutes of Health (NIH)" - Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos, um aumento de 20% ou mais acima de seu peso corporal ideal significa que o excesso de peso tornou-se um risco para a saúde.

A fórmula para calcular o Índice de Massa Corporal é: $IMC = \text{peso} / (\text{altura})^2$.

Tabela do IMC:

Classificação x 120*1,65	Abaixo do peso	Abaixo de 18,5
Sobrepeso	25,0 - 29,9	
Obesidade Grau I	30,0 - 36,9	
Obesidade Grau II (severa)	37,0 - 39,9	
Obesidade Grau III (mórbida)	40,0 e acima	

Os riscos à saúde em pacientes Obesos são:

Desenvolver Diabetes Mellitus tipo II;

Problemas cardíacos;

Dislipidemias;

DA [Doença Arterial, cuja mais comum é a Coronariana(DAC)], com risco de desenvolver para IAM (Infarto Agudo do Miocárdio), ou AVE (Acidente Vascular Encefálico) isquêmico;

Trombose Venosa com isquemia e necrose principalmente de partes distais do corpo, como pés;

Hipertensão Arterial;

Problemas Articulares (Joelhos e Coluna Lombar); e

Depressão

Tidp

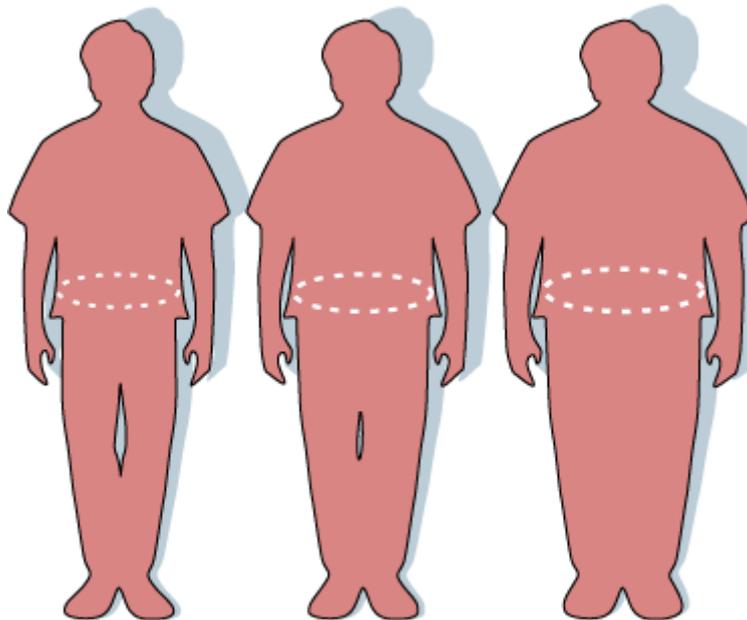


Imagem: Renée Gordon - FDA (archived) pt.wikipedia.org

No Brasil, estima-se que entre 0,5 a 1% da população tenha obesidade grau III, ou obesidade mórbida. Este número, entretanto, já foi muito menor. Desde a década de 70 até hoje, estima-se que o número de obesos mórbidos no Brasil aumentou 255%. Nos Estados Unidos a prevalência de obesidade grau III hoje é de 4,7% da população.

Obesidade é o excesso de peso pelo acúmulo excessivo de gordura corporal. A obesidade é classificada de acordo com o grau de excesso no peso.

O método mais amplamente aceito e utilizado como medida, usado na classificação da obesidade, é o índice de massa corporal (IMC), que é a relação matemática entre o peso corporal e a estatura. Considera-se como obesidade o IMC maior ou igual a 30 Kg/m². A classificação da

obesidade é feita da seguinte forma: Grau I: IMC entre 30 e 34,9; Grau II: IMC entre 35 e 39,9 e Grau III: (obesidade mórbida): IMC acima de 40.

A maioria dos casos o problema é resultante de múltiplas causas, incluindo predisposição genética, aspectos sociais e de comportamento. Esses fatores se combinam em grau diferente, levando à obesidade mórbida. Casos determinados pela genética, por mutações em genes definidos, chamados obesidade monogênica, por exemplo, existem e são menos comuns. Para a grande maioria dos obesos, o que ocorre é uma combinação de tendência genética, com hábitos de vida e fatores socioambientais e familiares.

O obeso mórbido tem aumento de risco e mortalidade geral, em relação aos não obesos, ou seja, vivem menos e por diversas causas. O excesso de peso aumenta o risco de várias doenças, como hipertensão arterial, diabetes, colesterol elevado, sedentarismo e depressão. Além disso, pessoas com IMC acima de 40 tem maior risco de terem apneia de sono e problemas osteoarticulares.

De maneira geral, a obesidade é uma condição de difícil tratamento. O sucesso depende de mudança de hábitos e comportamentos da pessoa, o que, muitas vezes, é bastante difícil e interage também com as relações das pessoas, sejam sociais, sejam na família. Recentemente, um estudo americano mostrou que do ponto de vista demográfico, em uma rede social (por exemplo, uma cidade), a obesidade tende a se distribuir em um padrão semelhante ao de uma doença infecciosa, tendendo a formar “clusters”, a se agrupar. É bastante difícil mudar isso, mas não impossível.

O uso de medicamentos pode ajudar, mas o impacto da cirurgia bariátrica no tratamento desses pacientes com IMC acima de 40 é inegável. 10 anos após o início do tratamento, a maioria dos pacientes que se submeteram à cirurgia mantém peso significativamente menor que antes do início do tratamento, o que é observado em menos de 5% daqueles tratados apenas com dieta, atividade física e medicamentos.

A obesidade mórbida é uma forma de acúmulo excessivo de gordura no corpo, caracterizada pelo IMC maior ou igual a 40 kg/m². Esta forma de obesidade é classificada como grau 3, que é mais grave, pois, a este nível, o excesso de peso coloca em risco a saúde e tende a diminuir o tempo de vida da pessoa.

A causa da obesidade é uma associação de vários fatores, que incluem:

Consumo exagerado de alimentos muito calóricos, com alto teor de gordura ou de açúcar;

Sedentarismo, pois a falta de exercícios não estimula a queima e facilita o acúmulo de gordura;

Distúrbios emocionais, que favorecem a compulsão alimentar;

Predisposição genética, pois quando os pais são obesos é comum que o filho tenha uma maior tendência a ter;

Alterações hormonais, que é a causa menos comum, associada a algumas doenças, como síndrome do ovário policístico, síndrome de Cushing ou hipotireoidismo, por exemplo.

A obesidade é uma doença que se caracteriza pelo acúmulo de gordura corporal e que pode ser causada por diferentes motivos, como hábitos alimentares ruins, falta de atividade física, alta ingestão de alimentos calóricos e herança genética.

Usa-se o Índice de Massa Corporal (IMC) para estabelecer os parâmetros da obesidade, em que por meio da altura e peso é gerado um número que determina se o paciente encontra-se no peso ideal a sua estatura.

É considerado obesidade quando o resultado do IMC dá em um valor igual ou superior a 30 kg/m².

Existem três graus para a obesidade, são eles: obesidade grau I, obesidade grau II (severa), obesidade III (mórbida).

Também pode ser caracterizada pelo local em que a gordura se acumula no corpo, podendo ser homogênea, abdominal ou periférica.

A obesidade é um problema que preocupa não só os adultos, mas também as crianças que estão cada vez mais com sobrepeso e necessitam de mudanças de hábitos para reverterem esse quadro.

O tratamento pode variar a partir do grau da condição em que o paciente se encontra. Mas é comum de ser recomendado a prática de exercícios físicos para perda de gordura, alimentação balanceada, uso de medicamentos e em alguns casos a realização de cirurgia bariátrica.

Há tratamentos e modos de prevenção, mas por ser uma doença do tipo multifatorial, ela envolve a mudança em vários pontos e não só a diminuição da ingestão de alimentos.

Alterar o estilo de vida, adotar exercícios físicos, reduzir o estresse e levar uma vida mais saudável é o foco do acompanhamento da obesidade.

Na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), a obesidade pode ser encontrada pelo código:

E66.0 – Obesidade devida a excesso de calorias.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) utiliza o IMC como um cálculo padrão internacional para referência e indicativo do estado de saúde das pessoas. Esse método é antigo, datado do fim do século XIX, criado pelo belga Lambert Quételet.

COMPULSÃO ALIMENTAR

O transtorno de compulsão alimentar é marcado por episódios bem definidos, que duram de 20 minutos a duas horas mais ou menos, em que a pessoa come uma quantidade muito superior ao normal para ela.

Ao contrário da bulimia, o paciente não compensa essa perda momentânea de controle com táticas inadequadas como indução de vômito ou a adoção de um jejum prolongado.

“Para diagnosticarmos um indivíduo com essa desordem, ele precisa ter ao menos um episódio de compulsão por semana ao longo de três meses ou mais”, completa Appolinario. E só pra reforçar: quem define a presença do distúrbio é o especialista e nunca um amigo ou um parente.

Além de favorecer problemas como obesidade e diabetes – 60% dos pacientes estão acima do peso –, o transtorno da compulsão alimentar gera nervosismo, sensação de culpa... Ele, portanto, não deve ser menosprezado, tampouco virar motivo de brincadeira.

Para ajudar a diferenciar melhor o que é uma situação de exagero e o que é, de fato, um momento de compulsão alimentar, listamos abaixo os principais sinais do distúrbio:

- ✓ Comer muito, sem que a fome justifique isso;
- ✓ alimentar-se rapidamente;
- ✓ continuar comendo mesmo depois de estar saciado;
- ✓ ingerir grandes quantidades de comida, sofrendo de desconforto estomacal;
- ✓ esconder-se para que ninguém veja o quanto está comendo;
- ✓ sentir tristeza ou culpa depois do episódio;
- ✓ ter problemas emocionais vinculados à comida (solidão, ansiedade, estresse);
- ✓ fazer dietas rígidas, mas comer compulsivamente em dias livres;
- ✓ incomodar-se muito com o peso ou a aparência.

Geralmente, não há apenas um fator relacionado aos distúrbios alimentares. Além da herança genética, aspectos ambientais e emocionais podem influenciar o desenvolvimento desses problemas. Pessoas do gênero feminino, principalmente adolescentes, costumam ser as vítimas mais frequentes. Isso acontece porque esses grupos são mais cobrados em relação ao padrão de beleza e à magreza.

Estar constantemente preocupada com o quanto sua imagem corporal se encaixa nos padrões de beleza não é nada saudável. Esse é um dos fatores de risco para a compulsão e até para transtornos alimentares, como a bulimia e a anorexia.

Infelizmente, todos os dias surgem na mídia indicações de novas dietas milagrosas, medicamentos que prometem emagrecimento fácil e rápido. Além disso, é comum que essas matérias venham acompanhadas por fotos de modelos e atrizes famosas, associando a magreza ao sucesso e bem-estar. Com isso, muitas mulheres e homens ficam obcecados em mudar o próprio corpo.

Esse é um risco ainda maior entre o público adolescente. Nessa idade, a estrutura emocional ainda está em formação. Com isso, as pessoas ficam mais vulneráveis à opinião dos outros e aos padrões impostos socialmente. A pressão excessiva por controlar a alimentação e o peso pode gerar episódios de compulsão.

Diversas questões emocionais podem estar relacionadas à compulsão alimentar, pois a comida muitas vezes é usada como suporte emocional. Assim, é comum que algumas pessoas descontem nos alimentos alguma frustração, tristeza, ansiedade ou estresse. Há também a ideia da recompensa, por exemplo: a pessoa comemora comendo coisas gostosas quando recebe uma notícia positiva ou consegue cumprir uma meta.

Quem sofre de ansiedade ou depressão pode ter o distúrbio ou um transtorno alimentar associado. Além disso, a compulsão é comum em quem apresenta sentimentos de baixa autoestima ou vivenciou algum trauma na infância ou adolescência. Esse é um dado muito importante para os pais, que devem estimular relações saudáveis com os alimentos desde cedo.

A infância é uma fase fundamental para a construção dos valores e da estrutura emocional. Por isso, é interessante que a família tenha atenção com a rotina alimentar e prepare a criança e o adolescente para não se render aos padrões de beleza, às dietas restritivas e à ligação entre comida e conforto emocional.

A compulsão alimentar traz consequências físicas, emocionais e sociais. É difícil manter uma vida social ativa quando a pessoa tem medo ou vergonha de comer na frente de outras. Por isso, é comum que pessoas compulsivas evitem encontros com amigos e familiares e prefiram comer escondidas.

Além desses, conheça outros riscos que o distúrbio pode gerar:

- ✓ Obesidade;
- ✓ condições como diabetes, hipertensão, colesterol alto e problemas vasculares;
- ✓ problemas respiratórios;
- ✓ gastrite;
- ✓ transtornos alimentares;
- ✓ dificuldades emocionais, depressão ou transtornos de humor.

Obs.: Muitas pessoas enfrentam as dificuldades de contornar a compulsão alimentar.

O transtorno da compulsão alimentar periódica é um transtorno alimentar caracterizado pelo consumo repetido de quantidades excepcionalmente grandes de alimentos (comer compulsivamente) acompanhado de um sentimento de perda de controle durante o episódio de compulsão alimentar. Os episódios de alimentação compulsiva não são seguidos por tentativas de compensar a ingestão excessiva de alimentos, por exemplo, livrando o corpo do excesso de alimento consumido (purgação).

O transtorno da compulsão alimentar periódica é mais comum em pessoas com sobrepeso ou obesas.

A pessoa come grandes quantidades rapidamente, não purga e seu comportamento lhe causa muita angústia.

O médico faz o diagnóstico com base no modo pelo qual a pessoa descreve seu comportamento.

O tratamento visa ajudar a pessoa a controlar a compulsão alimentar e inclui terapia cognitivo-comportamental, inibidores seletivos de recaptção da serotonina (um tipo de antidepressivo) e medicamentos estimulantes.

Programas de perda de peso, alguns medicamentos para redução de peso e medicamentos estimulantes podem ajudar a controlar o peso.

Via de regra, aproximadamente 3,5% das mulheres e 2% dos homens têm transtorno da compulsão alimentar periódica. Mas o transtorno se torna mais comum com o aumento do peso corporal. Em alguns programas de redução de peso, 30% das pessoas obesas ou mais têm o transtorno.

A maioria das pessoas com o transtorno da compulsão alimentar periódica é obesa e o transtorno contribui para o consumo excessivo de calorias. Ao contrário, a maioria das pessoas com bulimia nervosa tem um peso normal e as pessoas com anorexia nervosa são magras. As pessoas com transtorno da compulsão alimentar tendem a ser mais velhas que as que sofrem de anorexia ou bulimia e quase a metade é do sexo masculino.

Durante um episódio de compulsão alimentar, a pessoa ingere uma quantidade de alimentos muito maior que a maioria das pessoas consumiria em um período semelhante e em circunstâncias semelhantes. Durante e após os episódios de compulsão alimentar, a pessoa sente como se tivesse perdido o controle. A pessoa com o transtorno da compulsão alimentar periódica não compensa a ingestão excessiva de alimentos ao praticar purgação (ao autoinduzir o vômito ou ao utilizar incorretamente laxantes, diuréticos ou enemas), exercícios em excesso ou jejum. A compulsão alimentar ocorre em episódios, ao contrário da superalimentação constante.

É possível que a pessoa com transtorno da compulsão alimentar periódica também:

Coma bem mais rápido que o normal

Coma até se sentir desconfortável

Coma grandes quantidades de alimentos, mesmo estando sem fome

Coma sozinha para não ficar constrangida

Sinta-se desgostosa, deprimida ou culpada após um episódio de alimentação excessiva

O transtorno da compulsão alimentar periódica causa angústia à pessoa que o tem, sobretudo se ela estiver tentando perder peso. Essas pessoas estão mais propensas a ter depressão ou ansiedade em comparação àquelas que não apresentam o transtorno. Além disso, as pessoas obesas com transtorno da compulsão alimentar periódica são mais propensas a ter preocupação com a forma física, com o peso ou ambos, que as pessoas obesas que não comem compulsivamente.

Tratamento:

Psicoterapia

Determinados antidepressivos e medicamentos estimulantes

Possivelmente medicamentos para redução de peso e supressores do apetite

Possivelmente, grupos de autoajuda e programas de redução de peso convencionais

Os seguintes tratamentos podem ajudar:

A terapia cognitivo-comportamental pode ajudar a controlar os episódios de compulsão alimentar em longo prazo, mas tem pouco efeito sobre o peso corporal.

A psicoterapia interpessoal é tão eficaz quanto a terapia cognitivo-comportamental, mas também tem pouco efeito sobre o peso corporal.

Medicamentos estimulantes (por exemplo, os utilizados para tratar TDAH) e inibidores seletivos de recaptção da serotonina (um tipo de antidepressivo), tais como a fluoxetina, podem ajudar a pessoa a parar de ter episódios de compulsão alimentar por um curto período e podem resultar em perda de peso.

Medicamentos para redução do peso (como o orlistate) ou supressores do apetite (como o topiramato) podem ajudar com a perda de peso.

Grupos de autoajuda que seguem os princípios dos Alcoólicos Anônimos (por exemplo, os Hiperfágicos Anônimos e os Dependentes de Comida Anônimos) podem ser facilmente encontrados, mas a sua eficácia é desconhecida.

Programas comportamentais de redução de peso convencionais podem ajudar a pessoa a perder peso e a parar de ter episódios de compulsão alimentar por um curto período, mas geralmente a pessoa tende a voltar a comer compulsivamente.

É possível que seja realizada cirurgia para tratar a obesidade grave, mas os efeitos sobre a hiperfagia são desconhecidos.

A compulsão alimentar é um distúrbio caracterizado pela falta de controle. Existe uma vontade incontrolável, uma necessidade de comer, de ingerir alimentos, mesmo sem sentir fome. E mesmo estando satisfeita, a pessoa não para de comer, o que leva a ingerir enormes quantidades de alimentos em muito pouco tempo.

Muitas pessoas experimentam a sensação, quando se propõe a fazer uma dieta muito restritiva sem orientação profissional adequada. Logicamente que é bastante comum, no começo de uma dieta, sentir uma certa insatisfação ao se privar dos alimentos, pois tudo é uma questão de rotina, de se acostumar aos novos hábitos.

Não dá pra negar que existe uma relação bem notável entre a compulsão alimentar e a depressão, pois o risco de uma pessoa que sofre de depressão desenvolver também a compulsão é maior do que o de uma pessoa que não está vivendo este quadro, e vice-versa.

A compulsão alimentar também pode estar relacionada com muitos outros hábitos alimentares, como transtornos de imagem corporal e até disfunções hormonais.

Se a taxa hormonal está alterada e/ou receptores disfuncionais, pode estar ocorrendo impedimento para os neurotransmissores receberem os sinais, tanto de fome, quanto de saciedade.

A compulsão alimentar tem cura, especialmente quando identificada e tratada juntamente logo no início e sempre com apoio de um psicólogo e orientação nutricional.

A compulsão alimentar é um transtorno psicológico que pode começar por causa de crises de ansiedade ou problemas hormonais, por exemplo. Dietas muito restritivas e grandes perdas, como de um ente querido, perder o emprego ou ficar sem dinheiro, também podem levar ao surgimento da compulsão alimentar.

O indivíduo compulsivo num momento de "ataque" pode ingerir mais de 10 mil calorias num curto espaço de tempo, quando deveria comer em média 1200 calorias por dia.

A ANGÚSTIA E O CORPO

A angústia é um sofrimento que invade o corpo do sujeito, é algo real. Ela conduz muitas pessoas em momentos de crise a procurar por ajuda. Esse sentimento é uma sensação que tem acentuado um caráter de desprazer. No entanto, nem toda sensação de desprazer pode ser chamada de angústia, como tensão, dor, luto etc.

Existe, de fato, uma emergência, nas situações mais extremas, as crises de angústia conduzem ao homem a se deparar com o abismo e com a necessidade de seguir em direção ao salto. É o encontro com a angústia que vai permitir ao homem uma travessia capaz de fazê-lo descobrir suas possibilidades, por meio da psicoterapia.

Entretanto no mundo de hoje, o ser humano é um ser angustiado por excelência. De fato, é comum escutarmos inúmeras queixas de pessoas que sofrem de angústia. Por sua vez, os meios de comunicação também vinculam frequentemente a presença desse mal contemporâneo, utilizando expressões como estresse, tensão, síndrome do pânico, transtorno bipolar etc.

Importante:

Gera um desconforto físico, psíquico e requer tratamento diferenciado.

Diferentemente do medo ou da ansiedade, que são experimentados pela maioria das pessoas, a angústia acomete menos de 50% da população. Em geral, pacientes relatam uma agonia mental sem gatilho aparente, atrelada a um sufoco semelhante ao da asma, e uma dor ou compressão no peito.

Incentivar o diagnóstico e um tratamento personalizado é a proposta de Gentil, que assina o artigo intitulado “Why Anguish?” – em português, Por que angústia? -, divulgado na publicação científica inglesa Journal of Psychopharmacology. Isso porque, nas discussões entre especialistas do mundo todo, o sentido dessa emoção se esvaziou ao longo do tempo. E frequentemente ela é confundida com o distúrbio de ansiedade ou de pânico. “Mas são comportamentos mentais diferentes, com padrões de ativação cerebral distintos”, defende Gentil. “A ansiedade é uma apreensão exagerada em relação ao futuro, enquanto a angústia é um sofrimento relacionado ao presente.”

Reconhecer um quadro de angústia é uma função que cabe a especialistas. Mas os angustiados de plantão podem contribuir, fornecendo detalhes de como se sentem, perguntando, por exemplo, o que é angústia para você? As respostas variaram. “É pensar como seria minha vida se eu tivesse estudado psicologia.” Ou “É um beco sem saída dentro do peito”. Ou ainda “É uma incerteza sobre as consequências das decisões que tomei”.

Infelizmente, a maioria dos angustiados só procura ajuda especializada quando a sensação ruim beira o insuportável. Eles chegam ao pronto-socorro com dor e opressão no tórax, peso e desconforto no peito.

O ideal é complementar o tratamento com o de um psicólogo ou psicanalista. Trabalhamos o desenvolvimento emocional, fazendo com que o paciente reflita e traduza seus pensamentos, criando condições para contornar sentimentos que julga insuportáveis.



A angústia é um problema de saúde e necessita de acompanhamento. Se ela anda sufocando-o, chega de sofrer em silêncio: busque auxílio e afrouxe, de vez, esse nó dentro do peito.

Podemos chamar de angústia a forte sensação psicológica, caracterizada por "abafamento", insegurança, falta de humor, ressentimento e dor. Na moderna psiquiatria é considerada uma doença[1] que pode produzir problemas psicossomáticos.

A angústia é também uma emoção que precede algo (um acontecimento, uma ocasião, circunstância), também pode-se chegar a angústia através de lembranças traumáticas que dilaceraram ou fragmentaram o ego.

Angústia quando a integridade psíquica está ameaçada, também costuma-se haver angústia em estados paranoicos onde a percepção é redobrada e em casos de ansiedade persecutória.

A angústia exerce função crucial na simbolização de perigos reais (situação, circunstância) e imaginários (consequências temidas).

Sigmund Freud, pai da Psicanálise, realizou estudos sobre o problema da angústia. Neste ínterim, se faz mister observar o quão suscetível o Ocidente está às doenças próprias desse sistema econômico, tais como a esquizofrenia. Contudo, a mais eminente colaboração da Psicanálise para essa temática pode ser percebida na sua análise do aparelho psíquico: um conflito interno entre três instâncias psíquicas fundamentais ao equilíbrio do ser: as vontades (Id) vivem em constante atrito com o instinto repressor (Superego).

O balanço entre as vontades e as repressões tem que ser buscado pelo Ego, a consciência. É o Ego que analisa a possibilidade real de por em prática uma ação desejada pelo Id. Não obstante,

controla o excessivo rigor imposto pelo Superego. A esse conflito entre o Id e o Superego, Freud denominou angústia. Cabe ao Ego, portanto, a busca de um equilíbrio entre estas partes do psíquico e, não obstante, entre o sujeito e o todo social.

Angústia é um sentimento natural da nossa vida. E até necessário. Afinal, viver tem seus percalços. E isso significa que vamos nos machucar e sim, vai doer. Se sofrermos estamos vivos. Porém, se esse sofrimento se prolonga e passa a dominar a nossa vida, é preciso tomar uma atitude.

Mesmo que situações como rejeição, perdas e fracasso doam muito e possam deixar cicatrizes, se não forem bem cuidadas, sua mente e seu coração podem adoecer. Dessa forma, assim como tudo na vida, temos que aprender a deixar a angústia ir embora e dar espaço para o novo entrar.

Uma coisa que nos conecta como seres humanos é que todos nós sentimos dor, seja ela física ou emocional. Ou seja, compartilhamos a ideia de que seremos feridos. Porém, o que nos difere é a maneira como lidamos com essa dor.

Quando vivenciamos demais uma dor e mergulhamos em um sentimento de angústia, isso nos impede de crescer. Uma das melhores maneiras de se curar das mágoas é aprender lições da situação e usá-las para se concentrar no crescimento. Elas se tornam o impulso que nos leva a frente.

O modo como você fala consigo mesmo pode levá-lo adiante ou mantê-lo preso. Muitas vezes, ter um mantra que você diz a si mesmo em momentos de angústia pode ajudá-lo a reformular seus pensamentos.

Por exemplo, em vez de ficar preso no “não posso acreditar que isso aconteceu comigo!”, tente um mantra positivo como: “Tenho a sorte de poder encontrar um novo caminho na vida, algo que seja melhor para mim”.

Criar uma distância, seja física ou mesmo virtual, entre nós e a pessoa ou situação que causa incômodo pode ajudar com a angústia pela simples razão de que, por não estarmos em contato direto, não somos obrigados a pensar sobre isso ou processar o que te magoou o tempo todo.

Focar em você é importante. Você tem que fazer uma escolha para lidar com a dor que está experimentando. Quando você pensar em algo ou alguém que lhe causou dor, traga-se de volta ao presente. Então, concentre-se nas coisas pelas quais você é grato.

Concentre-se no seu trabalho, por exemplo. Recupere o prazer de concluir suas tarefas, lembre da trajetória que trilhou para chegar onde está. Quando perceber, a angústia estará um pouco mais distante.

Obs.: Quanto mais pudermos focar no momento presente, menos impacto nosso passado ou futuro tem sobre nós.

PSICOLOGIA E NUTRIÇÃO

O alimento não é só nutrição. Comemos por uma série de razões, inclusive para nos nutrir e promover a saúde. Afinal, graças à ciência da nutrição, o alimento saiu da mera condição de sustentação da vida, para a de promotor da saúde.

Porém, há toda uma representação social e emocional no alimento. Comer vem envolvido numa atmosfera de afeto. É um condutor de afeto. Quando damos uma festa, as pessoas não “vão para comer”, mas damos alimento a elas. Alimento significa amor, afeto, carinho, celebração. Grandes datas são comemoradas com alimento. Natal, Páscoa, aniversários. Negócios são fechados à mesa de um almoço. Comida é recordação, trazendo a tona emoções passadas, como almoços familiares, o bolo de fubá de uma vovó carinhosa, sempre acompanhado de muito carinho. O alimento, além de recordação, pode ser um vício, como na compulsão alimentar. Podemos comer para viver ou...para morrer, como nos transtornos alimentares.

Muito se fala sobre as patologias relacionadas à alimentação, como os transtornos alimentares, comer compulsivo, obesidade, dietas da moda, ditadura do corpo ideal e etc. Todavia, como bem observado pelo psicólogo Gustavo Barcellos, a literatura nacional carece de material que aborde aspectos interessantíssimos da intersecção entre psicologia e gastronomia. Talvez porque exista um mal-estar alimentar que cerca nossa sociedade.

Muitas pessoas hoje em dia passam por problemas com a nutrição. Algumas construíram maus hábitos alimentares ao longo dos anos, enquanto outras sofrem de transtornos físicos e psicológicos que afetam sua autoimagem corporal. Para lidar melhor com esses pacientes, é necessário combinar psicologia e nutrição na realização de um tratamento mais efetivo.

Para quem olha de fora, pode não parecer que as duas áreas estão bem relacionadas, pois uma lida mais com a mente e outra diretamente com o corpo. Porém, ambas exercem grande efeito uma sobre a outra e precisam ser aplicadas em conjunto para garantir que o tratamento ocorra bem e sem perda de progresso.

O primeiro ponto a ser estabelecido é como a psicologia pode influenciar o trabalho realizado na nutrição.

O acompanhamento psicológico é uma boa forma de identificar quais fatores emocionais estão afetando a alimentação do indivíduo. Sem isso, muitos nutricionistas podem ter dificuldade em implantar uma dieta adequada ou ver seus pacientes perderem o progresso feito ao longo do tempo.

Além de pensar em estados emocionais passageiros, também é importante reconhecer a possível presença de um transtorno alimentar no paciente. Várias doenças, como a bulimia e anorexia, levam a comportamentos autodestrutivos, especialmente na nutrição. E não há nenhuma dieta que possa evitar esses danos por conta própria, sendo muito importante o acompanhamento psicológico.

Se não houver uma combinação direta entre psicologia e nutrição durante o tratamento, é pouco provável que aquele paciente consiga superar sua doença e adotar hábitos alimentares mais saudáveis. Além de introduzir novas diretrizes sobre o que comer, em que quantidade e como, também é necessário tratar a forma como a pessoa lida e interpreta a própria alimentação.

O psicólogo alimentar é o melhor profissional para ajudar na construção ou mudança de hábitos alimentares. Seja para assegurar uma dieta mais balanceada ou para lidar melhor com transtornos alimentares.

Esse ponto é especialmente importante no tratamento para adolescentes, que precisam de atenção redobrada. Por estarem em fase de crescimento, ainda precisam de uma alimentação balanceada e nutritiva, mas, ao mesmo tempo, também são um grupo bem propenso a quebrar as regras de alimentação estabelecidas e formar maus hábitos. E, como você deve saber, quebrar maus hábitos é bem mais difícil que começar fazendo algo certo.

Apesar de todos os cuidados que devemos tomar com nosso corpo e o ambiente que nos cerca é importante que exista sempre um acompanhamento extra feito por profissionais especializados. Esse detalhe é que irá determinar o funcionamento ideal, biológico e orgânico, de seu corpo. Lembre-se que a cada um de nós possuímos nossa individualidade genética o que irá determinar na forma como o seu organismo irá reagir ao tratamento.

Apesar de todos os cuidados que devemos tomar com nosso corpo e o ambiente que nos cerca, é importante que exista um acompanhamento extra, fator que determina o funcionamento biológico e orgânico. Este fator é o da individualidade genética pois cada um de nós possuímos particularidades na forma como o nosso organismo reage ao tratamento.

A Psicologia estuda o que motiva o comportamento humano – o que o sustenta, o que o finaliza e seus processos mentais, que passam pela sensação, emoção, percepção, aprendizagem, inteligência...

Dependendo da necessidade detectada por nossos profissionais, podemos trabalhar com a massagem integrativa favorecendo o relaxamento, a oxigenação, a energização, a diurética calmante, o equilíbrio.

Auxilia também no tratamento médico tais como problemas de coluna, artrite, artrose, dores lombares (ciática), alívio de tensão.

No que se refere à conscientização corporal favorece o autoconhecimento fazendo com que você aprimore a percepção de seu próprio corpo, aprendendo a conhecer suas tensões e soltá-las.

Equilíbrio Nutricional e Qualidade de vida - Através da consumação de forma equilibrada dos nutrientes, ganha-se força, disposição física e mental, e bem estar físico.

A mudança na atitude seria feita com o “poder da consciência”, por meio de uma técnica psicológica similar à meditação, que pretende ensinar como estar “presente” no momento da refeição e fazer um balanço das mensagens enviadas pelo corpo.

A técnica pode ser tão simples quanto respirar algumas vezes antes de colocar alguma coisa na boca, para pensar e decidir se realmente comer aquilo é uma necessidade.

Mais que a estética, o sobrepeso é um mal que compromete a saúde de uma parcela cada vez maior da população. A epidemia, segundo dados do Ministério da Saúde, atinge 52.5% dos brasileiros, o que preocupa autoridades e estudiosos do assunto. O sedentarismo e a alimentação inadequada são apontados como principais causadores do excesso de peso na população mundial. A maioria das pessoas que deseja perder peso está consciente de que para conseguir emagrecer é necessário mudar de comportamento.

Basicamente, é preciso ter hábitos alimentares mais saudáveis e praticar atividade física regularmente. No entanto, nem todos conseguem agir desta forma porque não têm orientação nutricional ou porque a questão psicológica atrapalha o processo de emagrecimento. Por alguma razão, elas se sabotam comendo fora de hora e sem necessidade, beliscam uma guloseima e sua autoestima fica abalada por causa do excesso de peso.

A parte nutricional inclui um cardápio, o planejamento diário, a educação alimentar, além de outras informações importantes que irão auxiliar na perda de peso, abordando a questão da saúde, a relação que a pessoa tem com o alimento, entre outros pontos que impedem a perda de peso.

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

A Terapia Cognitivo Comportamental ou TCC é uma abordagem da psicoterapia baseada na combinação de conceitos do Behaviorismo radical com teorias cognitivas. A TCC entende a forma como o ser humano interpreta os acontecimentos como aquilo que nos afeta, e não os acontecimentos em si. Ou seja: é a forma como cada pessoa vê, sente e pensa com relação à uma situação que causa desconforto, dor, incômodo, tristeza ou qualquer outra sensação negativa.

A Terapia Cognitiva foi fundada no início dos anos 60 por Aaron Beck, Neurologista e Psiquiatra norte-americano. Beck propôs, inicialmente, um “modelo cognitivo da depressão” e que posteriormente evoluiu para a compreensão e tratamento de outros transtornos.

Essa abordagem é bastante específica, clara e direta. É utilizada para tratar diversos transtornos mentais de forma eficiente. Seu objetivo principal é identificar padrões de comportamento, pensamento, crenças e hábitos que estão na origem dos problemas, indicando, a partir disso, técnicas para alterar essas percepções de forma positiva. A TCC se destina tanto ao tratamento dos diferentes transtornos psicológicos e emocionais como a depressão, ansiedade, transtornos psicossomáticos, transtornos alimentares, fobias, traumas, dependência química, entre outros.

Sabendo que o objetivo principal da Terapia Cognitivo Comportamental é mudar os sistemas de significados dos pacientes para alterar suas emoções e comportamentos com relação às situações, o primeiro passo da terapia é entender esses sistemas.

Para isso, durante as sessões de TCC, o psicólogo vai identificando sentimentos, pensamentos e comportamentos de determinadas situações descritas pelo paciente. A partir disso, alguns padrões vão sendo identificados. São esses padrões que determinam crenças e percepções para cada experiência vivida.

Diante dos padrões mal adaptativos ou disfuncionais de pensamentos, cabe ao terapeuta auxiliar o paciente a encontrar novas possibilidades de pensamentos alternativos e mais funcionais que possibilitem uma boa adaptação à sua realidade social. Isso é feito a partir da determinação de um foco e de metas para que, com o tempo, o paciente adquira sua autonomia e possa lidar com as questões por conta própria. Esta é a reestruturação cognitiva e comportamental que dá nome à abordagem.

Jürgen Margraf[1] oferece uma lista de dez princípios básicos que caracterizam os diversos métodos conceituais da TCC:

A TCC se orienta no conhecimento empírico da psicologia científica;

A TCC se orienta no problema (sintoma) atual do paciente;

A TCC baseia-se na análise dos fatores de vulnerabilidade (predisposições), fatores desencadeadores e mantenedores dos transtornos mentais;

Por se orientar no problema, a TCC é também orientada para um objetivo definido (a modificação do comportamento problemático);

A TCC é voltada para a ação e não apenas para a tomada de consciência (ing. insight, al. Einsicht) e uma compreensão mais profunda do problema;

A TCC não se restringe à situação terapêutica, mas se estende à vida diária do indivíduo;

A TCC é transparente, tanto quanto a seus objetivos quanto a seus meios;

A TCC procura ser uma ajuda para a autoajuda, ou seja, acentua a responsabilidade do próprio paciente no processo terapêutico e

A TCC se esforça por estar em desenvolvimento constante.

A estrutura da TCC pode ser descrita em uma série de cinco passos:

Apresentação do problema

Primeira orientação a respeito problemática - consiste na coleta e organização dos dados relevantes para a compreensão do paciente e de seu problema: dados pessoais, sintomática e seu desenvolvimento, objetivos do paciente, esclarecimento das condições necessárias para o trabalho psicoterapêutico;

Definição do(s) problema(s) e diagnóstico - definição dos diversos problemas envolvidos e da relação entre eles, esclarecimentos diagnóstico (ex. possíveis causas fisiológicas do problema), diagnóstico provisório (segundo CID 10 ou DSM IV) e definição da indicação psicoterapêutica (ou seja, qual método psicoterapêutico é o mais indicado);

Escolha do(s) problema(s) a ser(em) tratado(s)

Análise do(s) problema(s)

Análise comportamental - escolha do comportamento problemático, análise da sua incidência (em que situações, com que frequência, acompanhado de que pensamentos, emoções, com que consequências);

Análise motivacional - análise do valor do comportamento problemático: que objetivos são perseguidos com ele? Quais motivos influenciam a vida da pessoa? O comportamento se origina de conflitos entre objetivos distintos?

Análise sistêmica - análise da pertinência do indivíduo a diferentes sistemas sociais, com regras e exigências distintas e, por vezes contraditórias e a influência dessa pertinência sobre seu comportamento;

Origem e desenvolvimento do problema: Anamnese, geração de hipóteses sobre a origem do problema;

Condensamento do conhecimento ganho até então: geração de um modelo etiológico individual

Análise do objetivo

Pré-requisitos da mudança (de comportamento) - consideração dos lados positivo e negativo do comportamento atual (problemático), definição da motivação para a mudança, determinação dos fatores ambientais que auxiliam a mudança e daqueles que a atrapalham;

Determinação dos objetivos - quais os objetivos perseguidos pelas partes envolvidas (paciente, terapeuta, terceiros), formulação de objetivos e dos passos necessários para alcançá-los;

Relacionamento paciente-terapeuta - o relacionamento entre paciente e terapeuta é tal que permite um trabalho produtivo? Como mantê-lo (ou modificá-lo)?

Análise dos meios

Pontos de partida: quais pessoas devem ser envolvidas na mudança? Com quais situações, problemas, pessoas começar?

Princípios da mudança - com base na análise do problema, quais passos devem ser dados? Como? Explicação da lógica do tratamento (dos passos a serem dados) ao paciente

Planejamento concreto da terapia - que novos comportamentos devem ser aprendidos, em que situação? Como? Definir os parâmetros formais (frequência das consultas, duração da terapia) e determinar se outros tratamentos (ex. medicamentos) são necessários. Definir exatamente (de forma observável) o que se considera "sucesso"

Teste e avaliação dos passos definidos - realização dos passos tal qual definidos anteriormente, sempre levando em conta de que as hipóteses sobre as quais elas se baseiam são provisórias e, assim, modificáveis sempre que necessário. Avaliação permanente de cada um dos passos e dos diferentes objetivos alcançados. Término da terapia.

Nos últimos 15 anos, a psicologia cognitivo-comportamental tem procurado expandir-se, desenvolvendo novos conceitos e técnicas para o tratamento de transtornos mentais, para os quais as técnicas tradicionais não apresentavam a efetividade desejada. Esse desenvolvimento posterior, chamado de "terceira onda" da terapia cognitivo-comportamental (sendo a "primeira onda" a terapia comportamental e a segunda a terapia cognitiva), procurou desenvolver mais o trabalho com as emoções e com o conceito de mente alerta, além de trazer uma maior aproximação com o corpo teórico das outras escolas psicoterapêuticas, sobretudo a psicanálise, a gestaltoterapia e a abordagem centrada na pessoa. Dentre essas novas formas de psicoterapia se destacam:

A terapia do esquema, desenvolvida por Jeffrey Young sobretudo para o tratamento de transtornos de personalidade;

A CBASP, desenvolvida por J. McCullough para o tratamento dos diversos tipos de depressão crônica;

A ACT (terapia de aceitação e compromisso), desenvolvida por S. C. Hayes e seus colaboradores, baseada no conceito da mente alerta.

Qualquer pessoa pode fazer a TCC, seja como tratamento coadjuvante para a depressão, transtorno da ansiedade generalizada (TAG), estresse, fobias, dependência química, como também para dificuldades na vida profissional, acadêmica, amorosa e social.

Foco na alta: a TCC é uma terapia que tem começo, meio e fim. O foco do terapeuta é dar alta para o paciente assim que as questões levantadas na sessão inicial tenham sido resolvidas.

Melhora o autoconhecimento: Ao longo das sessões, o psicólogo irá ensinar técnicas que ajudam o paciente a lidar com várias situações cotidianas e auxiliá-lo a ser seu próprio "terapeuta". Isso incentiva o autoconhecimento e melhora a autoconfiança.

Credibilidade: Para se ter uma ideia da importância da TCC, já foram feitos mais de 300 estudos científicos que validaram sua eficácia. A TCC é a psicoterapia mais bem estudada e muitas pesquisas já comprovaram que ela é efetiva no tratamento de diversos transtornos psiquiátricos, como a depressão e ansiedade.

Efeito duradouro e preventivo: Vários estudos já comprovaram que a TCC tem efeito mais duradouro e protetor contra recaídas de alguns transtornos, como depressão e ansiedade.

Resultados mais rápidos: Um dos principais benefícios da TCC é que os resultados são mais rápidos quando comparados com outros tipos de psicoterapia.

Participação ativa: Para o sucesso da TCC a participação ativa do paciente é fundamental, incluindo diversas atividades que precisam ser feitas em casa, por exemplo.

O objetivo é ensinar estratégias que auxiliam no controle de peso, reforçar a motivação com relação ao tratamento e evitar a recaída e o consequente reganho de peso, por meio de embasamentos que levem o paciente identificar os estímulos que antecedem o comportamento compulsivo. É muito importante detectar se o paciente está preparado para iniciar o tratamento e para isso existem técnicas usadas em consultório, como por exemplo, a entrevista motivacional.

A partir da terapia cognitiva comportamental, sugere-se a técnica de auto monitoramento. Este é realizado pelo próprio paciente, por meio de registros escritos sobre sua ingestão alimentar diária, episódios de compulsão e eventos desencadeantes, úteis no sentido de auxiliar na elaboração do planejamento e ajustes terapêuticos.

É importante nesse processo de suporte psicológico para mudanças de hábitos, a reestruturação cognitiva, com a identificação e correção de crenças e pensamentos disfuncionais com relação ao peso e à alimentação. Alguns exemplos de distorções cognitivas comuns em pacientes com excesso de peso incluem:

Abstração seletiva: consiste em prestar atenção e dar mais valor às informações que confirmem suas suposições. Por exemplo: “Ter comido este doce indica que não sou capaz de exercer controle sobre meu comportamento alimentar, que não tenho poder perante a comida”.

Pensamento “tudo ou nada”: consiste em pensar em termos absolutistas e extremos, como dividir os alimentos em duas categorias únicas: as comidas permitidas e as proibidas. Ingerir algo considerado proibido poderá gerar uma interpretação de fracasso, tornando qualquer tentativa de controle subsequente mais difícil: “Já saí da dieta mesmo, agora vou comer tudo que vier pela frente”.

Pensamento supersticioso: consiste em acreditar que há relação de causa e efeito entre eventos não contingentes. Por exemplo: “Ir ao shopping significa sair da dieta” (ABESO, 2009).

A maioria das intervenções comportamentais para o controle de peso tem utilizado tratamentos de curto prazo (média de 12 semanas). Poucas se constituem em tratamentos superiores a seis meses. A maioria dos sujeitos retorna a seu peso de início de tratamento quando cessa os tratamentos comportamentais. A manutenção da perda de peso adquirida parece manter-se apenas com a continuidade do tratamento (ABESO, 2009).

Sobre a duração do tratamento, parece que duração do tratamento influencia na perda de peso. A terapia comportamental padrão de 40 semanas tem maior impacto sobre a perda de peso, quando avaliada seis anos após a intervenção, quando comparada à de 20 semanas de tratamento.

O programa de reeducação alimentar inclui registros alimentares e de atividade física, monitoramento das situações consideradas de risco e aprendizagem de habilidades para lidar com elas, reestruturação cognitiva, treinamento de assertividade, técnicas para atingir saciedade e diminuir a ingestão, reforço da auto-eficácia e treinamento de estratégias, assim como a prevenção da recaída. Não é possível prever tempo despendido na redução de peso corporal; por essa razão, é difícil pré-estabelecer a duração do programa. As consultas, inicialmente são semanais e, na fase da manutenção do peso, mais espaçadas.

O objetivo principal é o autoconhecimento proporcionado ao paciente, o qual proporcionará um empoderamento da sua qualidade de vida e a forma com que se relaciona com os alimentos.

Quando o paciente consegue ter essa amplitude, tratá-lo fica mais fácil, inclusive com a fitoterapia. Diversas vezes o paciente apresenta vários sinais de desequilíbrios fisiológicos como má digestão, intoxicação hepática, ansiedade, perda de concentração, falta de memória, cansaço, exaustão. Mas quando ele está focado apenas no emagrecimento, todos esses sinais e sintomas são ignorados, tendo a perda de peso como única preocupação.

Geralmente as pessoas que lutam para emagrecer tem uma programação mental que sabotam seus esforços com pensamentos como:

Sei que não deveria comer isto, mas não me importo

Se eu comer isto só desta vez não vai ter problema

Tive um dia tão difícil. Mereço comer o que eu quiser

Não consigo resistir a esta comida

Estou chateado. Tenho que comer

Já que comi o que não devia, vou continuar comendo até o fim do dia

É muito difícil. Não quero continuar fazendo dieta

Nunca vou emagrecer

Segundo nutricionistas, o contexto atual onde reinam as dietas restritivas não promove a mudança de comportamento e não torna as pessoas mais saudáveis – pelo contrário, os índices de doenças crônicas, transtornos alimentares e obesidade não param de aumentar.

Nutrir o corpo com saúde e vitalidade vai muito além de simplesmente contar calorias. A nutrição comportamental estuda como os seres humanos se relacionam com a alimentação, levando em consideração tanto o consumo de alimentos quanto o comportamento relacionado a ele. Trata-se de uma nutrição baseada no comportamento.

A Nutrição Comportamental propõe a mudança de comportamentos sem perder os significados da alimentação e a capacidade crítica. Ela defende que o foco não seja apenas o peso eliminado pela pessoa, mas sim o bem-estar emocional e a melhora na qualidade da saúde, independentemente, de quantos quilos tenham sido perdidos. Respeitar a fome física e a saciedade, a vontade de comer e obter também prazer por meio da alimentação.

Como resultado desse processo alcançamos uma mudança de mentalidade e hábitos alimentares com mais leveza e adesão, no qual os resultados se fixam de forma mais duradora e natural. Tornando o ato de comer saudável uma experiência prazerosa e contínua.

Para atingir estes objetivos a Nutrição Comportamental defende uma orientação nutricional fundamentada em estratégias de aconselhamento nutricional, técnicas de terapia cognitivo-comportamental, técnicas do comer intuitivo e do comer com atenção plena que possibilitam a mudança real e consistente do comportamento alimentar.

Importante:

O que comemos diariamente reflete muito no nosso comportamento. Por isso, a terapia alimentar cada vez mais, é utilizada como tratamento para quem busca uma reeducação alimentar e melhores hábitos de vida.

A terapia alimentar, também conhecida como terapia cognitiva-comportamental (TCC), consiste em um tratamento psicológico que busca compreender e modificar o padrão e a reestruturação de pensamentos e crenças da pessoa sobre a sua própria alimentação. Sua premissa entende que a maneira como o indivíduo interpreta sua experiência (seus pensamentos), influencia a resposta emocional e o comportamento que culminam em hábitos ruins, vícios e fome excessiva.

A terapia alimentar é a psicoterapia que tem como foco o comportamento alimentar disfuncional. Pode ser útil tanto em casos que objetivam o emagrecimento até casos de transtornos alimentares, como a anorexia nervosa, bulimia nervosa e compulsão alimentar, caracterizados

por uma grave perturbação do comportamento alimentar e que traz diversos prejuízos para a saúde.

Alimentação saudável e equilibrada: Um prato colorido, rico em vitaminas, minerais e proteínas é essencial. Não necessariamente deve ser uma dieta, regrada, com tantas limitações, mas é preciso equilibrar os alimentos para adquirir todos os nutrientes fundamentais para o nosso bem-estar.

Auto-estima: Aceitação é essencial. Os padrões de beleza que são propostos, não devem ser o seu. Aprenda a aceitar e cuidar do seu corpo como ele é. "O contexto cultural, ao valorizar a magreza, associando-a à beleza, felicidade e valor, e ao criar uma pressão para que as pessoas tentem se adequar a esse padrão é um fator associado à incidência desses transtornos".

Boa comunicação: Principalmente no caso das crianças e adolescentes, promova uma conversa sobre uma boa alimentação e uma vida saudável. Alerta sobre os danos que podem ser causados e como viver em equilíbrio.

Qualidade de vida: Pratique algum esporte ou proponha alguma atividade. Correr, malhar, caminhar ou nadar, são práticas que ajudarão a ter um corpo mais saudável e pode incentivar uma alimentação mais equilibrada. Além disso, atividades físicas dão um "up" no humor e, conseqüentemente, na auto-estima.

Boas noites de sono: Dormir bem, relaxar o corpo e a mente faz parte de uma vida saudável. Ajuda a diminuir o estresse, auxilia na perda peso, é um momento em que todo o nosso organismo irá descansar.

Como é sua relação com a comida? Medo, culpa, angústia, fuga?

Como foi sua relação com a comida na infância? Qual importância os alimentos tem na sua vida?

A relação que as pessoas têm com a comida vem se tornando cada vez mais complexa, você já percebeu? A clássica sensação de culpa após comer e a dificuldade para manter ou reduzir o peso são apenas algumas das conseqüências dessa conturbada relação.

Apesar da grande quantidade de informações sobre alimentos e dietas, as pessoas continuam enxergando a comida como grande inimiga. A nutrição comportamental tem como objetivo mudar essa relação, fazendo com que as pessoas sintam prazer (e não culpa) em comer.

Esse método considera os aspectos emocionais, fisiológicos e sociais da alimentação. A mudança do comportamento alimentar proposta pelo método envolve estratégias de aconselhamento nutricional, técnicas do comer intuitivo, terapia cognitivo-comportamental, entrevista motivacional e táticas para comer com atenção plena.

A Nutrição Comportamental surgiu em contraposição à abordagem apenas biológica da Nutrição, em que o nutricionista tem um papel de “policimento” de opções alimentares, ou seja, determinando o que deve ou não ser ingerido.

A importância da Nutrição Comportamental se baseia na utilização de uma comunicação responsável, positiva e inclusiva na promoção de comportamentos saudáveis, ressaltando “como” se come e não somente “o que” se come, por meio de mensagens consistentes baseadas em evidência científica e não só na classificação de saudável e não saudável dos alimentos, considerando todo o contexto alimentar.

Além disso, abrange conceitos como “Comer Intuitivo” e “Comer com Atenção Plena”, que se baseiam em criar uma relação afetiva e saudável com o ato de comer, englobando a falta de julgamento, a abertura e a curiosidade ao longo da vivência alimentar.

A prática da Nutrição Comportamental no tratamento de Obesidade, Diabetes e Transtornos Alimentares inclui mudanças comportamentais e uma premissa de atuar como terapeuta nutricional, e não apenas como nutricionista, promovendo tanto um bom estado nutricional quanto uma alimentação saudável, mas fundamentalmente uma boa relação do paciente com a comida e com o corpo, além de desconstruir mitos e crenças sobre sua alimentação.

A nutrição comportamental não é achismo – ela se ampara em evidências e artigos científicos. Um deles, publicado no periódico americano *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, revelou o alto grau de sucesso de 20 programas nutricionais baseados não na perda de peso, e sim na capacidade de identificar os sinais internos de fome e saciedade, lidando equilibradamente com eles. De maneira geral, constata o estudo, houve melhora nos hábitos alimentares e na autoestima.

E a perda de peso, que a gente tanto busca, seja por razões estéticas, seja por saúde? “Vem a reboque, de forma mais consistente, à medida que a pessoa passa a respeitar os sinais do seu corpo e a comer melhor.

Para chegar a esse estado de equilíbrio e consolidar um vínculo de amizade com a comida, várias técnicas ajudam. Um dos pilares da nutrição comportamental é o Comer Intuitivo. Essa abordagem prega um relacionamento saudável entre alimento, mente e corpo por meio da percepção dos sentimentos. “O paciente pode consumir o que tem vontade desde que respeite os sinais de fome e de saciedade.

O papel do nutricionista é muito mais amplo, por isso minha frustração.

Podemos mostrar às pessoas que comer vai muito além de nutrir células.

Pessoas que "vivem de dieta" têm sua vida social e emocional desequilibradas, pois desrespeita essa complexidade. E quanto mais dieta ela faz, maior a chance de comer de forma compulsiva e desequilibrada. A verdade é que é possível comer de maneira simples, equilibrada e sem terrorismo.

É fato que comer tem ficado cada vez mais difícil pois, são tantas informações que as pessoas se perdem no meio delas. Coma de 3 em 3 horas; não coma carboidrato; corte o açúcar da sua vida; ovo não pode, agora pode; glúten engorda; evite as frutas porque tem frutose, tome chá e seque em 7 dias, etc, etc, etc. O excesso de regras, proibições e terrorismo tem contribuído para a pessoa pensar cada vez mais em comida.

E quando essas sensações se instalam (culpa, medo, fracasso), o tiro sai pela culatra. É como jogar mais lenha na fogueira... o desejo por comida aumenta, a insatisfação com o corpo eleva, os pensamentos disfuncionais de que "não sou capaz" piora. Se você já fez dietas, deve entender o que estou falando.

O objetivo da abordagem comportamental é devolver ao paciente a autonomia de escolher o que comer de acordo com sua vontade, sua fome, saciedade e seus limites.

O nutricionista caminha junto, lado a lado ... e incentiva/ensina o paciente a reconectar com seu corpo, sua fome, sua saciedade e seus limites. É um caminho de autoconhecimento, é uma oportunidade para olhar para dentro e ressignificar as dores, os vazios, as insatisfações que podem ser gatilhos para comer de forma inadequada.

O foco da nutrição comportamental é:

- promover mudança de comportamento ao invés de impor regras rígidas
- fazer as pazes com a comida e com seu corpo
- entender que a alimentação é uma parte da nossa vida, não o pilar central
- estabelecer conexão consciente entre comer e viver (em paz e com autoconfiança)
- praticar o comer consciente (mindful eating)
- praticar o autocuidado e autoaceitação
- reconectar com os sinais internos de fome/saciedade para comer de forma livre e sem maltatar o corpo
- dar autonomia ao paciente, ensinando-o a caminhar sozinho

A PSICOLOGIA

Psicologia é o estudo do comportamento e as funções mentais. A psicologia tem como objetivo imediato a compreensão de grupos e indivíduos tanto pelo estabelecimento de princípios universais como pelo estudo de casos específicos, e tem, segundo alguns, como objetivo final o benefício geral da sociedade. Um pesquisador ou profissional desse campo é conhecido como psicólogo, podendo ser classificado como cientista social, comportamental ou cognitivo. A função dos psicólogos é tentar compreender o papel das funções mentais no comportamento individual e social, estudando também os processos fisiológicos e biológicos que acompanham os comportamentos e funções cognitivas.



Psicólogos exploram conceitos

como percepção, cognição, atenção, emoção, Inteligência, fenomenologia, motivação, funcionamento do cérebro humano, personalidade, comportamento, relacionamentos interpessoais, incluindo resiliência, entre outras áreas. Psicólogos de orientações diversas também estudam conceitos como o inconsciente e seus diferentes modelos.

Embora em geral o conhecimento psicológico seja construído como método de avaliação e tratamento das psicopatologias, também é direcionado à compreensão e resolução de problemas em diferentes camadas do comportamento humano. A grande maioria dos psicólogos pratica algum tipo de papel terapêutico, seja na psicologia clínica ou no aconselhamento psicológico. Outros dedicam-se à contínua pesquisa científica relacionada aos processos mentais e o comportamento, tipicamente dentro dos departamentos psicológicos das universidades ou outros ambientes acadêmicos. Além dos campos terapêutico e acadêmico, a psicologia aplicada é empregada em outras áreas relacionadas ao comportamento humano, como a psicologia do trabalho nos ambientes industriais ou organizacionais, psicologia educacional, psicologia esportiva, psicologia da saúde, psicologia do desenvolvimento, psicologia forense, psicologia jurídica, entre outros.

Os psicólogos são os profissionais responsáveis pela elaboração e aplicação dos testes psicológicos e pela construção de escalas que buscam compreender os mais diversos processos mentais (atenção, memória, linguagem, inteligência entre outros), para depressão, ansiedade, e para os mais diversos objetivos como uma avaliação psicológica, um processo seletivo de emprego e na Psicologia Forense por exemplo.

As perturbações do comportamento alimentar são uma crescente preocupação nas sociedades modernas, tendo vindo a aumentar – sobretudo a Bulimia e a Ingestão Compulsiva – a um ritmo que a ciência, na sua tentativa de encontrar soluções eficazes, tem dificuldade em acompanhar.

A Bulimia Nervosa é uma doença silenciosa. Como não está associada a acentuadas perdas ou aumentos de peso, é das perturbações alimentares aquela que mais despercebida pode passar. Por detrás de uma imagem aparentemente normal esconde-se um corpo insatisfeito, que se move continuamente entre ingestões excessivas de comida e comportamentos compensatórios para dela se libertar.

A ideia assumida é de que tudo pode ser ingerido, pois tudo será expelido de seguida, mesmo antes da absorção do organismo, impedindo qualquer ganho de peso. Nessas ingestões, quantidades de alimentos consideradas exageradas pela maioria das pessoas, são consumidas compulsivamente num curto espaço de tempo, a um ritmo acelerado, sempre acompanhadas por uma sensação de falta de controlo sobre o que está a acontecer.

A culpa, o mal-estar e o medo intenso de ganhar peso, conduzem à urgência da libertação da grande quantidade de alimentos acabada de ingerir. É necessário “limpar o corpo”, é fundamental “purificá-lo”, e numa tentativa vã de prevenir o ganho de peso e aliviar o desconforto, é comum serem praticadas algumas das seguintes estratégias: vômito auto-induzido, tomada de laxantes ou diuréticos, uso de clisteres, atividade física exagerada ou períodos de jejum prolongados. Contudo, estes comportamentos acabam mesmo por estimular a fome, e conduzem a novas ingestões compulsivas, facilitando a perpetuação do ciclo vicioso da bulimia.

Sintomas Psicológicos

Alterações de humor

Emotividade e Depressão

Obsessão por dietas

Dificuldade de controlo, relativa ao acto de comer

Medo de não conseguir parar de comer voluntariamente

Auto-crítica severa

Pensamentos de auto-censura depois de comer

Auto-estima determinada pelo peso

Necessidade de aprovação dos outros

A compulsão alimentar é considerada um distúrbio alimentar caracterizado pela ingestão exagerada de alimentos. Essa ingestão ocorre mesmo sem a presença de fome ou necessidade física do alimento. Em geral, a pessoa compulsiva perde o controle sobre o que está ingerindo e em qual quantidade. Dessa forma, come alimentos em grandes quantidades em um curto espaço de tempo.

Um indivíduo que apresenta episódios de compulsão alimentar, na grande maioria das vezes, ingere alimentos calóricos independentemente da sensação de fome.

Quando o sujeito passa a se alimentar com maior frequência do que o necessário, mesmo não sentindo fome, um sinal vermelho deve ser aceso. Ele pode ser um compulsivo alimentar e alguns sinais podem ser observados:

A pessoa come mais rápido do que o normal;

Passa a comer quando não está com fome;

Continua comendo mesmo quando já está saciado e após ter ingerido quantidades maiores que o necessário;

Come sozinha ou escondida das outras pessoas;

Fica mais introvertida;

Pode apresentar problemas afetivos e vício em jogos de azar e bingos;

Sente-se triste ou culpada por comer demais.

As nossas emoções têm um efeito poderoso na escolha dos alimentos e nos nossos hábitos alimentares. Por exemplo, descobriu-se que o vínculo entre emoção e alimentação é mais forte nas pessoas obesas e naquelas que fazem dieta do que nas pessoas magras e naquelas que não fazem dieta. (Sánchez e Pontes 2012).

As emoções não são a causa do excesso de peso, mas sim a maneira como gerenciamos essas emoções e enfrentamos os fatores que mais influenciaram o aparecimento do excesso de peso.

O que comemos afeta a forma como nos sentimos, assim como o que sentimos afeta nossa maneira de comer. Nesse sentido, Cooper e outros autores (1998) nos dizem que a dificuldade na regulação dos estados de humor negativos tem uma grande influência no aparecimento e manutenção dos transtornos alimentares.

A regulação emocional refere-se ao gerenciamento das próprias emoções, levando em consideração as circunstâncias e o estado emocional das outras pessoas. Assim, observou-se que a vergonha e a culpa são as emoções que podem ter um impacto negativo maior na dieta

alimentar. Como vemos, o vínculo entre emoção e alimentação é mais importante do que pensamos.

As pessoas desenvolvem diferentes comportamentos como resposta às suas emoções dependendo de diversos fatores, como o ambiente onde vivem, a sua formação e a sua capacidade de identificar e gerenciar os seus sentimentos. Como resultado, conseguem controlar o seu peso ou não. Por exemplo, observou-se que as emoções e os comportamentos afetam as decisões nutricionais, como a quantidade, tipo de alimento e o número de refeições. Uma pessoa com depressão pode pular refeições ou eliminar o café da manhã na sua rotina diária. Como vemos, o vínculo entre emoção e alimentação é um fato concreto.

O fator emocional mais influente nas pessoas sedentárias é a desinibição alimentar e a ingestão de certos alimentos, como o chocolate e os doces. No entanto, em atletas, as emoções de culpa, como o medo da balança e de comer doces, tiveram mais influência do que as emoções de desinibição alimentar.

Os fatores emocionais em pessoas sedentárias são mais disfuncionais do que nas pessoas que praticam alguma atividade física. Os desejos excessivos e a falta de controle na ingestão de alimentos estão mais relacionados com os excessos alimentares e com os problemas de comportamento alimentar.

“O que pensamos gera emoções, mas o que comemos também gera emoções”.
(Montse Bradford)

Referências Bibliográficas

VICTOR VIANA. Aná. Psicológica v.20 n.4 Lisboa nov. 2002. Psicologia, saúde e nutrição: Contributo para o estudo do comportamento alimentar. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312002000400006 > Acesso em: 23/10/2019.

<http://gatda.com.br/index.php/2017/05/01/como-a-psicologia-alimentar-influencia-na-nutricao/> > Acesso em: 23/10/2019.

<https://diariodeumadietista.com/o-papel-da-psicologia-no-sucesso-da-nutricao/> > Acesso em: 23/10/2019.

<http://psicologiadanutricao.com.br/> > Acesso em: 23/10/2019.

CLARA KOZINER. Psicóloga | CRP 03/11630. Disponível em: <http://psicologiadanutricao.com.br/> > Acesso em: 23/10/2019.

<http://tommaso.psc.br/psicologia-emagrecimento-e-nutricao/> > Acesso em: 23/10/2019.

https://pt.wikipedia.org/wiki/Transtorno_alimentar > Acesso em: 23/10/2019.

<http://plenamente.com.br/artigo.php?FhIdArtigo=192> > Acesso em: 23/10/2019.

DANIELA. Transtorno alimentar: entenda como ele pode afetar a sua vida. Disponível em: <https://www.psicologiaviva.com.br/blog/transtorno-alimentar/> > Acesso em: 23/10/2019.

Evelyn Attia , MD, Columbia University Medical Center, New York State Psychiatric Institute; B. Timothy Walsh , MD, College of Physicians and Surgeons, Columbia University. Considerações gerais sobre transtornos alimentares. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt/casa/dist%C3%BArbios-de-sa%C3%BAde-mental/transtornos-alimentares/considera%C3%A7%C3%B5es-gerais-sobre-transtornos-alimentares> > Acesso em: 23/10/2019.

Tatiana Zanin. Nutricionista. 7 principais Distúrbios Alimentares. Disponível em: <https://www.tuasaude.com/principais-transtornos-alimentares/> > Acesso em: 23/10/2019.

José Carlos Appolinário e Angélica M Claudino. Rev. Bras. Psiquiatr. vol.22 s.2 São Paulo Dec. 2000. Transtornos Alimentares. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000600008 > Acesso em: 23/10/2019.

<https://www.hospitalsiriolibanes.org.br/imprensa/noticias/Paginas/Transtornos-alimentares-o-que-s%C3%A3o-e-como-identific%C3%A1-los.aspx> > Acesso em: 23/10/2019.

<https://www.hipolabor.com.br/blog/2016/12/30/hipolabor-explica-o-que-sao-transtornos-alimentares/> > Acesso em: 23/10/2019.

<https://www.diabetes.org.br/publico/vivendo-com-diabetes/transtornos-alimentares> > Acesso em: 23/10/2019.

Soraia Gama. O que são transtornos alimentares? Disponível em: <https://super.abril.com.br/saude/o-que-sao-transtornos-alimentares/> > Consulta revista digital em: 23/10/2019.

Dra. Janyele Sales. Medicina de Família e Comunidade. Quais os tipos de transtornos alimentares e seus sintomas? Disponível em: <https://medicoresponde.com.br/quais-os-tipos-de-transtornos-alimentares-e-seus-sintomas/> > Acesso em: 23/10/2019.

Raphaela Fernanda Muniz Palma; José Ernesto dos SantosI; Rosane Pilot Pessa Ribeiro.J. bras. psiquiatr. vol.62 no.1 Rio de Janeiro 2013. Hospitalização integral para tratamento dos transtornos alimentares: a experiência de um serviço especializado. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852013000100005 > Acesso em: 23/10/2019.

<https://hospitalsantamonica.com.br/transtorno-alimentar-conheca-os-diferentes-tipos-de-disturbios/> > Acesso em: 23/10/2019.

Repórter: Milena Fernandes. Assessoria de Comunicação do Hospital de Saúde Mental. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/2019/09/05/especialista-orienta-como-identificar-e-tratar-transtornos-alimentares/> > Acesso em: 23/10/2019.

<https://www.portalcoren-rs.gov.br> > Acesso em: 23/10/2019.

Haroldo Falcão. Tudo que você precisa saber sobre Terapia Nutricional. Disponível em: <https://pebmed.com.br/tudo-que-voce-precisa-saber-sobre-terapia-nutricional/> > Acesso em: 23/10/2019.

<https://www.minhavidacom.br/saude/temas/bulimia> > Acesso em: 23/10/2019.

https://pt.wikipedia.org/wiki/Bulimia_nervosa > Acesso em: 23/10/2019.

<https://www.vittude.com/blog/bulimia-nervosa/> > Acesso em: 23/10/2019.

Valéria Lemos Palazzo – Psicóloga e Neuropsicóloga. Disponível em: <http://gatda.com.br/index.php/2016/02/22/ola-mundo/> > Acesso em: 23/10/2019.

https://pt.wikipedia.org/wiki/Anorexia_nervosa > Acesso em: 23/10/2019.

https://pt.wikipedia.org/wiki/Obesidade_m%C3%B3rbida > Acesso em: 23/10/2019.

Rodrigo Lamounier. Endocrinologista. CRM-MG: 31293. Obesidade mórbida. Disponível em: <https://www.materdei.com.br/cuidados-com-a-saude/guia-de-doencas/obesidade-morbida> > Acesso em: 23/10/2019.

Dr. Arthur Frazão. Clínico geral. Saiba o que é e como combater a obesidade mórbida. Disponível em: <https://www.tuasaude.com/obesidade-morbida/> > Acesso em: 23/10/2019.

Redação Minuto Saudável. Obesidade (mórbida): o que é, causas, tipos, grau, no Brasil, CID. Disponível em: <https://minutosaudavel.com.br/obesidade/> > Acesso em: 23/10/2019.

Theo Ruprecht. Primeiro remédio específico para compulsão alimentar é aprovado. Disponível em: <https://saude.abril.com.br/mente-saudavel/primeiro-remedio-especifico-para-compulsao-alimentar-e-aprovado/> > Consulta Revista Digital em: 23/10/2019.

<https://www.psicologiaviva.com.br/blog/compulsao-alimentar/> > Acesso em: 23/10/2019.

Evelyn Attia , MD, Columbia University Medical Center, New York State Psychiatric Institute; B. Timothy Walsh , MD, College of Physicians and Surgeons, Columbia University. Transtorno da compulsão alimentar periódica. > Acesso em: 23/10/2019.

Dr. Victor Sorrentino. Compulsão Alimentar. Disponível em: <https://drvictorsorrentino.com.br/compulsao-alimentar/> > Acesso em: 23/10/2019.

Tatiana Zanin. Nutricionista. Compulsão alimentar tem cura? Disponível em: <https://www.tuasaude.com/sintomas-da-compulsao-alimentar/> > Acesso em: 23/10/2019.

Jessyka Matiussi Mendonça. A angústia no real do corpo. Disponível em: <http://www.revistacorpoemente.com.br/noticias/artigo-a-angustia-no-real-do-corpo> > Acesso em: 23/10/2019.

Redação M de Mulher. Angústia é doença e tem cura. Disponível em: <https://saude.abril.com.br/bem-estar/angustia-e-doenca-e-tem-cura/> > Consulta Revista Digital em: 23/10/2019.

<https://pt.wikipedia.org/wiki/Ang%C3%BAstia> > Acesso em: 23/10/2019.

<https://www.vittude.com/blog/angustia/> > Acesso em: 23/10/2019.

<http://tommaso.psc.br/psicologia-e-nutricao/> > Acesso em: 23/10/2019.

<http://www.saude.br/index.php/articles/artigos/psicologia/116-psicologia/596-muito-alem-da-nutricao> > Acesso em: 23/10/2019.

<https://blog.cognitivo.com/psicologia-e-nutricao-como-essas-areas-se-relacionam/> > Acesso em: 23/10/2019.

<https://fisioterapia.com.br/novo/psicologia-e-nutricao/> > Acesso em: 23/10/2019.

<https://www.otempo.com.br/interessa/novo-regime-combina-psicologia-com-nutricao-1.1024996> > Acesso em: 23/10/2019.

<https://www.euamomeubairro.com/jardim-camburi/index.php/cadernos/coach/16-noticias/179-nutricao-e-psicologia-uniao-para-o-auxiliar-no-emagrecimento> > Acesso em: 23/10/2019.

<https://www.vittude.com/blog/terapia-cognitivo-comportamental/> > Acesso em: 23/10/2019.

https://pt.wikipedia.org/wiki/Terapia_cognitivo-comportamental > Acesso em: 23/10/2019.

<https://www.estarsaudemental.com.br/terapia-cognitivo-comportamental-2/> > Acesso em: 23/10/2019.

Kelly Ardachnilzoff. A terapia cognitiva comportamental na Nutrição. Disponível em: <https://negocioestetica.com.br/site/a-terapia-cognitiva-comportamental-na-nutricao/> > Acesso em: 23/10/2019.

Lethycia Araújo Rodrigues. Nutricionista Clínica. Pós-graduada em Fitoterapia Funcional. Extensão em Nutrição Funcional e Comportamental. Disponível em: <http://florien.com.br/noticia/nutricao-comportamental-novas-abordagens-no-tratamento-e-conduta-da-obesidade/> > Acesso em: 23/10/2019.

Ludimila Garcia. Psicóloga. Projeto Pense Magro. Disponível em: <http://ludmilagarcia.com.br/projeto/> > Acesso em: 23/10/2019.

<http://donatellacoser.com.br/terapia-cognitivo-comportamental-para-nutricionistas/> > Acesso em: 23/10/2019.

Unknown. Maria Irlan, nutricionista. O que é Nutrição Comportamental. Disponível em: <http://blog.casapositiva.com.br/2018/07/o-que-e-nutricao-comportamental.html> > Acesso em: 23/10/2019.

https://www.conquistesuavida.com.br/noticia/voce-conhece-a-terapia-alimentar-saiba-como-a-psicologia-ajuda-na-alimentacao_a3985/1 > Acesso em: 23/10/2019.

<https://nutricoachivanagoncalves.com.br/descubra-o-que-e-a-nutricao-comportamental/> > Acesso em: 23/10/2019.

https://pt.wikipedia.org/wiki/Nutri%C3%A7%C3%A3o_comportamental > Acesso em: 23/10/2019.

Sibelle Pedral. Nutrição comportamental: o movimento que prega o prazer de comer. Disponível em: <https://boaforma.abril.com.br/dieta/nutricao-comportamental-o-movimento-que-prega-o-prazer-de-comer/> > Consulta Revista Digital em: 23/10/2019.

<https://www.reequibre.com.br/o-que-e-nutricao-comportamental> > Acesso em: 23/10/2019.

<https://pt.wikipedia.org/wiki/Psicologia> > Acesso em: 23/10/2019.

<https://www.oficinadepsicologia.com/comportamento-alimentar-2/> > Acesso em: 23/10/2019.

<https://www.vittude.com/blog/compulsao-alimentar/> > Acesso em: 23/10/2019.

<https://amenteemaravilhosa.com.br/vinculo-entre-emocao-e-alimentacao/> > Acesso em: 23/10/2019.