

Obesidade e transtornos alimentares: a coexistência de comportamentos alimentares extremos em adolescentes

Obesity and eating disorders: the coexistence of extreme eating behaviors in adolescents

Mara Cristina Lofrano-Prado¹; Wagner Luiz do Prado²; Aline de Piano³; Ana Raimunda Dâmaso⁴

¹Doutoranda em Nutrição – UFPE. Recife, PE – Brasil.

²Doutor; Professor Adjunto da Escola Superior de Educação Física (ESEF/UPE) – Programa associado de Pós-Graduação em Educação

Física UPE/UFPE. Recife, PE – Brasil.

³Doutoranda em Nutrição – UNIFESP/EPM. São Paulo, SP – Brasil.

⁴Doutora; Professora Livre Docente do Departamento de Biociências – UNIFESP/EPM. Santos, SP – Brasil.

Endereço para correspondência

Wagner Luiz do Prado
R. Arnóbio Marques, 310, Santo Amaro
50100-130 – Recife – PE [Brasil]
wagner.prado@pq.cnpq.br

Resumo

Introdução: Adolescência é uma fase de mudanças biopsicossociais, na qual preocupações com o corpo podem levar a comportamentos alimentares inadequados. **Objetivo:** Descrever, por meio de uma revisão da literatura, as relações entre obesidade e transtornos alimentares em adolescentes. **Métodos:** Selecionaram-se estudos em língua portuguesa e inglesa, publicados de 1979 a 2009, nas bases de dados Medline e SciELO, usando-se os descritores anorexia nervosa, bulimia nervosa, transtornos alimentares, imagem corporal, obesidade e adolescentes. **Resultados:** O medo de engordar e o desejo persistente de emagrecer são precursores de comportamentos alimentares inadequados. Em resposta a redução da massa corporal, adolescentes passam a se sentir mais confiantes, com melhor autoestima e autoconceito, gerando atitudes e comportamentos não saudáveis. **Conclusão:** É essencial que os diversos profissionais da área da saúde, envolvidos no tratamento da obesidade, fiquem atentos às interfaces entre transtornos alimentares e obesidade, diminuindo as diversas complicações observadas em programas de emagrecimento.

Descritores: Anorexia nervosa; Bulimia nervosa; Obesidade; Transtornos da alimentação.

Abstract

Introduction: Adolescence is a period of biopsychosocial changes, in which concerns with the body can lead to inadequate eating habits. **Objective:** To describe possible relationships between obesity and eating disorders in adolescents by means of a critical literature review. **Methods:** Studies published between 1979 and 2009 at Medline and SciELO databases using the keywords (Portuguese and English): anorexia nervosa, bulimia nervosa, eating disorders, body image, obesity and adolescents were searched. **Results:** Fear of becoming fat and the persistent desire of losing weight trigger an excessive concern about food, thus, leading to eating behavior alterations. In response to the reduction in body mass, adolescents become more confident, vain, with higher self-esteem and self-concept, which may lead to unhealthy attitudes and behaviors. **Conclusion:** Health professionals who are involved in obesity treatment should become aware of the interfaces between eating disorders and obesity so that complications observed in weight lost programs can decrease.

Key words: Anorexia nervosa; Bulimia nervosa; Eating disorders; Obesity.

Introdução

Dados atuais revelam um drástico aumento na prevalência de transtornos alimentares (TA)¹ bem como de obesidade, em adultos², crianças e adolescentes³. A obesidade é definida, pela Organização Mundial da Saúde, como uma doença crônica e multifatorial, caracterizada por um acúmulo excessivo de massa adiposa de acordo com gênero, idade e estatura⁴.

Os TA, por sua vez, caracterizam-se por uma perturbação no comportamento alimentar, com excessiva preocupação em relação à forma e a massa corporal, que levam o paciente a adotar comportamentos inadequados, dirigidos principalmente à redução de massa corporal. Os TA podem ser divididos em três categorias diagnósticas: anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN) e transtornos alimentares sem outra especificação (TASOE), no qual se inclui o transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP)⁵.

A insatisfação com a imagem corporal é um fator de risco para o desenvolvimento de TA, e indivíduos obesos comumente apresentam este quadro, soma-se a isso, o fato de que a obesidade, sobretudo na adolescência, afeta a relação do indivíduo com o corpo, autoestima e satisfação com a aparência, o que torna o adolescente obeso mais susceptível a tais alterações no comportamento alimentar³. Vale ressaltar que a adolescência é um período de transformações físicas, hormonais, afetivas e sociais, em que há extrema preocupação com aparência, massa e imagem corporal⁶.

Uma vez que cerca de 40% das meninas, entre 9 e 11 anos, estão preocupadas por serem ou por poderem se tornar obesas, Neumark-Sztainer⁷ e Schwartz e Henderson⁸ afirmam que a prevenção ou tratamento da obesidade podem constituir um fator de risco para o desenvolvimento dos TA. Dessa forma, o objetivo neste estudo é, por meio de uma revisão crítica da literatura, descrever as possíveis relações entre obesidade e transtornos alimentares em adolescentes.

Materiais e métodos

Analisaram-se estudos em língua portuguesa e inglesa, publicados no período de 1979 a 2009, nas bases de dados Medline e SciELO, usando-se os descritores anorexia nervosa, bulimia nervosa, transtornos alimentares, imagem corporal, obesidade e adolescentes.

Resultados

Distorção e insatisfação da imagem corporal: o elo entre obesidade e transtornos alimentares

O corpo é uma das formas de comunicação entre o indivíduo e o meio, por isso a excessiva preocupação com a aparência no período da adolescência, em que as mudanças físicas naturais do corpo se convertem em sentimentos de tensão sexual e atração física, influenciando os relacionamentos sociais⁶. Nessa fase, os adolescentes buscam identificar-se com líderes, grupos e modas, tendo em mente um corpo idealizado, e assim quanto mais esse corpo se distanciar do ideal, maior a possibilidade de conflito interno, comprometimento da autoestima e imagem corporal⁹.

Entende-se por imagem corporal a figuração do corpo, a qual é formada na mente do indivíduo pelo contato consigo mesmo e com o mundo¹⁰. Ressalta-se que há diferença entre distorção da imagem corporal e do que é comumente percebido como uma insatisfação da aparência do corpo. A distorção é uma discrepância entre corpo real e o ideal e está presente no transtorno dismórfico corporal, pois há exagerada preocupação com uma determinada parte do corpo; e nos transtornos alimentares, sendo a forma e o tamanho corporal grandes focos de conflito. A insatisfação está relacionada com autopercepção referente a tamanho, imagem e forma do corpo¹¹.

Tanto distorção quanto insatisfação da imagem corporal, em adolescentes, implicam no desenvolvimento de sentimentos de auto-

desvalorização, afetos negativos, depressão e alterações no comportamento alimentar, tais como obesidade, compulsão alimentar, BN e AN⁹. Segundo Stein e colaboradores¹², a insatisfação da imagem corporal pode afetar aspectos da vida do indivíduo no que diz respeito ao seu comportamento alimentar, autoestima e desempenhos psicossocial, físico e cognitivo.

É importante ressaltar que existe uma diferença na construção do ideal de imagem corporal para meninas e meninos. No gênero feminino, a magreza é considerada estereótipo de beleza a ser atingida, já no masculino é o inverso, prevalecendo o desejo de ganhar massa magra para ter um porte atlético¹³.

Pressões da mídia, fatores sociais, influências socioculturais e a busca incessante por um padrão de corpo ideal associado às realizações e felicidade estão entre as principais causas de alterações na percepção da imagem corporal⁶. A cultura ocidental divulga uma imagem de corpo inatingível, e essa internalização associada à magreza como situação ideal de aceitação e êxito, aumenta um sentimento de vergonha em relação à imagem do corpo¹². Nesse sentido, vários estudos mostram haver uma relação entre a imagem corporal e o desenvolvimento de transtornos alimentares, mais especificamente a AN, BN e TCAP^{3, 11, 13}.

Discussão

Anorexia nervosa

A AN é caracterizada por redução intensa e intencional de massa corporal advindas de dietas rigorosas, distorção da imagem corporal e alterações no ciclo menstrual. A AN pode ser dividida em dois subtipos: restritiva, podendo chegar ao jejum completo, e purgativa, associada à prática de vômitos autoinduzidos, uso de laxantes, diuréticos, anfetaminas e exercícios físicos em excesso⁵.

A anorexia nervosa é uma doença complexa, cuja principal característica é o pavor de engordar. Os indivíduos acometidos por essa pa-

tologia têm alteração da percepção da imagem corporal e negam a sensação de fome, o que afeta o corpo nas mais diversas formas possíveis¹⁴, podendo gerar grandes prejuízos biopsicossociais.

Pode-se dizer que o comportamento alimentar dos indivíduos com AN é o oposto dos sujeitos com obesidade; contudo, nas duas doenças, o corpo é percebido como distorcido, não só na sua forma como também na sua função. Tanto os pacientes anoréxicos quanto os obesos têm dificuldades em avaliar a quantidade de comida que ingerem. Para os anoréxicos, algumas garfadas significam que o estômago está demasiado cheio, ao passo que na obesidade, quantidades exageradas de comida nunca parecem saciar por completo¹¹.

Bulimia nervosa

A BN é caracterizada por episódios de compulsão alimentar seguidos de métodos compensatórios inadequados para controle de massa corporal, como vômitos autoinduzidos, uso de medicamentos (diuréticos, laxantes, inibidores de apetite), dietas, excesso de exercícios físicos e enemas⁵.

A etiologia da BN está associada à exposição à dieta, ao histórico individual e/ou familiar de obesidade, comentários críticos por parte da família sobre peso e alimentação e transtornos psiquiátricos¹⁵. Outra possibilidade é que a restrição alimentar favoreça o aparecimento de compulsão alimentar, iniciando o ciclo compulsão/purgação da BN¹⁶, entretanto não se sabe ao certo o que é causa o que é consequência.

Ressalta-se ainda que adolescentes com transtornos do comportamento alimentar, associados à utilização de métodos purgativos, têm maiores chances de tornarem-se obesos².

Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica

TCAP é um transtorno alimentar caracterizado por ingestão de grande quantidade de comida em um período curto de tempo, no má-

ximo duas horas, acompanhado de uma sensação de descontrole⁵. Para o diagnóstico da doença, esses episódios de comer compulsivamente devem apresentar frequência média de duas vezes semanais, durante seis meses, e não estarem associados ao uso regular e inapropriado de métodos compensatórios (purgativos, jejuns ou exercício excessivo). Esse transtorno acomete indivíduos eutróficos e obesos, a maioria dos pacientes apresenta uma longa história de tentativas de fazer dieta, bem como baixa autoestima, associada a sentimentos de angústia e preocupação diante do descontrole e impulso de comer em excesso¹⁷.

Obesidade

A obesidade é uma doença complexa de etiologia multifacetada, com sua própria fisiopatologia, comorbidades e capacidades desabilitantes⁴. A obesidade juvenil tem aumentado sua prevalência de forma acentuada nas últimas décadas, entretanto suas causas não estão claras³, conceitualmente acredita-se em três causas possíveis: genética, aumento da ingestão calórica e redução do gasto energético. Sabe-se que disfunções e distúrbios emocionais também podem estar associados à obesidade, estudos mostram que indivíduos obesos consomem mais alimentos em situações de estresse emocional, ansiedade, depressão, tristeza e raiva, principalmente as mulheres, como mecanismo compensatório¹⁸, e na adolescência, um período de busca pela identidade e aceitação social, sentimentos como dúvidas, medo, sofrimento, insatisfação e culpa estão mais presentes⁶.

Transtornos alimentares versus obesidade: extremos de um mesmo problema?

Segundo o estudo de Conti e colaboradores⁶, independentemente do gênero, os adolescentes preocupam-se com a massa corporal e com a aparência. Apesar de as mulheres expressarem maior insatisfação com a imagem corpo-

ral do que os homens, ambos os gêneros sentem insatisfação com a imagem do corpo, no entanto, eles o experimentam de forma diferente, talvez em razão das normas culturais¹³.

A necessidade em atingir um corpo dito ideal, está associada ao aumento da depressão e insatisfação com a imagem corporal, bem como à baixa autoestima, em meninas, implicando realização de atitudes e comportamentos não saudáveis¹⁹. Segundo Acosta e colaboradores²⁰, a obesidade, além de desencadear inúmeros problemas de saúde, pode afetar negativamente funções psiquiátricas e comportamentais, tal como o desenvolvimento de TA. Um estudo realizado com adolescentes no estado de São Paulo revelou que o risco das adolescentes obesas apresentarem sintomas de AN foi 3,63 vezes maior que as adolescentes eutróficas²¹.

Os fatores predisponentes mais específicos para o desenvolvimento de TA incluem os traços de personalidade, o risco para desenvolvimento ou presença de obesidade e a realização de dietas restritivas. A dieta, é o comportamento que geralmente antecede a instalação do TA; contudo, a presença isolada da dieta não é suficiente, tornando-se necessária uma interação entre outros fatores de risco e eventos precipitantes¹⁶. O medo de engordar e o desejo persistente de emagrecer geram uma preocupação excessiva com os alimentos e, conseqüentemente, uma alteração do comportamento alimentar¹³.

Comportamentos alimentares inadequados podem promover distorções na percepção do sabor dos alimentos, levando ao aumento do risco para o desenvolvimento da AN, visto que as qualidades sensoriais são fortes determinantes da ingestão alimentar, saciedade e seleção dos alimentos. Essas considerações confirmam a complexidade do comportamento alimentar na obesidade, sugerindo que o tratamento dietético deve considerar tanto as motivações psicológicas do indivíduo para o ato de se alimentar, como as implicações fisiológicas decorrentes da proposta dietética, e não apenas modificações na composição corporal¹⁷.

É preciso ter cuidado com as mensagens passadas para os adolescentes, especialmente para os obesos, pois eles podem desenvolver uma obsessão relacionada à alimentação e ao corpo, em resposta a terapia para redução da massa corporal^{6,7}.

Possivelmente, durante o processo de emagrecimento, em decorrência da diminuição da massa corporal, os adolescentes passam a se sentir mais confiantes, vaidosos, com melhor autoestima e autoconceito, gerando atitudes e comportamentos não saudáveis, visando à manutenção da massa corporal, sendo esses comportamentos fatores de risco para o desenvolvimento de TA, e é por isso que em algum momento do tratamento, é possível migrar de um pólo para outro, ou vice-versa, pois uma doença é fator de risco para a outra²².

Referente a comportamentos bulímicos, características e modelos familiares na infância, ligados a comportamentos alimentares excessivos ou descontrolados, especificamente em obesos, são sugestivos para o desenvolvimento de BN na adolescência²³. Segundo Irving & Neumark-Sztainer²⁴, a utilização de métodos purgativos ocorrem com alta frequência em adolescentes obesos. É ainda importante ressaltar que a ocorrência de episódios bulímicos está relacionada ao aumento da massa corporal, e pessoas envolvidas em programas para redução da massa corporal, apresentam prevalência de BN com variação entre 23% e 46%²⁵, muito acima dos valores encontrados na população em geral, que varia de 1,1% a 4,2%²⁶.

Dietas rígidas e a busca pelo padrão vigente são fatores fortemente associados ao desenvolvimento de comportamentos purgativos; porém, quando o indivíduo deixa de ter atitudes nutricionais inadequadas, o controle de peso não representa um risco efetivo para o desenvolvimento desse transtorno¹⁵. Destaca-se que a prática excessiva de exercícios físicos *per se* já pode ser considerada como um comportamento purgativo, além disso, a ansiedade, gerada por atividades físicas abusivas, é um preditor de in-

satisfação com a imagem corporal e do desenvolvimento da BN²⁷.

Indivíduos com BN acreditam que o emprego de métodos purgativos poderá evitar o aumento de massa corporal ocasionado pelos episódios de compulsão alimentar, permitindo o relaxamento temporário do controle da alimentação. Ao contrário disso, a indução de vômito interfere na sensação de saciedade, aumentando a necessidade de ingerir grandes quantidades de alimentos. Adicionalmente, a indução de vômito não elimina todo alimento ingerido; portanto, não impede o ganho de peso recorrente²⁸.

Há evidências de que, em indivíduos obesos, comportamentos de compulsão alimentar ou restrição, são frequentes e parecem ser, pelo menos em parte, responsáveis pelos fracassos observados no tratamento da obesidade¹⁷. Por outro lado, Lofrano-Prado e colaboradores²⁹ observaram que adolescentes obesos apresentavam comportamentos de compulsão alimentar e altos níveis de insatisfação com a imagem corporal no início do tratamento, e após 24 semanas de intervenção multidisciplinar (psicológica, nutricional, clínica e física) houve reduções significativas nesses índices, o que pode ser considerado um indicativo de sucesso na terapêutica.

Obesos comedores compulsivos podem constituir uma subcategoria entre a população obesa, apresentando níveis mais elevados de psicopatologias, especialmente depressão e transtorno da personalidade, uma gravidade maior e início mais precoce da obesidade, um percentual maior de sua vida gasto com dietas e prejuízo no funcionamento social e ocupacional³⁰.

Conclusão

Dados da literatura atual demonstram haver uma forte relação entre TA e obesidade, e mesmo sendo doenças do comportamento alimentar aparentemente opostas, uma doença é fator de risco para o desenvolvimento da outra. A obsessão e o desejo pelo corpo ideal podem ser considerados facilitadores para a utilização

de atitudes nutricionais inadequadas visando à manutenção corporal. Dessa forma, é essencial que os diversos profissionais da área da saúde, envolvidos no tratamento da obesidade, fiquem atentos as interfaces entre TA e obesidade, diminuindo as várias complicações que podem estar associadas a programas de emagrecimento.

Referências

1. National Association of Anorexia Nervosa and Associated Disorders (ANAD) [homepage on the Internet] Eating Disorders Statistics [cited 2010 Jul 1]. Available from: <http://www.anad.org/get-information/about-eating-disorders/eating-disorders-statistics>.
2. Bessesen DH. Update on Obesity. *J Clin Endocrinol Metab*. 2008;93:2027-34.
3. Tremblay L, Lariviere M. The influence of puberty onset, Body Mass Index, and pressure to be thin on disordered eating behaviors in children and adolescents. *Eat Behav*. 2009;10:75-83.
4. Conway B, Rene A. Obesity as a disease: no lightweight matter. *Obes Rev* 2004;5:145-51.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: text review - DSM-IV-TR. Washington: DC; 2000.
6. MA, Frutuoso MFP, Gambardella AMD. Excesso de peso e insatisfação corporal em adolescentes. *Rev Nutr*. 2005;18(4):491-7.
7. Neumark-Sztainer D. Preventing obesity and eating disorders in adolescents: what can health care providers do? *J Adolesc Health*. 2009;44:206-13.
8. Schwartz MB, Henderson KE. Does obesity prevention pause eating disorders? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2009;48:784-6.
9. Borzekowski DLG, Bayer AM. Body image and media use among adolescents. *Adolesc Med Clin*. 2005;16:289-313.
10. Schilder P. A imagem do corpo e as energias construtivas da psique. São Paulo: Martins Fontes; 1994. p. 224-47.
11. Stenzel LM. A influência da imagem corporal no desenvolvimento e na manutenção dos transtornos alimentares. In: Nunes MA, Appolinario JC, Galvão AL, Coutinho W, editores. *Transtornos alimentares e obesidade*. 2ª ed. São Paulo: Artmed; 2006. p. 73-81.
12. Stein S, Chalhoub N, Hodes M. Very early-onset bulimia nervosa: report two cases. *Int J Eat Disord*. 1998;24:323-7.
13. Kayano M, Yoshiuchi K, Al-Adawi S, Viernes N, Dorvlo A S S, Kumano H et al. Eating attitudes and body dissatisfaction in adolescents: cross-cultural study. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2008;62:17-25.
14. American Dietetic Association (ADA). Position of the American Dietetic Association: nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa and other eating disorders. *JADA*. 2006;106:2073-82.
15. Field AE, Javaras KM, Aneja P, Kitos N, Camargo CA Jr, Taylor CB et al. Family, peer, and media predictors of becoming eating disordered. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2008;162:574-9.
16. Morgan CM, Vecchiatti IR, Negrão AB. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. *Rev Bras Psiquiatr*. 2002;24:18-23.
17. Bernardi F, Cichelero C, Vitolo MR. Comportamento de restrição alimentar e obesidade. *Rev Nutr*. 2005;18:85-93.
18. Match M, Gerer J, Ellgring H. Emotions in overweight and normal-weight women, immediately after eating foods differing in energy. *Physiol Behav*. 2003;80:367-74.
19. Vartanian LR, Shaprow JG. Effects of weight stigma on exercise motivation and behavior: a preliminary investigation among college-aged females. *J Health Psychol*. 2008;13:131-8.
20. Acosta MC, Manubay J, Levin FR. Pediatric obesity: parallels with addiction and treatment recommendations. *Harv Rev Psychiatry*. 2008;16:80-96.
21. Sampei MA. Antropometria e composição corporal em adolescentes nipônicas e não-nipônicas da rede escolar privada de São Paulo: comparação étnica e análise de distúrbios alimentares, imagem corporal e atividade física [tese de doutorado]. São Paulo (SP): UNIFESP-EPM; 2001.

22. Lofrano MC. Efeitos da intervenção multidisciplinar sobre a insatisfação da imagem corporal e transtornos alimentares em adolescentes obesos [tese de mestrado]. São Paulo (SP): UNIFESP-EPM; 2008.
23. Micali N, Holliday J, Karwautz A, Haidvogel M, Wagner G, Fernandez-Aranda F et al. Childhood eating and weight in eating disorders: a multi-centre European study of affected women and their unaffected sisters. *Psychother Psychosom*. 2007;76:234-41.
24. Irving LM, Neumark-Sztainer D. Integrating the prevention of eating disorders and obesity: feasible or futile? *Prev Med*. 2002;34:299-309.
25. Segal A, Cardeal MV, Cordás TA. Aspectos psicossociais e psiquiátricos da obesidade. *Rev Psiq Clín*. 2002;29:81-9.
26. Nicholls D, Viner R. Eating disorders and weight problems. *BMJ* 2005;330:950-3.
27. Holm-Denoma JM, Scaringi V, Gordon KH, Van Orden KA, Joiner TE Jr. Eating disorder symptoms among undergraduate varsity athletes, club athletes, independent exercisers, and nonexercisers. *Int J Eat Disord*. 2009;42:47-53.
28. Duchesne M. Psicoterapia cognitivo-comportamental dos transtornos alimentares. In: Nunes MA, Appolinario JC, Galvão AL, Coutinho W, editores. *Transtornos Alimentares e Obesidade*. 2ª ed. São Paulo: Artmed; 2006. p. 125-36.
29. Lofrano-Prado MC, Antunes HKM, Prado WL, de Piano A, Caranti DA, Tock L et al. Quality of life in Brazilian obese adolescents: effects of a long-term multidisciplinary lifestyle therapy. *Health Qual Life Outcomes*. 2009;7:61.
30. Stunkard AJ, Allison KC. Two forms of disordered eating in obesity: binge eating and night eating. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2003; 27:1-12.