

CENTRO UNIVERSITÁRIO PRESIDENTE TANCREDO DE ALMEIDA

NEVES – UNIPTAN

CURSO DE NUTRIÇÃO

LÍVIA APARECIDA ALVES DE SOUZA
LAVÍNIA ALÍCIA TABANÊS DA SILVA,
BEATRIZ CRISTINA RODRIGUES

DISMORFIA CORPORAL: O LUGAR DO TRATAMENTO NUTRICIONAL

SÃO JOÃO DEL REI- MG

NOVEMBRO DE 2022

Lívia Aparecida Alves de Souza

Lavínia Alícia Tabanês da Silva,

Beatriz Cristina Rodrigues

DISMORFIA CORPORAL: O LUGAR DO TRATAMENTO NUTRICIONAL

Trabalho de Conclusão do Curso, apresentado no Curso de Nutrição do Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves (UNIPTAN).

Orientador: Prof. Douglas Roberto Guimarães Silva

SÃO JOÃO DEL REI- MG

NOVEMBRO DE 2022

Lívia Aparecida Alves de Souza

Lavínia Alícia Tabanês da Silva,

Beatriz Cristina Rodrigues

DISMORFIA CORPORAL: O LUGAR DO TRATAMENTO NUTRICIONAL

Trabalho de Conclusão do Curso,
apresentado no Curso de Nutrição do Centro
Universitário Presidente Tancredo de
Almeida Neves (UNIPTAN).

São João Del Rei, 04 de novembro de 2022.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Douglas Roberto Guimarães Silva -
UNIPTAN

Esp. Bárbara Mota Rodrigues
UFMG

ESP.Celiany dos Reis Carvalho –
UNIPAC

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela minha vida, e por me permitir ultrapassar todos os obstáculos encontrados ao longo da realização deste trabalho.

Aos pais de Lavínia: Fabiana Cristina Tabanês e José Geraldo Augusto da Silva;

Aos pais de Beatriz: Marislei da Silva Rodrigues e Geraldo Moacir Rodrigues;

A mãe de Lívia: Solange do Carmo de Souza e ao tio: Amarildo das Graças de Souza, que incentivaram nos momentos difíceis e sempre estiveram ao nosso lado e aos irmãos, que compreenderam a ausência enquanto nos dedicávamos à realização deste trabalho.

Aos professores, pelas correções e ensinamentos que me permitiram apresentar um melhor desempenho no meu processo de formação profissional ao longo do curso

A todos que participaram, direta ou indiretamente do desenvolvimento deste trabalho, enriquecendo o meu processo de aprendizado.

DISMORFIA CORPORAL: O LUGAR DO TRATAMENTO NUTRICIONAL

Lívia Aparecida Alves de Souza

Lavínia Alícia Tabanês da Silva

Beatriz Cristina Rodrigues

RESUMO

Os transtornos alimentares geralmente acometem mulheres adolescentes e jovens em idade reprodutiva, acarretando prejuízos no nível individual com aumento da morbimortalidade e danos no nível social pelo consequente absenteísmo. As compulsões alimentares surgem com bastante frequência, contribuindo para o crescente interesse por este tema. Recentemente, uma grande quantidade de estudos tem buscado estabelecer critérios diagnósticos para transtornos alimentares. Ressalta-se que, transtornos alimentares, transtornos de humor e transtornos dismórficos corporais geralmente coexistem. Para o presente trabalho, foi realizada revisão bibliográfica, utilizando 23 artigos selecionados nas seguintes bases de dados científicos: PubMed e SciELO. A justificativa da pesquisa, pauta na necessidade de estudos que comprovem a associação entre transtornos alimentares, afetivos e de dismorfismo corporal, favorecendo a prevenção primária e a otimização do tratamento, assim como a conscientização e a educação dos pacientes e familiares para a identificação precoce e apoio no cuidado. Conclui-se que pacientes com transtorno dismórfico corporal têm histórico de uso frequente de serviços psiquiátricos, apresentando quadros de ansiedade, depressão, transtorno obsessivo-compulsivo e transtornos alimentares

Palavras-chave: Imagem Corporal, Comportamento alimentar, Transtorno de Humor, Depressão, Ansiedade.

INTRODUÇÃO

A sociedade atual possui como característica, uma preocupação exacerbada com questões relacionadas à estética, impulsionada pela influência de produções midiáticas que reforçam o estereótipo de ‘corpo perfeito’. Esse processo, provoca um fenômeno de procura a qualquer custo por uma utópica perfeição, o que afeta negativamente a autoestima sobretudo dos jovens e interfere diretamente na visão que possuem de suas próprias aparências, favorecendo a ocorrência de transtornos de humor, como ansiedade e depressão, e transtornos obsessivo-compulsivos, como transtorno dismórfico corporal.

Pesquisas recentes apontam que os transtornos alimentares geralmente acometem mulheres adolescentes e jovens em idade reprodutiva, acarretando prejuízos no nível individual com aumento da morbimortalidade e danos no nível social pelo consequente absenteísmo. Sendo assim, tais distúrbios ameaçam a saúde e a qualidade de vida dos pacientes, de seus familiares e sua prevalência precisa ser identificada.

Em questão da autoimagem, a vergonha é um fator importante que precisa ser avaliado e balanceado. Indivíduos com transtorno dismórfico corporal podem apresentar delírios sobre sua aparência e composição corporal que estão diretamente relacionados à sua intensidade com possíveis comportamentos autolesivos. Esses pacientes geralmente se descrevem como feios, desfigurados e anormais, quanto mais paranoicos se tornam, menos são capazes de ouvir as opiniões dos outros.

Diante desse contexto, é de extrema importância que os nutricionistas tenham boas habilidades em termos de preservação da nutrição, educação nutricional, conhecimento e habilidades para lidar com a insatisfação alimentar e física de cada indivíduo. Esses fatores constituem o foco da terapia nutricional.

Cabe ressaltar que o sucesso da terapia nutricional, está atrelado à necessidade de dedicação e experiência por parte do profissional, que necessita de conhecimento na área de transtornos alimentares.

O cuidado com pacientes que apresentam transtornos alimentares, mais especificamente a dismorfia corporal, exige um tratamento multidisciplinar sob o escopo de várias abordagens. Por parte do profissional nutricionista, é de extrema importância que os primeiros contatos envolvam o paciente e os familiares, a fim de compreender as especificidades de cada caso.

Diante do que foi exposto, o objetivo deste estudo foi identificar a prevalência e as relações entre os distúrbios psicológicos e/ou psiquiátricos, tais como a depressão, ansiedade, transtornos de autoimagem e os transtornos alimentares. A relevância da pesquisa está atrelada a importância de estudos acerca da relação e coexistência de transtornos alimentares e transtornos psiquiátricos, a fim de estabelecer um alerta e conscientizar populações afetadas para as opções de tratamento.

METODOLOGIA

A metodologia utilizada a partir da definição do objetivo da pesquisa foi à revisão bibliográfica, elaborada a partir de uma pesquisa, na qual foram selecionados 16 artigos, publicados no período entre os anos de 2010 e 2022, na base de dados científicos PubMed e SciELO.

A estruturação da pesquisa obedece ao seguinte formato: inicialmente tece-se uma narrativa acerca da conceitualização dos transtornos alimentares, em um segundo momento, a pesquisa se debruça especificamente, sobre o transtorno dismórfico corporal. Posteriormente, ocorre a análise do tratamento nutricional para os casos explicitados. Por fim, a pesquisa apresenta as conclusões acerca da análise feita a partir do arcabouço teórico definido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

TRANSTORNOS ALIMENTARES

Do ponto de vista epidemiológico, os transtornos alimentares têm despertado muita atenção e o interesse por esse tema tem contribuído nas últimas décadas, para o aumento de pesquisas que buscam estabelecer critérios e diagnósticos para os transtornos alimentares.¹

Sabe-se que o primeiro transtorno alimentar relatado pela psicologia foi a anorexia nervosa (AN) em meados do século XIX, anteriormente classificada como bulimia nervosa (BN) e reconhecida pelos padrões operacionais já na década de 1970.¹

Existem fortes relações entre os transtornos alimentares com transtornos obsessivo-compulsivos e transtornos de humor, sejam em relações causais ou complementares. Para a realização da presente pesquisa, os transtornos alimentares analisados foram compulsão alimentar, bulimia e anorexia.²

A compulsão alimentar caracteriza-se pelo desejo de comer mesmo quando o indivíduo não está com fome, é, portanto, classificado como um transtorno obsessivo-compulsivo, com alterações no sistema neurológico de recompensa e nas vias atencionais relacionadas à alimentação.² Acredita-se que essa mudança ocorra devido a incompatibilidades nos circuitos corticais estriatais que regulam os sistemas de impulso, motivação e recompensa. Esse transtorno pode estar associado a transtornos psiquiátricos como depressão e ansiedade, além de distúrbios metabólicos como diabetes tipo 2 e síndrome metabólica relacionada ao ganho de peso³.

Um estudo em pacientes obesos realizado por Klobukoski e Höfelmann (2021) mostrou uma forte complementaridade positiva entre compulsão alimentar e depressão maior. A presença de alguns desses fatores de risco, geram a instalação de outras comorbidades.⁴

O aumento do IMC está associado à depressão, pois não só aumenta a percepção da altura, mas também a insatisfação corporal.⁵

Em contraste, um estudo realizado em Nevada descobriu que entre 1.162 adolescentes, as meninas se percebiam mais gordas do que realmente eram.⁶

O estigma em torno da obesidade infantil pode levar ao aumento da incidência de depressão, insatisfação física e ganho de peso, podendo assim promover atitudes negativas à saúde.⁷

A compulsão alimentar está associada aos escores de depressão e à imagem corporal. O mesmo estudo também encontrou associação positiva entre compulsão alimentar e índice de massa corporal.⁸

TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL

O transtorno dismórfico corporal é comum entre as mulheres, especificamente as que buscam tratamento estético e as sedentárias que não praticam atividade física.⁹

Carga de trabalho, renda e idade foram correlacionados negativamente com a ansiedade social e positivamente relacionados com o IMC. Esses resultados indicam que o transtorno de ansiedade social e o transtorno dismórfico corporal podem ser afetados de diferentes formas.¹⁰

Uma imagem distorcida da musculatura do corporal, refere-se a uma visão irrealista de como o indivíduo vê seu corpo, essa visão está presente tanto na bulimia quanto na anorexia e representa um aspecto de difícil abordagem no tratamento. Indivíduos com transtorno dismórfico corporal tendem a passar horas do dia prestando atenção à sua aparência e formas de melhorá-la, podendo estar associado à redução da qualidade de vida.¹¹

Pesquisas sugerem que a anorexia nervosa e o transtorno dismórfico corporal têm muitas semelhanças, incluindo níveis de insatisfação com o próprio corpo. Enquanto a anorexia nervosa está associada à forma e peso corporal, o transtorno dismórfico corporal parece afetar outros aspectos.¹²

Pacientes com transtorno dismórfico corporal têm histórico de uso frequente de serviços psiquiátricos, apresentando quadros de ansiedade, depressão, transtorno obsessivo-compulsivo e transtornos alimentares.¹³

O transtorno dismórfico corporal é caracterizado pela preocupação com defeitos estéticos inexistentes, geralmente se inicia na infância ou adolescência. Isso envolve comportamentos repetitivos e tempo excessivo em frente a espelhos, que podem estar relacionados a prejuízos na vida cotidiana, social e profissional.¹⁴

Estudos mostram que a depressão é geralmente secundária a duas outras condições podendo estar associada à anorexia e/ou bulimia. No entanto outro estudo mostrou que, quando

associada à depressão, a bulimia e/ou anorexia nervosa pode ter início antes, durante ou após o início de um transtorno alimentar.¹⁵

Os transtornos alimentares começam principalmente na adolescência e, embora os mecanismos fisiopatológicos não sejam compreendidos com precisão, foi estabelecida a presença de um ambiente social forte e uma predisposição a comportamentos compulsivos¹⁶.

As características geralmente são a contagem compulsiva de calorias, comportamentos ritualísticos relacionados à alimentação, uso de laxantes, indução de vômitos e outros aspectos compulsivos. Os sintomas obsessivo-compulsivos são comportamentos repetitivos, limpeza excessiva, ordem excessiva, perfeccionismo, rigidez, mesquinhez, falta de escrúpulos e forte autocrítica.¹⁵

Pacientes com transtornos alimentares têm um elemento de desconforto e uma resposta imprevisível ao tratamento antidepressivo. Esses fatores sugerem um transtorno de humor subjacente.¹⁶

Pessoas com transtornos alimentares tendem a ser conservadoras sobre sua exposição e desconhecer sua condição. Pacientes com bulimia e abuso de substâncias, como diuréticos e laxantes, também podem estar propensos ao consumo excessivo de álcool devido a problemas financeiros, problemas relacionados ao trabalho e à vida social e altas taxas de suicídios.¹⁶

Pacientes com transtornos de humor associados a transtornos alimentares tendem a buscar tratamento com mais frequência do que pacientes com bulimia isolada. Crianças com desnutrição e transtornos alimentares têm dificuldade em controlar suas emoções, como impulsividade ou depressão.¹³

Em pacientes com transtorno afetivo grave, foram identificados como tendo uma tríade de sintomas de transtorno alimentar, como distúrbios cognitivos relacionados, sentimentos de ineficiência e compulsão alimentar. Os sentimentos de ineficiência parecem ser secundários à depressão maior, enquanto a bulimia é um fator independente que pode resultar de pressões familiares ou sociais. Pessoas com bulimia e com depressão maior têm mais dificuldade de responder ao tratamento do que aquelas com bulimia isolada.¹⁶

TRATAMENTO NUTRICIONAL

Os profissionais da área de nutrição são capacitados para atuar em múltiplas áreas onde a alimentação e a nutrição são essenciais para a manutenção, promoção e recuperação da saúde. Os nutricionistas, em um momento de respeito e compreensão das dificuldades do paciente,

procuram buscar possíveis mudanças nos hábitos alimentares desses pacientes para alcançar melhor qualidade alimentar.¹¹

A fase de educação nutricional aborda técnicas educativas como pirâmides alimentares, dietas balanceadas e necessidades alimentares. O principal objetivo da terapia nutricional se baseia na desconstrução de crenças e mitos.¹¹

A fase experimental ou aconselhamento nutricional é realizada como uma abordagem específica com técnicas educativas, cognitivo-comportamentais, interativas e motivacionais, utilizadas para conectar as emoções, comportamentos e crenças distorcidas do paciente.⁸

A avaliação nutricional é realizada por meio de medidas antropométricas com medidas de altura, peso, dobras cutâneas e circunferência do braço na consulta inicial e em cada consulta subsequente.¹¹

No início do tratamento, nutricionista, psicólogo e psiquiatra atendem o paciente em cada consulta de acompanhamento. Isso torna o atendimento mais amplo e completo, facilitando a coleta de informações sobre os comportamentos de alimentação e eliminação presentes nos estados emocionais.⁹

Uma ótima ferramenta para nutricionistas é o Recordatório Alimentar. Esta deve ser realizada na consulta inicial e consiste em uma entrevista realizada por profissional capacitado para coletar informações precisas sobre todos os alimentos consumidos nas últimas 24 horas. Os pacientes podem registrar o local e o horário de cada refeição, bem como os episódios de ingestão de alimentos e 'compulsão'. A partir desses dados, é possível observar os hábitos e características alimentares de cada paciente.⁹

A retenção de líquidos ocorre com muita frequência quando os pacientes reduzem o uso de diuréticos, portanto, os nutricionistas devem pesar os pacientes regularmente. Também deve ser esclarecido que este aumento é temporário e não corresponde à obesidade.

Um nutricionista profissional também deve indicar o peso ideal de um paciente com base em seu histórico de peso. É importante esclarecer que o peso corporal ideal é determinado por questões de saúde além da estética.¹²

Pacientes com distúrbios alimentares não costumam fazer dieta porque envolvem conceitos relacionados à contagem de calorias, restrição alimentar, pesagem de alimentos e exclusão de grupos de alimentos. Portanto, essas pessoas geralmente têm preocupações

exageradas com o conteúdo calórico dos alimentos, por isso, exigem que essa pessoa tenha consciência dos aspectos da alimentação causadores de doenças.¹⁴

Os terapeutas nutricionais são frequentadores de longa data da terapia nutricional de pacientes com AN e enfrentam dificuldades no relacionamento interpessoal com os pacientes.

Desenvolver habilidades psicoterapêuticas é, portanto, muito importante para entender o nível de negação entre o paciente e a probabilidade de comportamento manipulador e evitar ser influenciado inconscientemente pelo estilo de vida do paciente. Um nutricionista precisa de várias habilidades para trabalhar com esses pacientes.¹³

Deficiências minerais e vitamínicas são raras nesses indivíduos devido às necessidades reduzidas e suplementação frequente. A suplementação de zinco mostrou ser altamente benéfica não apenas para o ganho de peso, mas também para reduzir a ansiedade e a depressão. Os níveis mostraram efeitos benéficos da suplementação de cálcio para minimizar os efeitos da osteoporose.¹⁶

O tratamento nutricional desses indivíduos visa o ganho de peso, que variam de 906 a 1.359 g/semana em pacientes internados e 226,5 a 453 g/semana em pacientes ambulatoriais. Para que um indivíduo atinja seu peso alvo, a ingestão calórica deve ser aumentada gradualmente. A ingestão calórica inicial recomendada é de 30 a 40 kcal de peso corporal por dia (1,00 a 1.600 kcal por dia). É muito importante aumentar sua ingestão calórica em 100-200 kcal a cada 2-3 dias.¹⁰

Em termos de macronutrientes, os lipídios devem representar aproximadamente 20-30% da necessidade energética, enquanto os carboidratos devem inicialmente ser 150-200 g por dia, ou 2 mg/kg de peso corporal/min em três refeições principais.¹⁰

Em pacientes com função renal e hepática preservada, a ingestão de proteínas deve ser de 1,0-1,5 g/kg/dia. A ingestão de líquidos deve ser de 800 a 1.000 ml por dia no início do tratamento para evitar a retenção hídrica. A terapia nutricional em pacientes com BN visa reeducar comportamentos alimentares inadequados e ajustar os padrões nutricionais. Os efeitos psicológicos decorrentes de padrões nutricionais inadequados contribuem para a disseminação da doença e complicam o tratamento.¹²

A nutrição adequada de macronutrientes é recomendada para tratar a BN para fornecer a ingestão calórica necessária. Carboidratos e gorduras suficientes na dieta para manter a saciedade e proteínas devem ser incluídas. 50-55% carboidratos, 25-30% gorduras e 15-20%

proteínas são geralmente recomendados para uma dieta equilibrada. Quanto aos lipídios, eles devem ser consumidos em pequenas quantidades de forma bem discreta.¹⁴

Em pacientes com oncológicos, suprir suas necessidades nutricionais se caracteriza como o primeiro passo do ponto de vista fisiológico, através de uma reconstrução dos hábitos alimentares, com uma alimentação equilibrada, completa e que ao longo do dia seja distribuída de forma adequada. Inicialmente, a introdução alimentar deve ocorrer de forma gradativa, com a explicação sobre a importância de uma alimentação completa e variada, nas quantidades adequadas.¹³

Em alguns casos, pode ser necessário o uso de drogas antiserotónicas. A maioria dos pacientes não adere ao tratamento, principalmente o farmacológico, devido à extrema preocupação em comer apenas alimentos puros.⁹

O manejo dietético e o aconselhamento nutricional são uma das principais estratégias para pacientes com transtorno de compulsão alimentar. Alguns programas de tratamento focam na redução dos episódios de compulsão alimentar, enquanto outros focam na perda de peso e aconselhamento nutricional, mas a recorrência ainda pode ocorrer independentemente.⁸

CONCLUSÃO

Os transtornos alimentares são motivados pelo desejo do paciente de atingir ideais físico auto impostos, enquanto os transtornos de humor, como depressão e ansiedade, são motivados pelo desejo do paciente de alcançá-los.

Conclui-se que pacientes com transtorno dismórfico corporal têm histórico de uso frequente de serviços psiquiátricos, apresentando quadros de ansiedade, depressão, transtorno obsessivo-compulsivo e transtornos alimentares. A depressão é geralmente associada à anorexia, bulimia comportamentos ritualísticos e sintomas obsessivo-compulsivos.

Além das associações, foi observado que são necessárias mais pesquisas para estabelecer relações causais entre os transtornos alimentares e os transtornos psicológicos e psiquiátricos, apoiando a prevenção primária e a otimização do tratamento, bem como a conscientização e educação de pacientes e familiares para detecção precoce e suporte ao tratamento para o sucesso tanto do tratamento quanto prevenção.

REFERÊNCIAS

1. Kessler RM, Hutson PH, Herman BK, Potenza MN. The neurobiological basis of binge-eating disorder. *Neurosci Biobehav Rev.* 2016;63:223-238.
2. Kornstein SG, Kunovac JL, Herman BK, Culpepper L. Recognizing Binge-Eating Disorder in the Clinical Setting: A Review of the Literature. *Prim Care Companion CNS Disord.* 2016;18(3).
3. Imperatori C, Innamorati M, Contardi A, Continisio M, Tamburello S, Lamis DA, et al. The association among food addiction, binge eating severity and psychopathology in obese and overweight patients attending low-energydiet therapy. *Comprehensive Psychiatry.* 2014;55(6):1358-1362.
4. Klobukosk C. Höfelmann DA. Compulsão alimentar em indivíduos com excesso de peso na Atenção Primária à Saúde: prevalência e fatores associados. *Cad. Saúde Colet.,* 2017, Rio de Janeiro, 25 (4): 443-452
5. Ruiz MNS, Fernández BM, Ontoso IA, Guillén-Grima F, Monzó IS, Armayor NC, et al. Analysis of body image perception of university students in Navarra. *Nutr Hosp.* 2015;31(5):2269-2275.
6. Stevens SD, Herbozo S, Morrell HE, Schaefer LM, Thompson JK. Adult and childhood weight influence body image and depression through weight stigmatization. *J Health Psychol.* 2017;22(8):1084-1093.
7. Şanlıer N, Türközü D, Toka O. Body Image, Food Addiction, Depression, and Body Mass Index in University Students. *Ecol Food Nutr.* 2016;55(6):491-507.
8. Soler T, Novaes J, Fernandes M. Influencing Factors of Social Anxiety Disorder and Body Dysmorphic Disorder in a Nonclinical Brazilian Population. *Psychol Rep.* 2018.
9. More KR, Phillips LA, Colman MHE. Evaluating the potential roles of body dissatisfaction in exercise avoidance. *Body Image.* 2019;28:110114.
10. Perkins A. Body dysmorphic disorder: The drive for perfection. *Nursing.* 2019 Mar;49(3):28-33.
11. Phillipou A, Castle DJ, Rossell SL. Direct comparisons of anorexia nervosa and body dysmorphic disorder: A systematic review. *Psychiatry Res.* 2019;274:129-137.
12. Schneider SC, Mond J, Turner CM, Hudson JL. Sex Differences in the Presentation of Body Dysmorphic Disorder in a Community Sample of Adolescents. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2019;48(3):516-528.
13. Hardardottir H, Hauksdottir A, Bjornsson AS. Body dysmorphic disorder: Symptoms, prevalence, assessment and treatment *Laeknabladid.* 2019;105(3):125-131.
14. ALVARENGA, Marle dos Santos; SCAGLIUSI, Fernanda Baeza. Tratamento nutricional da bulimia nervosa. *Rev. Nutr. Campinas-SP,* v. 23, n.5, p. 907-918, set. - out. 2010.
15. ALBINO, Edivânia Bezerra da Silva; MACÊDO, Érika Michelle Correia. Transtornos alimentares na adolescência: uma revisão de literatura. *Revista eletrônica de ciências Veredas.* v.7, n.1, p.109-129, jan.-jul.2014.
16. SCHEBENDACH, Janet E. Nutrição nos Transtornos Alimentares. In: MAHAN, L. Kathleen; ESCOTT-STUMP, Sylvia; RAYMOND, Janice L. Krause: Alimentos, Nutrição e Dietoterapia. 13.ed. Rio de Janeiro: Elsevier. 2012. C