

# O COMPORTAMENTO ALIMENTAR E OS DISTÚRBIOS PSICOLÓGICOS

2011

**Amanda Sardinha de Souza**  
**Juliana Portela de Vita Maciel**  
**Karolina Kellen Rassele de Freitas**  
**Natila Thomaz do Carmo**  
**Piero Lisboa Santana**  
**Sara Barreto Costa**  
**Vívian Chaves Braga**

Estudantes de Psicologia - Universidade Vila Velha, Brasil

Orientação:

**Prof<sup>ª</sup>. Alessandra Brunoro**  
**Prof<sup>ª</sup>. Ieda Kalil**  
**Prof<sup>ª</sup>. Luciana Reis**  
**Prof<sup>ª</sup>. Rosimar Alvarenga**

Email:

[juportelavm@hotmail.com](mailto:juportelavm@hotmail.com)

---

## RESUMO

O comportamento alimentar tem duas principais funções: manter a quantidade de nutrientes necessárias a nossa sobrevivência (processos fisiológicos) e obter o prazer que o ato de comer nos proporciona. Cada indivíduo, em particular, está sujeito a fatores genéticos na escolha do tipo e da quantidade de alimentos a consumir. Quando nosso sistema está em desequilíbrio, há possibilidade de desencadear alguns transtornos alimentares, como anorexia, bulimia e obesidade. As principais características da anorexia são: baixa auto-estima, dificuldade em manter o peso acima do considerado normal para a idade e altura, medo de engordar e negação da seriedade do baixo peso. Já na bulimia, o principal aspecto a ser observado no paciente é a compulsão por comida. Essa perda do controle em relação à alimentação é seguida de indução do vômito, uso de laxantes e diuréticos. Uma das formas de aliviar a tensão emocional é comer compulsivamente em um curto espaço de tempo. A obesidade é gerada quando há ingestão de alimento superior ao gasto energético. Os indivíduos podem apresentar dificuldades em obter prazer nas relações sociais, por se sentirem discriminados, o que os leva ao isolamento. Por outro lado, esses sentimentos fazem os obesos enxergarem a comida como importante fonte de prazer. Através deste trabalho, propomos analisar o comportamento alimentar associado a distúrbios que indiquem sintomas de transtornos alimentares (bulimia nervosa, anorexia nervosa e obesidade). Trata-se de uma revisão de literatura, em que foram utilizados dez artigos científicos datados

entre 2004 e 2009. O objetivo em comum entre os artigos foi observar como alterações no comportamento alimentar ocasionam os distúrbios alimentares, e quais podem ser os tratamentos - farmacológicos e/ou psicoterápicos - para tais casos. Além disso, os participantes analisados foram, na maioria, mulheres jovens adultas com média de 30 anos. Os principais resultados foram que mulheres jovens e em idade reprodutiva tendem a desenvolver compulsão alimentar e distorção da imagem corporal (quando comparado ao sexo masculino); e pessoas que sofrem de algum problema particular (estresse, problemas, ansiedade) tendem a desenvolver mais transtornos alimentares do que as demais pessoas.

**Palavras-chave:** Comportamento alimentar, distorção da auto-imagem, transtorno alimentar

---

## INTRODUÇÃO

Cada indivíduo, em particular, está sujeito a fatores genéticos na escolha do tipo e da quantidade de alimentos a consumir. Este comportamento alimentar pode ser regulado por inúmeros mecanismos e estes podem variar entre as pessoas e até mesmo entre uma mesma pessoa – dependendo do seu estado emocional.

O comportamento alimentar tem duas principais funções: manter a quantidade de nutrientes necessárias a nossa sobrevivência (processos fisiológicos) e o prazer que o ato de comer nos proporciona, liberando neurotransmissores (serotonina e dopamina) responsáveis pelo prazer e bem-estar. Ambas as funções só podem ser realizadas se existir motivação, ou seja, se existir impulsos internos que levam o indivíduo a realizar ajustes corporais e comportamentais (Lent, 2004).

O hipotálamo tem duas áreas que regulam a ingestão de alimentos: a região lateral e a região ventromedial. A primeira está relacionada com o centro da fome e uma lesão nessa área faz com que a pessoa não sinta fome e perda peso constantemente. Já a região ventromedial está relacionada com a saciedade e uma lesão faz com que a pessoa coma compulsivamente, nunca atingindo a saciedade. Todas as regiões do hipotálamo estão sob a influência do Sistema Límbico, e qualquer alteração nesse sistema, interfere na fome. Por isso, quando o indivíduo encontra-se ansioso, angustiado, estressado, come compulsivamente ou simplesmente, não come (Lent, 2004).

Pesquisas demonstraram que lesões ocasionadas no núcleo amigdalóide (localizado no Sistema Límbico) provocavam alterações na ingestão de alimentos, de forma que dependendo da área lesionada ocasionava-se um aumento ou inibição na ingestão. Entretanto, o efeito principal das lesões no núcleo amigdalóide é denominado “cegueira psíquica”, onde o animal perde o

controle sobre o tipo e a qualidade do alimento ingerido. Isto ocorre também com pacientes com lesões nessa região, pois eles tornam-se menos seletivos e ingerem alimentos que antes não suportavam (Controle..., n.d.).

Outro fator que interfere no comportamento alimentar é o metabolismo, que muda de acordo com a idade. Com o passar do tempo, ingere-se a mesma quantidade de comida, porém os gastos diminuem. Existe um grande número de adultos que tem excesso de peso, mas levam uma vida sedentária e mantêm hábitos comportamentais que prejudicam a saúde. É preciso reavaliar a dieta, bem como inserir atividades físicas no dia-dia, pois hábitos de alimentação saudáveis contribuem para uma boa saúde física e mental (Papalia, Olds & Feldman, 2006).

Segundo Lent (2004), a regulação de alimentos dá-se também devido a fatores hormonais. Quando as células adipócitas estão cheias de gorduras, ocorre a liberação de leptina (hormônio), que chega ao hipotálamo e inibe o centro da fome, ativando a saciedade. Quando esse hormônio para de ser liberado, o núcleo arqueado (localizado no hipotálamo) libera melatonina e a pessoa volta a sentir fome.

Muitas vezes os pais dizem aos filhos: “Tampa o nariz para tomar esse remédio que você nem vai sentir o gosto!” De acordo com Bartaburu (n.d.), isso pode ser explicado, pois ao comer ou beber algo, as moléculas exalam um odor que chega pela parte de trás da boca, alcançando até ao epitélio olfativo, que envia uma informação até o córtex olfativo. O cheiro e o gosto, somados são interpretados pelo cérebro como uma sensação só: o paladar. Concomitantemente, na língua possuímos corpúsculos gustativos e cada um está ligado a um terminal nervoso. Cada nervo leva informação para o tronco cerebral (parte de cima da medula espinhal). A partir daí, o sabor vai para o tálamo, e é enviado para o córtex gustativo – área do cérebro responsável pela identificação dos gostos.

A vontade de comer é inicialmente estimulada quando os alimentos são percebidos pelos órgãos sensitivos (visão, olfato, paladar). O cheiro de uma comida saborosa, por exemplo, desencadeia um aumento salivar, através do bulbo olfatório (localizado no hipotálamo). Este ativa o nervo vago, gerando um aumento da atividade do Sistema Nervoso Autônomo, ativando a glândula salivar e aumentando o desejo de se alimentar. No entanto, após a refeição, ocorre a distensão da parede estomacal e liberação de colecistocinina (CCK) que ativa o nervo vago, ativando o núcleo do trato solitário, sinalizando a saciedade (Bartaburu, n.d.).

Pessoas que tem uma alimentação pobre em carboidratos têm maiores dificuldades em sentir-se saciados, pois os alimentos a base de lipídios e proteínas exigem um gasto energético para sempre degradados, o que requer tempo e só são feitos em última instância. Já a glicose é um carboidrato, do tipo monossacarídeo, ou seja, sua molécula não precisa ser degradada para absorção. Dessa forma, enquanto o organismo está com pouca glicose, o sentimento de fome permanece. No entanto, quando o consumo de carboidratos é além do necessário, essa glicose em

excesso é transformada em glicogênio que posteriormente será convertida em gordura, sendo armazenada nas células do tecido adiposo (Junqueira & Carneiro, 2005).

Após ingerir algum tipo de alimento (preferencialmente carboidrato), a glicemia (taxa de glicose no sangue) aumenta. Com isso, há liberação de insulina, pelo pâncreas, que absorverá a glicose do sangue e distribuirá para os tecidos, como forma de energia. Esses aumentos de glicemia e de insulina também provocam um sinal de saciedade no organismo (Junqueira & Carneiro, 2005).

Além de alterar o metabolismo, o corpo combate a dieta liberando substâncias químicas que aumentam o apetite, especificamente, o componente conhecido como neuropeptídeo Y (NPY) faz disparar a vontade de ingerir carboidratos. A produção de NPY aumenta com a perda de peso e atinge níveis elevados quando as pessoas limitam muito seu consumo de calorias (Burnham & Phelan, 2002).

Segundo Thompson (1996, citado por Saikali, Soubhia, Scalfaro & Cordás, 2004, p. 164), o conceito de imagem corporal envolve três componentes:

- Perceptivo, que se relaciona com a precisão da percepção da própria aparência física, envolvendo uma estimativa do tamanho corporal e do peso;
- Subjetivo, que envolve aspectos como satisfação com a aparência, o nível de preocupação e ansiedade a ela associada;
- Comportamental, que focaliza as situações evitadas pelo indivíduo por experimentar desconforto associado à aparência corporal.

A percepção é um processo psicológico básico no qual sensações sem sentido são transformadas em percepções com sentido. As pessoas estão sempre filtrando informações sensoriais e inferindo percepção em maneiras a fazer sentido para si.

Quando nosso sistema está em desequilíbrio, há possibilidade de desencadear alguns transtornos alimentares, como anorexia, bulimia e obesidade. Estes transtornos podem ser caracterizados como uma doença causada por problemas psicológicos e emocionais que levam as pessoas a terem uma obsessão por um determinado comportamento. No caso da anorexia e da bulimia, a pessoa busca um padrão de beleza inatingível, enquanto que a obesidade a pessoa come compulsivamente vendo neste ato um mecanismo de prazer (Appolinário, 2000).

## **Anorexia**

Há uma baixa auto-estima, fazendo com que muitos arrisquem as próprias vidas: ao privarem de uma alimentação regular, ao fazerem uso de drogas inibidoras de apetite ou forçando uma carga excessiva de exercícios físicos. Dificuldade em manter o peso acima do mínimo considerado normal para a idade e altura; medo intenso de engordar apesar de estar abaixo do

peso; alteração na maneira como a pessoa vivencia seu peso ou forma corporal, sem dar importância ao peso ou a forma em uma auto-avaliação ou negando a seriedade do baixo peso; ausência da menarca (Silva, 2005).

Segundo Rodrigues e Silva (n.d.), a anorexia pode ser classificada em:

- Restritiva: O indivíduo não costuma comer compulsivamente, geralmente provoca vômitos e usa laxantes; e

- Bulimia: Indivíduos que ingerem quantidade significativa de alimentos, induzem vômitos, usam diuréticos, laxantes e moderadores de apetite para perder e/ou controlar seu peso. (Silva, 2005).

Segundo Myers (1999) uma adolescente chamada Mary foi diagnosticada com anorexia nervosa, um distúrbio em que a pessoa fica muito abaixo do peso, mas se sente gorda e é obcecada por emagrecer:

Mary tem 15 anos e 1,60 de altura. Ao chegar aos 45 quilos, e decidiu que precisava emagrecer para se tornar mais atraente. Depois de reduzir gradualmente a quantidade de alimentos até uns poucos vegetais por dias (...) ela pesa agora apenas 36 quilos. Mas ainda se sente “gorda” e planeja continuar a fazer dieta (Myers, 1999).

Nestas pessoas há o sentimento de fome, mas não há motivação para comer.

## **Bulimia**

O principal aspecto a ser observado no comportamento do paciente é a compulsão periódica por comida. Essa perda do controle em relação a ingestão alimentar é seguida de indução do vômito, uso de laxantes e diuréticos. Uma das formas de aliviar a tensão emocional é comer compulsivamente em um curto espaço de tempo (Rodrigues & Silva, n.d.)

Em uma pesquisa realizada com estudantes da Universidade Federal de Santa Catarina, comprovou-se que as universitárias que apresentavam insatisfação com a imagem corporal possuíam, aproximadamente, 15,4 vezes maior chance de desenvolver comportamento bulímico quando comparadas àquelas satisfeitas com a própria imagem, independentemente das variáveis analisadas. Além disso, através dessa pesquisa concluiu-se que grandes partes das pessoas que apresentam bulimia nervosa não demonstram publicamente nenhum comportamento “suspeito” – como comprometimento nutricional – mantendo isso em segredo (Cenci, Peres & Vasconcelos, 2009).

## **Obesidade**

Chama-se de obesidade quando a ingestão de alimentos é superior ao gasto energético. Segundo Bernardi, Cichelero e Vitolo (2005), grande parte dos obesos comem para solucionar ou

amenizar problemas dos quais, às vezes, são inconscientes. Esses mesmos indivíduos podem apresentar dificuldades em obter prazer nas relações sociais, por se sentirem rejeitados ou discriminados, o que os leva ao isolamento. Por outro lado, esses sentimentos fazem com que os obesos enxerguem a comida como importante fonte de prazer, o que, devido ao preconceito, restringe e empobrece ainda mais suas relações afetivas e sociais. Esse processo alimenta o ciclo vicioso em que, de um lado, há o ganho de peso e, do outro, um isolamento social.

O número de obesos no mundo cresceu de maneira significativa, e fez desse transtorno uma epidemia mundial. No Brasil, o número de obeso aumentou 70%, entre 1975 e 1989. Além disso, observou-se que a obesidade está diretamente relacionada a doenças crônicas, como as cardiovasculares (Tomaz, 2008).

O pesquisador sueco Per Bjorntorp criou uma teoria chamada de Modelo Psicossomático da Obesidade, em que ele afirma que “as pessoas obesas, principalmente do gênero feminino, comem excessivamente como mecanismo compensatório em situações de ansiedade, depressão, tristeza, raiva” (Bernardi, Cichelero & Vitolo, 2005).

Isso é notável quando as mulheres, de maneira geral, se encontram na chamada Síndrome da Tensão Pré-Menstrual (TPM), e comem doces de forma desesperadora, como se eles fossem acabar com a sua ansiedade.

## **OBJETIVO**

Realizar um levantamento bibliográfico sobre comportamento alimentar, associado a distúrbios que indiquem sintomas de transtornos alimentares (anorexia nervosa, bulimia nervosa e obesidade).

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma revisão de literatura, em que foram utilizados dez artigos científicos entre os anos de 2004 a 2009. Alguns artigos foram publicados em revistas científicas, tais como a Revista de Nutrição, Revista de Enfermagem, Revista Brasileira de Epidemiologia, Jornal Brasileiro de Psiquiatria, Revista Brasileira de Psiquiatria, Revista de Psiquiatria Clínica; e outros foram teses brasileiras de mestrado. As palavras-chaves em comum foram: anorexia nervosa, bulimia nervosa, comportamento alimentar, distorção da auto-imagem, obesidade e transtorno alimentar.

Utilizou-se como critério de inclusão, artigos que tratassem de comportamentos alimentares, bem como os transtornos desses comportamentos; artigos sobre pessoas que

estivessem a partir da fase jovem adulto. O critério de exclusão foram os artigos de revisão de literatura, artigos que trabalhavam com crianças e adolescentes e artigos anteriores ao ano de 2003.

Em anexo é possível verificar os resumos dos artigos.

## **RESULTADOS**

Entre os artigos levantados, observou-se que a maioria possui temas em comuns: os estudos sobre o comportamento alimentar; como são originados os transtornos alimentares (anorexia, bulimia e obesidade); como os transtornos influenciam e são influenciados na vida social e psicológica do indivíduo.

O objetivo em comum entre os artigos foi observar como alterações no comportamento alimentar ocasionam os distúrbios alimentares, e quais podem ser os tratamentos - farmacológicos e/ou psicoterápicos - para tais casos. Além disso, os participantes analisados foram, na maioria, mulheres jovens adultas - com média de 30 anos. Outras duas variáveis presentes nos artigos foram a escolaridade – alguns analisaram indivíduos com pouca escolaridade, enquanto outros observaram ingressantes e estudantes universitários – e pessoas que já apresentavam distúrbios alimentares.

A coleta de dados, predominantemente, foi feita por meio de questionários. Em alguns artigos apresentaram também, a utilização de roteiros de entrevista e avaliações. Dentre os resultados, os principais foram que mulheres jovens e em idade reprodutiva tendem a desenvolver compulsão alimentar e distorção da imagem corporal (quando comparado ao sexo masculino). Além disso, observou-se pessoas que sofrem de algum problema particular (estresse, problemas, ansiedade) tendem a desenvolver mais transtornos alimentares do que as demais pessoas, uma vez que utilizam o alimento como forma de descarga emocional. Percebeu-se que pessoas com distúrbios na alimentação, podem ter mudanças de humor, tornando-se mais irritadiças, mal-humoradas, interferindo nos relacionamentos sociais.

## **DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Conforme estudo realizado, o fato de mulheres adultas apresentarem maiores transtornos alimentares (quando comparado aos homens da mesma faixa etária) pode estar associado ao padrão de beleza exigido pela sociedade. Beleza ser sinônimo de magreza é algo, relativamente, cultural, pois há culturas em que ser magra é sinônimo de pobreza. Em determinadas regiões,

onde o alimento é escasso, as pessoas que tem melhores condições financeiras possuem fartura, e esta é demonstrada através da escultura corporal mais arredondada.

Em uma sociedade que se valoriza a magreza, o excesso de peso pode causar problemas emocionais, além de problemas físicos. Em alguns casos, pessoas acima do peso, podem se sentir excluídos dos padrões “exigidos” pela sociedade, e isso pode causar até mesmo ansiedade e depressão entre eles (Bernardi, Cichelero & Vitolo, 2005).

Dessa forma, o indivíduo que tem a autopercepção que está fora de tais padrões, recorre a inúmeros mecanismos para emagrecer: remédios, cirurgias e dietas sem orientações de um profissional adequado

É importante deixar claro que antes de emagrecer, deve-se corrigir a compulsão alimentar, pois se ela não for corrigida, não adianta cirurgia bariátrica e nem dietas sem acompanhamento, pois o peso retornará com o tempo. Se houver conscientização da compulsão, e for trabalhado um controle desse hábito, possivelmente o êxito será maior. Da mesma maneira que nos casos de anorexia e bulimia, tais comportamentos devem ser trabalhados para que não retornem posteriormente.

Nos casos de transtornos alimentares, é preciso a intervenção de uma equipe multidisciplinar, pois podem existir vários fatores que os ocasionam. É necessário consultar especialistas no assunto e verificar – através de exames – se há alguma alteração neurológica, em locais responsáveis pela fome e saciedade e/ou se existem fatores que predispõe a pessoa a ter tais distúrbios: fatores de estresse podem contribuir para a falta ou exagero de apetite e até uma distorção da auto-imagem.

Pode-se dizer que durante esses transtornos, ou até mesmo antes deles, aparecem sintomas de baixa-estima, como a depressão. Dessa forma, é necessário além do acompanhamento psicológico, um tratamento medicamentoso para que o emocional – em um primeiro momento – possa se estabelecer para dar continuidade ao processo terapêutico.

O que as pessoas com excesso de peso podem fazer de mais saudável, é perder o excesso de peso lentamente, através de mudanças alimentares com acompanhamento de profissionais especializados, mantendo uma dieta equilibrada, mudando hábitos comportamentais e mantendo uma vida ativa fisicamente (Papalia, Olds & Feldman, 2006).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, C. N.; Cangelli Filho, R. (2004) Anorexia nervosa e bulimia nervosa - abordagem cognitivo-construtivista de psicoterapia. *Revista de Psiquiatria Clínica*: São Paulo.

Alberts, B. (2002) *Fundamentos da biologia celular: uma introdução à biologia molecular da célula*. Porto Alegre: Artmed.

Appolinário, J. C.; Claudino, A. M. (2000) Transtornos alimentares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*: São Paulo.

Bartaburu, X. (n.d.) *Paladar: Uma questão de gosto*. Recuperado em 02 junho 2010, de  
< <http://super.abril.com.br/saude/paladar-questao-gosto-443012.shtml>>

Bernardi, F.; Cichelero, C.; Vitolo, M.R. (2005). Comportamento de Restrição Alimentar e Obesidade. *Revista de Nutrição*. 18(1).

Burnham, T.; Phelan, J. (2002). *A culpa é da genética: do sexo ao dinheiro, das drogas à comida: dominando nossos instintos primitivos*. Rio de Janeiro: Sextante.

Cambraia, R. P. B. (2004). Aspectos psicobiológicos do comportamento alimentar. *Revista de Nutrição*: Campinas.

Cenci, M.; Peres, K.G.; Vasconcelos, F. A. G. (2009). Prevalência de comportamento bulímico e fatores associados em universitárias. *Revista de Psiquiatria Clínica*. São Paulo.

Ciorlin, N. M.; Nozaki, V. T. (2009). Compulsão alimentar periódica e distorção da imagem corporal em adolescentes. *Revista Brasileira de Nutrição Clínica*: Paraná, 24(3).

Controle Neural do Comportamento Alimentar (n.d.). Recuperado em 22 maio 2010, de <<http://www.uftm.edu.br/upload/ensino/AVIdischum100308084614.pdf>>

Junqueira, L. C. U.; Carneiro, J. (2005). *Biologia celular e molecular* (8a.ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Ilha, P. M. V. (2004). *Relação entre nível de atividade física e hábitos alimentares de adolescentes e estilo de vida dos pais*. Tese de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina.

Lent, R. (2004). *Cem Bilhões de Neurônios: Conceitos Fundamentais de Neurociência*. São Paulo: Atheneu.

Moliner, J.; Rabuske, M. M. (2008). Fatores biopsicossociais envolvidos na decisão de realização da cirurgia bariátrica. *Psicologia: Teoria e Prática*, Santa Catarina, 10(2).

Myers, D. (1999). *Introdução à Psicologia Geral* (5a.ed.). Rio de Janeiro: LTC.

Papalia, D. E.; Olds, S.W.; Feldman, R. D. (2006). *Desenvolvimento Humano*. Porto Alegre: Artmed.

Quaioti, T. C. B.; Almeida, S. S. (2006). Determinantes psicobiológicos do comportamento alimentar: uma ênfase em fatores ambientais que contribuem para a obesidade. *Psicologia USP*: São Paulo.

Rodrigues, K. R. B.; Silva, D. G. (n.d.). Exagero por dentro e por fora. *Revista Psiqué: Ciência & Vida*. São Paulo: Escala. Ano III, nº 30.

Saikali, C. J.; Soubhia, C. S.; Scalfaro, B. M.; Cordás, T. A. (2004). Imagem Corporal nos Transtornos Alimentares. *Revista de Psiquiatria Clínica*: São Paulo.

Salzano F. T.; Cordás T. A. (2004). Tratamento farmacológico de transtornos alimentares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo.

Silva, A. B. B. (2005). *Mentes Insaciáveis*. Rio de Janeiro: Ediouro.

Tomaz, R. (2008). *Personalidade e Coping em Pacientes Diagnosticados com Transtornos Alimentares e Obesidade*. Tese de Mestrado. Universidade Católica de Goiás.