



MY FIT FRIEND - Multilevel involvement of physical activity and sport actors in early detection and management of body image disorders among young people

Manual de treinamento



ESTE PRODUTO FOI REALIZADO COM O APOIO DE TODOS OS PARCEIROS DO PROJETO



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA



**Co-funded by
the European Union**

Financiado pela União Europeia. Os pontos de vista e as opiniões expressas são as do(s) autor(es) e não refletem necessariamente a posição da União Europeia ou da Agência de Execução Europeia da Educação e da Cultura (EACEA). Nem a União Europeia nem a EACEA podem ser tidos como responsáveis por essas opiniões.



Índice

INTRODUÇÃO.....	5
EPIDEMIOLOGIA	6
Terminologia epidemiológica	6
Epidemiologia Geral dos Transtornos Alimentares	6
Anorexia Nervosa (AN)	7
Dados locais	8
Bulimia Nervosa (BN)	8
Dados locais	9
Bigorexia (Dismorfia Muscular)	9
Dados locais	9
Impacto da pandemia de COVID-19	10
Dados locais	10
Conclusão	11
HISTÓRICO EM FISIOLOGIA.....	12
A Fundação: Equilíbrio Energético e Fome	12
Balanço Energético: Ingestão vs. Gasto	12
Tipos de fome: biológica vs. hedônica	13
Regulação do apetite: o papel do hipotálamo e das hormonas	13
Efeitos fisiológicos a longo prazo dos distúrbios alimentares	16
Metabolismo Basal e Economia de Energia	16
Impacto hormonal e metabólico	16
Alterações na massa magra e muscular	17
Efeitos na densidade óssea	17
Efeitos no sistema cardiovascular	18
Sistema Gastrointestinal	18
Sistema imunitário e inflamação	18
Cérebro e Neuroplasticidade	19
Distúrbios do sono	19
Conclusões	20
CLASSIFICAÇÃO	21
Informações gerais	21
Anorexia Nervosa	21
Critérios de Diagnóstico (DSM-5 TR).....	22



Apresentação Clínica e Especificadores	22
Bulimia Nervosa	22
Critérios de Diagnóstico (DSM-5 TR)	23
Apresentação Clínica e Especificadores	23
Bigorexia (Dismorfia Muscular): O Paradoxo	24
Características de diagnóstico	24
Apresentação Clínica	25
Conclusão	26
IMAGEM CORPORAL	27
Introdução	27
Fardo	Errore. Il segnalibro non è definito.
O que é a imagem corporal?	28
Como a imagem corporal se desenvolve e é influenciada	29
Fatores individuais	29
Influências Proximais	29
Influências Distais	31
Imagem Corporal ao Longo da Vida: O Continuum do Desenvolvimento	31
Fatores de risco e proteção para perturbações de imagem corporal e alimentares	33
Fatores de risco	33
Fatores de proteção	33
MEDICAMENTOS PARA MELHORAR O DESEMPENHO E A APARÊNCIA (PAEDs)	35
Introdução	35
A Influência das Pressões Profissionais e Sociais	35
Medicamentos para melhorar o desempenho e a aparência (PAEDs)	36
Agentes dopantes tradicionais	37
Substâncias com efeitos diretos na imagem corporal	37
Suplementos alimentares	37
Medicamentos para melhorar a aparência (MAEs) e a imagem corporal	38
<i>Estudo de caso: Ana, 25 anos</i>	38
<i>Estudo de caso: Steven McRae, a perspectiva de um profissional</i>	39
Conclusão	39
GESTÃO	40
Introdução	40
Reconhecer os DEs	41
Anorexia Nervosa (AN)	41
Bulimia Nervosa (BN)	43



Bigorexia.....	44
Identificar Sinais de Alerta: As 10 Perguntas-Chave para Profissionais.....	46
Situações que requerem atenção imediata	48
Estudos de caso.....	48
Estratégias de Suporte	49
Crie um ambiente de apoio e empatia.....	49
Educar sem pressionar	50
Incentivar a ajuda profissional.....	50
Envolver a família e as redes de apoio	51
Promovendo uma relação saudável com a alimentação e o exercício físico	51
Desafiando influências sociais e mediáticas irrealistas	52
Precauções.....	52
Conclusão.....	53



INTRODUÇÃO

Os Transtornos da Imagem Corporal ou Transtornos Dismórficos Corporais (TDCs) e os Transtornos Alimentares (TAs) representam um grupo complexo e heterogéneo de condições caracterizadas por distúrbios graves nos comportamentos alimentares, pensamentos e emoções relacionados com a comida e com o peso ou forma corporal, com potenciais consequências físicas e de saúde profundas. Muitas vezes, alterações fisiológicas visíveis no organismo podem preceder um diagnóstico formal.

Por isso, o papel das pessoas envolvidas na área Motora/Desporto e Educação Física é crucial.

Está frequentemente numa posição privilegiada para detetar sinais precoces de perturbações do comportamento comportamental (TDC) e perturbações de personalidade (TAs) devido à sua observação atenta da aparência física, dos níveis de atividade física, da composição corporal e dos hábitos alimentares dos indivíduos. O conhecimento da classificação destes distúrbios e das suas apresentações clínicas, muitas vezes subtis, permite melhores estratégias de reconhecimento, prevenção e apoio aos indivíduos em risco ou afetados por estas condições.

Embora existam vários tipos, este manual irá focar-se na Anorexia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN) e Bigorexia (também chamada de Dismorfia Muscular), equipando-o com o conhecimento para reconhecer potenciais problemas e compreender o seu impacto.



EPIDEMIOLOGIA

Terminologia epidemiológica

A epidemiologia é o estudo da distribuição e dos determinantes dos estados e doenças relacionados com a saúde em populações específicas.

Uma compreensão sólida dos dados epidemiológicos requer familiaridade com terminologia específica.

- **Incidência:** Refere-se ao número de novos casos de uma perturbação que ocorrem numa população durante um período de tempo definido, normalmente um ano.
- **Prevalência:** Refere-se à proporção de indivíduos dentro de uma população afetados por uma perturbação num momento específico. A prevalência difere da incidência, pois inclui casos novos e pré-existentes, enquanto a incidência apenas considera os casos novos. A prevalência é particularmente útil para estimar a carga geral da doença e ajuda a prever a procura de serviços de saúde.

Epidemiologia Geral dos Transtornos Alimentares

A epidemiologia dos distúrbios alimentares pode ser particularmente desafiante, e os dados disponíveis podem muitas vezes ser enganadores. Acredita-se que os números epidemiológicos subestimam a verdadeira carga dos distúrbios alimentares. Esta subestimação deve-se a vários factores, incluindo a relativa raridade dos distúrbios alimentares na população em geral, a dificuldade de os reconhecer por falta de sensibilização e subestimação da gravidade dos sintomas, a relutância dos indivíduos afectados em procurar ajuda devido à negação ou vergonha e a ausência de registos oficiais de doenças. Por conseguinte, há uma necessidade urgente de aumentar a consciencialização sobre a prevalência e a diversidade dos sintomas de perturbações alimentares e perturbações do comportamento alimentar entre os profissionais, especialmente aqueles que trabalham em estreita colaboração com adolescentes e jovens adultos, para promover a identificação precoce e o envolvimento no tratamento. Historicamente, os estudos de prevalência de perturbações alimentares têm-se concentrado nos países ocidentais. No entanto, pesquisas recentes indicam que os distúrbios alimentares são agora uma preocupação global significativa. Os distúrbios alimentares podem afetar indivíduos de qualquer idade, sexo ou nível socioeconómico.



São mais comumente observados em mulheres jovens dos 15 aos 25 anos, embora alguns estudos sugiram que a Anorexia Nervosa se esteja a manifestar em idades ainda mais precoces. Além disso, há cada vez mais evidências de que os homens jovens e os jovens de género diverso são afetados por distúrbios alimentares mais do que se imaginava anteriormente. A proporção entre homens e mulheres para perturbações alimentares está certamente a evoluir, apesar de muitas investigações não terem incluído homens suficientes para estabelecer estimativas epidemiológicas fiáveis. Estudos recentes destacam que os estudantes que se identificam como bissexuais, queer ou com identidade de género cruzado têm maiores probabilidades de prováveis diagnósticos de distúrbios alimentares e demonstram maiores preocupações com o peso e a forma corporal em comparação com os estudantes heterossexuais.

No geral, os atletas realizam obviamente taxas de atividade física mais elevadas do que os não atletas e parecem ter maior probabilidade de apresentar um resultado positivo para os DE, sendo também menos propensos a procurar tratamento para tal.

As estimativas atuais de prevalência para todos os distúrbios alimentares classificados no DSM-5 (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, Quinta Edição) variam entre 3,7% e 32,9% nas mulheres e entre 0,5% e 12,8% nos homens. Estima-se que aproximadamente 20 milhões de pessoas na Europa vivam atualmente com distúrbios alimentares. (van Eeden AE, van Hoeken D, Hoek HW. Incidência, prevalência e mortalidade da anorexia nervosa e da bulimia nervosa. *Curr Opin Psychiatry*. 1 de novembro de 2021;34(6):515-524. doi: 10.1097/YCO.0000000000000739).

Os distúrbios de personalidade contracetiva (TAs) estão associados a uma elevada carga de doença e a um elevado risco de mortalidade. As comorbidades são comuns e incluem outras condições psiquiátricas, como a depressão e a perturbação de stress pós-traumático, bem como doenças orgânicas, como complicações cardiovasculares, renais e musculoesqueléticas. Assim, é evidente uma forte associação entre os TA e os elevados custos de saúde, com internamentos psiquiátricos e não psiquiátricos.

Anorexia Nervosa (AN)

Em relação à Anorexia Nervosa, as taxas de incidência mais elevadas são observadas entre as mulheres, particularmente entre os 10 e os 29 anos. A prevalência ao longo da vida na Europa está estimada em 4% nas mulheres e 0,3% nos homens. (van Eeden AE, van Hoeken D, Hoek HW. Incidência, prevalência e mortalidade da anorexia nervosa e da bulimia nervosa. *Curr*



Opin Psychiatry. 1 de novembro de 2021;34(6):515-524. doi: 10.1097/YCO.0000000000000739). As taxas de incidência variam significativamente com base na população estudada, nos métodos e nos critérios de diagnóstico. Por exemplo, estudos de base populacional reportaram taxas de incidência de 120 por 100.000 entre mulheres suecas com idades compreendidas entre os 20 e os 32 anos e de 200 por 100.000 entre mulheres espanholas com idades compreendidas entre os 12 e os 22 anos. Tendências recentes indicam uma incidência crescente em raparigas com menos de 15 anos e um potencial segundo pico entre as mulheres na perimenopausa. As taxas entre os homens são estimadas em 10 a 14 vezes mais baixas. No entanto, as taxas de incidência e prevalência entre os homens são provavelmente subestimadas devido ao estigma e ao subdiagnóstico. Descobertas recentes sugerem que, entre os homens, subpopulações específicas, particularmente atletas envolvidos em desportos focados no corpo e na força, como o ciclismo, a corrida e a luta livre, apresentam um maior risco de AN.

Dados locais

Em Itália, as diferenças típicas na incidência entre os sexos para a Anorexia Nervosa são reportadas como 8/100.000 para as mulheres e 0,02-1,4/100.000 para os homens.

Em Espanha, a prevalência de AN nos adolescentes é de aproximadamente 1%, com uma proporção de 9 mulheres para 1 homem. A idade típica de início é mais comum entre os 13 e os 14 anos.

Dados nacionais da Turquia estimam a taxa de incidência anual de AN em aproximadamente 8 por 100.000 pessoas. A prevalência ao longo da vida entre as raparigas adolescentes na Turquia varia entre 0,3% a 2,6%, e entre os rapazes, entre 0,1% e 0,3%. Aproximadamente 95% dos casos de AN na Turquia ocorrem em mulheres. A idade típica de início na Turquia situa-se entre os 13 e os 20 anos, com uma média de idades de 17 anos.

Bulimia Nervosa (BN)

Existem menos estudos disponíveis sobre a Bulimia Nervosa. O pico de incidência ocorre entre as mulheres dos 20 aos 29 anos, embora também possam surgir casos mais tarde na vida. As taxas de incidência nos homens são consideravelmente mais baixas. A prevalência estimada de bulimia nervosa ao longo da vida varia entre 0,3% a 4,6% nas mulheres e entre 0,1% a 1,3% nos homens. (van Eeden AE, van Hoeken D, Hoek HW. Incidência, prevalência e mortalidade da anorexia nervosa e da bulimia nervosa. Curr Opin Psychiatry. 1 de novembro de 2021;34(6):515-524. doi: 10.1097/YCO.0000000000000739).



Dados locais

Em Itália, a incidência típica de Bulimia Nervosa é de 12/100.000 para as mulheres e de 0,8/100.000 para os homens.

Em Espanha, a prevalência da BN entre as mulheres jovens (9 a 25 anos) varia entre 0,3% e 2,9%, e entre os homens, entre 0% e 0,4%. O início inicia-se geralmente por volta dos 19 e 20 anos.

Uma revisão exploratória realizada na Turquia reportou uma prevalência de 0,8% de BN entre adolescentes e jovens adultos, consistente com as taxas de outros países do Médio Oriente. Um estudo envolvendo 783 estudantes universitários turcos verificou que 13,1% das mulheres e 9,2% dos homens apresentavam hábitos alimentares anormais que poderiam incluir comportamentos associados à BN. Embora a BN seja mais prevalente entre as mulheres em todo o mundo, foram observadas taxas crescentes entre os homens na Turquia, reforçando a necessidade de sensibilização e intervenções inclusivas de género. A BN manifesta-se geralmente desde o final da adolescência até ao início da idade adulta, sendo os estudantes universitários (dos 17 aos 23 anos) identificados como um grupo de alto risco na Turquia.

Bigorexia (Dismorfia Muscular)

Os dados sobre a Bigorexia, também conhecida como Dismorfia Muscular, são ainda mais escassos e frequentemente pouco fiáveis. Não existem taxas oficiais de incidência devido à ausência de estudos longitudinais. Como esperado, os estudos reportam consistentemente uma maior prevalência entre rapazes e homens, com um pico de início tipicamente no final da adolescência ou início da idade adulta. A prevalência reportada é de 2,2% nos homens e 1,4% nas mulheres. (Mitchison D, Mond J, Griffiths S, Hay P, Nagata JM, Bussey K, Trompeter N, Lonergan A, Murray SB. Prevalência de dismorfia muscular em adolescentes: descobertas do estudo EveryBODY. *Psychol Med.* 2022 Oct;52(14):3142-3149. doi: 10.1017/S0033291720005206).

Dados locais

Em Espanha, não existem estatísticas oficiais específicas sobre a prevalência da dismorfia muscular. A população mais afetada é constituída maioritariamente por jovens do sexo masculino, entre os 18 e os 35 anos. As principais características incluem a preocupação excessiva com a musculatura, a distorção da imagem corporal, o exercício compulsivo e, em alguns casos, o uso de esteroides anabolizantes.

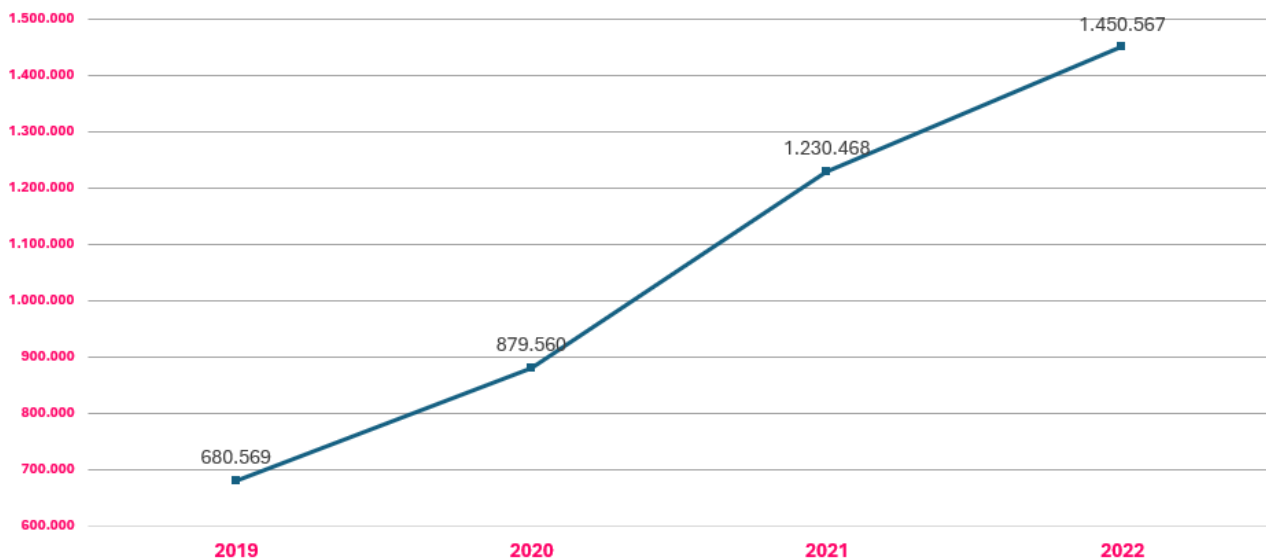
Na Turquia, um estudo transversal com 430 estudantes universitários do sexo masculino, constatou que 16,3% dos estudantes de ciências do desporto e 6% dos estudantes de enfermagem apresentavam tendências para a dismorfia muscular. Entre os culturistas profissionais, universitários e amadores, os estudos reportaram taxas de prevalência de sintomas de dismorfia muscular de 58,3%, 11,2% e 5,7%, respetivamente.

Impacto da pandemia de COVID-19

A pandemia de COVID-19 parece ter exacerbado significativamente os sintomas das perturbações de défice de atenção, levando a um aumento acentuado das admissões hospitalares em toda a Europa. Para além do aumento da prevalência, os doentes jovens apresentam sintomas mais graves em comparação com o período pré-pandémico. Diversos fatores contribuíram para esta deterioração da saúde mental, incluindo a interrupção das rotinas diárias, a interrupção da atividade física regular, as limitações da liberdade pessoal, o aumento do tempo livre, a redução das interações sociais, a maior exposição a conteúdos online que podem desencadear perturbações, o acesso reduzido a redes de apoio e serviços de saúde e a diminuição da sensação de controlo.

Dados locais

Em Itália, estima-se que cerca de 3 milhões de pessoas sofram de distúrbios alimentares, o que representa aproximadamente 5% da população. A tendência de novos casos de perturbações alimentares (de todos os tipos) detectados pelos serviços territoriais aumentou drasticamente após a pandemia.



National Survey Ministry of Health 2019-2023 (Edited by Laura Dalla Ragione Scientific Director of the CCM Project Ministry of Health DCA) Sole 24 ore Apr 4, 2023

Historicamente, em Itália, as perturbações de personalidade antissocial (TAs) afetavam sobretudo indivíduos entre os 14 e os 25 anos, manifestando-se em dois momentos críticos: a puberdade e a transição para a idade adulta. No entanto, existem duas tendências recentes significativas: a redução da idade de início das perturbações, com 30% dos novos doentes em 2023 a terem menos de 14 anos, e um aumento preocupante de casos na infância, onde crianças dos 8 aos 9 anos apresentam sintomas tipicamente



observados em adolescentes. Além disso, verifica-se um aumento da população masculina afetada, com 10% dos casos entre os 12 e os 17 anos a envolverem homens.

Um estudo nacional realizado em Portugal durante a COVID-19 com 580 mulheres não mostrou diferenças significativas no IMC em relação às alterações gerais na rotina alimentar/de exercício, mas os sintomas de imagem corporal e compulsão alimentar foram maiores nos grupos pré-obesidade e obesidade. As preocupações com a forma física, com o peso e compulsão alimentar aumentaram significativamente com o IMC. As alterações alimentares mais comuns incluíram o aumento do desejo por alimentos de conforto (até 71%) e snacks entre as refeições (até 51%). Os grupos com IMC mais elevado relataram mais tentativas de controlar o peso através do exercício, mas também mais interrupções na atividade física.

Em Espanha, a pandemia levou a um claro aumento da incidência de DE, de internamentos hospitalares e de gravidade entre os adolescentes durante 2020-2021. As raparigas adolescentes, especialmente entre os 13 e os 17 anos, foram identificadas como o principal grupo de risco. A influência de género desempenhou um papel forte devido às pressões socioculturais e aos ideais de imagem corporal sobre as mulheres. Os distúrbios alimentares são considerados um problema crescente de saúde pública em Espanha devido à sua elevada prevalência, curso crónico e mortalidade associada. A duração média dos internamentos hospitalares para os casos de AN duplicou durante a pandemia (de 10,89 para 22,67 dias). O comportamento de restrição alimentar foi observado em 95,7% dos casos hospitalizados em 2020-2021, e a exposição às redes sociais aumentou significativamente durante a pandemia (de 11% para 65,2% dos doentes). Para a BN, os comportamentos associados incluíram a purgação (39,1% dos casos em 2020-2021) e o exercício excessivo (73,9%).

Conclusão

Os dados epidemiológicos apresentados destacam a natureza crescente e complexa das perturbações de personalidade, enfatizando o seu impacto em diversos grupos demográficos e os efeitos exacerbados de eventos globais como a pandemia de COVID-19. Para os profissionais de Ciências Motoras/Desportivas e de Educação Física, esta informação é inestimável para a identificação e intervenção precoces. Reconhecer a prevalência, as tendências demográficas específicas e a influência de fatores como as redes sociais e a participação desportiva é fundamental.



HISTÓRICO EM FISILOGIA

A Fundação: Equilíbrio Energético e Fome

Para compreender as consequências fisiológicas dos distúrbios alimentares, é essencial compreender primeiro o equilíbrio energético básico e os mecanismos da fome.

Balanço Energético: Ingestão vs. Gasto

O equilíbrio energético refere-se à relação entre a energia introduzida através dos alimentos e bebidas e a energia despendida pelo organismo.

O gasto energético compreende:

- **Metabolismo basal:** A energia necessária para as funções corporais básicas em repouso. A taxa metabólica basal (TMB) representa a maior parte do consumo diário de energia e reflete a energia necessária para manter as funções fisiológicas básicas, como a respiração e a regulação da temperatura.
- **Atividade física:** Energia utilizada durante o movimento e o exercício.
- **Termogênese digestiva:** Energia gasta durante a digestão, absorção e metabolismo dos alimentos.

O corpo humano funciona de forma ideal quando a ingestão de energia corresponde ao gasto energético. Um balanço energético negativo ocorre quando a energia introduzida é inferior à energia consumida. Isto pode ocorrer voluntariamente – como no caso de restrições alimentares excessivas – ou involuntariamente.

Quando a ingestão energética desce consistentemente abaixo do gasto, como na anorexia ou na vigorexia, este desequilíbrio é crónico e profundo, e o organismo entra num estado de balanço energético negativo. Este desequilíbrio desencadeia mecanismos de emergência e o organismo inicia mecanismos adaptativos para conservar energia, como a redução da taxa metabólica, a desaceleração de funções não essenciais e a quebra de stocks de energia como o tecido muscular; isto pode resultar em fadiga, hipotermia e comprometimento da função orgânica. Estas adaptações podem levar a comprometimentos fisiológicos significativos ao longo do tempo, especialmente quando prolongadas ou extremas.

É o ponto de partida de muitas alterações fisiológicas que veremos em breve. Como treinador, aprender a reconhecer um estado de equilíbrio negativo persistente pode realmente fazer a diferença.



Pelo contrário, quando a ingestão de energia excede o gasto energético, o organismo armazena o excesso de energia.

Tipos de fome: biológica vs. hedônica

A fome não é apenas uma necessidade fisiológica; ela tem também uma componente psicológica:

- **Fome Biológica:** Trata-se da regulação interna das necessidades do organismo, um sinal fisiológico que indica a necessidade de comer para manter o equilíbrio energético. O córtex pré-frontal está envolvido nas decisões conscientes sobre a ingestão de alimentos relacionadas com a fome biológica.
- **Fome Hedônica:** Refere-se ao desejo de comer por prazer e não por necessidade. É fortemente influenciado por fatores psicológicos e ambientais, como as emoções, o stress, o humor e o contexto social. O sistema límbico, especialmente áreas como a amígdala e o núcleo accumbens, modula os comportamentos alimentares hedónicos através da sinalização da dopamina, que reforça os aspetos gratificantes da comida e desempenha um papel na regulação das emoções e do prazer associados à comida.

O córtex pré-frontal auxilia na tomada de decisões conscientes sobre a alimentação, enquanto o sistema límbico influencia as respostas emocionais à comida. Os neurotransmissores como a dopamina e a serotonina também influenciam o comportamento alimentar, especialmente em relação à recompensa e à regulação do humor.

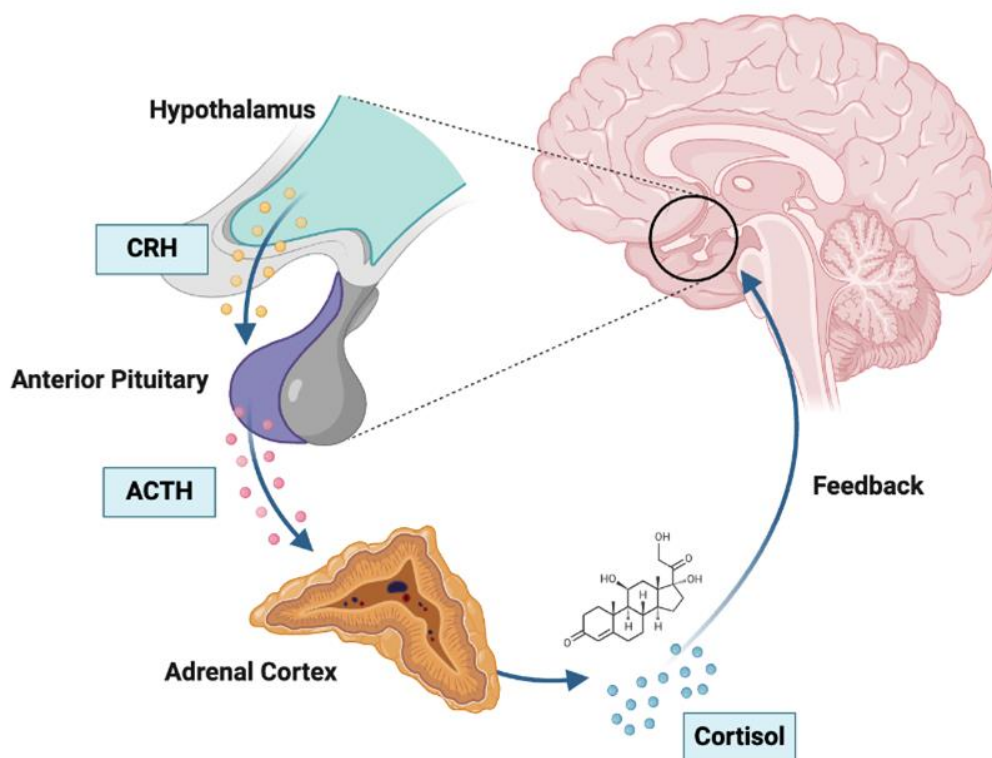
A interação entre a homeostasia (equilíbrio biológico) e o hedonismo (procura de prazer) é fundamental para compreender os comportamentos alimentares.

Regulação do apetite: o papel do hipotálamo e das hormonas

Para compreender os distúrbios do apetite, precisamos primeiro de examinar como o apetite é regulado. A regulação da fome e da saciedade envolve uma interação complexa entre o cérebro, o sistema endócrino e o tubo digestivo.

A compreensão destes mecanismos ajuda-nos a compreender por que razão os distúrbios alimentares não são apenas uma questão de força de vontade, mas envolvem perturbações neurobiológicas complexas.

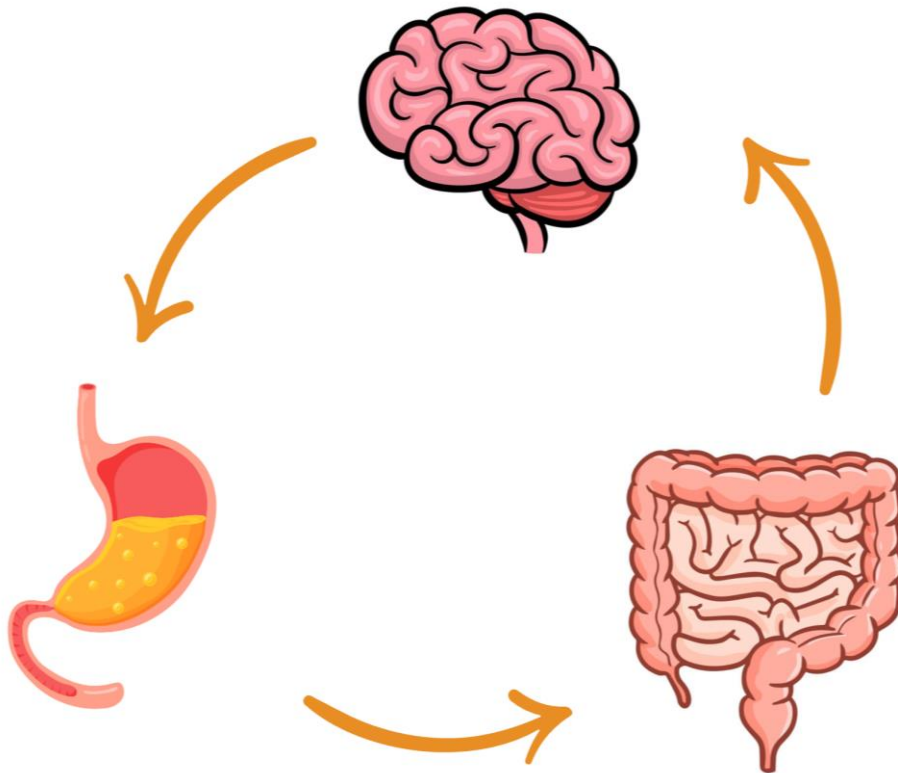
O hipotálamo é a principal região do cérebro responsável pela fome e pela saciedade. Dentro do hipotálamo, temos dois grupos principais de neurónios que controlam o comportamento alimentar: os neurónios NPY/AgRP, que estimulam a fome, e os neurónios POMC, que promovem a saciedade. O hipotálamo atua como um centro regulador do apetite, recebendo sinais de hormonas e nutrientes para o controlar. Comunica com a hipófise e as glândulas suprarrenais, formando o eixo Hipotálamo-Hipófise-Adrenal (HPA), que é significativamente impactado pelo stress.



Estes neurónios recebem sinais do organismo através de várias hormonas importantes que desempenham um papel crucial na regulação do apetite:

- **Grelina:** Produzida no estômago, a grelina estimula o apetite, com níveis que aumentam antes das refeições e diminuem depois. É frequentemente chamada de "hormona da fome".
- **Leptina:** Segregada pelo tecido adiposo, a leptina sinaliza a saciedade e informa o cérebro sobre os níveis de energia armazenados.
- **Insulina:** Produzida pelo pâncreas, a insulina regula a glicemia e promove a saciedade a longo prazo.

• **Colecistocinina (CCK):** Liberado pelo duodeno e jejuno, o CCK auxilia na digestão de gorduras e proteínas e induz saciedade a curto prazo, informando o cérebro que está satisfeito.



O corpo envia constantemente sinais ao cérebro — a partir do intestino, do tecido adiposo e dos músculos. O cérebro processa estas mensagens e decide se come, descansa ou se mexe. Nos distúrbios alimentares, esta comunicação é interrompida. Estas interrupções ajudam a explicar porque é que os indivíduos com distúrbios alimentares apresentam frequentemente respostas emocionais extremas à comida. O corpo diz "Estou cheio de fome", mas o cérebro, por razões psicológicas ou biológicas, não responde adequadamente. Na anorexia nervosa, os estudos mostram alterações na sinalização da leptina, o que pode contribuir para a supressão dos sinais de fome. Em contraste, os indivíduos com perturbação de compulsão alimentar periódica podem ter uma resposta reduzida à leptina, levando a dificuldades em reconhecer a saciedade.

Além das hormonas da fome, os neurotransmissores também desempenham um papel crucial no comportamento alimentar. Os três principais responsáveis são a serotonina, a dopamina e o cortisol.

- **Serotonina** Ajuda a regular o humor e a saciedade. Na anorexia, observamos níveis elevados de serotonina, o que pode contribuir para a ansiedade e para o autocontrolo excessivo em relação à comida.



- **Dopamina** está ligado ao sistema de recompensa do cérebro. Em perturbações como a compulsão alimentar, este sistema é frequentemente sobreativado, com um aumento da atividade da dopamina, o que pode fazer com que os alimentos com alto teor calórico pareçam mais gratificantes, levando à compulsão alimentar. A comida não é apenas combustível, é também uma fonte de prazer. As pessoas podem comer compulsivamente, não porque tenham fome, mas porque o cérebro procura prazer ou alívio. E nas perturbações de personalidade restritiva, o prazer é muitas vezes substituído por ansiedade ou culpa.
- **Cortisol**, a hormona do stress, está frequentemente elevada nos distúrbios alimentares. O stress crónico pode perturbar a regulação do apetite, aumentar a vontade de comer alimentos ricos em energia e contribuir para a alimentação emocional.
-

Efeitos fisiológicos a longo prazo dos distúrbios alimentares

Os distúrbios alimentares podem levar a efeitos graves e generalizados a longo prazo em vários sistemas do corpo.

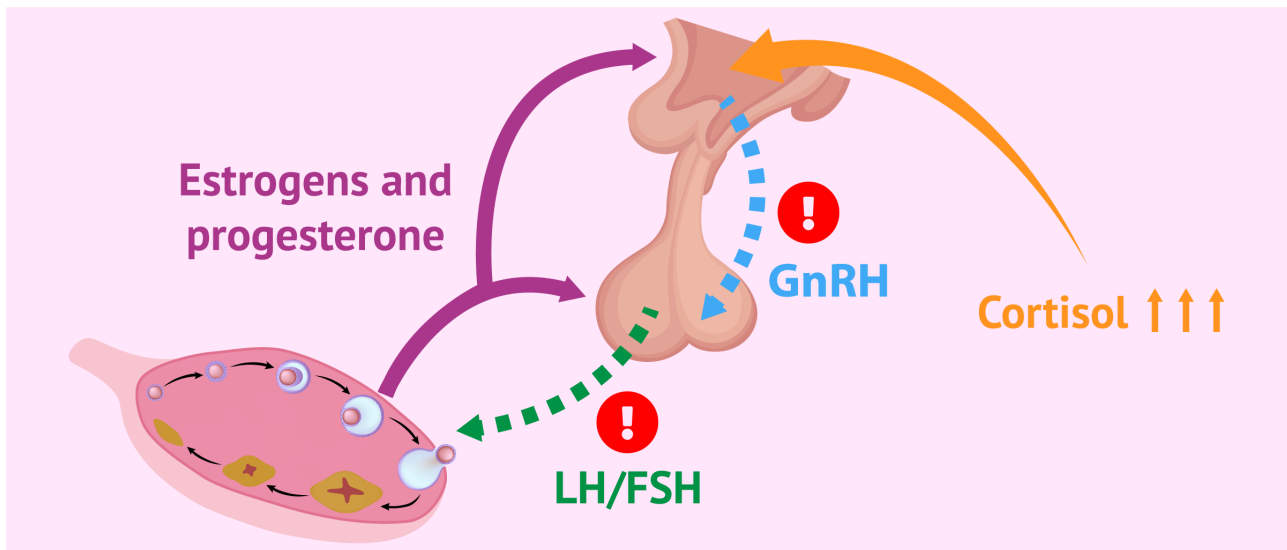
Metabolismo Basal e Economia de Energia

Em resposta à restrição calórica, a taxa metabólica basal diminui frequentemente à medida que o organismo tenta conservar energia. Esta adaptação pode levar a efeitos no sistema nervoso autónomo, resultando em bradicardia (frequência cardíaca lenta), hipotermia (temperatura corporal baixa) e hipotensão (pressão arterial baixa).

Impacto hormonal e metabólico

O sistema endócrino é significativamente afetado. A restrição calórica e a baixa gordura corporal podem desregular o eixo hipotálamo-hipófise-gónadas:

- Inibição do eixo hipotálamo-hipófise-gonadal (HPG)
- Redução de GnRH, LH e FSH
- Diminuição de hormonas anabólicas
- Diminuição do estrogénio → amenorreia
- A produção da hormona tiroideia também pode diminuir, reduzindo a atividade metabólica.
- Os níveis de cortisol aumentam geralmente devido ao stress crónico e à desnutrição, contribuindo para o catabolismo, ansiedade e distúrbios do sono



Alterações na massa magra e muscular

Quando o corpo entra num estado de restrição energética, como acontece em muitas perturbações de défice de atenção, começa a autoconsumir-se. O músculo, embora essencial para a força e saúde metabólica, torna-se uma fonte de energia. Isto leva à perda de massa magra e à redução da força e do desempenho físico.

O paradoxo é que mesmo aqueles que parecem "em forma" podem esconder um catabolismo muscular profundo. Um corpo tonificado devido à baixa gordura corporal nem sempre é um corpo saudável. Para um treinador, é essencial olhar para além da aparência exterior e questionar a real condição fisiológica do atleta.

Efeitos na densidade óssea

Um dos efeitos mais graves e subtis da restrição energética nos distúrbios alimentares é o comprometimento da saúde óssea.

Quando o corpo está em défice, reduz a produção de hormonas sexuais, como o estrogénio, que são essenciais para manter a densidade óssea.

Além disso, com o intestino lento e uma alimentação inadequada, a absorção de cálcio também diminui.

O resultado? Mesmo as raparigas muito jovens podem desenvolver osteopenia ou mesmo osteoporose precoce, com risco real de fraturas de stress. Para quem treina, este é um sinal de alerta que não deve ser ignorado.



Efeitos no sistema cardiovascular

O coração, como qualquer músculo, é afetado pela desnutrição. A bradicardia e a hipotensão são adaptações comuns ao déficit energético. Os indivíduos podem apresentar síncope (desmaio) ou colapso, especialmente durante o esforço. Em casos graves, podem ocorrer alterações estruturais no tecido cardíaco e redução da massa cardíaca. Além disso, a depleção eletrolítica pode alterar a condução elétrica. O prolongamento do intervalo QT, uma atividade elétrica no coração, aumenta o risco de arritmias graves ou mesmo de morte súbita.

Sistema Gastrointestinal

Os distúrbios alimentares podem causar uma série de problemas gastrointestinais:

- Gastroparesia: esvaziamento gástrico lento, levando a náuseas e saciedade precoce.
- Dor abdominal, inchaço, peso: queixas frequentes.
- Obstipação crónica: devido à motilidade intestinal lenta.
- Consequências da autoindução de vômitos ou do uso abusivo de laxantes: esofagite (inflamação do esófago), gastrite e desequilíbrios eletrolíticos graves são comuns. O uso crónico de laxantes provoca também danos intestinais e perda do reflexo normal de evacuação.

Estes sintomas não são apenas secundários: alimentam frequentemente um ciclo vicioso de desconforto corporal e mais restrições

Sistema imunitário e inflamação

O sistema imunitário também sofre alterações profundas nos DE.

Em condições de anorexia, a malnutrição grave provoca um colapso das defesas imunitárias, tornando o organismo mais vulnerável a infeções recorrentes, mesmo as triviais.

Em perturbações como a bulimia ou a compulsão alimentar periódica, pelo contrário, observa-se um estado de inflamação crónica: as células adiposas libertam citocinas pró-inflamatórias e os processos de stress oxidativo são ativados.

Pode também existir uma disfunção da microbiota intestinal, que desempenha um papel fundamental na regulação da imunidade e do metabolismo, impactando na cicatrização muscular e na resistência ao esforço.



O resultado? O organismo recupera mais lentamente, fica menos resistente ao esforço e mais exposto a problemas crónicos.

Cérebro e Neuroplasticidade

A neuroplasticidade também precisa de energia: este é um conceito importante para compreender que "nutrir o cérebro" é essencial para uma verdadeira cura.

Os distúrbios alimentares podem provocar alterações estruturais e funcionais no cérebro:

- Redução do volume cerebral: nos doentes com AN, atrofia especialmente no córtex e na substância cinzenta. Este é um efeito direto da falta de nutrientes essenciais para o metabolismo neuronal.
- Alterações da Conectividade Funcional: entre áreas emocionais e cognitivas.
- Défices cognitivos: incluindo problemas de atenção, memória e flexibilidade mental.

A boa notícia é que muitas destas alterações são parcialmente reversíveis com recuperação nutricional e terapia.

Distúrbios do sono

As pessoas em restrição calórica dormem frequentemente pouco e mal. O corpo, privado de energia, entra num estado de hipervigilância metabólica: é como se estivesse "em alerta", à procura de alimento, e luta para entrar numa fase de sono profundo. Portanto, os indivíduos com distúrbios alimentares apresentam frequentemente insónias iniciais ou despertares frequentes, levando a um sono leve e não reparador. A restrição calórica e os níveis de serotonina têm impacto no sono. Além disso, o desequilíbrio neuroendócrino, sobretudo no eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal, gera um aumento do cortisol, a hormona do stress, que dificulta o adormecimento.

Em casos de bulimia e compulsão alimentar, as oscilações glicémias e a digestão noturna podem perturbar ainda mais o descanso.

Para um treinador, observar fadiga crónica, dificuldade de concentração ou má recuperação após o treino pode ser um sinal de que o sono e, por conseguinte, o corpo, não estão a funcionar corretamente.



Conclusões

Os distúrbios alimentares estão profundamente enraizados na neurobiologia, com o hipotálamo, as hormonas e os neurotransmissores a desempenharem papéis cruciais na regulação do apetite e no comportamento alimentar. As perturbações hormonais e metabólicas causadas pelos distúrbios alimentares podem levar a sérios riscos para a saúde. Para os profissionais da área do Automobilismo e da Educação Física, compreender estes mecanismos fisiológicos é vital. O seu papel na deteção precoce e no encaminhamento adequado para os profissionais de saúde pode mudar vidas. Pode contribuir para o desenvolvimento de melhores estratégias de tratamento que abordem tanto a mente como o corpo das pessoas que lutam contra os distúrbios alimentares.



CLASSIFICAÇÃO

Informações gerais

Os distúrbios alimentares representam um grupo variado, abrangendo desde os padrões típicos da primeira infância até aos mais característicos da adolescência e início da idade adulta.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais, Quinta Edição, Revisão de Texto (DSM-5 TR) fornece a estrutura diagnóstica atual. As principais perturbações incluem a Anorexia Nervosa, a Bulimia Nervosa, a Bigorexia (Dismorfia Muscular) e a Perturbação da Compulsão Alimentar Periódica, bem como classificações mais recentes, como a Perturbação de Ingestão Alimentar Esquiva/Restritiva (ARFID) e condições como a Ortorexia Nervosa.

Anorexia Nervosa

A Anorexia Nervosa (AN) é uma perturbação alimentar grave caracterizada por um padrão alimentar restritivo com medo intenso de ganhar peso, imagem corporal distorcida e recusa em manter um peso corporal minimamente saudável.

Fisiologicamente, está fortemente associada ao grave balanço energético negativo e às suas consequências generalizadas discutidas acima, impactando quase todos os sistemas, incluindo desaceleração metabólica significativa, distúrbios hormonais que levam à amenorreia e perda de densidade óssea, além de problemas cardiovasculares como bradicardia. Se não for prontamente reconhecida e tratada, a AN durante o crescimento pode prejudicar gravemente o desenvolvimento físico e psicológico, levando à incapacidade e à interrupção do processo de crescimento, com consequências potencialmente significativas a longo prazo.

A AN esteve historicamente associada à maior taxa de mortalidade entre as perturbações psiquiátricas, com 5,1 mortes por 1000 pessoas-ano, e 1 em cada 5 indivíduos com AN que morreram suicidou-se (Smink FR, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. Curr Psychiatry Rep. 2012 Aug;14(4):406-14. doi: 10.1007/s11920-012-0282-y).



Critérios de Diagnóstico (DSM-5 TR)

1. Restrição gradual ou rápida da ingestão energética em relação às necessidades: isto leva a um peso corporal significativamente baixo, considerando a idade, o sexo, a trajetória de desenvolvimento e a saúde física. "Peso significativamente baixo" é definido como um peso abaixo do mínimo normal ou, para crianças e adolescentes, abaixo do mínimo esperado.
2. Medo intenso de ganhar peso ou engordar, ou persistente Comportamento que interfere com o aumento de peso, mesmo com um peso significativamente baixo. Este medo não é aliviado pela perda de peso; na verdade, muitas vezes intensifica-se à medida que o indivíduo perde mais peso.
3. Perturbação na forma como o peso ou a forma do corpo são vivenciados: influência indevida do peso ou da forma corporal na autoavaliação, ou falta persistente de reconhecimento da gravidade do baixo peso corporal atual. Os indivíduos com AN negam frequentemente a gravidade do seu baixo peso e podem encarar a perda de peso como um sinal de conquista.

Apresentação Clínica e Especificadores

O pico típico de início ocorre em ambos os sexos entre os 15 e os 19 anos; no entanto, nos últimos anos, o início tem sido mais precoce, coincidindo com a tendência geral de puberdade mais precoce. A apresentação clínica da perturbação em pré-adolescentes pode diferir ligeiramente, apresentando frequentemente um declínio rápido na ingestão alimentar em vez de um processo gradual, e podem não demonstrar o mesmo nível de preocupação com a imagem corporal, concentrando-se mais na dor abdominal, náuseas ou saciedade precoce.

Bulimia Nervosa

A Bulimia Nervosa (BN) é caracterizada por episódios recorrentes de compulsão alimentar seguidos de comportamentos compensatórios inadequados para prevenir o aumento de peso, como vômitos autoinduzidos, jejum, exercício excessivo ou uso indevido de laxantes, diuréticos, enemas ou outros medicamentos. Ao contrário da AN, os indivíduos com BN mantêm normalmente um peso corporal dentro ou acima do intervalo normal.



Embora os indivíduos com bulimia possam manter um peso normal, os impactos fisiológicos são significativos, principalmente devido aos comportamentos compensatórios. Os desequilíbrios eletrolíticos resultantes da purgação são uma grande preocupação, representando um risco de arritmias cardíacas. Problemas gastrointestinais como gastroesofagite e obstipação crónica também são comuns. O estado inflamatório crónico e a potencial disfunção da microbiota intestinal são também considerações fisiológicas importantes.

A BN é frequentemente comórbida com depressão, ansiedade, desesperança e vergonha. Existe um risco aumentado de automutilação não suicida, ideação suicida e morte por suicídio, sendo o risco de suicídio 8 vezes superior ao da população em geral.

Critérios de Diagnóstico (DSM-5 TR)

1. Episódios recorrentes de compulsão alimentar: Um episódio de compulsão alimentar é caracterizado por ambos os seguintes:
 - o Comer, de forma discreta período de tempo (por exemplo, num período de 2 horas), uma quantidade de alimentos que é definitivamente superior à que a maioria dos indivíduos comeria num período semelhante e em circunstâncias semelhantes.
 - o Uma sensação de falta de controlo comer em excesso durante o episódio (por exemplo, uma sensação de que não é possível parar de comer ou controlar o que ou quanto se come).
2. Compensação inapropriada recorrente comportamentos para prevenir o aumento de peso: incluem vômitos autoinduzidos; uso indevido de laxantes, diuréticos, enemas ou outros medicamentos; jejum ou exercício excessivo.
3. A compulsão alimentar e as compensações inadequadas ambos os comportamentos ocorrem, em média, pelo menos uma vez por semana durante 3 meses.
4. A autoavaliação é indevidamente influenciada pela forma e pelo peso do corpo.
5. A perturbação não ocorre exclusivamente durante os episódios de Anorexia Nervosa.

Apresentação Clínica e Especificadores

O início da BN ocorre tipicamente no final da adolescência ou no início da idade adulta. Ao contrário da AN, os indivíduos com BN podem não apresentar sinais visíveis de perda de peso extrema, tornando a deteção mais desafiante. Os profissionais podem observar



comportamentos reservados em relação à comida ou uma preocupação invulgar com o peso e a forma corporal, apesar de uma aparência normal.

Bigorexia (Dismorfia Muscular): O Paradoxo

A bigorexia, ou vigorexia, ou dismorfia muscular, é uma forma de perturbação dismórfica corporal, a dismorfofobia, caracterizada por uma preocupação obsessiva com a ideia de que o próprio corpo é demasiado pequeno ou não tem músculos suficientes. É também frequentemente chamada informalmente de "anorexia inversa", devido à distorção contrastante da imagem corporal.

Os indivíduos praticam frequentemente atividades físicas excessivas e praticam dietas rigorosas, apesar da aparência atlética. Podem consumir dietas hipocalóricas e fazer uso indevido de suplementos ou esteróides anabolizantes.

O paradoxo reside no facto de, apesar do seu aspeto muscular, os indivíduos com bigorexia exibirem frequentemente sinais de défice energético, semelhantes a outros distúrbios alimentares. Isto pode levar ao catabolismo muscular, à redução da força física e a desequilíbrios hormonais, mesmo quando procuram o aumento da musculatura. Esta condição não é geralmente reconhecida em contextos desportivos. Pode também estar relacionada com a RED-S (Deficiência Relativa de Energia no Desporto), em que a energia consumida é insuficiente para suportar a energia gasta no desporto, levando ao comprometimento da função fisiológica, os mesmos tipos de perturbações fisiológicas (afetando a taxa metabólica, a saúde óssea, a função menstrual, a imunidade e a saúde cardiovascular) observadas nos distúrbios alimentares clássicos. Abrange uma gama de comprometimentos fisiológicos. A RED-S destaca o risco de malnutrição, frequentemente com deficiência de calorias, micronutrientes e gorduras essenciais, mesmo em indivíduos que não preenchem os critérios clínicos para um distúrbio alimentar, mas sofrem de défices energéticos semelhantes.

Características de diagnóstico

(A bigorexia está classificada no DSM-5 TR em "Perturbações Obsessiva-Compulsivas e Relacionadas" como especificador para a Perturbação Dismórfica Corporal).

1. **Preocupação com a musculatura:** O indivíduo preocupa-se com a ideia de que o seu corpo é demasiado pequeno, fraco ou insuficientemente musculado, mesmo que objetivamente seja demasiado musculado. Esta preocupação causa sofrimento



cl clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento.

2. **Comportamentos repetitivos ou atos mentais:** O indivíduo realiza comportamentos repetitivos (por exemplo, incluindo exercício excessivo, passar horas no ginásio, levantamento de pesos em excesso, verificação compulsiva da musculatura em espelhos, higiene excessiva, mexer na pele, bronzamento excessivo) ou atos mentais (por exemplo, comparar o seu próprio corpo com o de outras pessoas) em resposta a preocupações com a aparência.
3. **A perturbação não é melhor explicada por outro transtorno mental**(por exemplo, um distúrbio alimentar, em que a preocupação é principalmente com a gordura corporal e a perda de peso).

Apresentação Clínica

A bigorexia é mais comumente observada nos homens, embora também possa afetar as mulheres, principalmente as que praticam desportos de força. As principais características incluem:

- **Exercício excessivo e compulsivo:** Muitas vezes dando prioridade ao treino em detrimento de outras atividades da vida, o que leva a lesões ou isolamento social, com uma visão idealizada de trabalhar em fitness para justificar e manter os hábitos atuais.
- **Autoperceção distorcida:** Apesar de serem objetivamente musculados, os indivíduos percebem-se como pequenos ou inadequados, o que leva a uma insatisfação corporal persistente e a uma baixa autoestima.
- **Sofrimento emocional:** Experimentar sentimentos de desesperança, depressão e ansiedade relacionados com a imagem corporal. Pode haver um desgaste emocional significativo, com insatisfação corporal persistente, apesar da musculatura visível, impactando a intimidade devido ao desconforto com a nudez e a atividade sexual. Os indivíduos podem questionar o propósito do esforço contínuo, apesar das conquistas.
- **Isolamento social:** Evitar reuniões sociais, especialmente aquelas que envolvam comida ou onde o seu físico possa ser exposto ou julgado.



- **Práticas alimentares rígidas e extremas:** Adesão a dietas altamente restritivas que visam maximizar o ganho muscular e minimizar a gordura corporal, envolvendo muitas vezes grandes quantidades de proteína, e a evitação estrita de certos alimentos.
- **Pressão financeira:** Gastar quantias excessivas de dinheiro em suplementos, mensalidades de ginásios e alimentos especializados, levando por vezes a dificuldades financeiras.
- **Uso indevido de suplementos e esteróides anabolizantes:** alguns autores referiram que a dismorfia muscular precedeu o uso de esteróides em elevada percentagem.

Existe uma preocupação significativa devido aos graves riscos para a saúde associados a estas substâncias:

- Efeitos secundários físicos, incluindo acne, queda de cabelo, ginecomastia (nos homens) e irregularidades menstruais (nas mulheres).
- Alterações de humor e irritabilidade muito frequentes.
- Após a interrupção de um ciclo, podem ocorrer sintomas de abstinência, levando à depressão e ao medo de perder massa muscular ou de progredir.

Conclusão

Compreender os critérios de diagnóstico e as apresentações clínicas da Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa e Bigorexia é fundamental para os profissionais envolvidos na área do Desporto Motorizado e da Educação Física. A sua posição única permite a deteção precoce de alterações subtis na aparência física, no comportamento e no bem-estar emocional. Ao reconhecer estes sinais, pode desempenhar um papel crucial no encaminhamento dos indivíduos para o apoio médico e psicológico adequado.



IMAGEM CORPORAL

Introdução

Para as pessoas envolvidas na área do Automobilismo/Desporto e Educação Física, a compreensão da imagem corporal é fundamental. Não se trata apenas de estética. Fundamentalmente, os sinais de alerta de perturbações da imagem corporal nem sempre são visíveis. A obsessão pelo fitness não é sinónimo de bem-estar, e o treino e a dieta podem ser utilizados como meios de controlo. Este manual visa dotá-lo dos conhecimentos necessários para reconhecer, compreender e apoiar adequadamente os jovens que lutam contra perturbações da imagem corporal, capacitando-o para identificar sinais de alerta, ouvir com atenção e saber quando e para onde encaminhar aqueles que necessitam de ajuda.

Burden

Na sociedade hipermoderna, o corpo é uma ferramenta de comunicação para transmitir a identidade de alguém, e a manipulação corporal permite atingir determinados objetivos de comunicação.

No passado, os anunciantes e os meios de comunicação tradicionais desempenharam um papel importante no estabelecimento de padrões irrealistas de corpo e beleza “ideais”. Até recentemente, as redes sociais (MS), em particular a natureza altamente visual do Instagram, Snapchat e TikTok, reforçavam a sensibilidade à imagem corporal e apoiavam conceitos relacionados com a saúde, a imagem corporal e o desporto, por vezes disseminando mensagens distorcidas que são prejudiciais para os adolescentes e pré-adolescentes.

A insatisfação corporal afeta os pré-adolescentes, adolescentes e jovens de diversas formas. A pressão é diferente, mas os riscos são semelhantes.

Os rapazes tendem a sofrer pressão sociocultural, incentivando-os a ter corpos maiores e mais musculados. Um estudo sobre a evolução dos bonecos de ação masculinos ao longo de 30 anos, mesmo em avatares de videojogos e imagens hiper-realistas geradas por computador, descobriu que se tornaram muito mais musculados ao longo do tempo. As raparigas sofrem pressão para ter um corpo magro ou ultrafino. Mais de mil e duzentas adolescentes, cerca de 72% delas, disseram sentir uma pressão tremenda para serem



bonitas. É claro que há um aumento universal da pressão pela beleza e uma diminuição da confiança das raparigas à medida que envelhecem. Estima-se que apenas 4% das mulheres em todo o mundo se considerem bonitas. (Helfert S, Warschburger P. A face da pressão social relacionada com a aparência: variações de género, idade e massa corporal na pressão dos pares e dos pais durante a adolescência. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2013 17 de maio;7(1):16. doi: 10.1186/1753-2000-7-16). As imagens editadas no Photoshop produzem um “desejo de magreza” nas raparigas e mulheres.

As aplicações também oferecem oportunidades quase constantes para os adolescentes se compararem com imagens filtradas e selecionadas de celebridades e colegas.

No que diz respeito às imagens de exercícios físicos que mostram pessoas bonitas a exercitar-se, com corpos cada vez mais tonificados e definidos, que enfatizam a musculatura, são particularmente prejudiciais; as fotos de “antes e depois” dão a impressão de que um ideal pode ser alcançado através da dieta ou do exercício, quando, na verdade, o corpo ideal impulsionado pelos media não é fisiologicamente possível para a maioria das pessoas.

O que é a imagem corporal?

A imagem corporal é a forma como um indivíduo percebe o seu físico e os sentimentos que experimenta como resultado dessa percepção. Abrange a forma como se vê ao espelho ou se imagina, o que acredita sobre a sua aparência, como acha que os outros o veem e como se sente em relação ao seu corpo. A imagem corporal é subjetiva; uma pessoa pode pesar 50 kg e sentir-se “gorda” ou ter músculos aparentes e nunca se aperceber o suficiente. Não é um facto objetivo.

Uma imagem corporal negativa, com uma imagem corporal ideal que é inatingível, pode levar a comportamentos como evitar certos exercícios devido à insatisfação corporal, exercício excessivo para “consertar” falhas percebidas, dietas pouco saudáveis ou restrições alimentares e isolamento social devido à autoconsciência sobre a aparência.



Como a imagem corporal se desenvolve e é influenciada

Existem vários fatores que influenciam a imagem corporal.

Fatores individuais

- *Traços de personalidade*: certas características individuais, como padrões elevados e autocrítica, juntamente com um temperamento ansioso ou perfeccionista, podem tornar alguém mais vulnerável a problemas de imagem corporal.
- *Autoestima*: uma vez que a autoestima corporal está incluída no termo genérico de autoestima e está relacionada com os pensamentos e sentimentos que uma pessoa tem sobre a sua aparência, forma ou tamanho, uma autoavaliação positiva atua como um amortecedor contra as imagens corporais negativas.
- *Experiências passadas*: comentários, julgamentos, traumas ou provocações. Uma piada negativa na adolescência é suficiente para desencadear uma eterna comparação com a imagem no espelho.

A imagem corporal é construída principalmente pela interiorização de ideais de aparência, todos influenciados pelas observações e interações com os outros. Existem dois tipos principais de influências:

Influências Proximais (influências diretas e imediatas) tais como:

- *Família*: Comentários críticos dos pais sobre o peso ou a forma corporal, quer sejam dirigidos à criança ou a si próprios, podem ter um impacto significativo na imagem corporal da criança. Estilos educacionais como o controlo excessivo dos pais na alimentação ou maus hábitos alimentares são cruciais. Por outro lado, os pais que respeitam a diversidade corporal, evitam discussões sobre o peso, promovem uma alimentação saudável sem restrições e constroem uma autoestima positiva têm maior probabilidade de ter filhos com imagens corporais positivas. As refeições em família e as experiências positivas durante as refeições são também cruciais, enquanto as relações disfuncionais levam a uma baixa autoestima.
- *Pares*: As provocações, o bullying ou os comentários críticos dos colegas, mas até a partilha de fotografias e selfies sobre a aparência, são fatores de risco significativos para os problemas de imagem corporal. Além disso, um rapaz que só recebe elogios quando está esculpido aprenderá a usar o seu corpo como ferramenta de aprovação. Por outro lado, o sentido de pertença e o apoio dos pares podem promover uma imagem corporal mais saudável. A influência dos pares no grupo



pode impulsionar comportamentos positivos e negativos relacionados com a imagem corporal.

- *Treinadores/Professores desportivos:* Os treinadores e os professores exercem uma influência significativa na imagem corporal dos atletas devido ao seu papel na formação de expectativas sobre a composição corporal e o desempenho. Um estilo de treino demasiado crítico ou focado no peso pode contribuir para uma imagem corporal negativa. Por outro lado, um treino positivo e de apoio, que enfatiza o desenvolvimento de competências, o esforço e a saúde geral, em vez da aparência, pode promover uma imagem corporal mais saudável.
- *Uso de média e redes sociais:* O SM amplifica este efeito através de imagens selecionadas e filtradas, facilitando a comparação social constante e a interiorização de ideais de beleza irrealistas. Os gostos e comentários funcionam como uma medida de valor.

A procura de um eu digital "perfeito" pode levar à ansiedade, depressão e insatisfação corporal.

Alguns estudos indicaram que existe uma associação entre a utilização de sites de redes sociais e a interiorização de um ideal magro/musculado, sugerindo que a exposição constante a ideais corporais irrealistas pode desencadear insatisfação corporal e a necessidade de modificar hábitos alimentares e de treino. Especificamente, as perturbações da imagem corporal e o uso excessivo da internet (EIU) podem sobrepor-se amplamente devido ao facto de partilharem fatores de risco e princípios psicológicos subjacentes. e o facto de a idade média de início nos últimos anos ter descido consideravelmente, não deve ser ignorado, afectando os jovens a partir dos 13 anos, provavelmente até devido à redução progressiva da idade média de acesso às redes sociais. Em particular, vários estudos têm destacado uma estreita ligação entre o início da bigorexia e o advento do SM.

As aplicações deixam os adolescentes muito conscientes sobre o peso corporal, a forma do corpo, a ingestão de calorias e o exercício, mas precisam de aprender a filtrar as informações que recebem dos meios de comunicação de massa para evitar o impacto negativo que os meios de comunicação podem ter.



Os indivíduos com uma imagem corporal positiva tendem a avaliar, filtrar e desconstruir criticamente imagens irreais nos media para proteger a sua própria imagem corporal. Por outro lado, os adolescentes com baixos níveis de aptidão física podem aumentar a insatisfação corporal, o que, por sua vez, aumentaria os sintomas de perturbações alimentares. Muitos entrevistados afirmam ter abandonado o desporto por se sentirem inadequados, tanto em termos de desempenho como de aparência, em comparação com os atletas que veem nos media e no SM. Aqueles que se sentiam menos confiantes nas suas capacidades atléticas classificaram-se como "menos em forma" em comparação com a sua ideia percebida do que um atleta deveria ser. E são sobretudo as raparigas que desistem do desporto devido à pressão competitiva.

Influências Distais Estas são influências mais amplas e sistémicas que moldam a imagem corporal ao longo do tempo:

- **Cultura:** Os ideais culturais de beleza e formato corporal, frequentemente reforçados pelas normas sociais, impactam significativamente a imagem corporal. Diferentes culturas podem valorizar diferentes tipos de corpo, influenciando o que é considerado "atrativo" ou "saudável".
- **Sociedade:** As pressões sociais relacionadas com o sucesso, o estatuto e a aceitação podem estar interligadas à aparência física, contribuindo para a insatisfação corporal. A ênfase na magreza para as mulheres e na musculatura para os homens nas sociedades ocidentais é uma influência social generalizada. De facto, só é possível construir uma imagem corporal positiva se a pessoa perceber que a sua aparência física é aceitável para a sociedade a que pertence e para as pessoas que compõem o seu meio social.

Imagem Corporal ao Longo da Vida: O Continuum do Desenvolvimento

O desenvolvimento da imagem corporal é um processo dinâmico influenciado por vários fatores nas diferentes fases da vida.

- **Primeira Infância (3-6 anos):** As crianças começam a notar diferenças físicas e a associá-las ao género, tamanho e capacidades. Imitam frequentemente as atitudes dos adultos em relação à aparência. A insatisfação corporal precoce pode ser



desencadeada por comentários críticos de familiares ou colegas, mesmo nesta idade.

- **Infância tardia (7-11 anos):**As crianças tornam-se mais conscientes dos ideais de beleza da sociedade através dos media e da interação com os pares. Podem começar a comparar os seus corpos com os de outras pessoas e expressar preocupações com o peso ou a aparência. O envolvimento em desporto pode influenciar positivamente a imagem corporal, promovendo um sentido de competência e valorizando as capacidades físicas, mas também pode gerar pressões se o foco for a aparência.
- **Adolescência (12-18 anos):**Este é um período crítico devido às rápidas e significativas mudanças físicas (puberdade), frequentemente vividas como "desarmónicas", e à elevada consciência social. Os adolescentes aumentam a comparação, diminuem a tolerância à frustração e, por isso, são altamente suscetíveis à influência dos pares e às mensagens dos media sobre os tipos de corpo ideais. A insatisfação corporal aumenta frequentemente, principalmente entre as raparigas. O corpo é um "campo de batalha". Os distúrbios alimentares surgem frequentemente durante esta fase.
- **Início da vida adulta (19-25 anos):**Enquanto o desenvolvimento físico estabiliza, os indivíduos navegam por novos ambientes sociais (por exemplo, universidade, trabalho) onde persistem pressões sobre a imagem corporal. A ênfase na manutenção de um "estilo de vida saudável" pode, por vezes, mascarar comportamentos subjacentes de distúrbios alimentares. O aumento da independência significa que os sintomas podem ser ocultados de forma mais eficaz, e os indivíduos podem ser menos propensos a procurar ajuda ou a revelar dificuldades. Frequentemente, estão a lidar com estudos, empregos e pressões sociais.
- **Idade adulta (26+ anos):**Podem persistir preocupações com a imagem corporal, influenciadas pelo envelhecimento, pela parentalidade, pelas exigências da carreira e pelas alterações dos valores pessoais. Embora os distúrbios alimentares sejam menos propensos a manifestar-se na idade adulta, podem persistir desde as fases iniciais. O foco pode mudar de alcançar um corpo "ideal" para manter a saúde e a vitalidade.



Fatores de risco e proteção para perturbações de imagem corporal e alimentares

Compreender os fatores que aumentam ou diminuem o risco de perturbações da imagem corporal e alimentares é crucial para a prevenção e intervenção direcionadas.

Fatores de risco

- **Obesidade Infantil:** Um historial de obesidade infantil aumenta o risco de desenvolver distúrbios alimentares mais tarde na vida.
- **Perturbações do Neurodesenvolvimento:** Condições como a Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) e a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) podem estar associadas a maiores taxas de perturbações de imagem corporal e alimentares.
- **Alexitimia:** Dificuldade em identificar e expressar emoções, o que pode levar à utilização de alimentos ou exercício como mecanismos de coping.
- **Trauma de infância:** As experiências de trauma, incluindo abuso físico, emocional ou sexual, são fatores de risco significativos.
- **Isolamento social:** A falta de apoio social e a sensação de desconexão dos outros podem agravar as perturbações do comportamento comportamental (TDC) e as perturbações de personalidade antissocial (TAE).
- **Experiências de provocação/bullying entre colegas:** ser ridicularizado pelos colegas pela sua aparência.
- **Participação em desportos com elevadas exigências estéticas:** Desportos como o ballet, a ginástica, a patinagem artística e a luta livre geralmente enfatizam a magreza e os tipos físicos específicos, aumentando o risco.

Fatores de proteção

- **Participação desportiva focada na saúde e desempenho:** Envolvimento em desportos que enfatizam a habilidade, o esforço, o trabalho em equipa e a saúde geral, em vez da aparência.
- **Competências de coping e regulação emocional:** Estratégias eficazes para gerir o stress e as emoções sem recorrer a distúrbios alimentares ou ao exercício compulsivo.



- **Forte rede de apoio social:** Ter uma rede de familiares e amigos que ofereçam encorajamento e aceitação em vez de se focarem na aparência e no apoio emocional.



MEDICAMENTOS PARA MELHORAR O DESEMPENHO E A APARÊNCIA (PAEDs)

Introdução

Durante séculos, o ideal de "mente sã em corpo são" (Anima sana in corpore sano) foi central no bem-estar humano, um conceito popularizado pelos antigos gregos e romanos, que até tinham "farmacêuticos e fisioterapeutas" nos seus ginásios. No entanto, nos tempos modernos, este foco mudou subtilmente. A ênfase tem-se deslocado cada vez mais para se tornar "mais forte, melhor, mais rápido, mais forte", em vez de apenas saudável. Esta pressão, especialmente nas culturas desportiva e de fitness, criou uma "necessidade" de atalhos, levando ao aparecimento de medicamentos para melhorar a aparência e de outras práticas potencialmente prejudiciais para a saúde.

Para as pessoas envolvidas na área do desporto automóvel/desporto e educação física, compreender estas tendências é crucial para apoiar o bem-estar holístico dos indivíduos sob a sua orientação.

A Influência das Pressões Profissionais e Sociais

Vários fatores contribuem para esta mudança e para a crescente utilização de métodos de melhoria da aparência:

- **Pressões profissionais:** Em diversas áreas competitivas, os atletas e atletas precisam de manter o desempenho máximo durante longos períodos e realizar atividades fisicamente mais exigentes. Estas exigências podem levar os indivíduos a procurar ajuda externa.
- **Redes sociais e moda:** A influência generalizada do SM e da moda examina intensamente atributos físicos como o peso, a altura e o IMC, em detrimento dos padrões sociais de saúde e atratividade em constante evolução. A "solução" frequentemente promovida inclui medicamentos, injeções, cirurgias e adesão a práticas pouco saudáveis.



Medicamentos para melhorar o desempenho e a aparência (PAEDs)

Este conceito vai além do desporto e do exercício; as pessoas podem querer melhorar o seu corpo, não só para aumentar o desempenho, mas também para alcançar objetivos estéticos, sociais, culturais e profissionais. Exemplos são os estimulantes cognitivos.

para estudo, esteróides para aumentar a hipertrofia muscular e suplementos para manter o físico desejado.

O doping é definido como o uso de substâncias ou métodos proibidos com a intenção de melhorar o desempenho atlético. Nos últimos 20 anos, os organismos antidoping e os investigadores têm examinado o uso de doping no desporto de elite, mas muitas questões permanecem quando se trata de desportos recreativos, desportos de massas e desportos de lazer, especialmente no que diz respeito a drogas que melhoram a aparência em vez de drogas que melhoram o desempenho. O uso de substâncias para fins estéticos ou não regulamentados não é, por si só, considerado doping, especialmente quando grande parte do seu uso ocorre fora do desporto e, por isso, mal regulamentado. Existe uma crescente normalização destas substâncias, especialmente entre os jovens adultos, o uso de Moduladores Seletivos do Receptor de Androgénios (SARMs), peptídeos sintéticos e microdosagens hormonais são frequentemente baseados em fóruns não científicos.

Além disso, muitos medicamentos que melhoram a imagem, como os esteróides anabolizantes androgénicos, podem ser facilmente adquiridos através da internet, o que gera um mercado negro substancial, mas são de qualidade inferior e falsificados. O mercado negro de medicamentos falsificados gera uma situação de incerteza imprevisível e uma ameaça considerável à saúde individual e pública.

Muitas destas substâncias causam riscos significativos: hepatotoxicidade, infertilidade, ginecomastia, alterações cardiovasculares, atrofia testicular, acne grave e até a morte. Há também relatos de dependência psicológica, irritabilidade, impulsividade, etc. Pior ainda, o uso de suplementos alimentares está associado a um aumento das atitudes permissivas em relação ao doping.

O uso de drogas para melhorar o desempenho e a aparência (PAEDs) parece estar associado a vários distúrbios psicopatológicos de prevalência incerta, especialmente a perturbação por uso de substâncias, níveis mais elevados de atividade física, mais diagnósticos de perturbações psiquiátricas, TDCs e TAs.



Agentes dopantes tradicionais

Muitas substâncias estão na lista de substâncias proibidas da Agência Mundial Antidopagem, mas continuam a ser utilizadas.

- **Esteroides androgênicos:** que promovem o crescimento muscular e a recuperação rápida;
- **Crescimento hormona:** usado para reduzir o corpo gordo e aumentar a massa magra;
- **Eritropoietina:** o que aumenta a capacidade de carga;
- **Estimulantes como a efedrina e as anfetaminas:** utilizado para aumentar o foco e a resistência à fadiga.

Substâncias com efeitos diretos na imagem corporal

O foco está menos no desempenho, mas mais na aparência, muitas vezes influenciada por ideais corporais irrealistas.

- **Esteróides anabolizantes:** utilizado fora de desportos competitivos;
- **Diuréticos:** para reduzir a retenção de água e melhorar a definição muscular;
- **Laxantes:** para perda rápida de peso;
- **Supressores de apetite:** como substâncias proibidas em vários países.

Suplementos alimentares

Os suplementos ocupam um espaço ambíguo: são legais, destinam-se a complementar a nutrição; no entanto, estão mal regulamentados e alguns têm composições pouco claras ou mesmo contaminadas. Psicologicamente, os suplementos atuam como marcadores de compromisso com o corpo ideal, utilizados não pelos seus efeitos, mas como um ritual em círculos focados no corpo.

Entre elas, a proteína de soro de leite, a creatina, a cafeína, a beta-alanina, etc.

Existem alguns benefícios de desempenho na utilização de produtos proteicos, como o aumento da massa muscular e a redução do tempo de recuperação; no entanto, a maioria das pessoas não necessita de suplementos proteicos; o frequentador médio de ginásio, por exemplo, não se exercita o suficiente para obter quaisquer benefícios. Existem mesmo algumas evidências de que a ingestão de mais de 1,5g/kg/dia de proteínas têm efeitos prejudiciais (homeostasia, função renal, função hepática, doença coronária).



Medicamentos para melhorar a aparência (MAEs) e a imagem corporal

Considerando que os medicamentos para melhorar a aparência (DAEs) são substâncias utilizadas para alterar a aparência física, frequentemente com o objetivo de melhorar a forma corporal, a massa muscular ou reduzir a gordura, o consumo de DAEs está correlacionado com sentimentos de inadequação corporal, baixa autoestima ou até mesmo percepções erradas como a dismorfia muscular. Os DAE raramente seguem uma lógica puramente instrumental: existe uma profunda dimensão emocional ligada ao desejo de alterar o corpo; outros utilizam os DAE como forma de compensação psicológica após experiências de bullying, insucesso relacional e pressão pelo desempenho (seja na sexualidade desportiva ou mesmo na vida profissional). Há também uma dimensão comunitária.

Estudo de caso: Ana, 25 anos

Anna, uma jovem de 25 anos, É estudante universitária e segue influenciadores fitness no Instagram e no TikTok; apresenta um cenário comum no mundo do fitness. Frequenta o ginásio regularmente e consome uma quantidade significativa de suplementos proteicos, caseína e cafeína para desenvolver os músculos e aumentar a resistência. Apesar de consumir proteína suficiente às refeições e de não ter deficiências proteicas nem praticar treinos de alta intensidade, acredita que tomar suplementos é uma parte essencial de "estar em forma".

A crença de Anna nos suplementos traz vantagens, mas existem

- **Sentimento de Pertença e Motivação:** *Sente que está alinhada com o que os outros fazem para atingir os objetivos de fitness, o que aumenta o seu sentido de pertença e motivação, tornando-a mais comprometida com o treino e a partilha de experiências.*
- **Crenças erróneas:** *Esta prática está associada ao desenvolvimento de crenças erradas sobre a imagem corporal, como "se não tomar estes suplementos, não serei capaz de ter um corpo desejável".*
- **Impacto financeiro:** *O uso de suplementos tem um impacto financeiro perceptível no seu orçamento mensal.*
- **Risco de escalada:** *Existe um maior risco de que, se ela não conseguir atingir os seus objetivos, possa passar a utilizar substâncias mais potentes.*



Estudo de caso: Steven McRae, a perspetiva de um profissional

Steven McRae, um bailarino de renome, oferece uma perspetiva pungente sobre as consequências das exigências físicas extremas e da falta de energia. Rompeu o tendão de Aquiles durante uma atuação ao vivo e fala abertamente sobre os seus anos a lutar contra lesões, a esforçar-se e a ignorar sinais de alerta. Descreveu viver num "estado constante de esgotamento" e estar "extremamente sem energia". McRae tornou-se um defensor acérrimo das mudanças no mundo do ballet. Curiosamente, apesar do aumento de massa muscular e força após a lesão, alguns críticos defendem que é agora um "bailarino menos interessante e menos gracioso". Isto realça a complexa interação entre as capacidades físicas, os ideais estéticos e as pressões enfrentadas pelos profissionais.

Conclusão

Os estudos de caso realçam o papel fundamental que os profissionais envolvidos na área do Automobilismo/Desporto e Educação Física desempenham na orientação de uma imagem corporal saudável e de práticas de treino. É essencial reconhecer as influências subtis das exigências profissionais, da cultura de pares e da SM, que podem levar a escolhas pouco saudáveis. Ao promover ambientes que priorizem a saúde holística, a nutrição equilibrada e expectativas realistas, os educadores e treinadores podem ajudar os indivíduos a desenvolver relações sustentáveis e saudáveis com o seu corpo e com a atividade física, mitigando os riscos associados aos PAED.



GESTÃO

Introdução

Como descrito acima, os distúrbios alimentares têm apresentado uma incidência crescente nos últimos anos.

É crucial relembrar que as perturbações do comportamento comportamental (TDC) e as perturbações de personalidade antissocial (TAE) são frequentemente difíceis de reconhecer devido à falta de sensibilização dos indivíduos afetados, à subestimação da gravidade dos sintomas e à frequente ambivalência em relação ao tratamento. A elevada taxa de co-ocorrência com outras condições psiquiátricas complica ainda mais o diagnóstico. Apenas uma pequena percentagem dos que sofrem de TDC e TAE recebe um diagnóstico e tratamento adequados, o que realça a necessidade de uma maior sensibilização entre todos os profissionais que interagem com indivíduos, especialmente adolescentes e jovens adultos. Estes distúrbios não afetam apenas o indivíduo, mas também envolvem todo o sistema familiar, exigindo uma abordagem abrangente, principalmente quando o início ocorre na infância ou adolescência.

Compreender as apresentações iniciais, a evolução dos sintomas e os impactos profundos da AN, BN e Bigorexia é fundamental. A sua observação atenta dos indivíduos e a relação de confiança e escuta, particularmente em ambientes desportivos e educacionais, colocam-no numa posição única. Para estes indivíduos, a atividade física não é o objetivo, mas sim o meio para alcançar a perda de peso ou a musculatura sobredesenvolvida. Ao reconhecer os sinais subtis e evidentes destes distúrbios, pode desempenhar um papel crucial na facilitação de encaminhamentos atempados para os profissionais de saúde, contribuindo assim para melhores resultados para os indivíduos afetados. Promover uma imagem corporal saudável e relações saudáveis com alimentação e exercício, enfatizando o desempenho e o bem-estar em detrimento dos ideais estéticos e fomentando a comunicação aberta são passos vitais para indivíduos em risco ou que lutam contra perturbações do comportamento comportamental (TDCs) e perturbações de personalidade antissocial (TADs). Reconhecer a natureza multifacetada destes distúrbios e o potencial para condições psiquiátricas concomitantes permitir-lhe-á fornecer um apoio mais holístico e eficaz aos seus atletas e estudantes.



Reconhecer os DEs

Os distúrbios alimentares representam um grupo diversificado de condições que se podem manifestar de forma diferente consoante a idade.

Anorexia Nervosa (AN)

Comportamentos iniciais: Os indivíduos com AN restringem geralmente a ingestão alimentar aderindo a dietas frequentemente "autogeridas" com o objetivo de perda de peso, caracterizadas por baixa ingestão calórica, abstenção de hidratos de carbono e gorduras, jejum intermitente ou pequenas porções de alimentos. Os doentes justificam frequentemente as suas restrições alimentares alegando intolerâncias ou alergias, ou relatando mal-estar ou inchaço após consumir determinados alimentos.

Evolução da Perturbação (Adolescência): Os adolescentes com AN podem verificar constantemente o seu peso e forma corporal em frente ao espelho. Inicialmente, a perda de peso pode ser uma fonte de empoderamento, levando a uma sensação de maior bem-estar e autoeficácia. Podem desenvolver falsas crenças de que controlar o próprio corpo pode ajudá-los a lidar com emoções negativas, baixa autoestima, inadequação e um ambiente percebido como caótico, afirmando assim a sua força e capacidade pessoais.

O desejo de perder peso evolui frequentemente para o medo de ganhar peso. Este medo leva à ansiedade e à culpa após as refeições, resultando em instabilidade de humor. Os indivíduos com AN podem desenvolver comportamentos compulsivos para controlar a ansiedade e evitar imprevistos, como a verificação obsessiva do peso, a verificação do corpo, a contagem de calorias e os rituais rígidos de refeição (por exemplo, cortar os alimentos em pedaços pequenos, cozinhar durante muito tempo, comer muito devagar). Aumentar de peso pode significar perder o controlo sobre a própria identidade e autonomia. Os sentimentos de culpa após as refeições são frequentemente aliviados através de comportamentos eliminatórios, como o exercício físico excessivo (motorismo), vômitos autoinduzidos ou uso indevido de laxantes e/ou diuréticos.

AN na pré-adolescência: Os pré-adolescentes com AN negam frequentemente preocupações com a forma corporal e o peso, relatando, em vez disso, falta de apetite ou dor abdominal. Podem apresentar uma maior presença de perturbações do neurodesenvolvimento ou psicopatologia prévia (por exemplo, ARFID, depressão, ansiedade, perturbação obsessivo-compulsiva), mas apresentam uma perda de peso rápida, o que leva a um atendimento médico mais rápido. Os sinais de alerta incluem



crescimento lento, alterações do IMC, náuseas recorrentes ou dor abdominal. Os fatores familiares (padrões relacionais difíceis, excesso de controlo mútuo, comentários críticos) e a vitimização por parte dos pares são cruciais. Se não for reconhecida e tratada prontamente, a AN pode afetar negativamente o desenvolvimento físico e psicológico, levando à incapacidade e à interrupção do processo de crescimento, com consequências potencialmente significativas a longo prazo.

Populações de alto risco para AN: Os indivíduos que praticam dança ou desportos de competição que exigem controlo do peso e da forma corporal correm maior risco, assim como aqueles com doenças crónicas que exigem restrições alimentares (por exemplo, diabetes tipo 1, fibrose quística, doença inflamatória intestinal, doença celíaca).

Complicações e Manutenção: A perda extrema de peso pode prejudicar o crescimento e levar a ciclos menstruais irregulares nas raparigas. Todos os sintomas tendem a agravar-se com a perda de peso e a deterioração da saúde física e mental. Os indivíduos com AN frequentemente não reconhecem a sua condição e evitam procurar ajuda. Se crónicos, os sintomas podem passar a fazer parte da identidade do indivíduo, especialmente se a perturbação for percebida como "egosintónico".

Sinais de alerta para pais/profissionais do desporto: Os pais podem notar tendências para esconder comida ou evitar refeições com outras pessoas. Outros sinais incluem cortar a comida em pedaços muito pequenos ou reorganizar constantemente a comida no prato, saltar refeições com frequência com desculpas como "não tenho fome" ou "já comi" ou "problemas gastrointestinais" e rituais rígidos de preparação de alimentos. Uma grande percentagem de indivíduos com AN apresenta atividade física excessiva, o que geralmente precede o início da perturbação e, por isso, pode ser considerado um dos primeiros sinais a ser detetado.

Podem surgir sinais indiretos de comportamentos compensatórios, como idas prolongadas à casa de banho após as refeições ou atividade física excessiva, movimentos compulsivos e exercício excessivo, mesmo quando se está fatigado. As alterações emocionais e comportamentais, incluindo alterações de humor e padrões de sono perturbados, também são comuns. Outras observações incluem o afastamento social, o isolamento progressivo da família, dos colegas e dos ambientes sociais, a dedicação intensa à escola e ao desporto (frequentemente com desempenho inicialmente preservado e o declínio progressivo nas fases finais) e a baixa tolerância ao fracasso.

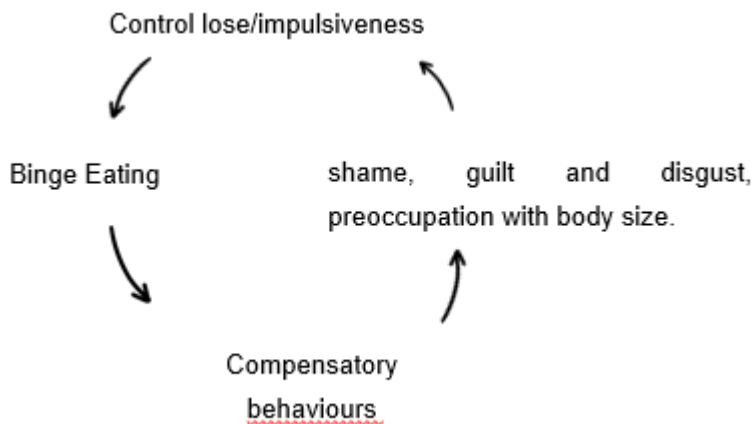


Podem estar presentes problemas de hidratação, como a ingestão excessiva de água ou a desidratação intencional. Podem ocorrer escolhas invulgares de vestuário, desde roupas excessivamente cobertas (estágios iniciais) até roupas mínimas para promover a perda de calor (estágios posteriores). Amenorreia ou irregularidades menstruais nas raparigas, para além de dois anos após a menarca, são indicadores físicos significativos.

Aspetos psicológicos e cognitivos: Os clínicos observam comumente alexitimia (dificuldade de reconhecimento e regulação dos estados emocionais), dependência e autocrítica, frequentemente associadas a dificuldades no processo de separação-individuação. A baixa autoestima e as dificuldades de autoafirmação são comuns. A evitação da transição da infância para a idade adulta é frequente, manifestando-se frequentemente como um desejo de manter um corpo infantil e assexuado. As relações entre pais e filhos, particularmente com as mães, podem ser caracterizadas por inversão de papéis e dinâmicas controladoras. Pode existir um conflito interno entre uma parte saudável e uma "parte anoréctica" que mantém os sintomas (por exemplo, vozes internas a orientar e a controlar o comportamento). As relações entre pares são frequentemente dependentes, sendo que as separações e o distanciamento emocional causam sofrimento significativo.

Bulimia Nervosa (BN)

Sinais de alerta para pais/profissionais do desporto: A compulsão alimentar e os comportamentos compensatórios podem tornar-se compulsivos e obsessivos, muitas vezes ocultos (por exemplo, comer durante a noite, idas frequentes à casa de banho após as refeições). Os pais podem notar a falta de alimentos na despensa. A compulsão alimentar é seguida de vergonha, culpa e repulsa, juntamente com a preocupação com o tamanho corporal. Os indivíduos com BN apresentam perda de controlo e impulsividade. Tal como os que têm AN, os indivíduos com BN temem o aumento de peso e são fortemente motivados para emagrecer, apesar da aparência normal. Como geralmente apresentam um peso normal ou excesso de peso, o distúrbio pode passar despercebido e sem tratamento durante um longo período.



As complicações relacionadas com a purgação incluem erosão dentária, hipertrofia das glândulas salivares, calosidades ou escoriações nas mãos (por exemplo, sinal de Russell), danos nas unhas, feridas na boca e desequilíbrios eletrolíticos significativos. Problemas hormonais e gastrointestinais, como menstruação irregular, desregulação endócrina, distensão abdominal, disfagia ou refluxo ácido, também são comuns.

Comorbidades psiquiátricas e complicações clínicas: A BN é frequentemente comórbida com perturbações psiquiátricas.

Bigorexia

Fatores determinantes: Os indivíduos com bigorexia são frequentemente motivados por insatisfação corporal precoce (sentir-se "magricelo" ou "fraco" na infância), autoperceção distorcida, baixa autoestima e a procura de musculatura pode servir como estratégia de coping para a ansiedade relacionada com o corpo. A comparação social com os colegas populares pode levar a um reforço positivo através de resultados visíveis e rápidos, à conquista da admiração e do respeito dos colegas do sexo masculino, ao desejo de ser atraente, sendo percebido como mais atraente pelas raparigas, e a uma sensação de controlo adquirida com o levantamento de pesos.

Sinais de alerta para pais/profissionais do desporto:

- Imagem Corporal Distorcida: Uma crença persistente e irracional de que o próprio corpo é demasiado pequeno, fraco ou subdesenvolvido, mesmo quando objetivamente musculado. Esta distorção é semelhante à AN, mas focada na musculatura.
- Foco obsessivo na aparência: Os pensamentos são dominados por preocupações com o físico, o tamanho e a definição muscular. Isto leva a verificações corporais frequentes ao espelho, comparações com outras pessoas e angústia caso a aparência



desejada não seja mantida. Podem verificar a sua própria aparência com frequência ou... Por outro lado, alguns indivíduos evitam situações em que o seu corpo possa estar exposto, sentindo-se incomodados com a nudez e a atividade sexual devido à vergonha corporal.

- **Exercícios Excessivos e Halterofilia:** Os indivíduos seguem rotinas de exercício rígidas e intensas, passando frequentemente várias horas por dia no ginásio. As escolhas de treino são frequentemente focadas na estética, influenciadas pela cultura do culturismo e caracterizadas por uma mentalidade rígida, na qual os treinos menos intensos são vistos como fracassos. A irritabilidade e a frustração surgem quando não é possível completar uma rotina planeada. Os indivíduos com bigorexia podem continuar a fazer exercício apesar da dor, lesões ou exaustão, dando prioridade ao ganho muscular em detrimento da saúde (sem dor, sem ganho). Este comportamento compulsivo pode levar à síndrome de sobretreino, fadiga e danos articulares e musculares a longo prazo.
- **Dietas Ricas em Proteínas e Uso de Suplementos:** Uma obsessão pelo controlo alimentar, inspirada por revistas de fitness e culturistas profissionais, especialmente, aumentando a ingestão de proteínas para o crescimento muscular até 3g de proteína por kg de peso corporal, comendo a cada poucas horas, mesmo sem fome, ciclos comuns de "bulking" (alto consumo de proteínas e hidratos de carbono para impulsionar o crescimento muscular) e "cutting" (restrição quase total de hidratos de carbono para melhorar a definição muscular), monitorizando cada grama de hidratos de carbono. A preparação das refeições é minuciosa para controlar os nutrientes e evitar alimentos "impuros". Isto pode envolver o uso excessivo de batidos de proteína, creatina e vários suplementos, desperdiçando quantidades excessivas de dinheiro. Este regime alimentar intenso interfere frequentemente com a vida diária, mas é percebido como necessário para alcançar o físico ideal.
- **Atitudes em relação ao uso de esteróides:** As substâncias ilegais, como o uso de esteróides, são frequentemente normalizadas na cultura dos ginásios, havendo desconfiança em relação ao aconselhamento médico, considerando que os profissionais exageram os riscos ou carecem de conhecimentos reais, recorrendo a pesquisas online para autoeducação de forma a justificar e gerir o uso. Os indivíduos bigoréxicos acreditam que os esteróides não são piores do que as dietas ou estilos de



vida pouco saudáveis. Após a interrupção dos ciclos, podem ocorrer sintomas psicológicos como depressão e pensamentos suicidas, com medo intenso de perder massa muscular ou progredir sem o uso contínuo.

- Impacto na qualidade de vida e no desgaste emocional: a bigorexia pode levar a um importante isolamento social, evitar comer fora ou reuniões sociais para seguir uma dieta rigorosa, dificuldades financeiras devido a grandes somas gastas em suplementos (por exemplo, proteínas em pó, queimadores de gordura), amizades limitadas. Devido ao pouco tempo ou energia que resta para manter relações, e ao conflito entre a vida pessoal e profissional, uma vez que a formação tem prioridade. Existe uma preocupação constante com a alimentação, o treino e a aparência, com a vida a girar em torno do ginásio.

Identificar Sinais de Alerta: As 10 Perguntas-Chave para Profissionais

Aqui estão 10 perguntas-chave para orientar as suas observações e conversas:

1. Como é a relação deles com o treino e a atividade física?

O que mais gosta em relação aos exercícios? Qual é o seu objetivo? Costuma fazer exercício quando está cansado ou doente?

Procure sinais de exercício excessivo, compulsivo ou rígido. Quando o indivíduo não consegue estar parado, é um sinal importante. A formação não é um recurso, mas uma obrigação ou compensação por excessos ou "deslizes". Podem ocorrer alterações inesperadas no comportamento desportivo; alguns indivíduos podem aumentar as suas sessões de treino, levando ao sobretreino e ao isolamento, enquanto outros podem deixar de frequentar os treinos e sentir vergonha.

2. Como reagem às mudanças nos seus corpos?

Observe extrema angústia ou fixação em pequenas mudanças. Muitos homens pesam-se várias vezes ao dia. Se o número muda, o humor muda. Este é um sinal para procurar "Quero ver os ossos/definição".

3. Como é a relação deles com a comida? Evitam alimentos ou situações relacionadas com a comida?

Há algum alimento que evite sempre? Como se sente depois de comer? Como é que a sua alimentação mudou nos últimos meses?



Anote quaisquer desculpas consistentes para não comer ou evitar refeições sociais. Há perda de espontaneidade e de vida social. "Só como se tiver treinado o suficiente".

4. **Costumam falar sobre os seus corpos em termos negativos?**

Já se olhou ao espelho e não gostou do que viu?

Preste atenção às autocríticas frequentes ou às manifestações de insatisfação com a própria aparência. "Nunca vou gostar de mim".

5. **São hipercríticos consigo mesmos?**

Observe tendências perfeccionistas gerais e autojulgamento severo para além da imagem corporal. Utilizam, sem flexibilidade, aplicações para contagem de calorias, passos, gordura, através de smartwatches e dispositivos de fitness wearable, porque a monitorização lhes proporciona segurança. Estes indivíduos estão sempre a comparar-se com os outros em termos de resultados estéticos; alguns cobrem-se e evitam o espelho, enquanto outros exibem os seus corpos com um hiperinvestimento narcisista.

6. **Demonstram ansiedade quando não treinam?**

Como se sente quando não consegue fazer exercício?

Observe a irritabilidade ou angústia no caso de um treino planeado ser perdido. "Não consigo parar. Se saltar um dia, sinto-me mal".

7. **Procuram constantemente confirmação?**

Observe se pedem frequentemente que os tranquilizem sobre a sua aparência ou esforços. Estes indivíduos podem desenvolver sentimentos de "não serem dignos" se não melhorarem, dificuldade em lidar com frustrações ou lapsos. Existem oscilações emocionais relacionadas com o corpo, com reatividade emocional aos comentários (Perdeste Peso!, Estás Maior), com dias bons/maus com base no número da balança, forte culpa pós-comida ou, pelo contrário, intensa satisfação com o treino.

8. **São muito influenciados pelas redes sociais?**

Procure o envolvimento excessivo com contas de "fitness" com mensagens extremas e linguagem tóxica ou a comparação de conteúdo de redes sociais com influenciadores considerados uma medida ideal.



9. Têm comportamentos rígidos ou ritualísticos?

Isto pode envolver regras alimentares rígidas, rotinas de exercício específicas ou verificação de comportamentos.

10. Estão dispostos a conversar ou fecham-se?

Observe qualquer afastamento social crescente ou relutância em discutir os seus sentimentos ou hábitos. Utilizam frequentemente frases como "Não quero ficar grande, preciso de me definir".

Situações que requerem atenção imediata

- Perda de peso significativa
- Suspeita de consumo de drogas para melhorar o desempenho
- Retirada social e escolar
- Discurso autodestrutivo ou depressivo

Não se deve procurar apenas extremos; a diferença entre saúde e obsessão pode ser subtil. Os sinais mais perigosos são, normalmente, os mais suaves e constantes, como clientes aparentemente "normais" com comportamentos subtis e menos visíveis, que se referem a treinos rigorosos, mas "saudáveis", dieta controlada, mas "sem excessos".

Estudos de caso

Estudo de caso n.º 1

A Sofia é uma jovem de 17 anos que frequenta o ginásio onde trabalhas atualmente. Está visivelmente abaixo do peso, treina todos os dias da semana (e talvez também aos fins de semana) e parece muito determinada e empenhada, passando a maior parte do tempo na passadeira. A sua família está preocupada, mas impotente.

Estudo de caso n.º 2

Max é um homem de 21 anos que passa várias horas no ginásio. Come apenas alimentos "saudáveis", conta proteínas e calorias, utiliza suplementos "leves", mas também anabolizantes. Nunca se sente forte o suficiente.

O que têm estes dois casos em comum?

Em ambos os casos, a identidade está totalmente ligada ao corpo. Por detrás da aparência de corpos diferentes, existe a mesma dinâmica com padrões semelhantes:



- Controle Obsessivo
- Usar o corpo para regular as emoções
- Baixa autoestima disfarçada de determinação
- Identidade dependente do peso/desempenho

Estratégias de Suporte

Crie um ambiente de apoio e empatia

- **Crie um clima acolhedor:** Promova um ambiente inclusivo e sem julgamentos no ginásio ou na sala de aula. É importante proporcionar um espaço seguro onde os jovens se sintam ouvidos e compreendidos.
- **Evite comentários e observações desdenhosas sobre o corpo e o peso:** Os adolescentes com perturbações da imagem corporal vivenciam frequentemente sentimentos de vergonha e sigilo sobre a sua condição. Criticar os hábitos alimentares, a rotina de exercício ou as preocupações com a imagem corporal de um jovem pode reforçar sentimentos de inadequação e resistência à ajuda. Pior ainda é minimizar ou rir-se do problema. Em vez disso, ofereça apoio de forma compassiva. Em vez de dizer "Não devias estar a passar fome" ou "Estás ótimo!", experimente frases neutras como "Tenho notado que pareces muito stressado com o teu corpo ultimamente. Estou aqui para te apoiar". Reconhecer as dificuldades do jovem sem julgamentos ajuda a construir uma base para a confiança e, eventualmente, para a recuperação.
- **Ofereça escuta ativa e validação de sentimentos:** Isto pode ajudar a construir confiança e encorajar as pessoas com perturbação de personalidade bipolar e perturbações de personalidade transgénero a abrirem-se sobre as suas dificuldades. Utilize frases de apoio como: "É normal sentir-se assim..."
- **Valorize a diversidade corporal:** Promova a ideia de que os corpos saudáveis vêm em vários formatos e tamanhos e evite o confronto direto. Reforce que a saúde não é determinada apenas pelo peso ou pela aparência.
- **Fale sobre força, saúde e equilíbrio:** Mude a narrativa da aparência para o bem-estar geral e aptidão funcional, concentrando-se no desempenho, nos níveis de energia e nas capacidades, ao mesmo tempo que incentiva a motivação intrínseca.



- **Atividades criativas:**Incentivar os adolescentes a expressar os seus pensamentos através de um diário ou de atividades criativas também pode ajudá-los a articular as suas dificuldades de uma forma não confrontacional.
- **Escolha o momento certo:**nunca no final do treino ou à frente de outras pessoas
- **Técnicas de diálogo:**Utilize perguntas abertas e não force a confiança, seja empático, não curioso. Dê espaço: até o silêncio comunica!

Educar sem pressionar

- **Forneça informações precisas e adequadas à idade:**Pode ser útil informar sobre as consequências físicas e mentais da AN, BN e vigorexia, mas deve ser feito com cuidado.
- **Coisas a evitar:**
 - soluções simplistas como "coma mais!".
 - soluções de força, como a proibição, o controlo e a punição.
- **Evite factos avassaladores e utilize exemplos relevantes:**Sobrecarregar um adolescente com factos pode fazer com que se retraia. Usar conversas gentis e adequadas à idade e exemplos da vida real pode tornar a informação mais relevante.
- **Envolva-se através de métodos interativos (vídeos, discussões, modelos de comportamento)**
- **Discuta a influência dos media e os padrões corporais irrealistas:**É importante investir na educação crítica sobre o corpo, a saúde e a aparência desde cedo e fomentar o pensamento crítico sobre os ideais corporais impostos.

Incentivar a ajuda profissional

A identificação precoce e o conseqüente tratamento adequado são cruciais, uma vez que a AN e outros TDC são condições potencialmente fatais.

Estes distúrbios requerem frequentemente intervenção profissional, incluindo terapia, monitorização médica, suporte nutricional e, por vezes, medicação, frequentemente utilizada em conjunto, descrita e validada por uma vasta literatura. É essencial incentivar o indivíduo a procurar ajuda junto de um psiquiatra, psicólogo ou nutricionista especializado em perturbações do comportamento alimentar.

Diferentes abordagens terapêuticas, como a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) e a Terapia Baseada na Família (FBT),



têm-se mostrado eficazes no tratamento dos TDC. Enquadrar a terapia como um meio de autocuidado, em vez de punição, pode reduzir a resistência; educar os adolescentes sobre os benefícios destas terapias e permitir que se envolvam na escolha do seu percurso de cuidados pode aumentar a sua disponibilidade para participar.

Evite propor soluções do tipo “faça você mesmo”, mas ofereça contactos.

'Já pensou em falar com alguém sobre isto?', *'Conheço um centro de aconselhamento, se quiser...'*, *'Quer falar sobre isto noutra altura?'*

Como descrito anteriormente, a actividade física seria muito importante para recuperar, em indivíduos com perturbações de défice de atenção "precoce" e bigorexia, todos os efeitos benéficos do desporto, que de outra forma não seriam percebidos e apreciados. Além disso, a fisioterapia supervisionada também está incluída entre as intervenções ideais para as perturbações de défice de atenção, com potenciais benefícios no aumento de peso e na melhoria geral do estado geral; não só não afeta negativamente a saúde destes indivíduos, como proporciona efeitos benéficos tanto na sintomatologia como na saúde psicofísica. Por exemplo, o treino de resistência e o exercício de baixa intensidade produziram uma melhoria da força muscular e do IMC devido ao ganho de massa muscular esquelética.

Envolver a família e as redes de apoio

Os familiares, professores e amigos próximos desempenham um papel crucial no apoio à recuperação de um jovem.

Os pais e cuidadores podem beneficiar de aconselhamento familiar ou de grupos de apoio para aprenderem a abordar conversas sobre perturbações de personalidade bipolar (TDC) e perturbações de personalidade transmissível (TADs), proporcionando reforço positivo sem permitir comportamentos prejudiciais. Da mesma forma, educar a rede sobre as perturbações pode criar um forte sistema de apoio com alternativas socialmente valorizadas para a construção da identidade.

As escolas podem também implementar programas que promovam a autoestima e a positividade corporal para criar um ambiente de apoio para todos os alunos.

Promovendo uma relação saudável com a alimentação e o exercício físico

Mudar o foco da imagem corporal para o bem-estar geral pode ser benéfico. Incentivar hábitos alimentares equilibrados e exercício moderado como formas de manter a



saúde, em vez de alcançar um físico idealizado, ajuda a reduzir a pressão para se conformar com padrões corporais irrealistas.

Os profissionais de saúde e os mentores devem enfatizar a alimentação intuitiva, que incentiva os indivíduos a ouvir os sinais de fome e saciedade do seu próprio corpo. O exercício físico deve ser encarado como uma forma de obter prazer e bem-estar mental, e não como um meio de alterar a estética. Oferecer planos alimentares e rotinas de exercício estruturados, mas flexíveis, pode ajudar aqueles que estão a recuperar de distúrbios da imagem corporal a recuperar um sentido de normalidade e controlo, sem regras rígidas.

Desafiando influências sociais e mediáticas irrealistas

Ajudar os adolescentes a analisar e questionar criticamente as influências externas pode capacitá-los para desenvolver uma autopercepção mais saudável. Ensinar competências de literacia mediática pode melhorar a sua capacidade de reconhecer e questionar padrões e imagens de beleza e fitness irrealistas e prejudiciais.

Incentivar uma visão diversificada e realista dos tipos de corpo através da exposição a modelos positivos também pode ser eficaz, assim como seleccionar feeds para incluir a positividade corporal.

As escolas e organizações podem implementar campanhas que celebrem a diversidade corporal e educar os jovens sobre os perigos das imagens alteradas digitalmente.

Precauções

- **Não fique sobrecarregado:** Trabalhar com o desconforto de outras pessoas traz consigo o risco de se sentir sobrecarregado. É importante reconhecer o seu envolvimento. Não faça diagnósticos, não trate, não se torne um "confidente exclusivo", mas fale com colegas ou pessoas de referência. Não se substitua o clínico, mas pode ser uma ponte. Mantenha sempre limites profissionais claros e tente utilizar a supervisão ou momentos de decompressão.
- **Reconheça quando está a fazer a diferença** observando mudanças subtis: o jovem contacta-o com mais frequência, começa a usar uma linguagem diferente, agradece-lhe por "estar lá" e concorda em falar com um especialista.
- **Jovens adultos:** Para os jovens adultos (após a adolescência), os distúrbios alimentares podem ser mascarados por um "estilo de vida saudável".



Vivem uma maior independência e autorresponsabilidade, o que pode facilitar a ocultação dos sintomas. Podem ser menos propensos a procurar ajuda ou revelar dificuldades quando lidam com estudos, empregos e pressões sociais. Os profissionais que trabalham com esta faixa etária devem estar particularmente atentos a mudanças subtis e preparados para iniciar conversas delicadas.

Conclusão

Ao compreender as complexidades do desenvolvimento da imagem corporal, ao reconhecer os fatores de risco e de proteção e ao observar ativamente os sinais de alerta, pode contribuir significativamente para a identificação precoce e o apoio a indivíduos que sofrem de perturbações da imagem corporal e perturbações do comportamento alimentar. A sua intervenção pode mudar vidas. Criar um ambiente que promova a saúde, a funcionalidade e a diversidade corporal, em vez de ideais estéticos restritos, é fundamental. A sua abordagem empática e o seu conhecimento podem guiar as pessoas para caminhos mais saudáveis, garantindo que a prática de atividade física contribui genuinamente para uma "mente sã num corpo sã".