



# Transtornos alimentares

---

Psicóloga: Andressa Battigaglia Oliveira

# Transtornos alimentares

01

COMPULSÃO  
ALIMENTAR

02

BULIMIA NERVOSA

03

ANOREXIA  
NERVOSA

**MANUAL DIAGNÓSTICO  
E ESTATÍSTICO DE  
TRANSTORNOS MENTAIS**

5ª EDIÇÃO

**DSM-5®**

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION



M294 Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [recurso eletrônico] : DSM-5 / [American Psychiatric Association ; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento ... et al.] ; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli ... [et al.]. – 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre : Artmed, 2014.

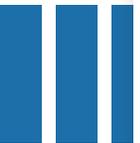
Editado também como livro impresso em 2014.  
ISBN 978-85-8271-089-0

1. Psiquiatria. 2. Transtornos mentais. I. American Psychiatric Association.

CDU 616.89-008

# Definição de um Transtorno Mental

Um transtorno mental é uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental. Transtornos mentais estão frequentemente associados a sofrimento ou incapacidade significativos que afetam atividades sociais, profissionais ou outras atividades importantes. Uma resposta esperada ou aprovada culturalmente a um estressor ou perda comum, como a morte de um ente querido, não constitui transtorno mental. Desvios sociais de comportamento (p. ex., de natureza política, religiosa ou sexual) e conflitos que são basicamente referentes ao indivíduo e à sociedade não são transtornos mentais a menos que o desvio ou conflito seja o resultado de uma disfunção no indivíduo, conforme descrito.



# Transtornos alimentares

- São caracterizados por uma perturbação persistente na alimentação ou no comportamento relacionado à alimentação que resulta no consumo ou na absorção alterada de alimentos e que compromete significativamente a saúde física ou o funcionamento psicossocial.

# Pica

## Critérios Diagnósticos

- A. Ingestão persistente de substâncias não nutritivas, não alimentares, durante um período mínimo de um mês.
- B. A ingestão de substâncias não nutritivas, não alimentares, é inapropriada ao estágio de desenvolvimento do indivíduo.
- C. O comportamento alimentar não faz parte de uma prática culturalmente aceita.
- D. Se o comportamento alimentar ocorrer no contexto de outro transtorno mental (p. ex., deficiência intelectual [transtorno do desenvolvimento intelectual], transtorno do espectro autista, esquizofrenia) ou condição médica (incluindo gestação), é suficientemente grave a ponto de necessitar de atenção clínica adicional.

**Nota para codificação:** O código da CID-9-MC para pica é **307.52** e é usado para crianças e adultos. Os códigos da CID-10-MC para pica são **(F98.3)** em crianças e **(F50.8)** em adultos.

## Características Diagnósticas

A característica essencial da pica é a ingestão de uma ou mais substâncias não nutritivas, não alimentares, de forma persistente durante um período mínimo de um mês (Critério A), grave o suficiente para merecer atenção clínica. As substâncias típicas ingeridas tendem a variar com a idade e a disponibilidade e podem incluir papel, sabão, tecido, cabelo, fios, terra, giz, talco, tinta, cola, metal, pedras, carvão vegetal ou mineral, cinzas, detergente ou gelo. O termo *não alimentar* está incluso porque o diagnóstico de pica não se aplica à ingestão de produtos alimentares com conteúdo nutricional mínimo. Geralmente não há aversão a alimentos em geral. É preciso que a ingestão de substâncias não nutritivas, não alimentares, seja inapropriada ao estágio de desenvolvimento (Critério B) e não parte de uma prática culturalmente aceita (Critério C). Sugere-se uma idade mínima de 2 anos para o diagnóstico de pica, de modo a excluir a exploração de objetos com a boca que acabam por ser ingeridos, normal no desenvolvimento das crianças pequenas. A ingestão de substâncias não nutritivas, não alimentares, pode ser um aspecto associado a outros transtornos mentais (p. ex., deficiência intelectual [transtorno do desenvolvimento intelectual], transtorno do espectro autista, esquizofrenia). Se o comportamento alimentar ocorrer exclusivamente no contexto de outro transtorno mental, então um diagnóstico distinto de pica deverá ser feito apenas se o comportamento alimentar for grave o suficiente a ponto de demandar atenção clínica adicional (Critério D).

# Transtorno de Ruminação

## Critérios Diagnósticos

307.53 (F98.21)

- A. Regurgitação repetida de alimento durante um período mínimo de um mês. O alimento regurgitado pode ser remastigado, novamente deglutido ou cuspidado.
- B. A regurgitação repetida não é atribuível a uma condição gastrointestinal ou a outra condição médica (p. ex., refluxo gastroesofágico, estenose do piloro).
- C. A perturbação alimentar não ocorre exclusivamente durante o curso de anorexia nervosa, bulimia nervosa, transtorno de compulsão alimentar ou transtorno alimentar restritivo/evitativo.
- D. Se os sintomas ocorrerem no contexto de outro transtorno mental (p. ex., deficiência intelectual [transtorno do desenvolvimento intelectual] ou outro transtorno do neurodesenvolvimento), eles são suficientemente graves para justificar atenção clínica adicional.

### Especificar se:

**Em remissão:** Depois de terem sido preenchidos os critérios para transtorno de ruminação, esses critérios não foram mais preenchidos por um período de tempo sustentado.

## Características Diagnósticas

A característica essencial do transtorno de ruminação é a regurgitação repetida de alimento depois de ingerido durante um período mínimo de um mês (Critério A). O alimento previamente deglutido que já pode estar parcialmente digerido é trazido de volta à boca sem náusea aparente, ânsia de vômito ou repugnância. O alimento pode ser remastigado e então ejetado da boca ou novamente deglutido. A regurgitação no transtorno de ruminação deverá ser frequente, ocorrendo pelo menos várias vezes por semana, em geral todos os dias. O comportamento não é mais bem explicado por uma condição gastrointestinal ou outra condição médica associada (p. ex., refluxo gastroesofágico, estenose do piloro) (Critério B) e não ocorre exclusivamente durante o curso de anorexia nervosa, bulimia nervosa, transtorno alimentar restritivo/evitativo (Critério C). Se os sintomas ocorrerem no contexto de outro transtorno mental (p. ex., deficiência intelectual [transtorno do desenvolvimento intelectual], transtorno do neurodesenvolvimento), é preciso que sejam suficientemente graves para justificar atenção médica adicional (Critério D) e deverão representar um aspecto primário da apresentação do indivíduo que requer intervenção. O transtorno pode ser diagnosticado durante toda a vida, sobretudo em indivíduos que também apresentam deficiência intelectual. Muitos indivíduos com o transtorno podem ser observados diretamente durante o comportamento de ruminação pelo médico. Em outros casos, o diagnóstico pode ser feito com base no autorrelato ou em informações corroborativas de pais ou cuidadores. Os indivíduos podem descrever o comportamento como habitual ou fora de seu controle.

# Transtorno Alimentar Restritivo/Evitativo

---

## Critérios Diagnósticos

307.59 (F50.8)

---

- A. Uma perturbação alimentar (p. ex., falta aparente de interesse na alimentação ou em alimentos; esquiva baseada nas características sensoriais do alimento; preocupação acerca de consequências aversivas alimentar) manifestada por fracasso persistente em satisfazer as necessidades nutricionais e/ou energéticas apropriadas associada a um (ou mais) dos seguintes aspectos:
1. Perda de peso significativa (ou insucesso em obter o ganho de peso esperado ou atraso de crescimento em crianças).
  2. Deficiência nutricional significativa.
  3. Dependência de alimentação enteral ou suplementos nutricionais orais.
  4. Interferência marcante no funcionamento psicossocial.
- B. A perturbação não é mais bem explicada por indisponibilidade de alimento ou por uma prática culturalmente aceita.
- C. A perturbação alimentar não ocorre exclusivamente durante o curso de anorexia nervosa ou bulimia nervosa, e não há evidência de perturbação na maneira como o peso ou a forma corporal é vivenciada.
- D. A perturbação alimentar não é atribuível a uma condição médica concomitante ou mais bem explicada por outro transtorno mental. Quando a perturbação alimentar ocorre no contexto de uma outra condição ou transtorno, sua gravidade excede a habitualmente associada à condição ou ao transtorno e justifica atenção clínica adicional.

*Especificar se:*

**Em remissão:** Depois de terem sido preenchidos os critérios para transtorno alimentar restritivo/evitativo, esses critérios não foram mais preenchidos por um período de tempo sustentado.

---

## Características Diagnósticas

O transtorno alimentar restritivo/evitativo substitui e amplia o diagnóstico do DSM-IV de transtorno da alimentação da primeira infância. A principal característica diagnóstica do transtorno alimentar restritivo/evitativo é a **esquiva ou a restrição da ingestão alimentar** (Critério A) manifestada por fracasso clinicamente significativo em satisfazer as demandas de nutrição ou ingestão energética insuficiente, por meio da ingestão oral de alimentos. Um ou mais dos seguintes aspectos-chave devem estar presentes: perda de peso significativa, deficiência nutricional significativa (ou impacto relacionado à saúde), dependência de alimentação enteral ou suplementos nutricionais orais ou interferência marcante no funcionamento psicossocial. A determinação da perda de peso significativa (Critério A1) é um julgamento clínico; em vez de perder peso, crianças e adolescentes que não concluíram o crescimento não mantêm os aumentos de peso e altura esperados em sua trajetória do desenvolvimento.

A determinação de deficiência nutricional significativa (Critério A2) também se baseia em avaliações clínicas (p. ex., determinação da ingestão de alimentos, exame físico e testes laboratoriais), e o impacto na saúde física pode ser também de gravidade semelhante ao que é visto na anorexia nervosa (p. ex., hipotermia, bradicardia, anemia). Em casos graves, em particular em lactentes, a desnutrição é potencialmente fatal. “Dependência” de nutrição enteral ou suplementos nutricionais orais (Critério A3) significa que é preciso suplementar a alimentação para manter a ingestão adequada. Exemplos de indivíduos que necessitam de alimentação suplementar incluem bebês com atraso no crescimento que necessitam de alimentação por sonda, crianças com transtornos do neurodesenvolvimento dependentes de suplementos nutricionais completos e indivíduos que dependem totalmente de alimentação por sonda de gastrostomia ou suplementos de nutrição oral completa na ausência de uma condição médica subjacente. A incapacidade de participar de atividades sociais normais, tais como fazer refeições com outras pessoas ou manter relacionamentos em decorrência da perturbação, indicaria uma interferência marcante no funcionamento psicossocial (Critério A4).

O transtorno alimentar restritivo/evitativo não inclui evitação ou restrição da ingestão alimentar em virtude da indisponibilidade de alimento ou de práticas culturais (p. ex., jejum religioso ou dieta normal) (Critério B) nem comportamentos normais para o desenvolvimento (p. ex., crianças pequenas exigentes para comer, ingestão reduzida em adultos mais velhos). A perturbação não é mais bem explicada por preocupação excessiva acerca do peso ou da forma corporal (Critério C) ou por fatores médicos ou transtornos mentais concomitantes (Critério D).

Em alguns indivíduos, a evitação ou a restrição alimentar podem se basear em características de qualidade do alimento, como sensibilidade extrema a aparência, cor, odor, textura, temperatura ou paladar. Esse comportamento foi descrito como “ingestão restritiva”, “ingestão seletiva”, “ingestão exigente”, “ingestão perseverante”, “recusa crônica de alimento” e “neofobia alimentar” e pode se manifestar como recusa em comer determinadas marcas de alimentos ou intolerância ao cheiro do alimento que está sendo consumido por outros. Indivíduos com sensibilidades sensoriais mais pronunciadas associadas ao autismo podem exibir comportamentos semelhantes.

A evitação ou a restrição alimentar também podem representar uma resposta negativa condicionada associada à ingestão alimentar seguindo, ou antecipando, uma experiência aversiva, como engasgo/sufocamento; uma investigação traumática, geralmente envolvendo o trato gastrointestinal (p. ex., esofagoscopia); ou vômitos repetidos. Os termos *disfagia funcional* e *globus hystericus* também foram usados para descrever tais condições.

# Transtorno de Compulsão Alimentar

## Critérios Diagnósticos

307.51 (F50.8)

- A. **Episódios recorrentes de compulsão alimentar.** Um episódio de compulsão alimentar é caracterizado pelos seguintes aspectos:
1. Ingestão, em um período determinado (p. ex., dentro de cada período de **duas horas**), de uma quantidade de alimento **definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria** no mesmo período sob circunstâncias semelhantes.
  2. **Sensação de falta de controle sobre a ingestão durante o episódio** (p. ex., sentimento de não conseguir parar de comer ou controlar o que e o quanto se está ingerindo).
- B. Os episódios de compulsão alimentar estão associados a **três (ou mais) dos seguintes aspectos**:
1. Comer mais rapidamente do que o normal.
  2. Comer até se sentir desconfortavelmente cheio.
  3. Comer grandes quantidades de alimento na ausência da sensação física de fome.
  4. Comer sozinho por vergonha do quanto se está comendo.
  5. Sentir-se desgostoso de si mesmo, deprimido ou muito culpado em seguida.
- C. **Sofrimento marcante em virtude da compulsão alimentar.**
- D. Os episódios de compulsão alimentar ocorrem, em média, **ao menos uma vez por semana durante três meses.**
- E. A compulsão alimentar não está associada ao **uso recorrente de comportamento compensatório inapropriado** como na bulimia nervosa e não ocorre exclusivamente durante o curso de bulimia nervosa ou anorexia nervosa.

*Especificar a gravidade atual:*

O nível mínimo de gravidade baseia-se na frequência de episódios de compulsão alimentar (ver a seguir). O nível de gravidade pode ser ampliado de maneira a refletir outros sintomas e o grau de incapacidade funcional.

**Leve:** 1 a 3 episódios de compulsão alimentar por semana.

**Moderada:** 4 a 7 episódios de compulsão alimentar por semana.

**Grave:** 8 a 13 episódios de compulsão alimentar por semana.

**Extrema:** 14 ou mais episódios de compulsão alimentar por semana.

---

O transtorno de compulsão alimentar está associado a sobrepeso e obesidade. IMC > 30 kg/m<sup>2</sup> em adultos)



## Fatores de Risco e Prognóstico

**Genéticos e fisiológicos.** O transtorno de compulsão alimentar parece comum em famílias, o que pode refletir influências genéticas adicionais.

# Transtorno de Compulsão Alimentar

## Critérios Diagnósticos

307.51 (F50.8)

- A. Episódios recorrentes de compulsão alimentar. Um episódio de compulsão alimentar é caracterizado pelos seguintes aspectos:
1. Ingestão, em um período determinado (p. ex., dentro de cada período de duas horas), de uma quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria no mesmo período sob circunstâncias semelhantes.
  2. Sensação de falta de controle sobre a ingestão durante o episódio (p. ex., sentimento de não conseguir parar de comer ou controlar o que e o quanto se está ingerindo).
- B. Os episódios de compulsão alimentar estão associados a três (ou mais) dos seguintes aspectos:
1. Comer mais rapidamente do que o normal.
  2. Comer até se sentir desconfortavelmente cheio.
  3. Comer grandes quantidades de alimento na ausência da sensação física de fome.
  4. Comer sozinho por vergonha do quanto se está comendo.
  5. Sentir-se desgostoso de si mesmo, deprimido ou muito culpado em seguida.
- C. Sofrimento marcante em virtude da compulsão alimentar.
- D. Os episódios de compulsão alimentar ocorrem, em média, ao menos uma vez por semana durante três meses.
- E. A compulsão alimentar não está associada ao uso recorrente de comportamento compensatório inapropriado como na bulimia nervosa e não ocorre exclusivamente durante o curso de bulimia nervosa ou anorexia nervosa.

### *Especificar se:*

**Em remissão parcial:** Depois de terem sido previamente satisfeitos os critérios plenos do transtorno de compulsão alimentar, a hiperfagia ocorre a uma frequência média inferior a um episódio por semana por um período de tempo sustentado.

**Em remissão completa:** Depois de terem sido previamente satisfeitos os critérios plenos do transtorno de compulsão alimentar, nenhum dos critérios é mais satisfeito por um período de tempo sustentado.

## Diagnóstico Diferencial

**Bulimia nervosa.** O transtorno de compulsão alimentar tem em comum com a bulimia nervosa o comer compulsivo recorrente, porém difere desta última em alguns aspectos fundamentais. Em termos de apresentação clínica, o comportamento compensatório inapropriado recorrente (p. ex., purgação, exercício excessivo) visto na bulimia nervosa está ausente no transtorno de compulsão alimentar. Diferentemente de indivíduos com bulimia nervosa, aqueles com transtorno de compulsão alimentar não costumam exibir restrição dietética marcante ou mantida voltada para influenciar o peso e a forma corporais entre os episódios de comer compulsivo. Eles podem, no entanto, relatar tentativas frequentes de fazer dieta. O transtorno de compulsão alimentar também difere da bulimia nervosa em termos de resposta ao tratamento. As taxas de melhora são consistentemente maiores entre indivíduos com transtorno de compulsão alimentar do que entre aqueles com bulimia nervosa.

# Bulimia Nervosa

**307.51 (F50.2)**

## Critérios Diagnósticos

- A. **Episódios recorrentes de compulsão alimentar.** Um episódio de compulsão alimentar é caracterizado pelos seguintes aspectos:
  1. Ingestão, em um período de tempo determinado (p. ex., dentro de cada período de duas horas), de uma quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria dos indivíduos consumiria no mesmo período sob circunstâncias semelhantes.
  2. Sensação de falta de controle sobre a ingestão durante o episódio (p. ex., sentimento de não conseguir parar de comer ou controlar o que e o quanto se está ingerindo).
- B. **Comportamentos compensatórios inapropriados** recorrentes a fim de impedir o ganho de peso, como vômitos autoinduzidos; uso indevido de laxantes, diuréticos ou outros medicamentos; jejum; ou exercício em excesso.
- C. **A compulsão alimentar e os comportamentos compensatórios inapropriados ocorrem, em média, no mínimo uma vez por semana durante três meses.**
- D. **A autoavaliação é indevidamente influenciada pela forma e pelo peso corporais.**
- E. **A perturbação não ocorre exclusivamente durante episódios de anorexia nervosa.**

*Especificar a gravidade atual:*

O nível mínimo de gravidade baseia-se na frequência dos comportamentos compensatórios inapropriados (ver a seguir). O nível de gravidade pode ser elevado de maneira a refletir outros sintomas e o grau de incapacidade funcional.

**Leve:** Média de 1 a 3 episódios de comportamentos compensatórios inapropriados por semana.

**Moderada:** Média de 4 a 7 episódios de comportamentos compensatórios inapropriados por semana.

**Grave:** Média de 8 a 13 episódios de comportamentos compensatórios inapropriados por semana.

**Extrema:** Média de 14 ou mais comportamentos compensatórios inapropriados por semana.

---

Indivíduos com bulimia nervosa estão geralmente dentro da faixa normal de peso ou com sobrepeso (IMC > 18,5 kg/m<sup>2</sup> e < 30 em adultos)

## Fatores de Risco e Prognóstico

**Temperamentais.** Preocupações com o peso, baixa autoestima, sintomas depressivos, transtorno de ansiedade social e transtorno de ansiedade excessiva da infância (DSM-III-R) estão associados a um risco maior de desenvolver bulimia nervosa.

**Ambientais.** Observou-se que a internalização de um ideal corporal magro aumenta o risco de desenvolver preocupações com o peso, o que, por sua vez, aumenta o risco de desenvolver bulimia nervosa. Indivíduos que sofreram abuso sexual ou físico na infância têm um risco maior de desenvolver o transtorno.

**Genéticos e fisiológicos.** Obesidade infantil e maturação puberal precoce aumentam o risco de bulimia nervosa. A transmissão familiar do transtorno pode estar presente, bem como vulnerabilidades genéticas para a perturbação.

**Modificadores do curso.** A gravidade da comorbidade psiquiátrica prediz uma evolução mais desfavorável de bulimia nervosa no longo prazo.

# Bulimia Nervosa

**307.51 (F50.2)**

## Critérios Diagnósticos

- A. Episódios recorrentes de compulsão alimentar. Um episódio de compulsão alimentar é caracterizado pelos seguintes aspectos:
  - 1. Ingestão, em um período de tempo determinado (p. ex., dentro de cada período de duas horas), de uma quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria dos indivíduos consumiria no mesmo período sob circunstâncias semelhantes.
  - 2. Sensação de falta de controle sobre a ingestão durante o episódio (p. ex., sentimento de não conseguir parar de comer ou controlar o que e o quanto se está ingerindo).
- B. Comportamentos compensatórios inapropriados recorrentes a fim de impedir o ganho de peso, como vômitos autoinduzidos; uso indevido de laxantes, diuréticos ou outros medicamentos; jejum; ou exercício em excesso.
- C. A compulsão alimentar e os comportamentos compensatórios inapropriados ocorrem, em média, no mínimo uma vez por semana durante três meses.
- D. A autoavaliação é indevidamente influenciada pela forma e pelo peso corporais.
- E. A perturbação não ocorre exclusivamente durante episódios de anorexia nervosa.

*Especificar se:*

**Em remissão parcial:** Depois de todos os critérios para bulimia nervosa terem sido previamente preenchidos, alguns, mas não todos os critérios, foram preenchidos por um período de tempo sustentado.

**Em remissão completa:** Depois de todos os critérios para bulimia nervosa terem sido previamente preenchidos, nenhum dos critérios foi preenchido por um período de tempo sustentado.

# Anorexia Nervosa

---

## Critérios Diagnósticos

---

- A. Restrição da ingestão calórica em relação às necessidades, levando a um peso corporal significativamente baixo no contexto de idade, gênero, trajetória do desenvolvimento e saúde física. *Peso significativamente baixo* é definido como um peso inferior ao peso mínimo normal ou, no caso de crianças e adolescentes, menor do que o minimamente esperado.
- B. Medo intenso de ganhar peso ou de engordar, ou comportamento persistente que interfere no ganho de peso, mesmo estando com peso significativamente baixo.
- C. Perturbação no modo como o próprio peso ou a forma corporal são vivenciados, influência indevida do peso ou da forma corporal na autoavaliação ou ausência persistente de reconhecimento da gravidade do baixo peso corporal atual.

**Nota para codificação:** O código da CID-9-MC para anorexia nervosa é **307.1**, atribuído independentemente do subtipo. O código da CID-10-MC depende do subtipo (ver a seguir).

## Subtipos

- **(F50.01) Tipo restritivo:** Durante os últimos três meses, o indivíduo não se envolveu em episódios recorrentes de compulsão alimentar ou comportamento purgativo (i.e., vômitos autoinduzidos ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas). Esse subtipo descreve apresentações nas quais a **perda de peso seja conseguida essencialmente por meio de dieta, jejum e/ou exercício excessivo.**
- **(F50.02) Tipo compulsão alimentar purgativa:** Nos últimos três meses, o indivíduo se envolveu em episódios recorrentes de compulsão alimentar purgativa (i.e., **vômitos autoinduzidos ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas**).
- O nível mínimo de gravidade baseia-se, em adultos, no índice de massa corporal (IMC) atual ou, para crianças e adolescentes, no percentil do IMC.
- **Leve:** IMC  $\geq 17$  kg/m<sup>2</sup>
- **Moderada:** IMC 16-16,99 kg/m<sup>2</sup>
- **Grave:** IMC 15-15,99 kg/m<sup>2</sup>
- **Extrema:** IMC  $< 15$  kg/m<sup>2</sup>
- **Compulsão alimentar purgativa:** Alguns indivíduos com esse subtipo de anorexia nervosa não apresentam episódios de hiperfagia, mas purgam regularmente depois do **consumo de pequenas quantidades de alimento.**
- A alternância entre os subtipos ao longo do curso do transtorno não é incomum; portanto, a descrição do subtipo deverá ser usada para indicar os sintomas atuais, e não o curso longitudinal.

# Critério B: Medo intenso de ganhar peso ou engordar

- Não costuma ser aliviado pela perda de peso;
- **Preocupação acerca do peso pode aumentar até mesmo se o peso diminuir;**
- Indivíduos mais jovens, bem como alguns adultos, podem não reconhecer ou perceber o medo de ganhar peso.

Percebeu que para o blog foi uma semana bem produtiva. Mas essa "avalanche" só foi de quinta pra cá por que eu comecei a semana passada muito desanimada...não fiz exercícios, estudei pouco....e só na quinta percebi que, se continuasse assim, eu não iria alcançar inúmeras coisas que eu desejo....antes do fim do ano! Sim, além de chegar nas festas mais magra (no meu objetivo ou bem próximo dela) tem outras coisas pra lutar. Lavei a cara e fui correr atrás do prejuízo. E, assim não foi uma semana perdida. Uma lição: não posso me permitir "fazer drama" por muito tempo....horas são muito preciosas e tenho muito que conquistar!



# Critério C. Perturbação no modo como o próprio peso ou a forma corporal são vivenciados

- Sentem-se completamente acima do peso.
- Percebem que estão magras, mas ainda assim se preocupam com determinadas partes do corpo, em particular que o abdome, os glúteos e o quadril estão “gordos demais”.
- **Técnicas para avaliar o tamanho ou o peso de seus corpos:** Pesagens frequentes, medição obsessiva de partes do corpo e uso persistente de um espelho....

Uma das coisas que mais gostamos de ouvir quando estamos de dieta?!? "Você emagreceu!!"

Semana passada ouvi isso da minha irmã...ela mora bem próxima de mim e ela não é muito de dizer se eu engordei ou emagreci...Mas um dia, na casa dela, eu levantei e puxei minhas calças e ela comentou que já fazia um tempo que achava que estava bem magra, mas que somente agora tinha comentado...fiquei nas nuvens! Desconfio que é a primeira vez que escuto ela dizer isso. No começo da nossa adolescência, ela tinha muita vergonha de mim. Ninguém quer ser vista ao lado de uma pessoa gorda, com espinhas, feia...Principalmente se você for a menina mais linda da escola, que era o caso dela. Magoas passadas, superadas.

Essa semana foi minha sogra. Foi bom ouvir dela porque eu valorizo e muito o que ela diz sobre mim pra ele, eles são muito ligados e minha intuição sempre diz que tenho que agradar a ela para que meu relacionamento com ele seja de paz...bom, nesses quase três anos isso deu certo! Kkkkkkkkkkk

E, na sexta eu tirei várias Selfie....e numa posição que muitas vezes não ousava em tirar...**com a câmera de baixo para cima.** Aquela em que no passado, não muito distante, era extremamente proibido pois revelava as papas, o dubro queixo...senti uma diva! Mas...como tenho muito que conquistar, vou pra luta!

E não perca os próximos post....continuação das dicas e outras novidades. Meu cérebro está bem produtivo!! Kkkkkkk

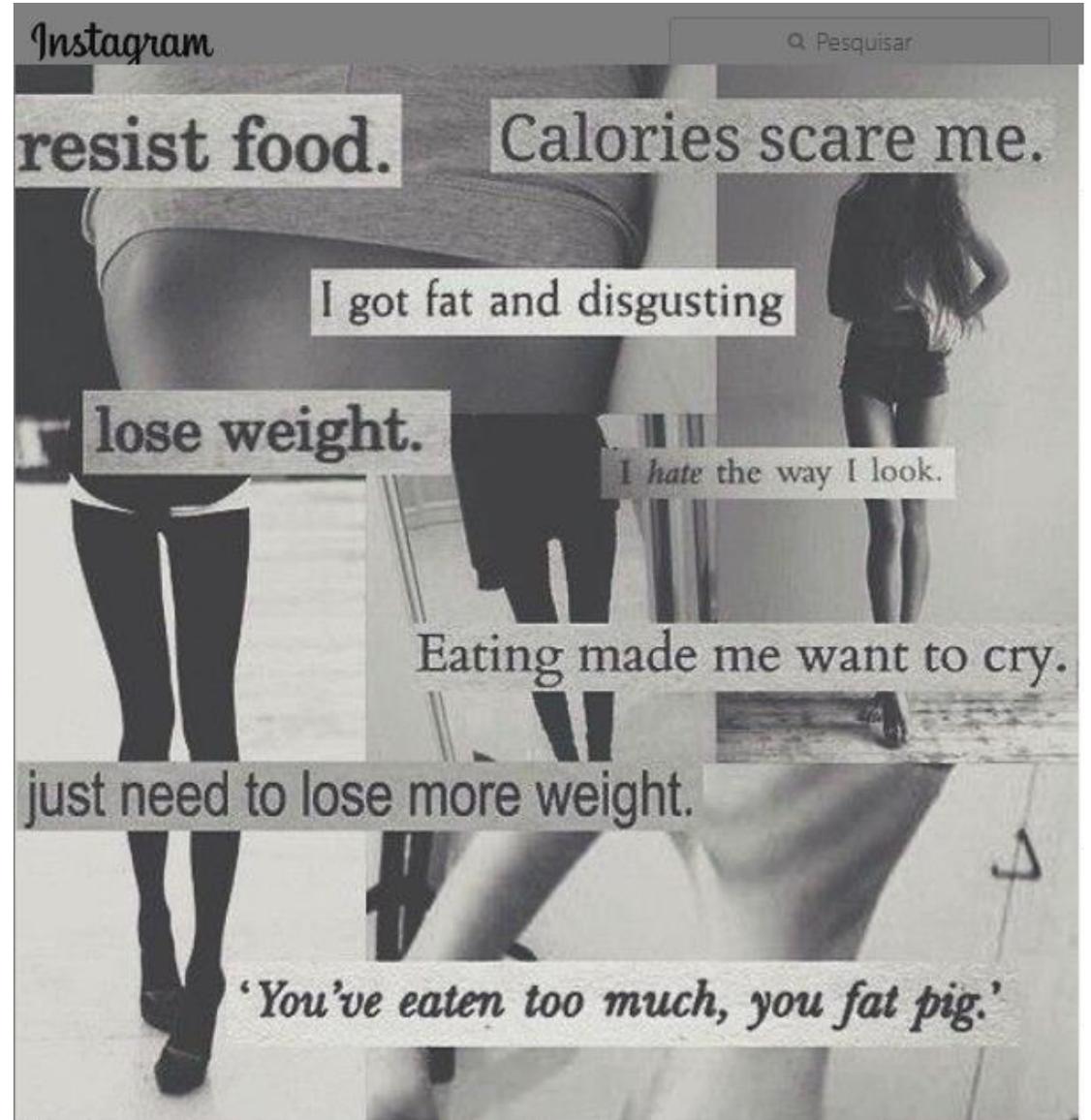
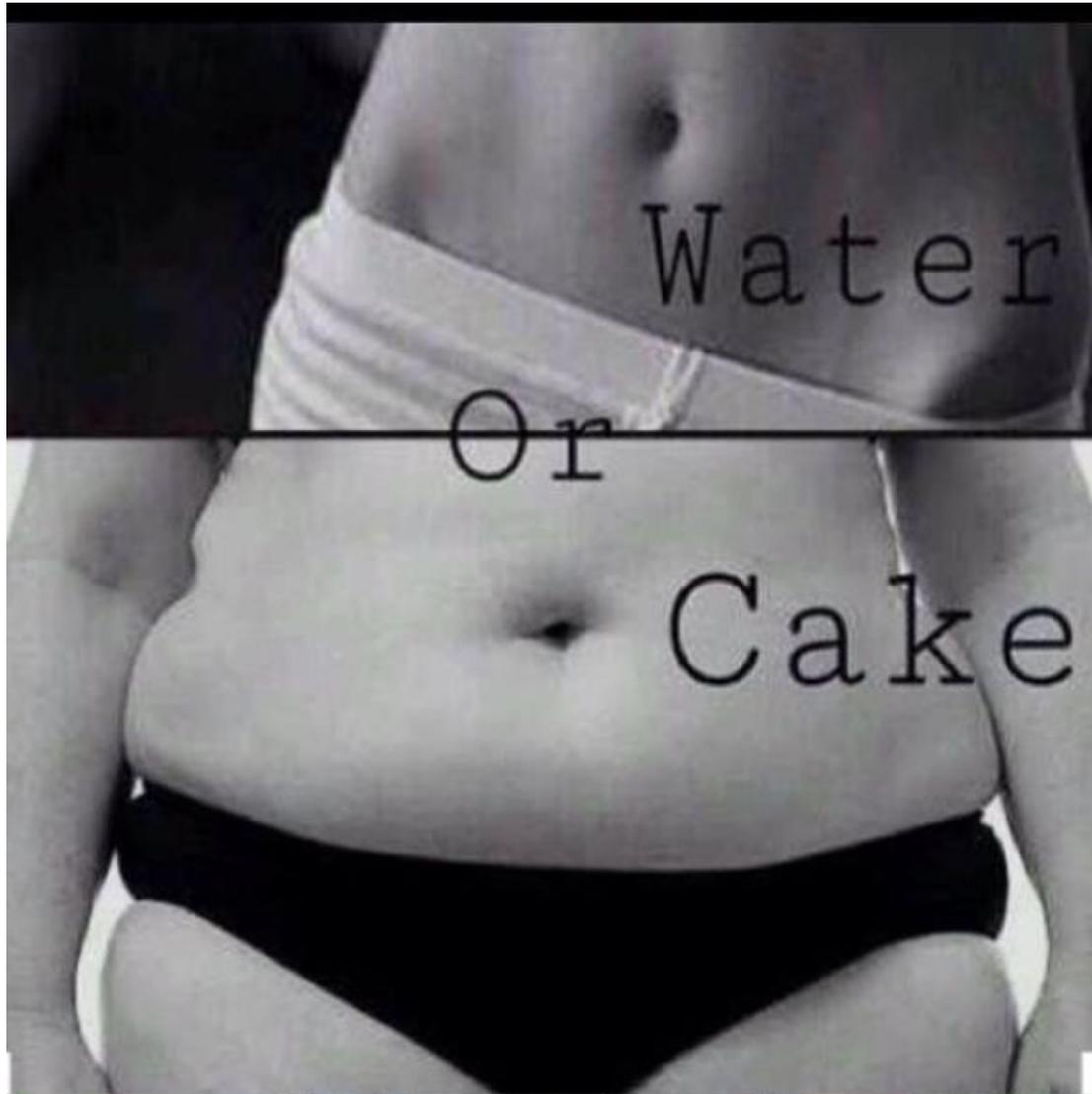
Sintam amavelmente beijados!

# Fatores de Risco e Prognóstico

**Temperamentais.** Indivíduos que desenvolvem transtornos de ansiedade ou exibem traços obsessivos na infância estão em risco maior de desenvolver anorexia nervosa.

**Ambientais.** A variabilidade histórica e transcultural na prevalência de anorexia nervosa corrobora sua associação com culturas e contextos que valorizam a magreza. Ocupações e trabalhos que incentivam a magreza, como modelo e atleta de elite, também estão associados a um risco maior.

**Genéticos e fisiológicos.** Existe risco maior de anorexia e bulimia nervosas entre parentes biológicos de primeiro grau de indivíduos com o transtorno. Também foi observado risco maior de transtornos bipolares e depressivos entre parentes de primeiro grau de indivíduos com anorexia nervosa, em particular parentes daqueles com o tipo compulsão alimentar purgativa. As taxas de concordância para anorexia nervosa em gêmeos monozigóticos são significativamente mais altas do que as de gêmeos dizigóticos. Uma gama de anormalidades cerebrais foi descrita na anorexia nervosa usando tecnologias de imagem funcional (imagem por ressonância magnética funcional, tomografia por emissão de pósitrons). O grau em que esses achados refletem mudanças associadas a desnutrição *versus* anormalidades primárias associadas a esse transtorno não está claro.



## DOSES DE MOTIVAÇÃO.

- . O começo é sempre hoje!
- . Não importa o quão lento você vá, desde que não pare!
- . Cada vez que você dizer não pra comida, você diz sim pra magreza!
- . Coma pra viver, não viver pra comer!
- . Você quer realmente esse peso para o resto de sua vida?!?
- . Não desista do que você mais deseja para o que você quer no momento!
- . Se fosse fácil, todos seriam magros!
- . Calorias não te fazem feliz!
- . Sacrifício é desistir de algo bom para algo melhor!
- . Eu não estou lá ainda, mas estou mais perto do que ontem
- . As dificuldades e as lutas de hoje é o preço que temos pra pagar as conquistas e as vitórias de amanhã.
- . Um momento no lábios...para sempre nos quadril!
- . Não desista cinco minutos antes do milagre!
- . Nós nos tornamos o que nós amamos!
- . O segredo do sucesso é a consistência para conseguir.
- . Quando se trata de perda de peso, os que podem fazem; os que não podem dão desculpas.

## DIETA PERDIDA:

Semana um.

dia um - 100 kcal  
dia dois - 100 kcal  
dia três - 150 kcal  
dia quatro - 150 kcal  
dia cinco - 200 kcal  
dia seis - 200 kcal  
dia sete - 150 kcal

Semana dois.

dia um - 150 kcal  
dia dois - 150 kcal  
dia três - 150 kcal  
dia quatro - 150 kcal  
dia cinco - 250 kcal  
dia seis - 250 kcal  
dia sete - 200 kcal

Semana três.

dia um - 200 kcal  
dia dois - 200 kcal  
dia três - 200 kcal  
dia quatro - 200 kcal  
dia cinco - 300 kcal  
dia seis - 300 kcal  
dia sete - 250 kcal

Resultado final:  
de 25 a 30 quilos.  
(depende do seu organismo)



Semana quatro.

dia um - 250 kcal  
dia dois - 250 kcal  
dia três - 250 kcal  
dia quatro - 250 kcal  
dia cinco - 250 kcal  
dia seis - 300 kcal  
dia sete - 300 kcal

Semana cinco.

dia um - 250 kcal  
dia dois - 250 kcal  
dia três - 250 kcal  
dia quatro - 250 kcal  
dia cinco - 250 kcal  
dia seis - 300 kcal  
dia sete - 300 kcal

## 60 VANTAGENS DE SER ANA / MIA.

Muitas frases semelhantes já foram postado no meu blog, mas são motivações que determina o sucesso da perda de peso, e isso inclui repetições... Sei que algumas frases que posto são cruéis,mas isso é vida real! Viver com a gordura não é o mesmo que viver como uma pessoa fina, sei disso porque é o que vivi na carne. Se você se sentir ofendido, não me interprete mal e até peço desculpas mas eu acho que isso pode servir de inspiração e impulso para atingir o peso que você sempre quis.

1. Ser Ana soa muito melhor que ser gordo!
2. Você será perfeito.
3. Sempre você será um gordo se você não começar sua dieta hoje!
4. Estar com fome é ter controle. No começo é muito difícil mas quando você se ver no controle, você vai amar isso!
5. Você será bonita (o).
6. Você será capaz de obter inúmeras coisas que você quer.
7. Não há necessidade de pensar em comida o tempo todo.
8. Sentir fome é um excelente exemplo de poder.
9. As pessoas sempre vão lembrar de você como uma pessoa bonita
10. Pessoas magras são mais bonitas.
11. Você será capaz de correr mais rápido.
12. Você vai se sentir bonita por dentro e por fora.
13. As pessoas que pensam somente em comida são egoístas.
14. A gordura não pode ser acomodado.
15. Se você comer o tempo todo, as pessoas vão olhar feio.
16. Os ossos são limpos e puros.
17. A gordura é suja e paira sobre você como uma parasita.
18. Pessoas magras ficam bem com qualquer roupa.
19. Pessoas gordas morrem mais rápidos.
20. O que você prefere: perseverar a fome ou comer demais?
21. Um minuto na boca, uma vida inteira em seus quadris.
22. As pessoas vão felicitar-lo pelos quilos que você perdeu.
23. Você vai gastar menos dinheiro em comida e gastar em outras coisas.
24. As pessoas não vão dizer "você não é gordo...apenas fortinho"
25. Pessoas com boa aparência tem melhores empregos

25. Pessoas com boa aparência tem melhores empregos.
26. As pessoas gordas sempre falham nos esportes.
27. Pessoas que não conseguem manter uma dieta são perdedores!
28. Todos amam as Anas apesar de negar.
29. Você terá mais auto-estima.
30. Você vai comer mais saudável!
31. Pense que, Ana e Mia, como sua arma secreta.
32. Você vai se sentir mais segura e feliz.
33. Você vai se sentir perfeita por dentro e isso será refletido no seu exterior
34. Ser magra é estar na moda.
35. Você vai se sentir livre, sem gordura.
36. Todos sentiram inveja de você.
37. Uma mulher magra brilha, todos notam quando passa.
38. Você será capaz de usar saias pois você terá pernas espetaculares.
39. Seus amigos vão te admirar!
40. Você não vai querer ser a pessoa mais gorda da sua cidade, né?
41. Será que você sofre de obsessão mórbida?
42. Não ter medo de escolher um tamanho menor.
43. Você vai ser tão fina quanto uma modelo.
44. Você sempre ficara impecável.
45. Você não ficara grande nas fotos.
46. Insalubrir comida não é algo digno de uma verdadeira princesa.
47. Você vai se sentir orgulhosa de vestir um biquíni.
48. As pessoas gordas tem aparência de velhos, tristes e doentes.
49. Contando calorias vai ajudar você perder ou manter o peso.
50. Comprar roupas bonitas com o dinheiro que você economizar em comidas.
51. A palavra gordura estará fora de seu vocabulário.
52. Magras não ficam preocupadas com as gordurinhas que as vezes sobra quando usam roupas justas.
53. É a refeição mais importante que a felicidade?
54. Alguns alimentos é enganosa, cada mordida faz você gordo, feio, inchado e infeliz.
55. Veja sua thinspo favorita: com certeza ela passa por privações para ficar belíssima!
56. Celulite ou perfeição?
57. Pessoas gordas geralmente são só porque as pessoas não gostam de ser vistas com um.
58. Obesidade geram inúmeras doenças.
59. Gordos sentem mais calor.
60. Não será piadas para os outros.

# 20 mandamentos da ana/mia

- 1- Olhe no espelho e diga a vc mesmo que está gorda.
- 2- Não acredite no que os outros andam dizendo a seu respeito. Você nunca estará magra o suficiente.
- 3- Olhe imagens de mulheres belas e magras diariamente, e torne-se uma delas.
- 4- Não pense ou coma comida. Comida lhe faz engordar, QUALQUER comida lhe faz engordar.
- 5- Beba o maximo de água que puder. Se sentir q vai explodir, beba um pouco mais.
- 6- Não chore, chorando você faz drama e demonstra que não tem controle e é fraca.
- 7- Não conte a nenhum amigo que vc e MIA... ou ANNA... eles querem acabar com elas.
- 8- Faça diariamnte exercícios físicos, exageradamente e nunca ache que está demais.
- 9- Fique sempre de olho nas calorias... Se puder não coma, só quando estiver fraca d+ a ponto de perder os sentidos.
- 10-LEMBRE-SE: COMER É PARA OS FRACOS!!!
11. Nunca rejeitar um bom copo de água gelada.
12. Guardar pelo menos 5 reais da mesada para os laxantes.
13. Cuidar da aparência.
14. Nunca mais gastar seu dinheiro com comida.
15. Sempre ter fotos de thinspirations com você.
16. Rejeitar o máximo de refeições.
17. Nunca abrir mão de sua amiga bulimia e de esportes.
18. Vencer os desafios que vierem pela frente.
19. Mentir quando necessário.
20. Mesmo depois de ter uma grande compulsão não desista.



Me pediram pra ser eu mesma

Me pediram para agradar aos outros

Me pediram para ser educada

Me pediram para não me importar

Me disseram para não ser gorda

E hoje reclamam da minha magreza.

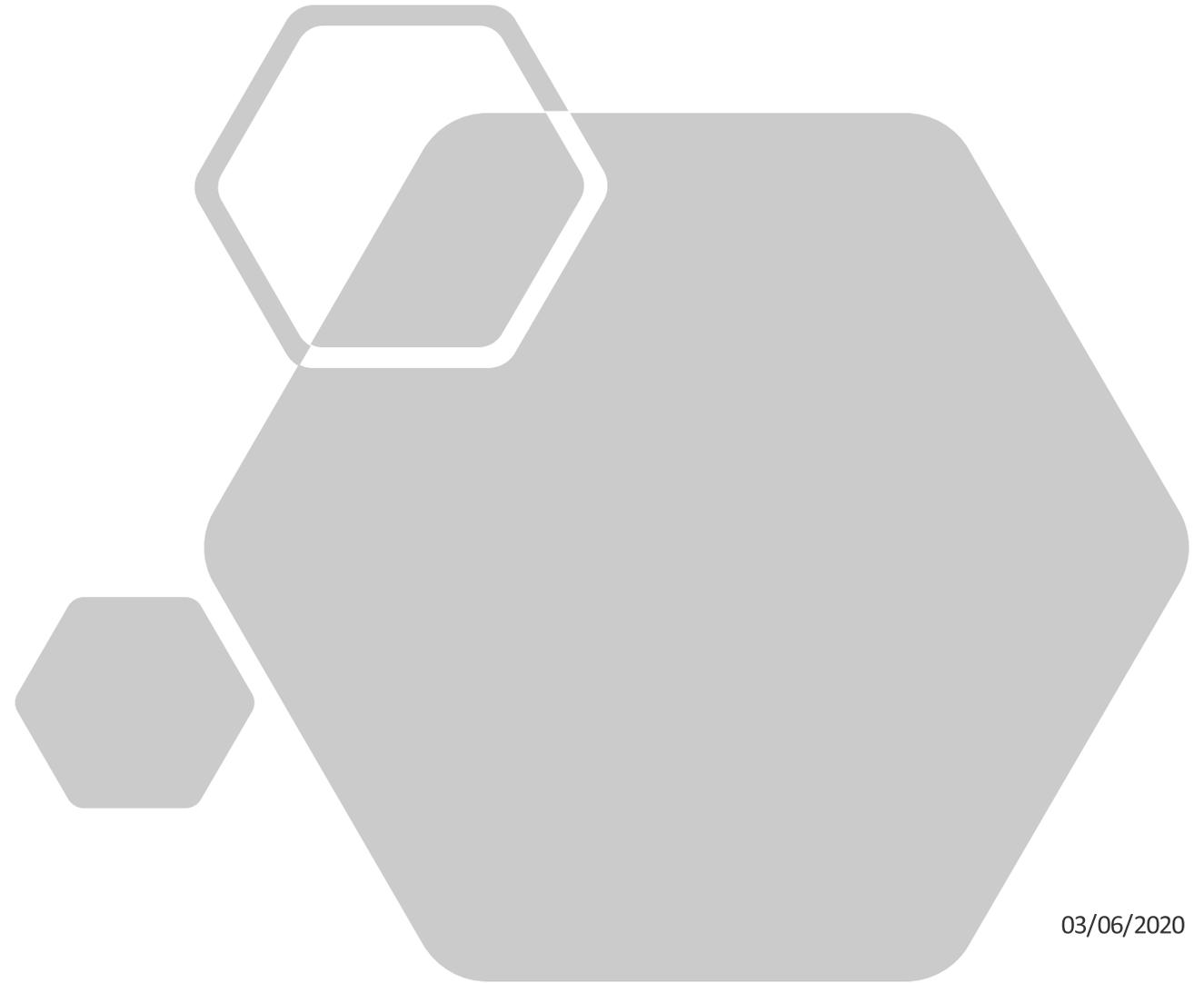


<https://www.youtube.com/watch?v=NUceP2ITQ0I>

6/3/2020

# Psicanálise

- Relação mãe e filha;
- Autocontrole;



*Especificar se:*

**Em remissão parcial:** Depois de terem sido preenchidos previamente todos os critérios para anorexia nervosa, o Critério A (baixo peso corporal) não foi mais satisfeito por um período sustentado, porém ou o Critério B (medo intenso de ganhar peso ou de engordar ou comportamento que interfere no ganho de peso), ou o Critério C (perturbações na autopercepção do peso e da forma) ainda está presente.

**Em remissão completa:** Depois de terem sido satisfeitos previamente todos os critérios para anorexia nervosa, nenhum dos critérios foi mais satisfeito por um período sustentado.

# Outro Transtorno Alimentar Especificado

---

**307.59 (F50.8)**

---

Esta categoria aplica-se a apresentações em que sintomas característicos de um transtorno alimentar que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo predominam, mas não satisfazem todos os critérios para qualquer transtorno na classe diagnóstica de transtornos alimentares. A categoria outro transtorno alimentar especificado é usada nas situações em que o clínico opta por comunicar a razão específica pela qual a apresentação não satisfaz os critérios para qualquer transtorno alimentar específico. Isso é feito por meio do registro de "outro transtorno alimentar especificado", seguido da razão específica (p. ex., "bulimia nervosa de baixa frequência").

Exemplos de apresentações que podem ser especificadas usando a designação "outro transtorno alimentar especificado" incluem os seguintes:

1. **Anorexia nervosa atípica:** Todos os critérios para anorexia nervosa são preenchidos, exceto que, apesar da perda de peso significativa, o peso do indivíduo está dentro ou acima da faixa normal.
  2. **Bulimia nervosa (de baixa frequência e/ou duração limitada):** Todos os critérios para bulimia nervosa são atendidos, exceto que a compulsão alimentar e comportamentos compensatórios indevidos ocorrem, em média, menos de uma vez por semana e/ou por menos de três meses.
  3. **Transtorno de compulsão alimentar (de baixa frequência e/ou duração limitada):** Todos os critérios para transtorno de compulsão alimentar são preenchidos, exceto que a hiperfagia ocorre, em média, menos de uma vez por semana e/ou por menos de três meses.
  4. **Transtorno de purgação:** Comportamento de purgação recorrente para influenciar o peso ou a forma do corpo (p. ex., vômitos autoinduzidos; uso indevido de laxantes, diuréticos ou outros medicamentos) na ausência de compulsão alimentar.
  5. **Síndrome do comer noturno:** Episódios recorrentes de ingestão noturna, manifestados pela ingestão ao despertar do sono noturno ou pelo consumo excessivo de alimentos depois de uma refeição noturna. Há consciência e recordação da ingesta. A ingestão noturna não é mais bem explicada por influências externas, como mudanças no ciclo de sono-vigília do indivíduo, ou por normas sociais locais. A ingestão noturna causa sofrimento significativo e/ou prejuízo no funcionamento. O padrão desordenado de ingestão não é mais bem explicado por transtorno de compulsão alimentar ou outro transtorno mental, incluindo uso de substâncias, e não é atribuível a outro distúrbio médico ou ao efeito de uma medicação.
-

# Transtorno Alimentar Não Especificado

---

**307.50 (F50.9)**

---

Esta categoria aplica-se a apresentações em que sintomas característicos de um transtorno alimentar que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo predominam, mas não satisfazem todos os critérios para qualquer transtorno na classe diagnóstica de transtornos alimentares. A categoria transtorno alimentar não especificado é usada nas situações em que o clínico opta por não especificar a razão pela qual os critérios para um transtorno alimentar específico não são satisfeitos e inclui apresentações para as quais não há informações suficientes para que seja feito um diagnóstico mais específico (p. ex., em salas de emergência).

---