



MANUAL DOS

TRANSTORNOS ALIMENTARES

# TRANSTORNOS ALIMENTARES

*“Somos uma cultura em busca da dieta perfeita, e como prova disso há uma porção de pessoas infelizes e inseguras por aí.. Precisamos repensar, retomar uma abordagem simples [...] Mas somos distraídos e seduzidos por promessas de resultados rápidos e milagrosos. Perdemos peso rapidamente, voltamos a engordar, então partimos para outra solução mágica. Essa é uma fórmula alimentada pela indústria da dieta para manter as pessoas gordas”.*  
(Foxxcroft2013)

**Foxxcroft L. A tirania das dietas.  
São Paulo: Três Estrelas; 2013.**

# TRANSTORNOS ALIMENTARES



## EU VIVI NA PELE

No dicionário temos compulsão como um "impulso irresistível de realizar um ato irracional". Que me desculpe o Aurélio, mas não há nada de irracional na compulsão, eu estive desse lado, e o comportamento compulsivo pra mim, fez todo sentido.

A compulsão é uma mensagem tão valiosa, conta uma história, faz uma declaração, questiona, apresenta uma oportunidade de reexaminar o que foi perdido, ignorado. A compulsão questiona a qualidade de vida; e mostra que você está lutando por ela.

A dor e a tentativa de evitar essa dor me tornou uma pessoa compulsiva. O espectro do desconhecido me tornou compulsiva. O medo de saber quem eu era, me tornou compulsiva.

Comer compulsivamente foi uma maneira de dizer a mim mesma que algo mais importante estava acontecendo, que eu deveria diminuir o ritmo, prestar atenção, reorganizar e aprender alguma coisa.

A boa notícia é que existe um fim para essa maneira tortuosa de interpretar o que você faz com a comida, um fim para o uso da alimentação contra você mesma. Você não vai parar de sentir, mas vai mudar seu comportamento.

Eu consegui,  
Você também consegue.

# TRANSTORNOS ALIMENTARES



## DEDICATÓRIA

Dedico esse manual a Deus em primeiro lugar, que esteve comigo em todos os momentos, por mais obscuros que fossem.

A minha família, em especial meu falecido pai que me mostrou o amor e a grandeza nas coisas mais simples da vida, minha mãe, por me fazer ver aqui na terra a imagem e semelhança de Cristo, meu irmão, por me mostrar a importância das vidas que cruzam meu caminho e meu marido por me fazer ir além e estar junto comigo em cada sonho meu.

Aos profissionais que me acompanharam na minha jornada contra a obesidade e os transtornos alimentares, certamente levo um pouco do que aprendi com cada um.

Aos meus colaboradores e estagiárias pela dedicação e maestria na difícil função que é trabalhar comigo.

Aos meus pacientes, pela confiança no meu trabalho. Eu aprendo mais com vocês do que aprendi em qualquer formação.

Meu simples e sincero, muito obrigada.

# TRANSTORNOS ALIMENTARES

## O QUE NÃO É TRANSTORNO ALIMENTAR



**Não é comer um doce.  
Não é comer um salgadinho.  
Não é tomar um  
refrigerante.  
Não é chupar algumas balas.**

Ingerir todas estas coisas com frequência e em quantidades generosas certamente não é uma boa ideia, especialmente se você está tentando perder ou manter o peso.

Mas isso NÃO é sinônimo de comer compulsivamente. Às vezes, sem se dar conta as pessoas acham que comer coisas “que têm de ser evitadas” é sinônimo de Transtorno Alimentar, MAS NÃO É.

# TRANSTORNOS ALIMENTARES

## FREQUÊNCIA E PERÍODO



A ingestão alimentar passa a ser patológica quando há uma frequência e por um período.

Além disso, ocorrem às vezes em situações escondidas ou em situações onde não se espera que eles ocorram.

Ou seja, deve apresentar pelo menos um episódio por semana ao longo dos últimos três meses. Além disso, estes episódios recorrentes são desconfortáveis, fisicamente e psiquicamente.

# TRANSTORNOS ALIMENTARES

## TIPOS DE TRANSTORNO



Transtornos alimentares envolvem uma perturbação persistente de comer ou do comportamento relacionado com a alimentação que:

- Altera o consumo ou absorção dos alimentos
- Prejudica significativamente a saúde física e/ou funcionamento psicossocial

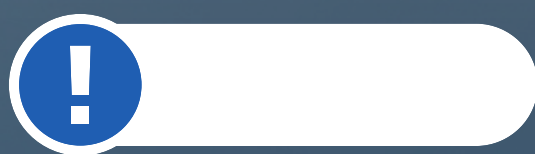
### Transtornos alimentares específicos incluem:

- Transtorno de compulsão alimentar periódico (TCAP)
- Anorexia nervosa (AN)
- Bulimia nervosa (BM)
- Transtorno de ingestão de alimentos esquivo/restritivo
- Picafagia
- Transtorno de ruminação

# TRANSTORNOS ALIMENTARES

## COMER COMPULSIVAMENTE

Comer compulsivamente (ou, mais adequadamente dito, ter um episódio de compulsão alimentar, ECA) é comer o que a maior parte das pessoas iria achar uma grande ou imensa quantidade de comida (ou calorias, no caso de comidas MUITO calóricas), num intervalo muito pequeno de tempo (por exemplo, duas horas), com a sensação de não controlar não só o quanto comeu, mas, às vezes também, o que comeu.



**Para você ter uma ideia, já foram descritos episódios compulsivos de 5000 a 15000 calorias numa tacada só. Você leu direito: cinco mil a quinze mil.**



# TRANSTORNOS ALIMENTARES

## COMPULSÃO ALIMENTAR



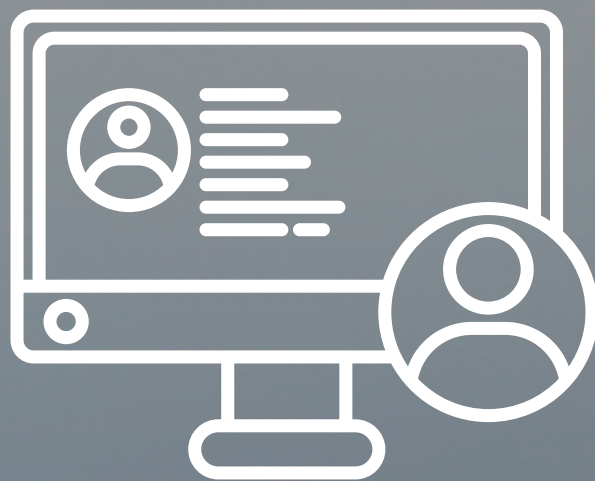
Caracteriza-se por episódios recorrentes de consumo de grandes quantidades de alimentos com sensação de perda de controle.

Eles não são seguidos por comportamentos compensatórios inapropriados, tais como indução de vômitos ou abuso de laxantes.

O diagnóstico é clínico. O tratamento é com terapia cognitivo - comportamental ou, às vezes, psicoterapia interpessoal associado ou não a fármacos.

# TRANSTORNOS ALIMENTARES

## COMPULSÃO ALIMENTAR DADOS



O transtorno de compulsão alimentar acomete em torno de 3,5% das mulheres e 2% dos homens na população geralmente durante suas vidas.

Diferentemente da bulimia nervosa, o transtorno de compulsão alimentar ocorre mais frequentemente entre pessoas obesas e contribui para o consumo calórico excessivo; pode estar presente em  $\geq 30\%$  das pessoas obesas.

Em comparação com pessoas com anorexia nervosa ou bulimia nervosa, aqueles com transtorno de compulsão alimentar são mais velhos e têm mais chance de serem homens.

# TRANSTORNOS ALIMENTARES

## COMPULSÃO ALIMENTAR SINAIS E SINTOMAS

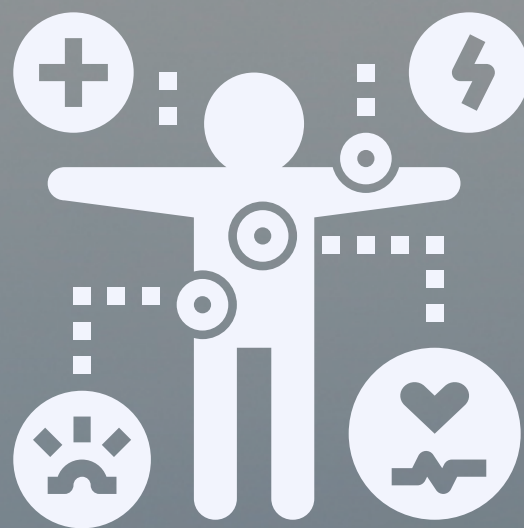


Durante um episódio compulsivo, as pessoas consomem uma quantidade de alimentos muito maior do que a maioria das pessoas comeria em um período de tempo semelhante sob circunstâncias similares. Durante e após um episódio compulsivo, as pessoas se sentem como se tivessem perdido o controle.

A compulsão alimentar não é acompanhada de purgação (indução de vômitos, mau uso de laxantes, diuréticos ou enemas), exercício excessivo ou jejum. A compulsão alimentar é episódica; não envolve comer em excesso constantemente (“lambiscar”).

# TRANSTORNOS ALIMENTARES

## COMPULSÃO ALIMENTAR SINAIS E SINTOMAS



As pessoas com esse distúrbio ficam geralmente incomodadas com ele.

Depressão leve a moderada e preocupação com a forma e peso corporal, ou ambos, são mais comuns em pessoas obesas com transtorno de compulsão alimentar do que em pessoas com peso similar sem compulsão alimentar.

O transtorno de compulsão alimentar é diferenciado da bulimia nervosa (que também envolve compulsão alimentar) pela ausência de comportamentos compensatórios (por exemplo vômitos autoinduzidos, uso de laxantes ou diuréticos, excesso de exercícios, jejum).

# TRANSTORNOS ALIMENTARES

## COMPULSÃO ALIMENTAR DIAGNÓSTICO



Critérios clínicos para o diagnóstico:

- A compulsão alimentar ocorre, em média, pelo menos 1 vez/semana por 3 meses
- Os pacientes têm sensação de falta de controle em relação à alimentação

Além disso,  $\geq 3$  dos seguintes deve estar presente:

- Comer muito mais rápido do que o normal;
- Comer até se sentir desconfortavelmente cheio;
- Comer grandes quantidades de alimento quando não se sente fisicamente com fome;
- Comer sozinho por vergonha;
- Sentir-se nauseado, deprimido ou culpado depois de comer excessivamente.

# TRANSTORNOS ALIMENTARES

## COMPULSÃO ALIMENTAR TRATAMENTO

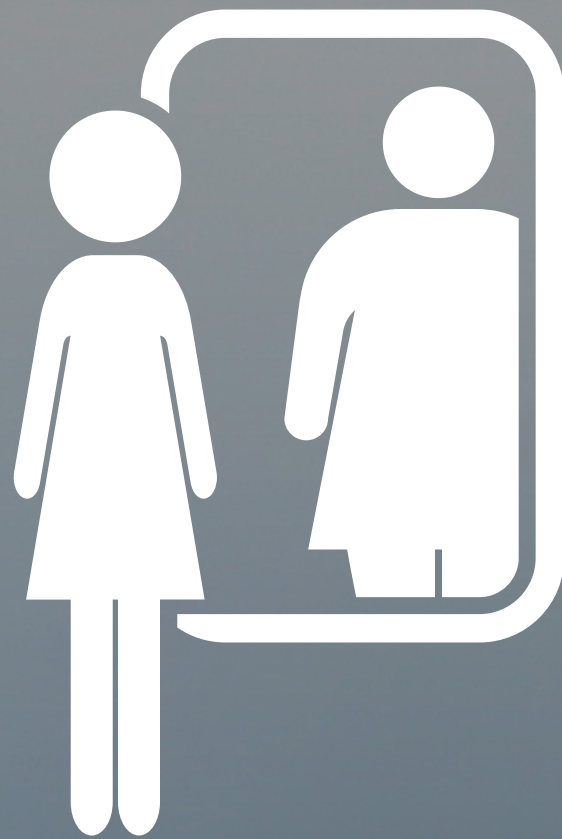


- Terapia cognitivo-comportamental;
- Algumas vezes psicoterapia interpessoal;
- Acompanhado ou não de tratamento farmacológico.

A terapia cognitivo-comportamental é o tratamento mais estudado e tem o melhor suporte para o transtorno de compulsão alimentar, mas a psicoterapia interpessoal parece ser igualmente eficaz. Ambos resultam em taxas de remissão  $\geq 60\%$  e a melhora geralmente se mantém bem a longo prazo. Esses tratamentos não produzem perda ponderal significativa em pacientes obesos.

# TRANSTORNOS ALIMENTARES

## ANOREXIA NERVOSA

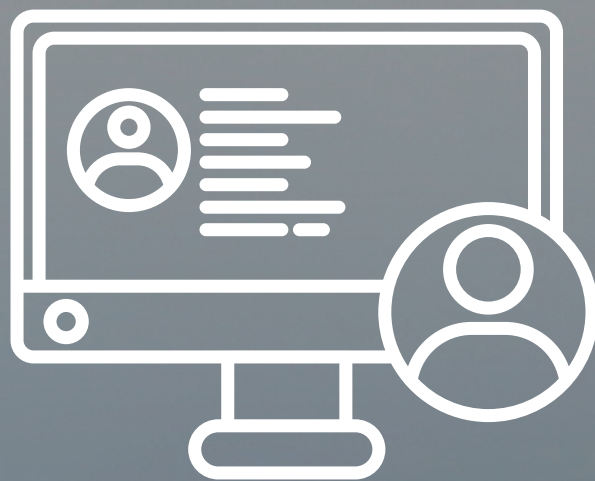


Anorexia nervosa caracteriza-se pela busca incansável por magreza, medo mórbido da obesidade, imagem distorcida do corpo e restrição da ingestão relativa a necessidades, levando a peso corporal significativamente baixo ao ponto em que a saúde é comprometida. Esse transtorno pode ou não incluir purgação (por exemplo vômitos autoinduzidos).

A maior parte do tratamento consiste em alguma forma de psicoterapia e terapia comportamental. O engajamento da família é crucial para o tratamento de pacientes mais jovens. Alguns fármacos podem ajudar com o ganho de peso.

# TRANSTORNOS ALIMENTARES

## ANOREXIA NERVOSA DADOS



A anorexia nervosa ocorre predominantemente em meninas e mulheres jovens. O início geralmente ocorre na adolescência e raramente depois de 40 anos. São reconhecidos dois tipos de anorexia nervosa:

- Tipo restritivo: os pacientes restringem o consumo de alimentos, mas não se envolvem regularmente em episódios de compulsão alimentar ou em comportamentos purgativos; alguns pacientes se exercitam excessivamente.
- Tipo compulsão alimentar /purgativo: pacientes têm regularmente episódios de compulsão alimentar e/ou então induzem vômitos e/ou abusam de laxantes, diuréticos ou enemas.



# TRANSTORNOS ALIMENTARES

## ANOREXIA NERVOSA ETIOLOGIA



Além do gênero feminino, poucos fatores de risco foram identificados. Em algumas culturas, a obesidade é considerada não atraente, não saudável e o desejo de ser magro é disseminado mesmo entre crianças. Mais de 50% das meninas pré-púberes nos EUA fazem dieta ou tomam outras medidas para controlar o peso. A preocupação excessiva com o peso ou o histórico de fazer dieta parecem indicar um risco aumentado.

Fatores sociais e familiares provavelmente desempenham um papel. Muitos pacientes pertencem às classes socioeconômicas médias ou superiores, são meticolosos, compulsivos têm inteligência média e padrões muito altos de realização e sucesso.

# TRANSTORNOS ALIMENTARES

## ANOREXIA NERVOSA FISIOPATOLOGIA



Alterações endócrinas são comuns na anorexia nervosa como:

- Níveis baixos de hormônios gonadais;
- Níveis moderadamente reduzidos de tiroxina (T4) e tri-iodotironina (T3);
- Aumento da secreção de cortisol.

A menstruação normalmente cessa, mas a cessação da menstruação não é mais um critério para o diagnóstico. A densidade óssea declina. Em pacientes gravemente desnutridos, virtualmente todos os sistemas de órgãos principais podem ser afetados. Mas a suscetibilidade a infecções tipicamente não aumenta.

Pode haver desidratação e alcalose metabólica e o potássio e/ou sódio sérico pode estar baixo; tudo isso é agravado por vômitos induzidos e uso de laxantes ou diuréticos.

# TRANSTORNOS ALIMENTARES

## ANOREXIA NERVOSA SINAIS E SINTOMAS



A anorexia nervosa pode ser leve e transitória ou grave e persistente. Embora abaixo do peso, a maioria dos pacientes esteja preocupada com sobrepeso ou quais áreas específicas do corpo (por exemplo coxas, região glútea) estão muito gordas.

Seus esforços para perder peso são persistentes apesar das garantias e avisos de amigos e membros da família de que são magros ou mesmo significativamente abaixo do peso, e eles vêem qualquer ganho de peso como uma falha inaceitável de autocontrole. A preocupação com a ansiedade em relação ao peso aumenta, mesmo quando ocorre emagrecimento.

# TRANSTORNOS ALIMENTARES

## ANOREXIA NERVOSA SINAIS E SINTOMAS



O termo anorexia é um termo errôneo, pois o apetite continua até que os pacientes tornam-se significativamente caquéticos.

Os pacientes se preocupam com alimentos:

- Podem estudar dietas e calorias;
- Podem armazenar, esconder e desperdiçar alimentos;
- Podem colecionar receitas;
- Podem preparar refeições elaboradas para outras pessoas.

Os pacientes frequentemente exageram a ingestão alimentar e escondem comportamentos como a indução de vômito. A ingestão compulsiva de alimentos/purgação ocorre em 30 a 50% dos pacientes. Os outros simplesmente restringem a quantidade de alimento que ingerem.

# TRANSTORNOS ALIMENTARES

## ANOREXIA NERVOSA SINAIS E SINTOMAS



Muitos pacientes com anorexia nervosa também se exercitam excessivamente para controlar o peso.

Os relatos de distensão, desconforto abdominal e constipação intestinal são comuns. A maioria das mulheres com anorexia para de menstruar, perdem o interesse por sexo, e a depressão ocorre com frequência.

Os achados físicos comuns incluem bradicardia, pressão arterial baixa, hipotermia, lanugem (cabelo macio e fino) ou hirsutismo leve e edema.

A gordura corporal é significativamente reduzida. Pacientes que vomitam com frequência podem apresentar erosão do esmalte dentário, aumento não doloroso das glândulas salivares e/ou esôfago inflamado.

# TRANSTORNOS ALIMENTARES

## ANOREXIA NERVOSA DIAGNÓSTICO



Critérios clínicos

- Restrição da ingestão de alimentos resultando em peso corporal significativamente baixo;
- Medo de ganho excessivo de peso ou obesidade (indicado especificamente pelo paciente ou manifestado como um comportamento que interfere no ganho de peso);
- Distúrbio da imagem corporal (percepção equivocada do peso e/ou aparência corporal) ou negação da gravidade da doença.

Os pacientes podem parecer bem e ter poucas alterações, se tiverem alguma, nos exames de sangue. O segredo do diagnóstico é identificar esforços persistentes para evitar ganho de peso e medo intenso de obesidade que não diminui com a perda ponderal.

# TRANSTORNOS ALIMENTARES

## ANOREXIA NERVOSA PROGNÓSTICO



As taxas de mortalidade são elevadas, aproximando-se de 10% por década entre as pessoas afetadas que se apresentam para atenção clínica, é provável que doença leve não reconhecida raramente leve à morte.

- Metade dos pacientes recupera a maior parte ou todo o peso perdido, revertendo qualquer outra complicação endócrina ou de outro tipo;
- Cerca de 1/4 tem desfechos intermediários e pode recair;
- A quarta parte restante tem resultado ruim, incluindo recidivas e complicações físicas e mentais persistentes.

O resultado do tratamento da anorexia nervosa em crianças e adolescentes é melhor do que em adultos.

# TRANSTORNOS ALIMENTARES

## ANOREXIA NERVOSA TRATAMENTO



- Suplementação;
- Psicoterapia;
- Para crianças e adolescentes, tratamento familiar;
- Às vezes, antipsicóticos de 2ª geração.

O tratamento da anorexia nervosa pode exigir intervenção a curto prazo que salva a vida e restauração do peso corporal. Quando a perda ponderal for grave, rápida ou quando o peso cair abaixo de cerca de 75% do peso recomendado, a restauração imediata do peso torna-se crucial e a internação deve ser considerada. Se qualquer dúvida existir, o paciente deve ser hospitalizado.

Tratamentos ambulatoriais podem incluir diferentes graus de apoio e supervisão e geralmente envolvem uma equipe de profissionais.



# TRANSTORNOS ALIMENTARES

## ANOREXIA NERVOSA TRATAMENTO



Suplementação nutricional é frequentemente usada com terapia comportamental que tem objetivos claros de restauração do peso. A suplementação nutricional começa fornecendo cerca de 30 a 40 kcal/kg/dia; pode produzir ganhos de peso de até 1,5 kg/semana durante a internação e 0,5 kg/semana ao longo do tratamento ambulatorial. Ingestão oral de alimentos sólidos é melhor; muitos programas de restauração de peso usam suplementos líquidos. Às vezes, pacientes desnutridos muito resistentes exigem alimentação nasogástrica.

Cálcio elementar e vitamina D, são comumente prescritos para perda óssea. Uma vez que os estados nutricional, hídrico e eletrolítico do paciente estejam estabilizados, deve-se iniciar tratamento de longa duração.

# TRANSTORNOS ALIMENTARES

## ANOREXIA NERVOSA TRATAMENTO



Os tratamentos devem enfatizar os resultados comportamentais como alimentação e peso normalizados e deve continuar por todo um ano depois de o peso ser restaurado.

O tratamento é complicado pela aversão ao ganho de peso e negação da enfermidade pelo paciente. O profissional deve tentar proporcionar um relacionamento estável, interessado e calmo e, ao mesmo tempo, encorajar firmemente um consumo calórico razoável.

O tratamento envolve acompanhamento regular e uma equipe de profissionais de saúde, incluindo nutricionista, que pode fornecer planos específicos de refeição ou informações sobre as calorias necessárias para restaurar o peso a um nível normal. Embora a psicoterapia seja primária, fármacos são algumas vezes úteis.

# TRANSTORNOS ALIMENTARES

## BULIMIA NERVOSA



Bulimia nervosa caracteriza-se por episódios recorrentes de compulsão alimentar seguidos por alguma forma de comportamento compensatório inapropriado como purgação (vômitos autoinduzidos, abuso de laxantes ou diuréticos), jejum ou exercício vigoroso; os episódios ocorrem, em média, pelo menos 1 vez/semana durante 3 meses.

O diagnóstico se baseia na história e no exame. O tratamento pode ser feito com psicoterapia, acompanhado ou não de antidepressivos.

# TRANSTORNOS ALIMENTARES

## BULIMIA NERVOSA FISIOPATOLOGIA



Distúrbios hídricos e eletrolíticos sérios, em especial hipopotassemia (nível abaixo do normal de potássio) ocorrem ocasionalmente. Muito raramente, o estômago se rompe ou o esôfago se rasga durante episódio de compulsão ou purgação, acarretando complicações potencialmente fatais.

Como não há perda ponderal substancial, as complicações físicas graves que costumam ocorrer com a anorexia nervosa não estão presentes. Mas cardiomiopatia pode resultar de abuso a longo prazo de xaropes se usado para induzir vômitos.

# TRANSTORNOS ALIMENTARES

## BULIMIA NERVOSA SINAIS E SINTOMAS



Pacientes com bulimia nervosa descrevem comportamentos de compulsão-purgação. Pacientes tendem a consumir alimentos altamente calóricos e doces (por exemplo sorvete e bolo) durante episódios compulsivos. A quantidade de alimento consumido em um episódio de compulsão varia, algumas vezes compreendendo milhares de calorias. Eles tendem a ser episódicos, são frequentemente desencadeados por estresse psicossocial, podem ocorrer até várias vezes ao dia e, geralmente, são executados em segredo.

A compulsão alimentar é seguida por comportamentos compensatórios: vômitos autoinduzidos, uso de laxantes ou diuréticos, exercício excessivo e/ou jejum.

# TRANSTORNOS ALIMENTARES

## BULIMIA NERVOSA SINAIS E SINTOMAS



Os pacientes costumam ter peso normal; somente uma minoria tem excesso de peso ou obesidade. Mas os pacientes ficam excessivamente preocupados com seu peso e/ou forma do corpo; eles costumam não estar à vontade com seus corpos e acham que precisam perder peso.

Os pacientes com bulimia nervosa tendem a ser mais cientes, ter mais remorso ou culpa de seu comportamento do que os pacientes com anorexia nervosa e têm maior probabilidade de admitir suas preocupações. Eles também parecem menos introvertidos e estão mais propensos a comportamentos impulsivos, abuso de drogas e álcool e depressão.

# TRANSTORNOS ALIMENTARES

## BULIMIA NERVOSA COMPLICAÇÕES



A maioria dos sintomas físicos e das complicações da bulimia nervosa resulta da purgação. A autoindução de vômito pode levar à erosão do esmalte dentário dos dentes da frente e aumento indolor do tamanho da glândula (salivar) parótida e inflamação do esôfago.

Sinais físicos incluem:

- Glândulas parótidas inchadas;
- Cicatrizes na parte posterior da mão (pela indução repetida de vômitos usando os dedos para desencadear o reflexo faríngeo);
- Erosão dentária.

# TRANSTORNOS ALIMENTARES

## BULIMIA NERVOSA DIAGNÓSTICO



Os critérios clínicos para o diagnóstico da bulimia nervosa são:

- Episódios recorrentes de compulsão alimentar (consumo incontrolável de quantidades de alimento incomumente grandes) que são acompanhados por sensações de perda de controle em relação à ingestão e que ocorrem, em média, pelo menos 1 vez/semana durante 3 meses;
- Comportamento compensatório inapropriado recorrente para influenciar o peso corporal (em média, pelo menos 1 vez/semana durante 3 meses);
- Autoavaliação que é impropriamente influenciada por preocupações com a forma e o peso corporais.



# TRANSTORNOS ALIMENTARES

## BULIMIA NERVOSA TRATAMENTO



- Terapia cognitivo-comportamental;
- Psicoterapia interpessoal;
- Inibidores seletivos de recaptação de serotonina.

A terapia cognitivo-comportamental é o tratamento de escolha para bulimia nervosa. A terapia geralmente envolve 16 a 20 sessões individuais ao longo de 4 a 5 meses, embora também possa ser feita como terapia em grupo. O tratamento visa:

- Aumentar a motivação para mudanças;
- Substituir a alimentação disfuncional por um padrão regular e flexível;
- Diminuir a preocupação indevida com a forma e o peso do corpo;
- Prevenir recorrência.

# TRANSTORNOS ALIMENTARES

## BULIMIA NERVOSA TRATAMENTO



A terapia cognitivo-comportamental elimina os episódios de comer compulsivamente e a purgação em cerca de 30 a 50% dos pacientes. Muitos outros apresentam melhora; alguns abandonam o tratamento ou não respondem. A melhora geralmente se mantém bem a longo prazo.

Na psicoterapia interpessoal, a ênfase está em ajudar os pacientes a identificar e alterar seus problemas interpessoais atuais que podem estar mantendo o transtorno alimentar. Pode-se considerar a psicoterapia interpessoal com uma alternativa quando a terapia cognitivo-comportamental não está disponível.

Medicações usadas isoladamente reduzem a frequência dos episódios de compulsão alimentar e de vômitos, embora os desfechos a longo prazo sejam desconhecidos.

# TRANSTORNOS ALIMENTARES

## INGESTÃO DE ALIMENTOS ESQUIVO/RESTRITIVO (TIAER)

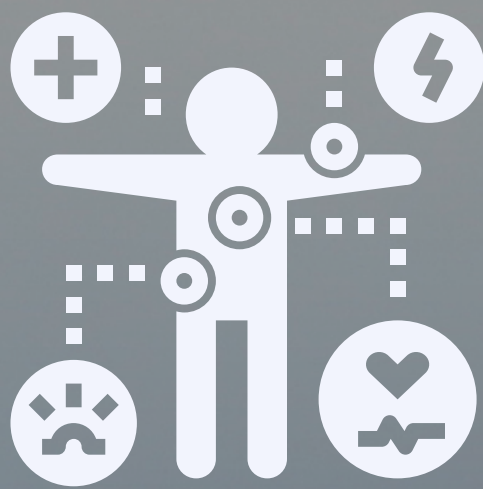


O TIAER caracteriza-se por restrição da ingestão de alimentos; não inclui ter uma imagem corporal distorcida ou estar preocupado com a imagem do corpo (em contraposição à anorexia e à bulimia nervosa). Geralmente começa na infância, mas pode se desenvolver em qualquer idade. A causa é desconhecida, mas pode ter componentes genéticos e psicossociais como trauma, ansiedade, autismo e deficiências de desenvolvimento. TIAER pode inicialmente lembrar o comer seletivo que é comum na infância, mas essa meticulosidade alimentar, ao contrário do TIAER, geralmente envolve apenas alguns itens, e o apetite, ingestão geral de alimentos e desenvolvimento da criança são normais.

Pacientes com TIER podem não comer porque perdem o interesse em comer ou porque temem que a alimentação levará a consequências prejudiciais como asfixia ou vômito. Podem evitar certos alimentos por causa das características sensoriais (por exemplo cor, consistência ou odor).

# TRANSTORNOS ALIMENTARES

## INGESTÃO DE ALIMENTOS ESQUIVO/RESTRITIVO (TIAER) SINAIS E SINTOMAS



Pacientes com TIAER evitam comer alimentos e restringem a ingestão de alimentos de tal forma que têm  $\geq 1$  dos seguintes:

- Perda ponderal significativa ou, em crianças, incapacidade de crescer como esperado;
- Deficiência nutricional significativa;
- Dependência de alimentação enteral (por sonda de alimentação) ou suplementos nutricionais orais;
- Funcionamento psicossocial acentuadamente perturbado.

Deficiências nutricionais potencialmente fatais, e o funcionamento social (por exemplo, participar de refeições com a família, passar tempo com amigos quando comer pode estar presente) pode ser bastante prejudicado.

# TRANSTORNOS ALIMENTARES

## INGESTÃO DE ALIMENTOS ESQUIVO/RESTRITIVO (TIAER) DIAGNÓSTICO



Os critérios de transtorno de ingestão de alimentos esquivo/restritivo são:

- A restrição alimentar leva a perda ponderal significativa, falha do crescimento esperado em crianças, deficiência nutricional significativa, dependência de suporte nutricional e/ou perturbação acentuada do funcionamento psicossocial;
- A restrição alimentar não é causada pela falta de disponibilidade de alimentos, prática cultural (p. ex., jejum religioso), doença física, tratamento médico (p. ex., radioterapia, quimioterapia) ou outro transtorno alimentar, particularmente anorexia nervosa ou bulimia nervosa;
- Não há evidências de alteração da percepção do peso ou forma corporal.

# TRANSTORNOS ALIMENTARES

## INGESTÃO DE ALIMENTOS ESQUIVO/RESTRITIVO (TIAER) TRATAMENTO



Pacientes com um distúrbio físico que provoque diminuição da ingestão de alimentos e que mantêm a ingestão reduzida por muito mais tempo do que normalmente esperado e em um grau que exige intervenção específica podem ser considerados como tendo transtorno de ingestão alimentar esquivada/restritiva.

A terapia cognitivo-comportamental é comumente usada para ajudar os pacientes a normalizar sua alimentação. Também pode ajudá-los a se sentirem menos ansiosos sobre o que comem.

# TRANSTORNOS ALIMENTARES

## PICAFAGIA



Picafagia é a ingestão persistente de material não alimentar não nutritivo por  $\geq 1$  mês quando, do ponto de vista desenvolvimental, não é apropriado (p. ex., picafagia não é diagnosticada em crianças  $< 2$  anos) nem é parte de uma tradição cultural (p. ex., medicina popular, ritos religiosos ou prática comum, como a ingestão de argila (caulim) na região de Piedmont do estado da Georgia, EUA).

Os pacientes tendem a ingerir materiais atóxicos (p. ex., papel, argila, terra, cabelo, giz, barbante ou lã). Nas crianças  $< 2$  anos, não se considera esse comportamento inadequado para o desenvolvimento; crianças  $< 2$  anos frequentemente bebem e ingerem uma variedade de objetos. A picafagia é mais comum durante a gestação.

# TRANSTORNOS ALIMENTARES

## PICAFAGIA PREJUÍZOS



Geralmente, a picafagia não causa prejuízos clínicos significativos. Mas alguns pacientes evoluem com complicações como:

- Obstrução intestinal por material impactado;
- Intoxicação por chumbo por ingestão de fragmentos de tinta;
- Infestação parasitária por ingestão de terra.

A própria picafagia raramente prejudica o funcionamento social, mas muitas vezes ocorre em pessoas com outros transtornos mentais que prejudicam o funcionamento (p. ex., autismo, deficiência mental, esquizofrenia). Engolir objetos na tentativa de causar automutilação ou falsificar doença (como ocorre no transtorno factício) não é considerado picafagia.

A picafagia pode durar vários meses, então desaparecer espontaneamente, sobretudo em crianças.



# TRANSTORNOS ALIMENTARES

## PICAFAGIA DIAGNÓSTICO



Picafagia é diagnosticada quando

- Um paciente ingere persistentemente material não nutritivo e não alimentar por  $\geq 1$  mês;
- A ingestão desses materiais é inadequada para o nível de desenvolvimento do paciente;
- A ingestão desses materiais não é parte de uma tradição cultural;
- Se essa ingestão ocorre em um paciente com outra doença, é suficientemente persistente e grave para justificar tratamento específico.

A picafagia não é diagnosticada em crianças  $< 2$  anos, porque nessa idade ingerir esses materiais é considerado parte do desenvolvimento normal.

Às vezes, a picafagia é diagnosticada quando os pacientes têm sintomas de obstrução intestinal (p. ex., cólicas intensas e/ou constipação), intoxicação por chumbo ou infestação parasitária que levam a uma visita ao pronto-socorro.

Pode-se realizar os testes com base nos sintomas do paciente e/ou nas substâncias ingeridas. Incluem exames de sangue para verificar se há intoxicação por chumbo quando fragmentos de tinta foram ingeridos e exames de fezes para detectar infestação parasitária quando terra foi ingerida.

# TRANSTORNOS ALIMENTARES

## PICAFAGIA TRATAMENTO



- Algumas vezes, modificação comportamental;
- Tratamento das deficiências nutricionais e outras complicações.

Técnicas de modificação comportamental podem ajudar, mas pouco se sabe sobre tratamentos específicos para picafagia.

Tratam-se as deficiências nutricionais e outras complicações.

Obstrução intestinal pode requerer cirurgia.

# TRANSTORNOS ALIMENTARES

## RUMINAÇÃO



Ruminação é regurgitação repetida de alimento depois de ingeridos; regurgitação não envolve náuseas ou ânsia de vômito e pode ser voluntária.

Pacientes com transtorno de ruminação regurgitam repetidamente os alimentos depois de ingeri-los, mas não têm náuseas ou ânsia de vômito involuntária. A comida pode ser cuspidada ou reengolida; alguns pacientes mastigam novamente a comida antes reengolir. A regurgitação ocorre várias vezes/semana, normalmente todos os dias.

O transtorno de regurgitação pode ocorrer em lactentes, crianças, adolescentes ou adultos.

A regurgitação pode ser intencional ou involuntária e muitas vezes pode ser observada diretamente pelo profissional.

# TRANSTORNOS ALIMENTARES

## RUMINAÇÃO



Alguns pacientes estão cientes de que o comportamento é socialmente indesejável e tentam disfarçá-lo colocando a mão sobre a boca ou limitando a ingestão de alimentos. Alguns evitam comer com outras pessoas e não comem antes de uma atividade social ou profissional para que não regurgitem em público.

Pacientes que cospem o material regurgitado ou que limitam significativamente a ingestão podem perder peso ou desenvolver deficiências nutricionais.

# TRANSTORNOS ALIMENTARES

## RUMINAÇÃO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO



- Pacientes repetidamente regurgitam os alimentos durante um período de  $\geq 1$  mês.
- Têm-se excluído distúrbios gastrintestinais que podem levar à regurgitação (p. ex., refluxo gastroesofágico, divertículo de Zenker) ou outros transtornos alimentares (p. ex., anorexia nervosa) nos quais a ruminação às vezes ocorre.
- Se a regurgitação ocorre em um paciente com outro distúrbio, ela é grave o suficiente para justificar atenção específica.

O profissional deve avaliar o estado nutricional para verificar se há perda ponderal e deficiências nutricionais. O tratamento se baseia em Técnicas de modificação comportamental, incluindo tratamentos que usam estratégias cognitivo-comportamentais.

# TRANSTORNOS ALIMENTARES



A presença constante do comer compulsivo pode ser um sinal de alerta para você procurar ajuda profissional!

Se você tiver qualquer um destes transtornos alimentares, você tem uma chance muito elevada de ter presente outros quadros psiquiátricos e clínicos (depressão, obesidade, caquexia, desnutrição, diabetes, isso só para citar alguns).

Assim, não só os transtornos alimentares são graves por si só, como também estão associados à presença de outros quadros também graves. E isso tem que ser prontamente identificado.

Lembre-se que os transtornos alimentares, assim como a obesidade, não são uma escolha e sim, condições de saúde que requerem tratamento. Temos que promover a saúde com conduta clara e discurso respeitoso, é possível prover um tratamento efetivo para as demandas clínicas e psíquicas dos indivíduos que sofrem de obesidade e desses quadros.

# TRANSTORNOS ALIMENTARES

 **Não é escolha,  
Não é gula,  
Não é mania,  
Não é excesso ou falta de vaidade.**

Transtornos alimentares são doenças de caráter mental, em que há uma perturbação no comportamento relacionado à alimentação, comprometendo a saúde física e psicossocial do indivíduo.

Por serem doenças graves com altos índices de mortalidade, os pacientes devem ser tratados e acompanhados por uma equipe de multiprofissionais, que inclui médicos, psicólogos, enfermeiros e nutricionistas para traçar um melhor planejamento e ter um melhor desfecho clínico.

Sabemos que existe um forte estigma quando uma pessoa tem obesidade, imagine quando ela sofre de transtorno alimentar, é hora de repensar. O comportamento alimentar disfuncional observado nesses transtornos não faz alguém desenvolver obesidade. Mas alguns quadros podem estar associados a ela.

# TRANSTORNOS ALIMENTARES

## 9 VERDADES SOBRE TRANSTORNO ALIMENTAR



1. Muitas pessoas com TA parecem saudáveis, ainda que estejam extremamente doentes.
2. Famílias não são as culpadas, e podem ser as melhores aliadas no tratamento.
3. TAs causam perturbações nas relações pessoais e familiares.
4. Ter um TA não é uma escolha, é uma grave doença mental, com influência biológica.
5. TAs afetam pessoas independentemente de idade, gênero, etnia, peso corporal, orientação sexual ou nível socioeconômico.
6. Ter um TA aumenta as chances de suicídio e complicações médicas.
7. Genes e ambiente influenciam o desenvolvimento dos TAs.
8. A genética por si só, não determina quem vai desenvolver o transtorno.
9. A recuperação total é possível. O tratamento precoce e a prevenção são muito importantes.



# TRANSTORNOS ALIMENTARES

## BUSQUE AJUDA



Se você está lendo este manual e acha que pode ter algum destes problemas, não perca tempo: procure por profissionais especializados na área e enfrente o quanto antes esta questão!

NUNCA se automedique, procure por profissionais. A vizinha, a revista da banca, o amigo, a blogueira, enfim, ninguém vai te diagnosticar e tratar adequadamente, a menos que seja um especialista...

# TRANSTORNOS ALIMENTARES

## O FIM QUE CONTINUA



A riqueza e a qualidade de nossa vida depende não da dor ou de sua falta, mas da maneira como a usamos. Vamos permitir sua presença, ir até seu cerne, enfrentar o que estiver clamando por atenção? Ou vamos nos movimentar mais depressa do que a velocidade da dor, entorpecendo-a com comida, bebida ou drogas?

A vulnerabilidade — não a sofisticação, não a inteligência, não a força — é o que nos une como seres humanos. Todos temos fome, medo, dor; vamos todos morrer. Quando nos voltamos para a comida, o álcool ou as drogas, negamos nossa fragilidade, confusão, falibilidade.

Mas não é impossível.  
As pessoas mudam.

# TRANSTORNOS ALIMENTARES

Existe um fim para o autoflagelo, o castigo, a dúvida e a angústia da alimentação emocional. Existe um fim para essa maneira tortuosa de interpretar o que você faz com a comida, um fim para o uso da alimentação contra você mesma. Existe um fim para a classificação das ações como boas ou más, certas ou erradas, e para a classificação dos alimentos como "permitidos" e "não permitidos". Existe um fim para a definição de compulsão alimentar como fracasso. Existe um fim para a sensação maluca da fome que nunca acaba. Existe um fim para o desejo de que tudo isso acabe.

Não existe fim para o hábito de comer todos os dias ou cometer erros. Não existe um fim para as alterações de peso. Não existe um fim para a mudança. Não existe essa coisa de chegar e nunca ter que trabalhar com você mesma de novo.

Não existe um fim para a sensação de estar cada vez mais ligada a si mesmo e aos que estão ao seu redor.

Não existe um fim para a alegria de estar sempre crescendo.

**Com carinho, Marissol.**

# TRANSTORNOS ALIMENTARES

## REFERÊNCIAS



Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition Text Revision, DSM-5-TRTM, Feeding and eating disorders.

Alvarenga MS, Scagliusi FB, Philippi ST. Nutrição e transtornos alimentares: avaliação e tratamento. Barueri: Manole, 2010.

Foxxcroft L. A tirania das dietas. São Paulo: Três Estrelas; 2013.