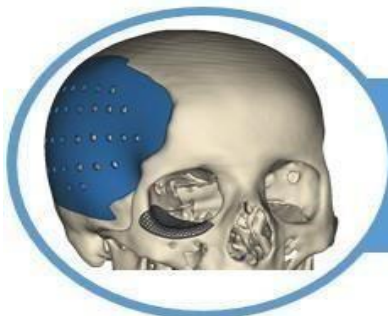




TRANSTORNOS ALIMENTARES E SUAS REPERCUSSÕES CLÍNICAS

Camila Bravin Ataide¹, Lorrane Sousa Costa¹, Maria da Conceição Almeida de Sousa¹, Laís Veríssimo Almeida Oliveira¹, Leticia Moraes Silva¹, Sólon de Assis Oliveira¹, Vitor Emanuel Barbosa da Silva¹, Nicole Sousa Costa¹, Manuella Silva Santos Araújo¹, Katarina Destro Uliana¹, Iangla Araujo de Melo Damasceno²

ARTIGO ORIGINAL

RESUMO

Como os profissionais da atenção primária provavelmente serão os primeiros clínicos que encontram pacientes com transtornos alimentares, é importante que eles sejam capazes de diagnosticar esses pacientes de forma eficaz e eficiente e fazer os encaminhamentos apropriados. O diagnóstico e o tratamento precoces estão associados a uma maior taxa de recuperação, e a doença prolongada está associada a consequências potencialmente devastadoras. É vital que equipamos clínicos, especialmente os clínicos de cuidados primários, com as evidências mais recentes para capacitar sua tomada de decisão e melhorar o atendimento a seus pacientes. Trata-se de um estudo de revisão de Literatura, com caráter descritivo. A estratégia de identificação e seleção dos estudos foi por busca na base de dados SCIELO, MEDLINE, PUBMED, LILACS e Sociedade Americana de Psiquiatria.

Palavras-chave: Transtornos Alimentares. Bulimia Nervosa. Anorexia Nervosa

EATING DISORDERS AND THEIR CLINICAL REPERCUSSIONS

ABSTRACT

Because primary care providers are likely to be the first clinicians who encounter patients with eating disorders, it is important that they are able to effectively and efficiently diagnose these patients and make appropriate referrals. Early diagnosis and treatment are associated with a higher rate of recovery, and prolonged illness is associated with devastating harmful consequences. It is vital that we equip doctors, especially primary care clinicians, with the latest evidence to empower their decision-making and improve care for their patients. This is a literature review study, with a descriptive character. The study identification and selection strategy was by searching the SCIELO, MEDLINE, PUBMED, LILACS and American Psychiatric Society databases.

Keywords: Eating Disorders. Nervous Bulimin. Anorexia Nervosa.

Instituição afiliada – Centro Universitário Tocantinense Presidente Antônio Carlos¹, Professora Orientadora pela UNITPAC, Mestre em Ciência e Tecnologia de Alimentos pela Universidade Federal do Tocantins².

Dados da publicação: Artigo recebido em 19 de Janeiro e publicado em 09 de Março de 2024.

DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n3p693-705>

Autor correspondente: Leticia Moraes Silva leticiamoraes372@gmail.com

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



INTRODUÇÃO

Os transtornos alimentares são condições comportamentais caracterizadas por distúrbios graves e persistentes nos comportamentos alimentares e pensamentos e emoções angustiantes associados. Podem ser condições muito graves que afetam a função física, psicológica e social. Os tipos de transtornos alimentares incluem anorexia nervosa, bulimia nervosa, transtorno da compulsão alimentar periódica, transtorno de ingestão alimentar restritiva evitativa, outros transtornos alimentares e alimentares especificados, pica e transtorno de ruminação (Council of Medical Specialty Societies 2012).

Diversas, especialmente anorexia nervosa e bulimia nervosa são mais comuns em mulheres, mas todas podem ocorrer em qualquer idade e afetar qualquer sexo. Os transtornos alimentares estão frequentemente associados a preocupações com a comida, peso ou forma ou com a ansiedade sobre comer ou as consequências de comer certos alimentos⁵. Comportamentos associados a transtornos alimentares, incluindo restrição alimentar ou evitação de certos alimentos, compulsão alimentar, purgação por vômitos ou uso indevido de laxantes ou exercícios compulsivos. Esses comportamentos podem se tornar impulsionados de maneiras que parecem semelhantes a um vício⁵⁻⁷. Os transtornos alimentares frequentemente co-ocorrem com outros transtornos psiquiátricos mais comuns, transtornos de humor e ansiedade, transtorno obsessivo-compulsivo e transtornos por uso de álcool e substâncias⁸.

Segundo a Sociedade Brasileira de Psiquiatria, os transtornos alimentares são caracterizados por uma perturbação persistente na alimentação ou no comportamento alimentar, resultando no consumo ou absorção alterada dos alimentos. São quadros psiquiátricos nos quais se observa um comprometimento significativo da saúde tanto física quanto mental, assim como da esfera de funcionamento psicossocial do indivíduo (Souza & Santos, 2009). Os transtornos mais conhecidos são: anorexia nervosa, bulimia nervosa e Transtorno da compulsão alimentar periódica (American Psychiatric Association [APA], 2014).

METODOLOGIA

O objetivo deste artigo é descrever acerca dos transtornos alimentares, repercussões clínicas e a qualidade dos cuidados (DSM-5; American Psychiatric Association 2013). Conforme descrito no resumo, nos concentramos principalmente na anorexia nervosa (AN), na bulimia nervosa (BN) e no transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP). Apesar disso, ainda existem lacunas no momento de os médicos diagnosticarem indivíduos com transtorno alimentar (Kazdin et al. 2017). Este estudo tem como objetivo ajudar os médicos a melhorar o atendimento aos seus pacientes, revisando as evidências atuais e fornecendo declarações baseadas em evidências que visam aprimorar o conhecimento, aumentar a avaliação e otimizar o tratamento de transtornos alimentares.

O atual estudo se constitui como uma Revisão de Literatura, com caráter descritivo. A estratégia de identificação e seleção dos estudos foi por busca na base de dados SCIELO, MEDLINE, PUBMED, LILACS e Sociedade Americana de Psiquiatria.

Este trabalho concentra-se em identificação dos sinais e sintomas, abordagem terapêutica e tratamentos farmacológicos. Além disso, inclui declarações relacionadas à avaliação e ao planejamento do tratamento, que são parte integrante do cuidado centrado no paciente. O escopo deste estudo é moldado pelos critérios diagnósticos para transtornos alimentares e pelas evidências disponíveis obtidas por uma revisão sistemática da literatura até setembro de 2021. Em particular, ele se concentra em anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN) e transtornos da compulsão alimentar (TCPA), conforme definido pelo DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV, DSM-IV-TR, DSM-5 ou CID-10.

Alguns dos estudos incluíram indivíduos cujos sintomas estavam abaixo do limiar para um diagnóstico de AN, BN ou TCAP, mas esses dados raramente foram analisados separadamente de uma forma que permitisse a elaboração de recomendações únicas para este grupo de pacientes. No entanto, algumas declarações de orientação também podem ser relevantes para indivíduos com distúrbios alimentares ou alimentares não especificados ou outros especificados.

Nossa revisão sistemática tentou incluir literatura sobre transtorno de ingestão alimentar evitativa /restritiva (TARF); no entanto, dados rigorosos de ensaios clínicos

não estavam disponíveis devido à relativa atualidade da introdução deste diagnóstico. Consequentemente, nenhuma das declarações das diretrizes está relacionada ao tratamento da ARFID (Flanagin et al. 2021; OHSU Center for Diversity and Inclusion 2021).

O bullying e o cyberbullying são comuns e podem contribuir para a insatisfação corporal, entre outros efeitos psicológicos (Day et al. 2022; Lie et al. 2019, 2021a, 2021b; Solmi et al. 2021). Além disso, muitas vezes pode ser útil perguntar sobre as interações nas redes sociais ou as influências dos grupos de pares que afetam as opiniões dos pacientes sobre alimentação, peso ou forma corporal (Padín et al. 2021; Scott et al. 2019).

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

1.1 Anorexia Nervosa

A anorexia nervosa é caracterizada por auto inanição e perda de peso, resultando em baixo peso para altura e idade. A anorexia tem a maior mortalidade de qualquer diagnóstico psiquiátrico que não seja transtorno por uso de opioides e pode ser uma condição muito grave. O índice de massa corporal ou IMC, uma medida de peso para altura, é tipicamente inferior a 18,5 em um indivíduo adulto com anorexia nervosa⁸.

O comportamento de dieta na anorexia nervosa é impulsionado por um medo intenso de ganhar peso ou engordar. Embora alguns indivíduos com anorexia digam que querem e estão tentando ganhar peso, seu comportamento não é consistente com essa intenção. Por exemplo, eles só podem comer pequenas quantidades de alimentos de baixa caloria e se exercitar excessivamente. Algumas pessoas com anorexia nervosa também compulsão alimentar intermitente e ou purgar por vômito ou uso indevido de laxantes¹⁰.

Existem dois subtipos de anorexia nervosa: tipo restritivo, em que os indivíduos perdem peso principalmente por dieta, jejum ou exercício excessivo. E do tipo de compulsão alimentar/purgativa em que as pessoas também se envolvem em compulsão alimentar intermitente e/ou comportamentos purgativos. Ao longo do tempo, alguns

dos seguintes sintomas podem se desenvolver relacionados à fome ou comportamentos de purga: cessam os períodos menstruais, tonturas ou desmaios por desidratação, cabelos/unhas quebradiças, intolerância ao frio, fraqueza muscular e perda de peso, azia e refluxo (em quem vomita), constipação grave, inchaço e plenitude após as refeições, fraturas por estresse do exercício compulsivo, bem como perda óssea resultando em osteopenia ou osteoporose (afinamento dos ossos), depressão, irritabilidade, ansiedade, falta de concentração e fadiga¹².

O diagnóstico é muito facilitado pelo exame físico e pela revelação precisa das preocupações e comportamentos alimentares desordenados por parte do paciente (ou dos pais, no caso de adolescentes). Contudo, a falta de motivação para procurar tratamento e a retenção de informações pelos pacientes muitas vezes impedem a avaliação da anorexia nervosa antes que a doença se torne grave. Como as condições médicas, incluindo distúrbios endócrinos e gastrointestinais, podem apresentar sinais, sintomas e anormalidades semelhantes em testes laboratoriais, é essencial consultar médicos e especialistas de cuidados primários conforme necessário, para descartar tais causas primárias. Dados os desafios em motivar os pacientes a se envolverem no tratamento desta síndrome ego-sintônica, é fundamental usar cada visita clínica para construir e melhorar uma aliança terapêutica com o paciente¹⁰⁻¹³.

O tratamento da AN apresenta desafios únicos, não encontrados em outros transtornos psiquiátricos. Além de tratar eficazmente os distúrbios cognitivos e de humor, é fundamental proporcionar a restauração do peso, porque a própria desnutrição pode exacerbar os sintomas e ser fatal. que a cooperação e a motivação ficam muitas vezes gravemente comprometidas. Além disso, o processo de ganho de peso é relativamente lento. Indivíduos com AN tendem a querer comer pouco¹⁴.

Para adolescentes, adultos emergentes e adultos, os tratamentos mais eficazes envolvem ajudar os pais a apoiar e monitorar as refeições de seus filhos. Abordar a insatisfação corporal também é importante, mas isso muitas vezes leva mais tempo para ser corrigido do que o peso e o comportamento alimentar. Quantidades de alimentos (algumas centenas de calorias por dia). Em contraste, o ganho de peso tende a exigir 3.000 a 4.000 calorias por dia ou mais. Além disso, os pacientes com AN que às

vezes precisam ganhar 13 quilos podem necessitar de grandes quantidades calóricas diárias sustentadas por muitos meses^{14,15}.

Consequentemente, devido à resistência ao tratamento e às altas necessidades calóricas, muitos indivíduos com AN são tratados em programas de internação, residenciais ou de tratamento diurno que se concentram na restauração de peso. No entanto, como a etiologia da AN é pouco compreendida, os programas de tratamento tendem a utilizar uma ampla variedade de abordagens teóricas com poucos dados para apoiar a superioridade de qualquer abordagem específica. Além disso, há relativamente pouco apoio empírico para intervenções de tratamento na AN e os avanços têm sido lentos¹⁴⁻¹⁶.

Uma grande variedade de abordagens psicoterapêuticas está atualmente em uso para tentar ajudar os pacientes e suas famílias a lidar com a AN. No entanto, poucos são baseados em evidências e menos ainda mostram eficácia. Os estudos têm se concentrado principalmente na fase de restauração de peso, mais no ambiente ambulatorial do que no ambiente hospitalar e menos durante a prevenção de recaídas. Posteriormente, um estudo duplo-cego, controlado por placebo, em pacientes com perda de peso com AN do tipo restritivo, demonstrou que o tratamento com fluoxetina, um medicamento antidepressivo da classe dos inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS), estava associado à redução da taxa de recaída e à redução da depressão, ansiedade e obsessões e compulsões⁷.

1.2 Bulimia Nervosa

O Indivíduos com bulimia nervosa tipicamente alterna dieta, ou comer apenas "alimentos seguros" de baixa caloria com compulsão alimentar em alimentos "proibidos" de alta caloria. A compulsão alimentar é definida como comer uma grande quantidade de alimentos em um curto período de tempo associada a uma sensação de perda de controle sobre o que, ou quanto se está comendo¹⁴. O comportamento compulsivo é geralmente secreto e associado a sentimentos de vergonha ou constrangimento. A compulsão alimentar pode ser muito grande e os alimentos

costumam ser consumidos rapidamente, além da saciedade a ponto de náuseas e desconfortos¹⁵.

As compulsões ocorrem pelo menos semanalmente e normalmente são seguidas pelos chamados "comportamentos compensatórios" para evitar o ganho de peso. Estes podem incluir jejum, vômitos, uso indevido de laxantes ou exercícios compulsivos. Como na anorexia nervosa, as pessoas com bulimia nervosa estão excessivamente preocupadas com pensamentos de comida, peso ou forma que afetam negativamente e afetam desproporcionalmente sua autoestima¹⁴.

Indivíduos com bulimia nervosa podem estar ligeiramente abaixo do peso, peso normal, com sobrepeso ou mesmo obesos. No entanto, se estiverem significativamente abaixo do peso, consideram-se que têm anorexia nervosa do tipo compulsão/purgação e não bulimia nervosa. Familiares ou amigos podem não saber que uma pessoa tem bulimia nervosa porque não aparenta estar abaixo do peso e porque seus comportamentos são ocultos e podem passar despercebidos pelas pessoas próximas¹⁵.

Possíveis sinais de que alguém pode ter bulimia nervosa incluem: Idas frequentes ao banheiro logo após as refeições, grandes quantidades de alimentos desaparecendo ou inexplicáveis embalagens vazias e recipientes de alimentos, dor de garganta crônica, inchaço das glândulas salivares nas bochechas, cárie dentária resultante da erosão do esmalte dentário pelo ácido estomacal, azia e refluxo gastroesofágico, uso indevido de laxante ou pílula de dieta, diarreia inexplicável recorrente, uso indevido de diuréticos (pílulas de água), sensação de tonturas ou desmaios devido a comportamentos de purgação excessivos, resultando em desidratação¹⁵⁻¹⁷.

Finalmente, os fatores prognósticos são mal compreendidos (parcialmente devido aos tamanhos variáveis das amostras e às taxas de averiguação); entretanto, características de personalidade, como impulsividade, podem contribuir para um curso mais crônico do transtorno¹⁶.

1.3 Transtorno da Compulsão Alimentar

Assim, como a bulimia nervosa, as pessoas com transtorno da compulsão alimentar periódica têm episódios de compulsão alimentar em que consomem grandes quantidades de alimentos em um breve período, experimentam uma sensação de perda de controle sobre sua alimentação e ficam angustiadas com o comportamento de compulsão alimentar. Ao contrário das pessoas com bulimia nervosa, no entanto, eles não usam regularmente comportamentos compensatórios para se livrar do alimento, induzindo vômitos, jejum, exercícios ou uso indevido de laxantes. O transtorno da compulsão alimentar periódica pode levar a sérias complicações de saúde, incluindo obesidade, diabetes, hipertensão e doenças cardiovasculares¹⁸.

O diagnóstico de transtorno da compulsão alimentar periódica requer compulsão alimentar frequente (pelo menos uma vez por semana durante três meses), associada a uma sensação de descontrole e a três ou mais das seguintes características:

- Comer mais rápido do que o normal.
- Comer até ficar desconfortavelmente cheio.
- Comer grandes quantidades de alimentos quando não sentir fome.
- Comer sozinho por se sentir constrangido com o quanto se está comendo.
- Sentir-se revoltado consigo mesmo, deprimido ou muito culpado após uma compulsão.

Assim como a bulimia nervosa, o tratamento mais eficaz para o transtorno da compulsão alimentar periódica é a psicoterapia cognitivo-comportamental individual ou em grupo para a compulsão alimentar^{18,19}. A terapia interpessoal também se mostrou eficaz, assim como vários medicamentos antidepressivos e lisdexanfetamina¹⁵.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como os profissionais da atenção primária provavelmente serão os primeiros clínicos que encontram pacientes com transtornos alimentares, é importante que eles sejam capazes de diagnosticar esses pacientes de forma eficaz e eficiente e fazer os

encaminhamentos apropriados. O diagnóstico e o tratamento precoces estão associados a uma maior taxa de recuperação, e a doença prolongada está associada a consequências potencialmente devastadoras. É vital que equipamos clínicos, especialmente os clínicos de cuidados primários, com as evidências mais recentes para capacitar sua tomada de decisão e melhorar o atendimento a seus pacientes. Essa pesquisa tem potencial para melhorar a compreensão acerca das repercussões clínicas, o diagnóstico e o tratamento dos transtornos alimentares.

REFERÊNCIAS

1. Souza, L. V., & Santos, M. A. (2009). A construção social de um grupo multifamiliar no tratamento dos transtornos alimentares. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(3), 483-492. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722009000300020>.
2. American Psychiatric Association. (2014). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5 (5ª ed.). Artmed.
3. Kazdin AE, Fitzsimmons-Craft EE, Wilfley DE: Addressing critical gaps in the treatment of eating disorders. *Int J Eat Disord* 50(3):170–189, 2017 28102908.
4. Flanagin A, Frey T, Christiansen SL, et al: Updated guidance on the reporting of race and ethnicity in medical and science journals. *JAMA* 326(7):621–627, 2021 34402850.
5. FRIEIRO PADIN, Paula et al. Social media and eating disorder psychopathology: A systematic review. **Cyberpsychology Journal of Psychosocial Research on Cyberspace**, 2021.
6. American Psychiatric Association. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 4 ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 1994.
7. Strober M, Freeman R, DeAntonio M, Lampert C, Diamond J: Does adjunctive fluoxetine influence the post-hospital course of restrictor-

type anorexia nervosa? A 24-month prospective, longitudinal followup and comparison with historical controls. *Psychopharmacol Bull* 1997; 33:425–431.

8. Agras W, Brandt H, Bulik C, Dolan-Sewell R, Fairburn C, Halmi K, Herzog DB, Jimerson DC, Kaplan AS, Kaye WH, Le Grange D, Lock J, Mitchell JE, Rudorfer MV, Street LL, Striegel-Moore R, Vitousek KM, Walsh BT, Wilfley DE: Report of the National Institutes of Health workshop on overcoming barriers to treatment research in anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2004;35:509–521.

9. Kaye W, Fudge J, Paulus M: New insights into symptoms and neurocircuit function of anorexia nervosa. *Nat Rev Neurosci* 2009; 10:573–584.

10. Vitousek K, Manke F: Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *J Abnorm Psychol* 1994; 103:137–147.

11. Pyle RL, Mitchell JE, Eckert ED, Hatsukami D, Pomeroy C, Zimmerman R: Maintenance treatment and 6-month outcome for bulimic patients who respond to initial treatment. *Am J Psychiatry* 1990; 147:871–875.

12. Algars M, Santtila P, Sandnabba NK. Conflict gender identity, body dissatisfaction, and disordered eating in adult men and women. *Sex Roles*. 2010; 63:118-25.

13. Hugo PJ, Lacey JH. Disordered eating: a defense against psychosis? *Int. J. Eat. Disord.* 1998; 24(3):329-33.

14. Agras WS, Fairburn CG, Walsh T, Wilson GT, Kraemer HC: A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57:459–466.

15. Gagne, D. A., Von Holle, A., Brownley, K. A., Runfola, C. D., Hofmeier, S., Branch, K. E., & Bulik, C. M. (2012). Eating disorder symptoms and weight and shape concerns in a large web-based convenience sample of women ages 50 and above: Results of the gender and body image (GABI) study. *International Journal of Eating Disorders*, 45(7), 832-844. <https://doi.org/10.1002/eat.22030>

16. Girz, L., Robinson, A. L., & Tessier, C. (2014). Is the next generation of physicians adequately prepared to diagnose and treat eating disorders in

children and adolescents? *Eating Disorders*, 22(5), 375-385.
<https://doi.org/10.1080/10640266.2014.915692>.

17. Maia, B. B., Campelo, F. G., Rodrigues, E. C., Oliveira-Cardoso, E. A., & Santos, M. A. (2023). Perceptions of health professionals in providing care for people with anorexia and bulimia nervosa: A systematic review and meta-synthesis of qualitative studies. *Cadernos de Saúde Pública*, 39, e00223122.
<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311XEN223122>.

18. Mangweth-Matzek, B., Hoek, H. W., & Pope Jr., H. G. (2014b). Pathological eating and body dissatisfaction in middle-aged and older women. *Current Opinion in Psychiatry*, 27(6), 431-435. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000102>.

19. Rosa, B. P., & Santos, M. A. (2011). Comorbidade entre bulimia e transtorno de personalidade borderline: Implicações para o tratamento. *Revista Latino americana de Psicopatologia Fundamental*, 14(2), 268-282.
<https://doi.org/10.1590/S1415-47142011000200005>.