

Transtornos alimentares

José Carlos Appolinário^a e Angélica M Claudino^b

^aGrupo de Obesidade e Transtornos Alimentares do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia, Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

^bPrograma de Orientação e Assistência aos Transtornos Alimentares do Departamento de Psiquiatria, Escola Paulista de Medicina/Universidade Federal de São Paulo

Introdução

Os transtornos alimentares geralmente apresentam as suas primeiras manifestações na infância e na adolescência.¹ De uma maneira geral, podemos dividir as alterações do comportamento alimentar neste período em dois grupos.^{2,3} Primeiramente, aqueles transtornos que ocorrem precocemente na infância e que representam alterações da relação da criança com a alimentação. Estas condições parecem não estar associadas a uma preocupação excessiva com o peso e/ou a forma corporal, mas podem interferir com o desenvolvimento infantil. Aqui encontramos o transtorno da alimentação da primeira infância, a pica e o transtorno de ruminação. O segundo grupo de transtornos tem o seu aparecimento mais tardio e é constituído pelos transtornos alimentares propriamente ditos: a anorexia nervosa e a bulimia nervosa. De especial interesse para os profissionais envolvidos com o atendimento de crianças e adolescentes são as chamadas síndromes parciais de anorexia e de bulimia nervosa e a categoria diagnóstica recentemente descrita denominada transtorno da compulsão alimentar periódica.

Transtorno da alimentação da primeira infância

É uma dificuldade em se alimentar adequadamente levando a uma perda ponderal ou a uma falha em ganhar peso de forma apropriada, iniciando-se antes da idade de seis anos.⁴ Os sintomas parecem não ser devidos a nenhuma condição médica geral, a um outro transtorno psiquiátrico ou à falta de alimentos. O objetivo principal do tratamento é a melhora do estado nutricional do paciente. Deve-se proceder uma avaliação dos pais e de fatores psicossociais que estejam contribuindo para o desenvolvimento e a manutenção do problema.

Pica

É a ingestão persistente de substâncias não nutritivas, inadequadas para o desenvolvimento infantil e que não fazem parte de uma prática aceita culturalmente. As substâncias mais frequentemente consumidas são: terra, barro, cabelo, alimentos crus, cinzas de cigarro e fezes de animais.⁴ Atrasos no desenvolvimento, retardo mental e história familiar de pica são condições que podem estar associadas. Várias complicações clínicas podem ocorrer, principalmente relacionadas com o sistema digestivo e com intoxicações ocasionais, dependendo do agente ingerido.

Transtorno de ruminação

Inclui episódios de regurgitação (ou “remastigação”) repetidos que não podem ser explicados por nenhuma condição médica. As principais complicações médicas podem ser desnutri-

ção, perda de peso, alterações do equilíbrio hidroeletrólítico, desidratação e morte.⁴ O tratamento envolve o acompanhamento clínico das complicações e tratamento comportamental.⁵

Anorexia nervosa (AN)

Várias alterações do apetite e perturbações da imagem corporal podem ocorrer nas crianças em idade escolar, embora os quadros mais típicos de transtornos alimentares sejam mais raros. Apesar de cerca de 45% das crianças de ambos os sexos em idade escolar quererem ser mais magras e 37% tentarem perder peso,⁶ somente uma pequena proporção delas desenvolvem um transtorno alimentar. Vale ressaltar, no entanto, que alguns traços presentes na idade escolar são considerados fatores de risco para o surgimento dos transtornos alimentares na adolescência, alertando o profissional de saúde que atende crianças para reconhecer e investigar estes traços ainda insipientes.

A AN ocorre predominantemente em mulheres jovens, com uma prevalência pontual de 0,28%⁶ e taxas de prevalência ao longo da vida oscilando entre 0,3% e 3,7%.⁶ Existem dois picos de incidência: aos 14 e aos 17 anos.⁷ Evidências sugerem que fatores psicossociais desempenham um importante papel na distribuição dos transtornos alimentares.⁸ A influência da “cultura do corpo” e da pressão para a magreza que as mulheres sofrem nas sociedades ocidentais (especialmente as adolescentes) parece estar associada com o desencadeamento de comportamentos anoréticos. Determinadas profissões que exigem leveza para melhor desempenho (como ginastas, jockeys, patinadoras, bailarinas) ou esbeltez para “comercialização” da imagem (modelos, atrizes) se encontram em risco aumentado para o desenvolvimento do transtorno.⁹

O modelo etiológico mais aceito atualmente para explicar a gênese e a manutenção dos transtornos alimentares é o modelo multifatorial que baseia-se na hipótese de que vários fatores biológicos, psicológicos e sociais estejam envolvidos, interrelacionando-se.

Na sua forma típica, a AN se inicia geralmente na infância ou na adolescência. O início é marcado por uma restrição dietética progressiva com a eliminação de alimentos considerados “engordantes”, como os carboidratos. As pacientes passam a apresentar certa insatisfação com os seus corpos assim como passam a se sentir obesas apesar de muitas vezes se encontrarem até emaciadas (alteração da imagem corporal). O medo de engordar é uma característica essencial, servindo muitas vezes como um diferencial para outros tipos de anorexia secundárias a doenças clínicas ou psiquiátricas. Gradativamente, as pacientes passam a viver exclusivamente em função

da dieta, da comida, do peso e da forma corporal, restringindo seu campo de interesses e levando ao gradativo isolamento social. O curso da doença é caracterizado por uma perda de peso progressiva e continuada. O padrão alimentar vai se tornando cada vez mais secreto e muitas vezes até assumindo características ritualizadas e bizarras.⁹

Segundo o sistema classificatório da última edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV²)*, existem dois tipos de apresentação clínica da doença: no primeiro, as pacientes apenas empregam comportamentos restritivos associados à dieta (“tipo restritivo”); no outro grupo (“tipo purgativo”) ocorrem episódios de compulsão alimentar e/ou comportamentos mais perigosos, como os vômitos auto-induzidos, o abuso de laxativos e de diuréticos. A classificação dos transtornos mentais e do comportamento da Classificação Internacional de Doenças – 10ª Edição (CID-10³) já não distingue tipos de anorexia e, portanto, pacientes anoréticas que apresentam episódios bulímicos podem receber os dois diagnósticos: anorexia e bulimia.

A prática de exercícios físicos é freqüente, sendo que as pacientes chegam a realizar exercícios físicos extenuantes com o objetivo de queimar calorias e perder peso. Há uma ausência completa de inquietação com sua condição física com negação dos riscos.¹⁰

Várias complicações médicas podem surgir em decorrência da desnutrição e dos comportamentos purgativos, tais como anemia, alterações endócrinas, osteoporose e alterações hidroeletrólíticas (especialmente hipocalcemia, que pode levar a arritmia cardíaca e morte súbita), dentre outras. A associação dos transtornos alimentares com outros quadros psiquiátricos é bastante freqüente, especialmente com transtornos do humor, transtornos de ansiedade e/ou transtorno de personalidade, mesclando os seus sintomas com os da condição básica e complicando a evolução clínica.^{11,12}

O diagnóstico diferencial deve ser feito tanto com doenças físicas como psiquiátricas que podem cursar com anorexia e emagrecimento. No entanto, quando a causa da anorexia e do emagrecimento é uma doença clínica, a pessoa não apresenta as alterações da imagem corporal e o medo de ganhar peso presentes nas pacientes com AN.⁹ Outro diagnóstico diferencial importante e por vezes difícil é com a BN, comentado mais adiante.

A AN de início precoce parece ser o transtorno alimentar mais comum na infância. A anorexia pode ter início a partir dos 7 anos de idade e preferencialmente em meninas, embora em crianças a prevalência entre meninos parece ser maior do que entre adultos jovens. Formas mais precoces de transtornos alimentares apresentam uma associação importante com comportamento obsessivo (incluindo extrema preocupação com a escola) e com sintomas depressivos.⁶ As mais freqüentes razões dadas para a recusa alimentar, além do medo de engordar ou do desejo de emagrecer, costumam ser: náuseas, dor abdominal, sensação de plenitude, perda de apetite ou incapacidade para engolir.¹³ Quando manifestam claramente sua intenção de controlar a alimentação, meninas referem preocupações estéticas, enquanto meninos relatam mais preocupação com saúde e condicionamento físico. Apesar das crianças se utilizarem menos de métodos purgativos (vômitos e laxativos), elas se exercitam bastante para controlar o peso através de esportes ou subindo escadas e fazendo abdominais.⁷ Em-

bora nesta faixa etária a perda de peso não seja essencial para o diagnóstico, podendo haver apenas redução no ganho de peso esperado para o crescimento, a perda de peso pode ser rápida e dramática em virtude dos baixos níveis de gordura corporal total em crianças.¹ Nos casos de AN pode haver um importante retardo no desenvolvimento, expondo ao risco de osteopenia, osteoporose e baixa estatura.^{14,15} A AN pode se instalar de forma aguda (com sintomas obsessivo-compulsivos), podendo existir uma associação com transtornos neuropsiquiátricos auto-imunes desencadeados por infecções estreptocócicas na infância.⁴

Devido a sua etiologia multifatorial, a AN é considerada uma condição de difícil tratamento. A integração das abordagens médica, psicológica e nutricional é a base da terapêutica. A constituição de uma equipe multiprofissional é fundamental para o sucesso terapêutico e os profissionais envolvidos devem trabalhar de forma integrada.¹⁶

A internação hospitalar deve ser considerada para as pacientes com peso corporal abaixo de 75% do mínimo ideal, quando estão perdendo peso rapidamente ou quando se faz necessária uma monitorização adequada das suas condições clínicas. O tratamento ambulatorial deve ser indicado quando a paciente tem um bom suporte social, não está perdendo peso rapidamente, encontra-se metabolicamente estável e não apresenta os critérios de gravidade descritos acima e que indicam a necessidade de uma internação hospitalar.

Apesar de não existir um agente farmacológico específico para a AN, vários medicamentos têm se mostrado úteis. O uso de antidepressivos ou ansiolíticos pode ser adequado em pacientes que desenvolvem uma comorbidade psiquiátrica associada. O emprego destas substâncias em pacientes com AN deve ser cauteloso, tendo em vista as freqüentes anormalidades clínicas associadas. Os agentes inibidores da recaptção da serotonina (ISRS) parecem mais seguros.¹⁷ Existem evidências de que a fluoxetina poderia auxiliar na manutenção do peso pós-internação em alguns pacientes. A psicoterapia em suas diversas modalidades (cognitivo-comportamental, interpessoal e a terapia de família) ainda é um dos pilares centrais do tratamento.

Bulimia nervosa (BN)

A BN é extremamente rara antes dos 12 anos.¹⁸ O transtorno é característico das mulheres jovens e adolescentes, com prevalência de 1,1% a 4,2% neste grupo.⁶ Fatores de ordem biopsicossocial se encontram relacionados com sua etiologia.¹⁹ O episódio de compulsão alimentar é o sintoma principal e costuma surgir no decorrer de uma dieta para emagrecer. No início, pode se achar relacionado à fome, mas posteriormente, quando o ciclo compulsão alimentar-purgação já está instalado, ocorre em todo tipo de situação que gera sentimentos negativos (frustração, tristeza, ansiedade, tédio, solidão). Inclui um aspecto comportamental objetivo que seria comer uma quantidade de comida considerada exagerada se comparada ao que uma pessoa comeria em condições normais; e um componente subjetivo que é a sensação de total falta de controle sobre o seu próprio comportamento. Estes episódios ocorrem às escondidas na grande maioria das vezes e são acompanhados de sentimentos de inten-

sa vergonha, culpa e desejos de autopunição. A quantidade de calorias ingerida por episódio pode variar enormemente, muito embora em média oscile entre 2 mil e 5 mil calorias.¹⁹

O vômito auto-induzido ocorre em cerca de 90% dos casos, sendo portanto o principal método compensatório utilizado. O efeito imediato provocado pelo vômito é o alívio do desconforto físico secundário à hiperalimentação e principalmente a redução do medo de ganhar peso. A sua frequência é variável, podendo ser de um até 10 ou mais episódios por dia, nos casos mais graves. No começo, a paciente necessita de manobras para induzir o vômito, como a introdução do dedo ou algum objeto na garganta. Algumas bulímicas mais graves, com vários episódios de vômitos por dia, podem apresentar até ulcerações no dorso da mão pela uso da mesma para induzir a emese, o que se chama de sinal de Russell. Com a evolução do transtorno, a paciente aprende a vomitar sem necessitar mais de estimulação mecânica.⁹

Outros mecanismos utilizados pelas bulímicas para controle do peso após uma ingestão exagerada são: o uso inadequado (sem prescrição médica) de medicamentos do tipo laxativo, de diuréticos, de hormônios tireoidianos, de agentes anorexígenos e de enemas. Jejuns prolongados e exercícios físicos exagerados são também formas de controle do peso, mas geralmente geram menos complicações clínicas do que as técnicas purgativas descritas acima. Na BN, a paciente mantém uma preocupação excessiva com a forma e o peso corporal. A classificação do DSM-IV² distingue dois tipos de pacientes com bulimia conforme a utilização de métodos compensatórios mais invasivos (vômitos, laxantes, diuréticos, outras drogas) – “tipo purgativo” – ou não (só dieta, jejuns e exercícios), classificado no “tipo não-purgativo”.

A CID-10³ apresenta critérios diagnósticos muito próximos aos do DSM-IV,² ressaltando, entretanto, a possibilidade de negligência do tratamento insulínico em diabéticos como uma apresentação especial do quadro, assim como a possível ocorrência de um episódio prévio de AN que evoluiu para bulimia.

As complicações clínicas são decorrentes principalmente das manobras compensatórias para perda de peso: erosão dos dentes, alargamento das parótidas, esofagites, hipopotassemia e alterações cardiovasculares, dentre outras. Como na AN, parece haver uma ocorrência aumentada de transtornos do humor e de transtornos de ansiedade em pacientes com BN. Assim, um grande número de pacientes com BN (46% a 89%) evidencia um transtorno depressivo associado em algum momento de sua evolução clínica. Particular atenção deve ser dada a ocorrência de transtornos de personalidade e de abuso de substâncias no diagnóstico das pacientes com BN. O abuso de álcool e de psicoestimulantes são descritos, mas também podemos encontrar o abuso múltiplo de substâncias.¹⁹

A bulimia é um diagnóstico diferencial da AN. Diferente da AN do tipo purgativo, na BN as pacientes conseguem manter o peso dentro do limiar de normalidade na maioria dos casos (cerca de 70%) ou, discretamente abaixo deste (15%), sendo que as pacientes restantes podem estar até acima do peso (15%).

Como na AN, o tratamento da BN deve ser conduzido por uma equipe multiprofissional. A necessidade de internação hos-

pitalar nos casos de BN está relacionada com a presença de complicações médico-psiquiátricas, de ciclos incoercíveis de compulsão alimentar-vômitos, de abuso de laxativos e/ou outras drogas e de outros comportamentos de risco. Na maioria das vezes, entretanto, o tratamento da BN é extra-hospitalar, devendo-se tentar um período inicial de abordagens como a psicoterapia cognitivo-comportamental, o aconselhamento nutricional e o uso de psicofármacos, o que pode conduzir a uma melhora das pacientes.¹⁶

Os estudos utilizando a fluoxetina no controle dos episódios de compulsão alimentar têm gerado um grande entusiasmo em relação à eficácia destes agentes no tratamento da BN, muito embora pareça improvável que todos os pacientes possam permanecer totalmente livres dos episódios de compulsão alimentar. A fluoxetina parece indicada em doses mais altas na BN (60 mg por dia em adultos).¹⁷

Síndromes atípicas ou parciais de AN e de BN

Cerca de 1/3 dos pacientes que procuram tratamento apresentam um conjunto de sintomas difícil de classificar como um transtorno alimentar “típico”,^{20,21} também chamados de síndromes parciais, AN e BN atípicas (CID-10³) ou transtorno alimentar não especificado (DSM-IV²). Podemos dividir esta categoria em dois grupos. No primeiro, encontram-se aqueles quadros clínicos que se assemelham a AN e a BN, mas que não preenchem totalmente os seus critérios, ou porque lhes falta um aspecto clínico essencial (por exemplo, pacientes que apresentam todos os outros critérios para AN, mas ainda não apresentam peso abaixo do limiar diagnóstico, ou que não apresentam a frequência de episódios de compulsão alimentar necessária para o diagnóstico de BN), ou porque não são suficientemente graves para atingir o limiar diagnóstico.²² Estes quadros parciais chegam a ser cinco vezes mais frequentes que as síndromes completas, e autores como Dancyger e Garfinkel (1995), acompanhando quadros parciais, observaram que aproximadamente 50% evoluem para quadros completos, sendo importante portanto seu diagnóstico precoce.^{22,23}

O transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP)

Os pacientes com o transtorno apresentam os episódios de compulsão alimentar, mas não utilizam as medidas extremas para evitar o ganho de peso como pessoas com BN.²⁴ A maioria dos pacientes com o transtorno é obesa. A sua prevalência na população em geral é em torno de 2%. Pessoas com TCAP diferem das obesas sem TCAP no que se refere à gravidade da psicopatologia, ao início mais precoce da obesidade, à maior gravidade da obesidade e à má resposta aos regimes de tratamento, podendo estar associado a obesidade em adolescentes. Berkowitz et al²⁵ relataram que 30% de um grupo de adolescentes obesas que procurou tratamento para emagrecer apresentava compulsão alimentar. O tratamento do TCAP deve envolver uma orientação dietética adequada com refeições regulares, psicoterapia cognitivo-comportamental, o uso de inibidores seletivos da recaptção de serotonina – ISRS (fluoxetina, fluvoxamina e sertralina) ou o uso de agentes que se encontram em fase inicial de avaliação como a sibutramina e o topiramato.^{26,27}

Conclusão

Tendo em vista que os transtornos alimentares surgem com grande frequência na infância e na adolescência, o profissional de saúde envolvido com o atendimento deste grupo etário deve

estar bem familiarizado com suas principais diretrizes clínicas. O diagnóstico precoce e uma abordagem terapêutica adequada dos transtornos alimentares são fundamentais para o manejo clínico e o prognóstico destas condições.

Referências

- Bryant-Waugh R, Lask B. Childhood-onset eating disorders. In: Brownell KD, Fairburn CG, editors. *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook*. New York: The Guilford Press; 1995. p. 183-7.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Fourth edition (DSM-IV). Washington (DC): American Psychiatric Press; 1994.
- Organização Mundial da Saúde. *Classificação dos transtornos mentais e do comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
- Sokol MS, Steinberg D, Zerbe, KJZ. Childhood eating disorders. *Curr Opin Pediatr* 1998; 10:369-77.
- Weakley MM, Petti TA, Karwisch G. Case study: chewing gum treatment of rumination in an adolescent with an eating disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36(8):1124-7.
- Yager J, Andersen A, Devlin M, Egger H, Herzog D, Mitchell J, et al. Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. Second edition. In: *American Psychiatric Association practice guidelines for treatment of psychiatric disorders: compendium 2000*. 1st edition. Washington (DC): American Psychiatric Association; 2000.
- Marchi M, Cohen P. Early childhood eating behaviors and adolescent eating disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990;29:112-7.
- Pate JE, Pumariega AJ, Hester C, Garner DM. Cross-cultural patterns in eating disorders: a review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992;31(5):802-9.
- Appolinario JC. Transtornos alimentares. In: Bueno JR, Nardi AE, editores. *Diagnóstico e tratamento em psiquiatria*. Rio de Janeiro: Medsi; 2000.
- Rastam M. Anorexia nervosa in 51 Swedish adolescents: premorbid problems and comorbidity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992;31(5):819-29.
- Herzog DB, Keller MD, Sacks NR, Yeh CJ, Lavori PW. Psychiatric comorbidity in treatment-seeking anorexics and bulimics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992;31(5):810-8.
- Smith C, Steiner H. Psychopathology in anorexia nervosa and depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992;31(5):841-6.
- Fosson A, Knibbs J, Bryant-Waugh R, Lask B. Early onset anorexia nervosa. *Arch Dis Childhood* 1987;62:114-8.
- Higgs JF, Goodyear IM, Birch J. Anorexia nervosa and food avoidance emotional disorder. *Arch Dis Childhood* 1989;64:346-51.
- Piñero J. Trastornos alimentarios en la etapa prepuberal. In: Labanca R, Ortensi G, Facchini M. *Trastornos alimentarios guía médica de diagnóstico e tratamiento*. Buenos Aires: Sociedad Argentina de Obesidad y Trastornos Alimentarios; 1999. p. 150-5.
- Nunes MA, Capellini AL, Appolinario JC. Tratamento hospitalar dos transtornos alimentares. In: Nunes MA, Appolinário JC, Abuchaim ALA, Coutinho W. *Transtornos alimentares e obesidade*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998. p. 171-80.
- Appolinário JC, Silva JAZ. Farmacoterapia dos transtornos alimentares. In: Nunes MA, Appolinário JC, Abuchaim ALA, Coutinho W. *Transtornos alimentares e obesidade*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998. p. 164-70.
- Steiner H, Lock J. Anorexia nervosa and bulimia nervosa in children and adolescents: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998;37:352-9.
- Azevedo AMC, Abuchaim ALG. Bulimia nervosa: classificação diagnóstica e quadro clínico. In: Nunes MA, Appolinário JC, Abuchaim ALA, Coutinho W. *Transtornos alimentares e obesidade*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998. p. 31-9.
- Fairburn CG, Walsh BT. Atypical eating disorders. In: Brownell KD, Fairburn CG, editors. *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook*. New York: The Guilford Press; 1995. p. 183-7.
- Stein D, Megeed S, Bar-Hanin T. Partial eating disorders in a community sample of female adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36(8):1116-23.
- Dancyger IF, Garfinkel PE. The relationship of partial syndrome eating disorders to anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Psychol Med* 1995;25:1019-25.
- Herzog DB, Hopkins JD, Burns CD. A follow-up study of 33 subdiagnostic eating disordered women. *Int J Eat Dis* 1993;14:261-7.
- Appolinário JC. Transtorno do comer compulsivo. In: Nunes MA, Appolinário JC, Abuchaim ALA, Coutinho W. *Transtornos alimentares e obesidade*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998. p. 40-6.
- Berkowitz R, Stunkard AJ, Stallings VA. Binge eating disorder in obese adolescent girls. *Ann New York Acad Sci* 1993;699:200-6.
- No single answer to treating binge eating disorder [editorial]. *Drugs & Ther Perspect* 2000;15(5):7-10.
- Shapira NA, Goldsmith TD, McElroy SL. Treatment of binge eating disorder with topiramate: a clinical case series. *J Clin Psychiatry* 2000;61(5):368-72.

Correspondência: José Carlos Appolinário

Rua Visconde de Pirajá, 550/2002 Ipanema – 22410-001 Rio de Janeiro, RJ – E-mail: appolinario@biohard.com.br