

# ESPECIALIDADES CLÍNICAS **RESUMO**



**jaleko<sup>+</sup>**  
artmed



# TRANSTORNOS ALIMENTARES

CURSO: **PSIQUIATRIA**

CONTEÚDO: **MATHEUS VIEIRA DE CASTRO**

CURADORIA: **CAROLINA STOFFEL BARBOSA**



**jaleko<sup>+</sup>**  
artmed

**Amplie as possibilidades  
deste conteúdo em**

<https://www.jaleko.com.br/>

# 1 INTRODUÇÃO

Alimentar-se, além de ser uma função evolutiva básica, também é um ato social. Mais do que isso, todo o processo que envolve a alimentação (fome, saciedade, hábitos alimentares, absorção de nutrientes e sua transformação em reserva energética, etc.) faz parte de uma grande **rede neuropsicobiológica** responsável pelo controle do apetite.

Fisiologicamente, esse controle se expressa por meio de sinalizações neuroquímicas reguladas pelo sistema nervoso central (SNC) que abrangem hormônios como a grelina, a insulina e a leptina e causam uma alteração direta no funcionamento de neurotransmissores e neuropeptídeos específicos. Tudo isso caracteriza o **controle homeostático da alimentação**.

Outrossim, existe um **controle hedônico da alimentação**, ou seja, uma busca pela alimentação pautada pelo prazer. Nesse contexto, por exemplo, alimentos ricos em gordura e açúcar ativam mais intensamente alguns centros de recompensa específicos no cérebro.

Dessa forma, os chamados **transtornos alimentares** podem ser frutos de qualquer desequilíbrio nesses controles, gerando perturbações importantes e persistentes na alimentação ou no comportamento relacionado a ela. Essas condições ocasionam, necessariamente, efeitos deletérios tanto para a saúde física quanto para a saúde psicossocial de um indivíduo.

Neste resumo, nos aprofundaremos nos principais transtornos alimentares presentes na prática clínica: a **anorexia**, a **bulimia** e o **transtorno de compulsão alimentar**.

## 2 ANOREXIA NERVOSA

A **anorexia nervosa** é um transtorno que afeta cerca de 0,5 a 1% de meninas adolescentes. É 10 a 20 vezes mais comum em mulheres e costuma ter início entre 14 e 18 anos de idade. Além disso, a doença apresenta uma alta taxa de comorbidades psiquiátricas. Estima-se que está relacionada à depressão em 65% dos casos. A fobia social e o transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) também se destacam como condições comórbidas importantes.



Embora o termo “anorexia” signifique, etimologicamente, “perda do apetite”, o que caracteriza de fato o transtorno é a perda de peso autoinduzida.

### 2.1 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Como, afinal, se apresenta o paciente com anorexia nervosa? Primeiramente, destaca-se a **angústia exagerada com relação à aparência e à forma física**, o que acarreta uma **perda de peso desproporcional de forma proposital**.

Essa perda de peso ocorre por meio de **dietas radicais, exercícios físicos extenuantes, autoindução de vômito e ingestão de laxativos e diuréticos.**

Os pacientes apresentam **ideias supervaloradas sobre seu próprio corpo.** Acreditam, de forma irracional, que estão acima do peso ideal e que precisam emagrecer a qualquer custo. Invariavelmente, são resistentes à terapia e **não apresentam consciência de morbidade.** Já quando têm comportamentos mais aberrantes em relação à alimentação, geralmente o fazem em segredo.

Não raramente, pode ocorrer uma alteração da sensopercepção, chamada macroscopia, na qual o paciente tem uma **autoimagem corporal distorcida.** Literalmente, o indivíduo se olha no espelho e se enxerga maior ou mais gordo. Essa manifestação indica gravidade do quadro.

A perda do apetite costuma aparecer apenas em um segundo momento. Em geral, os indivíduos que sofrem de anorexia nervosa pensam bastante em comida, o que ocasiona um fato curioso: não são raros relatos de pacientes que colecionam receitas e fazem questão de cozinhar para outras pessoas. Aliás, muitos não conseguem resistir e manifestam **ataques de compulsão alimentar**, que, posteriormente, são **acompanhados de episódios de vômitos voluntários.**

Toda essa apresentação psicopatológica desencadeia uma **sintomatologia clínica significativa,** que, muitas vezes, proporciona um primeiro atendimento médico a esses indivíduos. O paciente pode apresentar, além de perda de peso aparente, outros sinais físicos como **hipotermia** (em torno de 35°C), **bradicardia, hipotensão ortostática e lanugem** (surgimento de pelos semelhantes ao do período neonatal). Ainda, os anoréxicos tendem a manifestar alterações metabólicas, eletrolíticas e endócrinas, entre as quais se destacam **amenorreia** (ausência de ciclos menstruais), **hipercortisolemia, elevação do hormônio do crescimento (em inglês, growth hormone [GH]) e secreção anormal de insulina.**

Vale destacar que, frequentemente, a síndrome anoréxica pode ter início a partir de mudanças de comportamento simples, como a introdução de dietas aparentemente inofensivas, mas que, no decorrer do tempo, evoluem para práticas mais radicais.

## 2.2 CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

Os critérios diagnósticos para anorexia nervosa, segundo a 5ª edição do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (em inglês, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [DSM-5]*), estão listados a seguir.

Entretanto, mais do que apenas conhecer os critérios diagnósticos, devemos ter em mente os **subtipos** do transtorno: a categoria de **restrição alimentar** (ou tipo restritivo) e a categoria de **purgação** (ou compulsão alimentar purgativa). Ambos os subtipos representam cerca de 50% dos casos totais.

No **tipo restritivo**, o que chama a atenção é justamente uma ingestão alimentar muito precária, que pode ser de somente 300 calorias por dia e nenhuma grama de gordura. Nesses pacientes, a perda de peso se deve exclusivamente à dieta, ao jejum e/ou ao exercício excessivo.

Já na **compulsão alimentar purgativa**, o indivíduo se envolve em episódios recorrentes de compulsão alimentar e, a fim de tentar compensar as calorias indesejadas, passa a apresentar comportamentos purgativos como vômitos autoinduzidos ou uso indevido de laxantes. Entretanto, também há casos de purgações repetidas que não são necessariamente antecedidas por compulsão alimentar.

Da mesma forma, é importante especificarmos a **gravidade** do quadro com base no **índice de massa corporal (IMC)** para adultos e no percentil do IMC para crianças. O nível de gravidade reflete o grau de incapacidade funcional e a necessidade de supervisão do anoréxico. A seguir, observa-se qual nível cada faixa de valores de IMC representa.

- $>17\text{kg/m}^2$  – anorexia leve;
- $16\text{-}16,9\text{kg/m}^2$  – anorexia moderada;
- $15\text{-}15,9\text{kg/m}^2$  – anorexia grave;
- $<15\text{kg/m}^2$  – anorexia extrema.

Os critérios diagnósticos do DSM-5 para anorexia nervosa são listados a seguir.

- A – restrição da ingesta calórica em relação às necessidades, levando a um peso corporal significativamente baixo no contexto de idade, sexo, 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.

Por fim, caso o quadro do paciente apresente uma regressão, é necessário classificar o **tipo de remissão**. Se, após todos os critérios diagnósticos terem sido preenchidos, o critério A não for mais atendido, é dito que a anorexia nervosa está em **remissão parcial**. Já quando nenhum dos critérios é preenchido, dizemos que o paciente está em **remissão total** do quadro.

### 3 BULIMIA NERVOSA

Outro transtorno alimentar com prevalência significativa é a **bulimia nervosa**. Epidemiologicamente, o distúrbio apresenta muitas semelhanças com a

anorexia nervosa (é mais comum entre mulheres jovens, por exemplo), porém tem distinções importantes, especialmente na parte clínica.

A palavra bulimia significa, em grego, “fome de boi”, o que já nos indica que a principal característica do transtorno são os **episódios de compulsão alimentar**, que, por sua vez, vêm **acompanhados de formas inapropriadas de interromper o ganho de peso**.

No próximo tópico, vamos conhecer um pouco mais essa condição.



Em aproximadamente metade dos quadros de bulimia nervosa, o paciente já passou por um episódio anterior breve ou prolongado de anorexia nervosa. Essa relação deve ser investigada.

### 3.1 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Os indivíduos com bulimia nervosa experimentam, com frequência, um **desejo irresistível por comida**, o que motiva **episódios de compulsão alimentar**. Nesses ataques de hiperingestão alimentar, costumam ser escolhidos alimentos com alto teor calórico (doces, massas, frituras, etc.). A maioria dos pacientes relata uma **hiperfagia** (aumento do apetite) somada a uma **sensação de perda do controle**.

Além disso, existe uma **intensa preocupação com o peso e a forma física**. É normal os pacientes sentirem medo de ficarem obesos ou terem uma afeição exagerada pela magreza. Essa preocupação frequentemente parte de uma vontade de agradar terceiros, o que também pode se refletir no **interesse por atividades sexuais** (diferentemente da anorexia, em que não há interesse sexual).

Outra característica comum da bulimia é a presença dos chamados **comportamentos compensatórios**, que podem ser purgatórios, como autoindução de vômito e uso de laxativos e diuréticos, ou por meio da **prática de jejuns e exercícios físicos extenuantes**. Todos os comportamentos são realizados com a finalidade de neutralizar os efeitos da compulsão alimentar, aliviando as angústias com relação ao peso. Dessa maneira, os pacientes, na maioria dos casos, acabam realmente apresentando um **peso normal** para suas faixas etárias.

Os vômitos, principal comportamento purgativo da bulimia, podem ocasionar alterações hidroeletrólíticas, bem como perda permanente do esmalte dentário.



Uma boa estratégia para detectar o comportamento característico da bulimia é usar a chamada técnica do exagero. Por exemplo, pode-se perguntar ao paciente: “Quantas vezes por dia você come demais e depois vomita? Uma, duas, três, quatro, cinco, seis vezes?”. Geralmente, a resposta será “Não! Que isso! Apenas uma ou duas vezes por dia”.

Algo emblemático entre aqueles que sofrem com a bulimia nervosa é a **vergonha de seus comportamentos alimentares**. Com frequência, os pacientes evitam falar sobre o assunto e ocultam seus sintomas.

## 3.2 CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

Os critérios diagnósticos para bulimia nervosa, segundo o DSM-5, estão listados no **QUADRO 1**.

QUADRO 1

### CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DO DSM-5 PARA BULIMIA NERVOSA

**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 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.**

Entretanto, também é pertinente conhecermos os **subtipos** do transtorno. Basicamente, os bulímicos se diferenciam pela presença ou não de comportamentos purgativos. No **tipo purgativo**, os pacientes têm uma maior propensão a apresentar alterações hidroeletrólíticas. Já no **tipo não purgativo**, os pacientes utilizam apenas as dietas e os exercícios físicos extenuantes como métodos compensatórios e tendem a ser um pouco menos ansiosos em relação a sua imagem corporal.

Além disso, podemos subdividir o transtorno de acordo com sua **gravidade**. Essa divisão, ainda segundo o DSM-5, considera a **frequência dos comportamentos compensatórios**, de maneira a refletir o **grau de incapacidade funcional e a necessidade de supervisão do paciente**.

Caso o paciente apresente uma média de um a três episódios de comportamentos compensatórios por semana, seu quadro é considerado **leve**. Já se o paciente apresentar de quatro a sete episódios por semana, a bulimia é considerada **moderada**. Para ser classificada como **grave**, é necessária uma média de oito a treze episódios. A partir de quatorze episódios, o quadro é considerado **extremo**.

Assim como na anorexia nervosa, caso o quadro do paciente apresente uma regressão, é necessário classificar o **tipo de remissão**. Se após todos os critérios terem sido preenchidos apenas alguns dos critérios não forem mais atendidos, é dito que a bulimia nervosa está em **remissão parcial**. Já quando nenhum dos critérios é preenchido, dizemos que o paciente está em **remissão total** do quadro.

## 4 TRANSTORNO DE COMPULSÃO ALIMENTAR

O **transtorno de compulsão alimentar (TCA)** é o mais comum entre os transtornos alimentares, especialmente entre os pacientes que sofrem com **obesidade**. Estima-se que a obesidade esteja presente em pelo menos metade dos pacientes com o transtorno. Porém, antes de iniciarmos, vamos relembrar o que é um ato compulsivo.

**A compulsão é um ato que o indivíduo se sente coagido a realizar.** Vale salientar que, no processo volitivo para realizar um ato compulsivo, o indivíduo passa por uma **etapa de deliberação**, ou seja, uma ponderação consciente de sua ação. Portanto, a execução de um ato compulsivo **não se dá imediatamente**. Pelo contrário, os pacientes frequentemente reconhecem a compulsão como **algo indesejável e inadequado**, apresentando uma tentativa de adiá-la o máximo possível.

Desse modo, o TCA se caracteriza pela presença de **episódios de compulsão alimentar sem comportamentos compensatórios inapropriados** (típicos da bulimia). Os episódios de compulsão devem seguir alguns padrões, citados a seguir.

Os pacientes apresentam a **ingestão de uma quantidade anormal de alimento** (normalmente com alto valor calórico), muito maior do que a esperada, durante um período específico. Invariavelmente, relatam uma **sensação de falta de controle** sobre a alimentação ao decorrer de um episódio (“não consigo parar de comer”). Além disso, durante o episódio de compulsão alimentar, é normal que o indivíduo coma de forma **mais rápida do que o normal**, até **se sentir desconfortavelmente cheio**. Muitas vezes, os pacientes consomem grandes quantidades de comida mesmo **sem sentir fome**.

Outra característica significativa do quadro é o fato de os pacientes geralmente **comerem sozinhos por vergonha** e, ao fim da refeição, experimentarem um sentimento de **culpa e desgosto**.



É comum confundirmos o TCA com a bulimia nervosa, já que os episódios de compulsão alimentar ocorrem em ambos. Portanto, não se esqueça da diferença básica: indivíduos com TCA não apresentam comportamentos compensatórios inapropriados.

Para fecharmos o diagnóstico de TCA, os episódios devem ocorrer pelo menos **uma vez por semana durante três meses**, bem como causar um sofrimento significativo ao paciente. Assim como nos outros transtornos alimentares, podemos classificar o TCA de acordo com a gravidade do quadro, que se baseia no número de episódios de compulsão alimentar que o paciente apresenta por semana, conforme observado a seguir:

- um a três episódios por semana — leve;
- quatro a sete episódios por semana — moderado;
- oito a treze episódios por semana — grave;
- mais de quatorze episódios por semana — extremo.

## 5 COMO TRATAR OS TRANSTORNOS ALIMENTARES?

Inicialmente, ao nos depararmos com um caso de transtorno alimentar, é fundamental que façamos uma **estratificação** e uma **definição** do nível de cuidado e do tipo de abordagem necessária para cada paciente. É muito importante termos ciência de que **cada projeto terapêutico é individual e dependerá sempre da gravidade do quadro**.

Em algumas situações, quando existe um **alto risco** de complicações clínicas (por exemplo, quando ocorrem distúrbios hidroeletrólíticos graves) ou psiquiátricas (por exemplo, quando há comportamentos suicidas ou agravamento de comorbidades psiquiátricas), pode-se indicar a **internação hospitalar**. Nesses casos, o acompanhamento intensivo inicial será necessário para **retirar o paciente da crise**.

Podem ser necessárias, especialmente em casos de anorexia nervosa, **reposição hidroeletrólítica** e **suplementação nutricional**. Caso o paciente recuse a alimentação, indica-se a utilização de sonda nasogástrica. A intenção é reestabelecer o estado nutricional do indivíduo.



A maioria dos casos de internação por transtornos alimentares ocorre em razão de anorexia nervosa.

Passado o iminente risco de morte, ou em casos em que não houve necessidade de internação, devemos pensar em um tratamento continuado a longo prazo: como vamos adequar o comportamento alimentar do paciente para um padrão mais saudável? Como iremos garantir que o indivíduo não tenha recaídas? A resposta é: **por meio de uma abordagem multidisciplinar**.

O manejo adequado do estado nutricional e dos sintomas relacionados à alimentação deve contar com o apoio de **psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais e profissionais de outras especialidades médicas**. É importante sempre lembrar que o paciente é protagonista do seu tratamento e que todas as decisões e metas terapêuticas devem ser traçadas em conjunto com ele e sua família.

No processo de tratamento, a **psicoterapia** será considerada a **intervenção de primeira linha** em todos os transtornos alimentares. Entre as diversas abordagens da psicologia, a **terapia cognitivo-comportamental (TCC)** é a mais indicada, por ter maior comprovação científica de eficácia. A principal função das terapias é **a adequação dos comportamentos inapropriados relacionados à alimentação e do sistema de crenças disfuncionais sobre o corpo**.

Já em relação à **abordagem farmacológica**, alguns psicofármacos vêm sendo estudados e utilizados como adjuvantes à psicoterapia, mas **nunca como monoterapia**. Na **anorexia nervosa**, embora ainda não exista um fármaco aprovado oficialmente para tratamento, a **olanzapina**, um antipsicótico atípico, demonstrou efeito interessante no auxílio do ganho de peso. Ademais, alguns **inibidores seletivos de receptação da serotonina (ISRS)** e a **mirtazapina** podem ser úteis no tratamento das comorbidades psiquiátricas (como depressão e ansiedade), na prevenção de recaídas e na melhora de comportamentos obsessivo-compulsivos.

Já na **bulimia nervosa**, em casos refratários à TCC isolada, a **fluoxetina** (um ISRS), na dosagem de 60mg/dia, é uma boa opção terapêutica, aprovada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). De forma *off-label*, o anti-convulsivante **topiramato** tem mostrado resultados significativos na redução dos sintomas de compulsão alimentar e dos comportamentos purgativos.

No **TCA**, a **lisdexanfetamina** (psicoestimulante) é o único fármaco aprovado pela Anvisa para o tratamento de quadros moderados a graves. Ele já demonstrou ser capaz de diminuir o peso e a frequência dos episódios de compulsão alimentar. O **acompanhamento ambulatorial multidisciplinar** deve continuar por no mínimo **um ano** após a recuperação do peso.



No cuidado de pacientes com transtornos alimentares, é fundamental mantermos sempre uma **escuta empática**. Ganhar confiança e estabelecer uma boa relação médico-paciente é a chave para conquistarmos o fator determinante do tratamento: a **adesão do paciente**.

## 6 REFERÊNCIAS

1. SADOCK, B.J. **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. 11ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2017. 1466pp.
2. PEDROSA, M.A.A. et al. **Aspectos gerais da avaliação e tratamento dos transtornos alimentares**. Debates em Psiquiatria, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 14–23, 2019. Disponível em: <<https://revistardp.org.br/revista/article/view/50>>.
3. DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2008. 440pp.

4. Curso Psiquiatria. **Transtornos Alimentares** (Professora Carolina Stoffel). Jaleko Acadêmicos. Disponível em: <<https://www.jaleko.com.br>>.

---

## Visite nossas redes sociais



@jalekoacademicos



Jaleko Acadêmicos



@grujaleko

