

DISTÚRBIOS DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR

INTRODUÇÃO

Transtorno alimentar é um assunto bastante delicado e que atinge a maioria das pessoas durante a infância e adolescência. O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) juntamente com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), indicam que os principais Transtornos Alimentares (TAs), ou seja, os que mais acometem a população mundial, são a Anorexia Nervosa (AN) e a Bulimia Nervosa (BN). Esses dois quadros têm em comum uma perturbação no comportamento alimentar, o excessivo controle sobre o seu peso e uma deturpação de sua imagem corporal. Além disso, existem outras classificações, como também o Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP). Os transtornos alimentares são responsáveis por uma alta taxa de morbidade e mortalidade, e o grupo que é mais afetado é o feminino, com idade entre 12 e 25 anos. A prevalência da AN é cerca de 0,5% a 3,7%, e a BN de 1,1% a 4,2% isso em âmbito mundial (em relação ao Brasil essa informação ainda não é encontrada na literatura). No boletim será discutido sobre esses transtornos e qual a abordagem terapêutica

mais usada para o tratamento da população afetada.

CLASSIFICAÇÃO

Segundo a Associação Americana de Psiquiatria (APA), os transtornos alimentares podem ser divididos em 2 grupos: aqueles que ocorrem precocemente na infância e aqueles que ocorrem em fases mais tardias

No primeiro grupo nós encontramos o transtorno da alimentação da primeira infância, a PICA e o transtorno de ruminação. A pica, também conhecida como alotriofagia ou alotriogeusia, seria a ingestão de substâncias não nutritivas, inadequadas para o desenvolvimento infantil e que não são aceitas culturalmente como por exemplo cabelo, unha e barro. Enquanto no transtorno de ruminação temos episódios de regurgitação, ou remastigação, que não tem uma explicação baseada em condições médicas. No transtorno da alimentação da primeira infância o que se tem é uma dificuldade em fazer uma alimentação adequada e há uma perda ponderal ou falha em ganhar peso de forma apropriada. No segundo grupo encontramos um transtorno alimentar numa fase mais tardia, nesse casos nós temos o que chamamos de Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa.

Anorexia Nervosa: é um processo mais tardio e geralmente apresenta uma maior prevalência em mulheres jovens. Geralmente a Anorexia Nervosa apresenta dois picos de incidência: aos 14 e aos 17 anos. Acredita-se que esse transtorno alimentar estaria associado com pressões que muitas mulheres sofrem, principalmente na cultura ocidental. Além disso hoje em dia se acredita que existe um modelo multifatorial, com fatores biológicos, psicológicos e sociais, que ocasiona esses transtornos. No início do transtorno, temos situações nas quais os(as) pacientes cortam alimentos considerados "engordantes", associados a isso surgem problemas de distorção de imagem, na qual a pessoa acredita estar obesa quando na verdade está emagrecida. De maneira gradual a busca pelo "corpo perfeito" se torna algo central na vida dessas pessoas, o que acaba culminando em um isolamento social. O *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-V) comenta sobre a existência de 2 apresentações clínicas da doença, uma que seria do "tipo restritivo" na qual os pacientes apresentam um comportamento restritivo associado à dieta, e a segunda apresentação seria do "tipo purgativo", na qual temos comportamentos mais perigosos como vômitos e abuso de laxativos e diuréticos. A prática de exercícios se dá de maneira exagerada e pode haver desenvolvimento de problemas médicos nos pacientes devido à desnutrição e aos hábitos purgativos. Um exemplo clássico de problema de saúde que pode acometer essas pessoas é a anemia. A associação desse transtorno com outros transtornos psiquiátricos é bem comum. A base da terapêutica nesses processos envolve a integração de abordagens nutricionais, psicológicas e médicas, ainda não existindo um fármaco específico para esses

casos, entretanto o uso de ansiolíticos e antidepressivos parece ajudar no tratamento quando existe alguma associação com doenças psiquiátricas. Os inibidores de recaptação de serotonina aparentemente parecem ser seguros. Entretanto, o principal pilar no tratamento é a psicoterapia.



Fonte: [pexels](#)

Bulimia Nervosa: é mais rara antes dos 12 anos, sendo característico em mulheres jovens e adolescentes. apresentando a compulsão alimentar como principal sintoma que surge no decorrer de uma dieta para emagrecer. Possui um aspecto comportamental objetivo que seria ingerir uma quantidade exagerada de comida quando comparada à quantidade comida que uma pessoa comeria em condições normais, e também possui um componente subjetivo que é a sensação de total falta de controle sobre o seu próprio comportamento. Esses episódios, geralmente, em 90% dos casos, estão acompanhados de vômitos auto-induzidos que surgem como um método para compensar a ingestão de calorias. Essa indução dos vômitos pode variar de 1 a 10 episódios no dia em casos mais graves. Nesses casos as pacientes costumam apresentar ulcerações no dorso da mão devido à frequência da utilização da mesma para induzir a emese, o que chamamos de sinal de Russell. Outros mecanismos também são usados pelas pessoas

bulímicas, como: o uso inadequado (sem prescrição médica) de medicamentos do tipo laxativo, de diuréticos, de hormônios tireoidianos, de agentes anorexígenos e de enemas, além disso muitas pacientes se utilizam de jejuns prolongados e exercícios físicos exagerados como controle do peso. O DSM-V faz uma classificação na qual existiriam dois tipos de pacientes bulímicas, o primeiro tipo seria o "tipo purgativo" que se utiliza das técnicas citadas acima como forma de controlar o peso, o outro tipo seria o "tipo não purgativo" que seriam aqueles pacientes que se utilizam apenas de técnicas como dieta, exercício físico e jejuns como forma de controlar o peso. As complicações clínicas nesses casos são oriundas das manobras compensatórias, sendo as mais comuns: erosão dos dentes, alargamento das parótidas, esofagite, hipopotassemia e alterações cardiovasculares. A bulimia nervosa parece estar associada em alguns casos a transtornos de humor e ansiedade. Nesses casos temos um diagnóstico diferencial do que ocorre nos casos de anorexia, na bulimia as pacientes conseguem na grande maioria das vezes manter o peso dentro do limiar de normalidade. Seu tratamento requer uma equipe multiprofissional e na grande maioria das vezes é feito de forma extra-hospitalar, devendo, no início, serem feitas abordagens como a psicoterapia cognitivo-comportamental, o aconselhamento nutricional e o uso de psicofármacos que podem gerar melhora no paciente.



Fonte: [pexels](https://www.pexels.com)

Em alguns casos há a dificuldade em se fazer o diagnóstico do paciente entre bulimia nervosa (BN) ou anorexia nervosa (AN), isso ocorre porque o paciente apresenta sintomas difíceis de classificar como um transtorno alimentar típico, segundo a DSM-V esse transtorno é denominado transtorno alimentar não identificado. Esses quadros apresentam uma frequência 5 vezes maior que as síndromes completas. Já no transtorno de compulsão alimentar periódico (TCAP) o que ocorre é a presença de episódios de compulsão alimentar sem a utilização de medidas extremas para evitar o ganho de peso. A maioria das pessoas acometidas com esse transtorno é constituída de pacientes obesas. O tratamento envolve uma orientação dietética adequada com refeições regulares, psicoterapia cognitivo-comportamental, uso de inibidores seletivos da recaptação de serotonina ou uso de agentes que se encontram na fase inicial de avaliação como a sibutramina e o topiramato.

TERAPIA

O tratamento de Transtornos Alimentares é feito utilizando formas específicas de psicoterapias, incluindo Terapias Cognitivas Comportamentais e Terapias Familiares. As evidências sugerem que uma farmacoterapia, utilizando antidepressivos, também pode ser bastante promissora. Os tratamentos de Transtornos Alimentares visam restaurar a nutrição dos pacientes de maneira adequada, onde o ganho de peso vai ser visto como algo saudável, interromper a compulsão e os comportamentos de purga e reduzir as atividades físicas em excesso.

O uso de medicamentos na Anorexia Nervosa, visam corrigir três pontos principais:

- Distorção da imagem corporal;
- Sintomas depressivos associados e
- Alterações de apetite.

Na Bulimia Nervosa o ponto principal a ser tratado são os Episódios de Compulsão Alimentar (ECA), juntamente com os sintomas comportamentais já relacionados. Em contrapartida, no Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica o alvo principal de tratamento envolve a remissão ou redução dos ECA, além de controlar a obesidade e a depressão associada.

Deve-se ter em mente que é de extrema importância a associação dos tratamentos, além de uma minuciosa avaliação feita por uma equipe multidisciplinar, de preferência, antes de se iniciar qualquer tratamento farmacoterapêutico. Isso é necessário pois os pacientes com Transtornos Alimentares apresentam um conjunto de complicações clínicas concomitantes que devem ser levadas em conta antes de qualquer prescrição farmacológica.

PSICOTERAPIA

Tratamentos recentes e mais avançados estão envolvendo abordagens transdiagnósticas, ou seja, o terapeuta busca fazer uma combinação de diferentes técnicas, comprovadas cientificamente, para encontrar a melhor forma de tratar aquele paciente, em sua individualidade. Alguns estudiosos como Fairburn estudaram uma nova forma de aplicar a Terapia Cognitiva Comportamental (TCC), criando uma versão transdiagnosticada dela (TCC-E). Essa nova forma de terapia usa os princípios da TCC, como monitoramento alimentar, desafios cognitivos e outros, porém faz a inclusão

de componentes que visam diferentes comportamentos alimentares, buscando uma aplicação mais ampla. Algumas outras estratégias como Psicoterapia Interpessoal (IPT) também podem ser utilizadas.

Em pessoas com Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica (TCAP), comparando TCC com grupos controles inativos, foi possível encontrar um número significativamente reduzido de episódios de compulsão alimentar em pacientes que foram submetidos à TCC. Com isso, após análises de tratamento, a maioria dos estudiosos apoiam o uso de Terapia Cognitiva Comportamental para tratar Bulimia Nervosa e Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica.

Já para pessoas que sofrem de Anorexia Nervosa (AN) a terapia de escolha permanece como sendo a Terapia Baseada em Família, uma vez que ela se mostrou bastante eficaz no tratamento de pacientes jovens. Além disso, foi relatado que a intervenção precoce e o tratamento para ganho de peso melhoram muito os resultados dos adolescentes que possuem Anorexia Nervosa.

Pessoas com transtorno alimentares, frequentemente, são conceituadas como tendo déficits na autoestima, e isso pode contribuir para continuidade do transtorno. Então, muitos autores buscam tratamentos que possam produzir melhoras na autoestima desses pacientes.

TERAPIA MEDICAMENTOSA

Com a identificação de diferentes categorias de transtornos alimentares, começaram a surgir estudos que buscavam examinar as intervenções farmacológicas e qual traria melhores resultados e benefícios em determinado transtorno. Com relação ao tratamento de Bulimia Nervosa e Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica existem resultados promissores no que diz respeito ao uso de antidepressivos, uma vez que foi observada uma diminuição significativa da compulsão alimentar e comportamento de purgação. O antidepressivo escolhido para o tratamento de Bulimia Nervosa é a fluoxetina, já que tem aprovação da Food and Drug Administration (FDA) dos Estados Unidos. Porém, antidepressivos da classe de Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina e Antidepressivos Tricíclicos apresentaram uma superioridade clínica significativa na redução da frequência de compulsão alimentar e no comportamento de purgação quando comparado com o grupo placebo.

Em um estudo feito apenas com mulheres que tinham Bulimia Nervosa, expôs que 60mg de fluoxetina obteve melhores resultados que o uso de 20 mg, quando comparados com o grupo de pacientes que recebeu placebo. Com isso, eles observaram que seria necessária uma dose mais elevada, do que a normalmente usada para tratar a depressão, para que se tivesse um tratamento eficaz dos sintomas de Bulimia Nervosa.

Apesar de medicamentos antidepressivos, como a fluoxetina, surtirem alguns efeitos em indivíduos com TCAP, uma vez que reduzem a frequência de compulsão alimentar, esses medicamentos não possuem nenhum efeito significativo no peso desses pacientes que são obesos ou estão com sobrepeso, deixando-os ansiosos por uma nova estratégia que contorne esse sintoma. Com isso, alguns estudiosos continuaram investigando qual a melhor abordagem terapêutica para tratar a TCAP. A lisdexanfetamina, um medicamento com propriedades estimulantes e que possui indicações da FDA para o tratamento do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), chamou a atenção de cientistas, pelo fato de reduzir a compulsão alimentar.

Na Anorexia Nervosa os estudos são feitos durante e fase aguda do transtorno e o principal foco do tratamento é o ganho de peso. Foram feitos vários estudos clínicos randomizados e os fármacos que mais surtiram efeito nesse transtorno foram antidepressivos, como a clomipramina, amitriptilina e fluoxetina, porém eles não são muito eficazes.

Outro medicamento que se mostrou promissor foi a olanzapina. Após um estudo realizado por Attia et al. (1998) com 152 pacientes ambulatoriais com AN, durante 16 semanas, em cinco diferentes centros clínicos na América do Norte, os autores perceberam que o grupo tratado com olanzapina mostrou um aumento estatisticamente significativo no seu IMC em comparação com o grupo placebo.

Embora os resultados sejam promissores, esses e outros medicamentos ainda precisam passar por mais estudos clínicos para terem eficácia comprovada para o tratamento desses transtornos.



Fonte: [pexels](#)

NEUROMODULAÇÃO E NEUROIMAGEM

Esse tratamento é novo e ainda está em processo de avaliação. Quanto maior for a compreensão dos circuitos neuronais que estão envolvidos nos transtornos alimentares, o interesse pelos tratamentos com neuromodulação aumentam. Algumas pesquisas identificaram neurocircuitos que podem estar alterados nos indivíduos com transtornos alimentares. Estudiosos analisaram dados de neuroimagem e neurocognitivos que tinham relação direta com circuitos envolvidos na aprendizagem, recompensa, tomada de decisão, estresse, afeto e valência negativa, regulação do apetite e controle auto-regulador. A compreensão desses circuitos torna possível identificar potenciais alvos para o desenvolvimento de tratamentos, usando tecnologias de modulação neuronal. Os métodos de neuromodulação podem ser não invasivos, como estimulação magnética transcraniana repetitiva ou podem ser invasivas, como a estimulação cerebral profunda.

Embora esse método seja promissor, ele ainda deve passar por várias pesquisas que comprovem sua qualidade e eficácia, para que seja usado como um tratamento efetivo contra os Transtornos Alimentares.

CONCLUSÃO

Portanto, conclui-se que o transtorno alimentar é um problema que precisa de muita atenção, tendo em vista que atinge um grande número de pessoas, principalmente de mulheres. O modelo social no qual estamos inseridos acaba exercendo influência nesses transtornos, a ideia de “corpo perfeito” escraviza muitos jovens, levando aos transtornos acima citados. Com isso a pesquisa por novos medicamentos, que contemplem os sintomas de cada transtorno, estão aumentando e novos avanços terapêuticos estão começando a surgir, como a neuromodulação e neuroimagem. Porém, ainda se faz necessário mais pesquisas nesse âmbito, para comprovar a eficácia dessas novas terapias. Assim, os tratamentos convencionais, como psicoterapias e farmacoterapias com medicamentos já aprovados, continuam sendo usados para tratar esses transtornos alimentares.

REFERÊNCIAS

- PRISCO, Ana Paula Kalil et al. Prevalence of eating disorders in urban workers in a city of the northeast of Brazil. **Ciencia & saude coletiva**, v. 18, n. 4, p. 1109-1118, 2013.
- STICE, Eric et al. O modelo de via dupla diferencia bulímicos, bulímicos subclínicos e controles: Testando a hipótese de continuidade. **Terapia comportamental**, v. 27, n. 4, pág. 531-549, 1996.
- MAIA, Raimunda Gerlane Lima et al. Estado nutricional e transtornos do comportamento alimentar entre estudantes do curso de graduação em nutrição no instituto federal de educação, ciências e tecnologia, ceará, brasil. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 13, n. 1, p. 135-145, 2018.
- DAVIS, Lauren E.; ATTIA, Evelyn. Recent advances in therapies for eating disorders. **F1000Research**, v. 8, 2019.
- APPOLINARIO, Jose C.; BACALTCHUK, Josue. Tratamento farmacológico dos transtornos alimentares. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 24, p. 54-59, 2002.
- APPOLINÁRIO, José Carlos; CLAUDINO, Angélica M. Transtornos alimentares. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 22, p. 28-31, 2000
- MORGAN, Christina M.; VECCHIATTI, Ilka Ramalho; NEGRÃO, André Brooking. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 24, p. 18-23, 2002..
- Fairbum CG, Cooper PJ. Eating disorders. In: Hawton K, Salkovskis PM, Kirk J, Clark DM, editors. Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems. New York: Oxford University Press; 1991. p. 277-314.
- Organização Mundial da Saúde. Classificação dos transtornos mentais e do comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (org.). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 2014. Disponível em: <http://www.niip.com.br/wp-content/uploads/2018/06/Manual-Diagnostic-e-Estatistico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5-1-pdf.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2020

EQUIPE

Alberto de Macedo Freire Neto e Ana Caroline Moreno de Oliveira – Estagiários CIM/UFC

Farm. Msc. Ana Cláudia de Brito Passos

Profa. Dra. Mirian Parente Monteiro