

Transtornos alimentares

Marle Alvarenga
2019

Transtornos Alimentares (eating disorders)

Doenças de interesse específico da psiquiatria

Precisam de análise cuidadosa no que diz respeito à aspectos e cuidados nutricionais

1

2

Transtornos Alimentares oficiais

Critérios Diagnósticos definidos pela OMS e APA

Código Internacional Doenças - **CID 11 - OMS**
Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - **DSM 5** -
American Psychiatry Association - (**APA**)

3

TRANSTORNOS ALIMENTARES

DSM5

- Anorexia nervosa
- Bulimia nervosa
- TCA
- OTA (SAN, T. purgativo)
- TCA
- Pica
- T ruminativo
- T evitativo/restritivo (TARE/ARFID)

CID 11

Feeding or eating disorders

- 6B80 Anorexia nervosa
- 6B81 Bulimia nervosa
- 6B81 Binge eating disorder
- 6B83 ARFID
- 6B84 Pica
- 6B85 Rumination-regurgitation
- 6B8Y OTA specified
- 6B8Z Feeding or eating unspecified

<https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2f%2fentity%2f1412387537>

4

TRANSTORNOS ALIMENTARES

NÃO OFICIAIS

- Comer transtornado
- Ortorexia Nervosa
- Transtornos ligados à prática esportiva
- TA evitação pós cirúrgica
- Diabulimia
- "Pregorexia"

5

ANOREXIA NERVOSA

DSM-5 (APA)

- A) Restrição da ingestão de energia comparado as necessidades, levando a um baixo peso significante (BPS) no contexto da idade, sexo, trajetória de desenvolvimento e saúde física. BPS é definido como um peso que é < do que o mínimo normal, ou para crianças e adolescentes menos do que o mínimo esperado.
- B) Medo intenso do ganho de peso ou de se tornar gordo, ou comportamentos persistentes que interferem no ganho de peso – mesmo estando abaixo do peso.
- C) Perturbação no modo de vivenciar o peso, tamanho ou forma corporais; excessiva influência do peso ou forma corporais na maneira de se auto avaliar; negação da gravidade do baixo peso.

Subtipos: restritivo
purgativo

Amenorréia não é mais critério pelo DSM5

6

ANOREXIA NERVOSA- DSM-5

Gravidade:

Para adultos baseado no IMC:

- Leve $\geq 17 \text{ Kg/m}^2$
- Moderado $16-16,99 \text{ Kg/m}^2$
- Grave $15-15,99 \text{ Kg/m}^2$
- Extremo $< 15 \text{ Kg/m}^2$

Para crianças e adolescentes no percentil do IMC. O nível de gravidade deve ser ampliado para refletir sintomas clínicos, grau de incapacidade funcional e necessidade de supervisão

7

ANOREXIA NERVOSA- DSM-5

Em remissão parcial:

- Depois de ter preenchido critério total para AN, o critério A não é preenchido por um período sustentável, mas o B e/ou C sim.

Em remissão total:

- Depois de ter preenchido critério total para AN, nenhum dos critérios é preenchido por um período sustentável de tempo.

8

BULIMIA NERVOSA

DSM-5 (APA)

- 1) Episódios recorrentes do **comer compulsivo**
 - 2) **Comportamentos compensatórios** recorrentes
 - 3) **Frequência mínima:** 1x / sem por 3 meses
 - 4) **Prejuízo na auto-avaliação** em função de peso e forma corporal
- Não acontece exclusivamente nos episódios de AN

- a) Ingestão, em um período limitado de tempo (por exemplo, dentro de um período de 2 horas) de uma quantidade de alimentos definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria durante um período similar e sob circunstâncias similares;
- b) Um sentimento de falta de controle sobre o comportamento alimentar durante o episódio (por exemplo, um sentimento de incapacidade de parar de comer ou de controlar o que ou quanto está comendo)

9

BULIMIA NERVOSA

Gravidade:

Baseado na frequência dos métodos compensatórios. O nível de gravidade deve ser ampliado para refletir sintomas clínicos, grau de incapacidade funcional e necessidade de supervisão

- Leve: 1-3 episódios semana
- Moderado: 4-7 episódios semana
- Grave: 8-13 episódios semana
- Extremo: ≥ 14 episódios semana

10

BULIMIA NERVOSA

Em remissão parcial:

- Depois de ter preenchido critério total para BN, alguns, mas não todos critérios são preenchidos por um período sustentável de tempo

Em remissão total:

- Depois de ter preenchido critério total para BN, nenhum dos critérios é preenchido por um período sustentável de tempo

11

TCA - TRANSTORNO DA COMPULSÃO ALIMENTAR - DSM5

Crítérios

- A. Episódios recorrentes de compulsão .
- B. Os episódios de compulsão alimentar estão associados a três ou mais dos seguintes aspectos:
1. Comer mais rapidamente do que o normal
 2. Comer até se sentir desconfortavelmente cheio
 3. Comer grandes quantidades de alimento na ausência da sensação física de fome
 4. Comer sozinho por vergonha do quanto se está comendo
 5. Sentir-se desgostoso de si mesmo, deprimido ou muito culpado em seguida.
- C. Sofrimento marcante em virtude da compulsão alimentar.
- D. Os episódios de compulsão alimentar ocorrem, em média, ao menos 1 vez/semana durante 3 meses.
- E. A compulsão alimentar não está associada ao recorrente comportamento compensatório inapropriado, como na BN, e não ocorre exclusivamente durante o curso de BN ou AN.

12

TCA - TRANSTORNO DA COMPULSÃO ALIMENTAR - DSM-5

Gravidade:

Baseado na frequência das compulsões

- Leve: 1-3 episódios semana
- Moderado: 4-7 episódios semana
- Grave: 8-13 episódios semana
- Extremo: ≥ 14 episódios semana

13

OUTROS TRANSTORNOS ALIMENTARES ESPECIFICADOS DSM-5 (APA)

Todos os critérios para **AN** exceto que, apesar de significativa perda de peso, o indivíduo ainda tem peso atual dentro da faixa normal.

Todos os critérios para **BN**, exceto que os episódios do comer compulsivo e comportamentos purgativos ocorrem em frequência menor do que 1 vez por semana ou com duração menor do que 3 meses.

Todos critérios para **TCA** - exceto que os episódios do comer compulsivo e comportamentos purgativos ocorrem em frequência menor do que 1 vez por semana ou com duração menor do que 3 meses.

CID-10: AN atípica, BN atípica, quadros parciais/subclínicos

14

OUTROS TRANSTORNOS ALIMENTARES DSM-5 (APA)

Transtorno purgativo: comportamentos purgativos para influenciar o peso ou a forma, SEM compulsão

Síndrome da alimentação noturna (SAN): Recorrentes episódios de comer noturno - comer após despertar de um sono ou por consumo excessivo de comida depois de uma refeição noturna

15

Ainda no DSM-5 (APA)

Transtorno ruminativo:

-Regurgitação repetida de alimento, num período de pelo menos 1 mês. O alimento regurgitado por ser remastigado, re-engolido ou cuspidado

-A regurgitação repetida não é atribuída a problema gastrointestinal como Refluxo, estenose pilórica

-O transtorno não aparece exclusivamente no curso da AN, BN, TCAP ou transtorno evitativo/restritivo

-Se acontece no contexto de outra doença mental, é suficientemente grave para chamar atenção adicional

Em remissão: depois de ter preenchido critério total, não é mais preenchido por um período sustentável de tempo

Pica:

- Comer persistente de substâncias não nutritivas, não alimentares, num período de pelo menos 1 mês

-O consumo de substâncias não nutritivas, não alimentares é inapropriado para o nível de desenvolvimento do indivíduo

-O consumo alimentar não é parte de uma norma sociocultural

-Se acontece no contexto de outra doença mental (incapacidade intelectual, autismo, esquizofrenia) ou gravidez, é suficientemente grave para chamar atenção adicional

16

Transtorno Alimentar Restritivo Evitativo - TARE

Incluído no DSM 5 (APA, 2013)

Substituição e ampliação do Transtornos da Alimentação da Primeira Infância

- Crianças até 6 anos
- Alterações na relação quem alimenta/quem é alimentado

17

Crítérios Diagnósticos

A. Uma perturbação alimentar (p. ex., falta aparente de interesse na alimentação ou em alimentos; esquivia baseada nas características sensoriais do alimento; preocupação acerca de consequências aversivas alimentar)

18

Crítérios Diagnósticos

Características do alimento	Desinteresse pela comida ou por comer	Evitação por medo
- Sensibilidade extrema ao SABOR, TEXTURA, APARÊNCIA, COR, TEMPERATURA, etc	- Apetite reduzido - Sensação de saciedade precoce	- Resposta negativa condicionada seguindo ou antecipando uma experiência aversiva, como engasgo, vômito, dor, etc

19

Crítérios Diagnósticos

A. Uma perturbação alimentar (p. ex., falta aparente de interesse na alimentação ou em alimentos; esquivia baseada nas características sensoriais do alimento; preocupação acerca de consequências aversivas alimentar) manifestada por fracasso persistente em satisfazer as necessidades nutricionais e/ou energéticas apropriadas levando a um (ou mais) dos seguintes aspectos:

1. Perda de peso significativa (ou insucesso em obter o ganho de peso esperado ou atraso de crescimento em crianças).
 2. Deficiência nutricional significativa.
 - ✓ Def. Nutricional → exames bioquímicos, determinação da ingestão de alimentos, e exames físicos (sinais e/ou sintomas de desnutrição (bradicardia, hipotermia, etc))
 3. Dependência de alimentação enteral ou suplementos nutricionais orais.
 4. Interferência marcante no funcionamento psicossocial.
 - ✓ Impossibilidade de fazer refeições com outras pessoas ou manter relações sociais por conta da alimentação
- A ingestão inadequada pode levar à irritabilidade, def de Zn → exacerbar a inapetência/dificuldade de se alimentar

20

Crêterios Diagnósticos

B. A perturbação não é mais bem explicada por indisponibilidade de alimento ou por uma prática culturalmente aceita.

- ✓ Nem por comportamentos normais do desenvolvimento: recusa e seletividades na infância, inapetência na 3  idade

C. A perturbação alimentar não ocorre exclusivamente durante o curso de anorexia nervosa ou bulimia nervosa, e não há evidência de perturbação na maneira como o peso ou a forma corporal é vivenciada.

D. A perturbação alimentar não   atribuível a uma condição médica concomitante ou mais bem explicada por outro transtorno mental. Quando ocorre no contexto de uma outra condição ou transtorno → sua gravidade excede a habitualmente associada   condição ou ao transtorno e justifica atenção clínica adicional.

- ✓ Após tratamento do quadro de base → perturbação alimentar   cessada

21

Causas

Não bem esclarecidas: ↓ duração do aleitamento materno exclusivo (Galloway et al., 2003; Shim et al., 2011), introdução precoce dos alimentos complementares (Shim et al., 2011); baixo peso ao nascer (Tharner et al., 20014; Cano et al., 2015); influência genética (Cooke et al., 2007).

Genéticos e fisiológicos: TA nos pais; História de condições gastrointestinais (DRGE, vômitos, alergia alimentar, etc) **Indivíduos restringem a alimentação p/ dor → restrição e perda de peso acentuam a dor e reduzem a motilidade gástrica** (Thomas et al., 2017)
Atitudes pais para fazer seus filhos comerem bem, acabam resultando na piora da alimentação da criança.

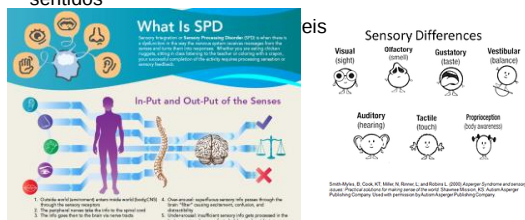
Temperamentais (fatores de risco): transtornos de ansiedade, do espectro autista, TOC, TDAH (comorbidades comuns) APA, 2013

22

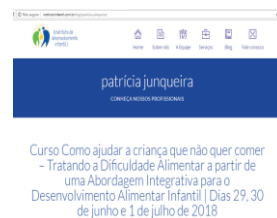
Etiologia e fatores de riscos

Disfunção de processamento sensorial:

- 5 sentidos + propioceptivo e vestibular não são adequadamente processados pelo SNC (Trânsito neurológico)
- Crianças podem ter disfunção em apenas 1 ou mais sentidos



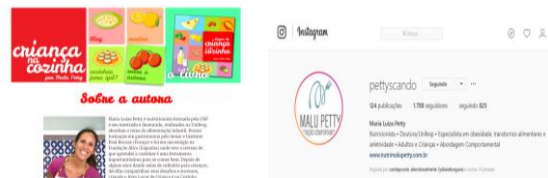
23



24



25



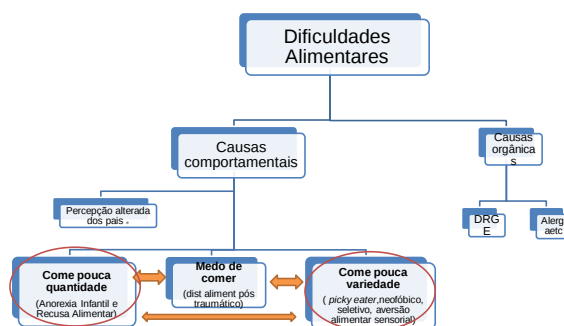
26

Dificuldade alimentar

Dificuldades alimentares é um termo proposto para abranger todo tipo de problemas relacionados a comportamentos alimentares alterados e ingestão alimentar inadequada

- não há consenso entre os critérios que definem seus subtipos, entretanto, alguns especialistas propõem classificações
- os motivos que levam uma criança a ter dificuldades para comer são individuais e complexos, por essa razão os pais e responsáveis devem buscar ajuda com profissionais especializados

27



Kerzner B, Milano K, MacLean WC Jr, Berali G, Stuart S, Chatoor I A. Practical approach to classifying and managing feeding difficulties. Pediatrics. 2015; 135 (2):344-353.

28

Recusa alimentar – criança que come pouca quantidade

Características frequentes

Pouco interesse pela comida
 Não costuma pedir para comer
 É capaz de ficar horas ou dias sem comer
 Sente-se saciada precocemente
 Refeições de longa duração

Bryant-Waugh, 1999; Chatoor, 2002; Jacobi et al., 2008; Keith et al., 2010

29

Seletividade alimentar – criança que come pouca variedade

Características frequentes

"Picky eaters" ou Seletividade de media intensidade	Gosta de menos variedade X crianças sem queixas
	Recusa grupos inteiros de alimentos "Alimentação láctea" Prejuízo motor orofacial Evita experimentar novos alimentos
Aversão Sensorial Alimentar ou Seletividade extrema	Consome no máximo 10 a 15 alimentos
	Hipersensibilidade sensorial: é capaz de reconhecer e recusar marcas diferentes de alimentos Dificuldade de processamento sensorial Aversões sensoriais : cheiro, textura, temperatura, aparência (não só alimentação)

Chatoor, 1998; Bryant-Waugh, 1999; Chatoor, 2002; Jacobi et al., 2008; Tharner et al., 2014

30

Seletividade

+/- 30-45% das crianças são consideradas seletivas pelos seus pais, em algum momento da infância (Dubois et al., 2007; Mascola et al., 2010; Cardona Cano et al., 2015) - varia de acordo com a idade em que foram avaliadas

Prevalência discrepante: de 14 - 50% nas pré-escolares (Carruth et al., 2004; Dubois et al., 2007) e 5,6% - 27% nas mais velhas (Marchi & Cohen, 1990; Micali et al., 2011; Tharner et al., 2014)

Van Tine et al, 2017 verificaram que aquelas com seletividade alimentar por + 6 anos, até o início da adolescência, mantiveram-se assim aos 23 anos de idade.

31

Seletividade X Neofobia

A neofobia alimentar → não experimenta

Seletividade → é capaz de colocar na boca, mas não aceita e incorpora à alimentação

Ambos: variedade alimentar diminuída



Dovey et al. (2008)

32

Transtornos da alimentação da infância



Weinberg C –org. Transtornos Alimentares na infância e adolescência – uma visão multidisciplinar. São Paulo: Sá Editora, 2008.

33

Tratamento Dificuldades Alimentares

Variedade alimentar reduzida e deficiências nutricionais

Dessensibilização sistemática: crianças são repetidamente expostas aos alimentos, sem a expectativa de que ela coma

- Brincar com a comida
- Cozinhar
- Fazer compras



Visão > Olfato > Tato (mãos) > Paladar > Tato (boca)

34

Tratamento

Dificuldade de processamento sensorial: fonoaudiólogos e TO



35

Tratamento

Acolhimento aos pais

“Desculpabilização”

Trabalhar expectativas

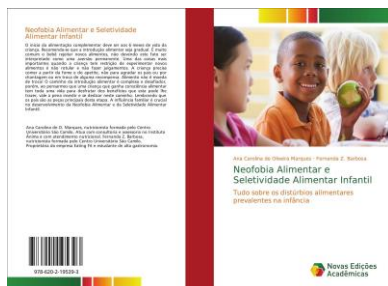
Terminar com a “guerra para comer”

Organizar horários, refeições, evitar beliscos!

Mantendo uma boa relação com a alimentação do seu filho → Mais cedo ou mais tarde ele irá aprender a comer quase tudo que você come (Ellyn Satter)



36



<https://www.amazon.com.br/Neofobia-Alimentar-Seletividade-Infantil-alimentares/dp/6202195398>

37

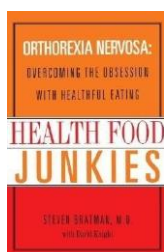
TRANSTORNOS ALIMENTARES

NÃO OFICIAIS

- Ortorexia Nervosa
- Comer transtornado
- Transtornos ligados à prática esportiva
- TA evitação pós cirúrgica
- Diabulimia
- "Pregorexia"

38

ORTOREXIA NERVOSA



✦ **Primeira descrição:** Bratman, 1997

✦ **Ortorexia nervosa:**

-Orto = correto, ortodóxico
-Preocupação obsessiva por seguir uma alimentação saudável

Bratman S, Knigh D. Health Food Junkies - Orthorexia nervosa: overcoming the obsession with healthful eating. New York: Broadway, 2001.

Ortorexia nervosa: reflexões sobre um novo conceito

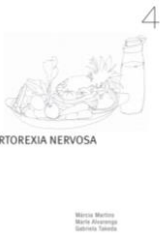
Orthorexia nervosa: reflections about a new concept

Márcia Cristina Teixeira MARTINS¹
Marle dos Santos ALVARENGA²
Sílvia Viviane Alves VARGAS³
Karen Sayuri Cabral de Jesus SATO⁴
Fernanda Baeza SCAGLIUS⁵

Rev. Nutr., Campinas, 24(2):345-357, mai/abr., 2011

39

40



QUADRO 1 – Proposta de “critério diagnóstico” para comportamento de ortorexia nervosa

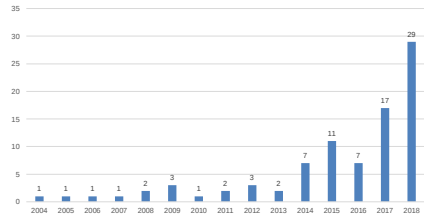
Critério A	Critério B
Foco obsessivo em alimentação “saúdável” conforme definida por uma teoria alimentar ou conjunto de crenças, cujos detalhes específicos podem variar, marcado por angústia emocional exagerada em relação às escolhas alimentares percebidas como não saudáveis; perda de peso pode ocorrer como resultado das escolhas alimentares, mas não é o objetivo primário, conforme evidenciado por: 1. Comportamento obsessivo e/ou preocupação mental com respeito a práticas alimentares restritivas e alimentares entendidas pelo indivíduo como promotoras de ótima saúde 2. Violação das regras alimentares autimpostas causa medo exagerado de doença, senso de impureza pessoal e/ou sensações físicas negativas acompanhadas por ansiedade e vergonha 3. Progressão das restrições alimentares ao longo do tempo, e podem vir a incluir a eliminação de grupos alimentares inteiros e envolver mais frequentes, progressivos e/ou graves “limpezas” (jejuns parciais) consideradas como purificantes ou desintoxicantes. Esse agramamento consciente leva à perda de peso, mas o desejo de perder peso está ausente, escondido ou subordinado à ideação acerca da alimentação “saúdável”	O comportamento obsessivo e a preocupação mental se tornam clinicamente incapacitantes por qualquer um dos seguintes: 1. Diminuição, perda de peso grave ou outras complicações médicas de uma dieta restritiva 2. Angústia intrapessoal ou comprometimento das funções sociais, acadêmicas ou vocacionais secundárias a crenças ou comportamentos acerca de alimentação saudável 3. Imagem corporal positiva, autoestima, identidade e/ou satisfação excessivamente dependentes da conformidade com o comportamento alimentar “saúdável” autodefinido

Fonte: Dunn e Blatman (2016).



41

42



43

44

Publicações	Nº de publicações
Artigos originais	78
- Presença de sintomas de ON	57
- Desenvolvimento e validação de instrumentos	14
- Estudos qualitativos	4
- Opiniões e crenças	3
Descrição e caracterização da ON	9
Resenha de livro	1
Revisões de literatura	8
Casos clínicos	5
Teses/ dissertações	5
Editoriais	3
Comentário de artigo	1
Errata	1

ORTOREXIA NERVOSA

Quadro 1. Características principais da ortorexia nervosa.

- Fiação em alimentação saudável, com mais de três horas ao dia de dedicação em torno da sua dieta^{11,13,17}.
- Definição bastante rígida do que é saudável, mas que varia de acordo com as crenças nutricionais individuais. Em geral, aditivos intencionais (p.ex.: corantes, conservantes) ou não (p.ex.: herbicidas, pesticidas), ingredientes geneticamente modificados, gorduras, sal e açúcares são vistos como elementos prejudiciais à saúde. A forma de preparo e os utensílios utilizados também são parte do ritual obsessivo^{10,2}.
- Sensação de segurança, conforto e tranquilidade vinculada à alimentação orgânica, ecológica, funcional ou com certificado de salubridade¹⁸.
- A tônica dominante é o desejo de prevenir ou eliminar sintomas físicos (reais ou exagerados) ou de ser puro e natural, mesmo que à custa da perda de prazer na alimentação^{11,13,19}.
- Inicia-se com o desejo de melhorar a saúde, tratar uma enfermidade ou perder peso, mas, finalmente, a dieta passa a ocupar lugar central na vida, requerendo grande autocontrole para manter hábitos alimentares radicalmente diferentes daqueles típicos da sua cultura²⁰.
- Presença de traços de personalidade fóbicos e obsessivos²¹.
- Atinge indivíduos de personalidade metódica, ordenada, exigentes consigo mesmos e com os demais (perfeccionistas), com exagerada necessidade de autocuidado e de proteção^{14,19,22}.

ORTOREXIA NERVOSA

- Lapsos são acompanhados de sentimento de culpa^{11,13,17}.
- É preferível jejuar a comer o que se considera impuro ou perigoso à saúde⁹.
- O que comer passa a dominar o cotidiano da pessoa (desde o planejamento, aquisição, preparo e consumo dos alimentos considerados saudáveis)^{9,11,13,17}.
- O comportamento alimentar ortoréxico se torna o único possível, gerando uma sensação de superioridade e desprezo sobre outros hábitos alimentares e estilos de vida, considerados insalubres^{13,17}.
- O cotidiano se torna extremamente limitado devido ao padrão restritivo de alimentação, gerando uma diminuição da qualidade de vida, conforme aumenta a "qualidade" da alimentação^{11,13,17}. Assim, a ortorexia nervosa envolve uma situação paradoxal e incoerente: é preciso manter-se saudável, mesmo que o preço seja pago com a própria saúde.
- Isolamento social decorrente do distanciamento do padrão alimentar comum à sociedade a que o indivíduo pertence^{11,13,22,23}.
- Sensação de solidão e de insatisfação com a própria condição²³.
- Tentativas insistentes de esclarecer outros acerca da "alimentação saudável"²³.
- Quando a aquisição da pureza dietética apresenta fundamentação religiosa, pode ocorrer a busca por compensações espirituais²³.

45

46

Vol. 17: e29-e35, March 2012

ORIGINAL
RESEARCH
PAPER

Orthorexia nervosa behavior in a sample of Brazilian dietitians assessed by the Portuguese version of ORTO-15

M.S. Alvarenga¹, M.C.T. Martins², K.S.C.J. Sato², S.V.A. Vargas², S.T. Philippi¹, and F.B. Scagliusi³

¹Department of Nutrition, Public Health School, University of São Paulo, São Paulo; ²Adventist University Center of São Paulo (UNASP); ³Health, Clinics and Institutions, Federal University of São Paulo, Campus Baixada Santista, Santos, Brazil

47



Orthorexia: When Diet Culture Becomes Dangerous

When does too healthy become unhealthy?

BY CLAUDIA NG, UNIVERSITY OF TEXAS AT AUSTIN

Following the rampant digital messages emphasizing "healthy eating," misinformed consumers might be doing more harm than good to themselves. (Illustration by Alex Hinkley/istockphoto)

<https://studybreaks.com/thoughts/orthorexia-2/>

48

Clean Eating



49

Transtornos ligados ao exercício físico



Exercício físico excessivo
Triade de Mulher atleta
Dismorfia muscular (Transtorno
dismórfico corporal DSM5)

Alvarenga MS. Transtornos alimentares. In: Hirschbruch MD, Carvalho JR (Org.). *Nutrição esportiva: uma visão prática*. 3ª ed. São Paulo: Manole; 2014.
Petribu KCL, Oliveira IR. Dismorfia muscular: uma nova manifestação do transtorno obsessivo-compulsivo? *J Bras Psiquiatria*, 48(10): 465-9, 1999.
ARAUJO AC, LOTUFO NETO F. A nova classificação Americana para os Transtornos Mentais: o DSM-5. *Rev Bras Ter Comport Cogn*. 16(1). 2014.

50

Obesity Surgery, 14, 353-360

Post-Surgical Refusal to Eat: Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa or a New Eating Disorder? A Case Series

Adriano Segal, MD, PhD (Psychiatrist)^{1,2}; Debora Kinoshita Kussunoki, MD (Psychiatrist)^{1,2}; Maria Aparecida Larino, Nutr (Nutrition Professional)^{1,3}

¹Obesity and Psychiatric Co-Morbidity Outpatient Service, ²Eating Disorders Section of Brazilian Association for the Study of Obesity, ³Bulimia and Eating Disorders Outpatient Service, Institute of Psychiatry, Hospital das Clínicas, São Paulo University Medical School, São Paulo, Brazil

Segal, A., Kussunoki, D. K., & Larino, M. A. (2004). Post-surgical refusal to eat: anorexia nervosa, bulimia nervosa or a new eating disorder? A case series. *Obesity surgery*, 14(3), 353-360.

51

Segal et al

Table 9. Post-Surgical Eating Avoidance Disorder (PSEAD)

Proposed Criteria
1) Previous history of morbid obesity followed by bariatric surgery over the last 2 years.
2) Higher speed of weight loss than the average usually associated with the technique employed, upon the diagnosis of changes in eating behavior.
3) Use of purgative strategies or excessive reduction of food intake, related or not to binge-eating episodes.
4) Reaction of extreme anxiety and/or an active negative attitude when nutritional correction is introduced, which can be evidenced by: a. Intense fear of going back to the preoperative weight and/or b. The patient does not accept orientation to interrupt the weight loss and/or c. The patient denies doing something exaggerated that accounts for this loss and/or d. The patient perceives a positive return in the loss of weight, in spite of evidence to the contrary.
5) Body image dissatisfaction or distortion.
6) Follow-up nutritional tests (such as laboratory tests) alterations that are significant and/or not in line with the surgical technique, maintained for more than 2 months after initial interventions.
7) Exclude Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa, according to DSM IV ²³
8) Exclude Simple Phobias (i.e., Food or Choking Phobia) according to DSM IV ²³
9) Exclude organic causes as the most probable factor for excessive weight loss.
10) Mandatory criteria: 1, 2 or 3, 4, 6, 7, 8, and 9.

52

REVISÃO DE LITERATURA

Cirurgia bariátrica e transtornos alimentares: uma revisão integrativa

Bariatric surgery and eating disorders: integrative review

Julia M. Nowell¹, Marie S. Alameda²

RESUMO

Objetivo: Realizar revisão sobre transtornos alimentares e comportamentos alimentares relacionados à cirurgia bariátrica. **Métodos:** Revisão integrativa da literatura nas bases de dados PubMed, Lilacs, Bireme, portal SciELO com descritores indexados com critérios de inclusão: oferecer dado sobre a presença ou frequência de transtorno alimentar e/ou comportamentos alimentares disfuncionais previamente e/ou após a cirurgia. **Resultados:** Foram selecionados 102 estudos (94 nacionais e 18 internacionais). 85,3% eram com avaliação de pacientes pré-/pós-cirúrgicos; 12% eram estudos de caso e 2,3% eram estudos de revisão. Diferentes instrumentos foram usados para avaliação, principalmente o Questionnaire on Eating and Weight Patterns, a Binge Eating Scale e Eating Disorder Examination Questionnaire. A compulsão alimentar foi o comportamento mais avaliado, com frequências/prevalências variando de 2% a 94%; no caso do transtorno da compulsão alimentar as frequências/prevalências variaram de 3% a 61%. Houve também a descrição de anorexia e bulimia nervosa, síndrome da alimentação noturna e comportamento beliscador. Alguns estudos apontam melhora dos sintomas no pós-cirúrgico e/ou seguimento enquanto outros apontam surgimento ou piora dos problemas. **Conclusão:** Apesar da variabilidade entre métodos e achados, comportamentos alimentares disfuncionais são muito frequentes em candidatos à cirurgia bariátrica e podem ainda surgir ou piorar após a intervenção cirúrgica. Profissionais de saúde devem considerar de maneira mais cuidadosa tais problemas neste público, dadas as consequências para o resultado cirúrgico e qualidade de vida.

Palavras-chave: Cirurgia bariátrica, transtornos alimentares, obesidade, revisão, gastropastia.

REVISÃO DE LITERATURA

Cirurgia bariátrica e transtornos alimentares: uma revisão integrativa
Bariatric surgery and eating disorders: integrative review
Julia M. Nowell¹, Marie S. Alameda²

NACIONAIS

Comportamento mais avaliado = compulsão alimentar (entrevistas ou questionário):

- pré-cirúrgico, variando **20% - 94%** (com redução ou não após CB - o mesmo para presença de comportamento beliscador e bulímico)
- estudo de caso descreve sintomas de anorexia nervosa
- estudo de revisão seletiva

INTERNACIONAIS

EUA = 56 estudos de avaliação, 29 com candidatos e 27 com pacientes submetidos à CB (19 de seguimento, com reavaliação de dois a 36 meses pós-CB; cinco de longo prazo – 5,5 a 14 anos)

- os comportamentos mais frequentes pré-CB = compulsão e o TCA
- taxas de compulsão variaram de **5% a 88%**, e do TCA, de **3% a 52%**
- vômito mencionado em 4 estudos (de 4% a 17%)
- BN descrita antes da CB e ausente após. Há também estudo de revisão com relatos de casos e menção a sintomas de purgação (vômito autoinduzido e abuso de laxativos), restrição alimentar e compulsão após a CB

53

54

“PREGOREXIA”

ARTIGO DE REVISÃO

Transtornos alimentares e gestação – Uma revisão

Eating disorders and pregnancy – A review

Karla Louise Leoz Dunker¹, Marie dos Santos Alameda², Viviane Pálo de Oliveira Alves³

RESUMO

Objetivo: Estudar o impacto dos transtornos alimentares nas funções reprodutivas, problemas na gestação e puerpério, e dificuldades com a alimentação dos filhos. **Métodos:** Realizou-se revisão da literatura nos últimos 20 anos nos bancos de dados Medline e Lilacs. Combinaram-se os descritores anorexia nervosa, bulimia nervosa, transtornos alimentares e gestação. **Resultados:** Os estudos de revisão, estudos de caso e pesquisas realizadas com gestantes apontam uma associação entre TA e uma variedade de complicações na gestação, no parto, para o feto, com aumento risco de mortalidade perinatal, além de complicações na alimentação futura da criança. **Conclusões:** Observa-se uma maior necessidade de acompanhamento especializado, principalmente no pré-natal, em relação aos hábitos alimentares e preocupação com peso e forma corporal – especialmente nas mulheres que apresentam ganho ponderal inadequado, hiperêmese gravídica, picaemia, entre outros.

Palavras-chave: Anorexia, bulimia, gestação.

Full image. Author manuscript, available in PMC 2013 Jan 1.
Published in final edited form as:
Body image. 2012 Jan; 9(1): 172–175.
Published online 2011 Aug 27. doi: 10.1016/j.bodyim.2011.07.002

Representations of Celebrities' Weight and Shape during Pregnancy and Postpartum: A Content Analysis of Three Entertainment Magazine Websites

Rachel W. Gray, Ph.D.,^a Janet A. Lydecker, M.S.,^a Jennifer D. Lamerica, M.A.,^a and Suzanne F. Mazzeo, Ph.D.,^{a*}

^aAuthor information ► Copyright and License information ►

See other articles in PMC that cite the published article.

Abstract [Go to](#) [Top](#)

Entertainment magazine websites provide a continuous stream of celebrity news accessed by over 1.3 million unique viewers each month. Celebrities' experiences of pregnancy and new motherhood appear to be popular topics within these media outlets. However, little research has investigated the content of this coverage. In this study, investigators coded articles (N = 387) published between August 1, 2007 and

<http://www.gentabrasil.blogspot.com.br/2012/02/expectativas-irreais-sobre-o-corpo-ate.html>

Expectativas irreais sobre o corpo - até na gravidez...

55

56

DIABULIMIA

Disordered Eating: Identifying, Treating, Preventing, and Differentiating It From Eating Disorders

Raquel Franzini Pereira, MS, RD,
and Marie Alvarenga, MS, PhD

The primary goals of this article are to define disordered eating (DE), to differentiate it from diagnosed eating disorders (EDs), and to provide information to aid in the diagnosis

foods as "good" or "bad," "heaviness" or "fattening," which can lead to feelings of guilt and anxiety. DE eating is related not only to food intake, but also to acco

ORIGINAL ARTICLE

Risk behaviors for eating disorder in adolescents and adults with type 1 diabetes

Sonia Tucunduva Philippi, Milena Gonçalves Lima Cardoso, Priscila Kortar, Marie Alvarenga
Nutrition Department, School of Public Health, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brazil

EPIDEMIOLOGIA

AN, BN: = predominante em mulheres: menos 10% são homens, mas os casos começam a aumentar

AN, BN, OTA = predominante em mulheres: menos 10% são homens, mas os casos começam a aumentar

Transtornos da alimentação da infância: mais meninos do que nos TA clássicos (1 homem/ 5 mulheres)

TCA: "3/4 mulheres / ¼ homens"

Anorexia Nervosa: fase pré-puberal e puberdade, cada vez mais cedo

Bulimia Nervosa: 16 - 19 anos

57

58

EPIDEMIOLOGIA

Prevalência AN: 0,5% em mulheres jovens ocidentais

Prevalência BN: 1% em mulheres jovens ocidentais (Hay, 2002)

- USA (ADA 2006): 5% ♀ e 1% ♂ com TA = cinco milhões de americanos (85% têm início na adolescência)
- EUA (APA, 2006): sugere-se que a prevalência de BN ↓ levemente nos últimos anos, enquanto a de AN ↑ levemente.
- Prevalência de síndromes parciais ou TANE/OTA: 2-5% das mulheres jovens
- Comer transtornado: estimado 10-15% adolescentes e mulheres jovens

EPIDEMIOLOGIA

Prevalência de TCA:

- 1-5% população geral; 2-3% da população americana
- No Brasil: 15% a 22% em pacientes que procuravam tratamento para emagrecer (Appolinário, 1995; Coutinho, 2000; Borges, 1998)

O TCA chega a ser 5 vezes mais comum que a AN e 2 vezes mais comum que a BN, sendo o TA com maior prevalência

(JOHNSON LA, GORIN A, STONE AAGD. Characteristics of binge eating among women in the community seeking treatment for binge eating or weight loss. *Eating Behaviors* 2003; 3: 295-305).

59

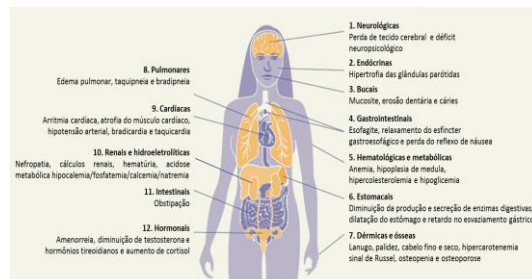
60

Complicações clínicas

Mortalidade:

- **AN:** 0,56% em 1 ano; 5,6% em 1 década; 15-20% longo prazo. Taxas brutas de 5% a 20% (6 a 12,8 vezes > do que populações pareadas).
- **Razão mortalidade:** 3,1 crianças; 3,2 adolescentes e 6,2 em estudos com amostra dos 10-40 anos
- **BN:** 3,9% entre 8 e 25 anos; taxas brutas 0,3-3%
- **Razão mortalidade:** em torno de 1,6%
- **TANE/ OTA:** pode chegar a 5,2%

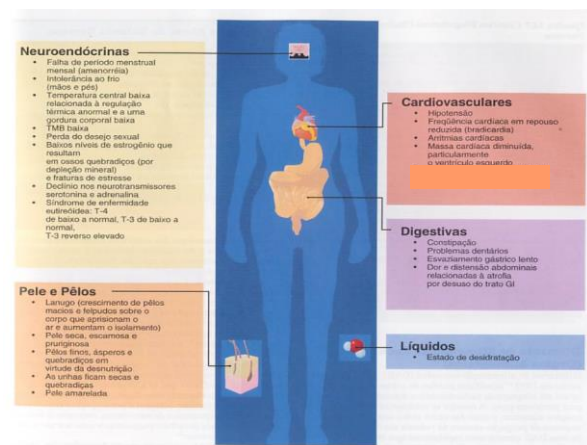
Decorrentes da restrição alimentar autoimposta, e às práticas compensatórias inadequadas para o controle e perda de peso - vômitos autoinduzidos, uso de diuréticos, anfetaminas e laxativos



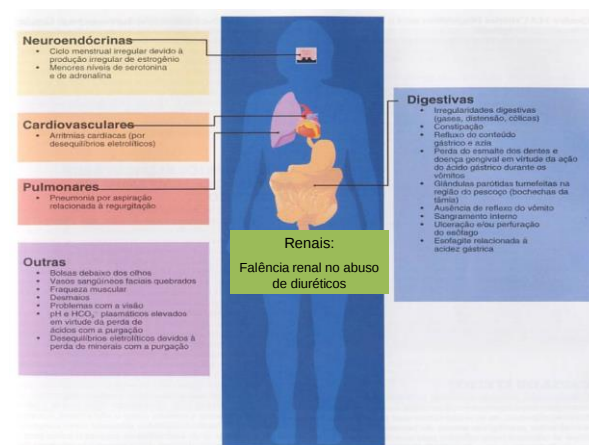
Principais complicações clínicas em Transtornos Alimentares. Figura adaptada de [National Women's Health Information Center \(NWHIC\)](#), 2016 (10).

61

62



63



64

Absorção calórica

BO-LINN *et al.* (1983), verificou que a utilização de laxantes com fenolfaleína e outras substâncias pode causar perda de peso aguda, devido à severa depleção no volume e à grande diarreia, porém houve apenas uma pequena diminuição (188 Kcal) na absorção de calorias, provando que laxantes não "emagrecem", e sim desidratam.

Segundo GENDALL *et al* (1997), até 50,00% do que foi ingerido numa compulsão pode ser retido após vômito, mas esta determinação exigiria um estudo fisiológico bastante complexo.

No trabalho de Kaye *et al.* (1993) episódios mais calóricos (média 3.530 Kcal) ou episódios menos calóricos (1.549 Kcal) tiveram uma retenção igual de calorias (média 1.128Kcal).

Kaye WH, Weltzin TE, Hsu G, McConaha CW, Bolton B. Amount of calories retained after binge and vomiting. *Am J Psychiatry*. 150(6): 969-971, 1993.

GENDALL KA, SULLIVAN PE, JOYCE PR, CARTER FA, BULIK CM. The nutrient intake of women with bulimia nervosa. *Int J Eat Disord*. 21(2):115-127, 1997.

BO-LINN GW, SANTA ANA, CA, MORAWSKI SG, FORDTRAN JS. Purging and calorie absorption in bulimic patients and normal women. *Annals of Internal Medicine*, 99: 14-17, 1983.

65

REGULAR ARTICLE

Elevated Pre-Morbid Weights in Bulimic Individuals are Usually Surpassed Post-Morbidly: Implications for Perpetuation of the Disorder

Jena A. Shaw, MS¹
David B. Herzog, PhD²
Vicki L. Clark, PhD¹
Laura A. Berner, AB¹
Kamryn T. Eddy, PhD²
Debra L. Franko, PhD³
Michael R. Lowe, PhD^{1a}

ABSTRACT

Objective: To determine how often patients diagnosed with bulimia nervosa (BN) surpass their highest pre-morbid weight during the course of their disorder.

Method: The weight histories of individuals with BN were determined using retrospective weight data (Study 1) and combined retrospective/prospective data (Study 2).

Results: Retrospective analyses indicated that 59.0% (*n* = 46) and 64.8% (*n* = 110), respectively, reported that their highest weight was reached after developing BN. In Study 2, 35.3% of participants surpassed their highest pre-enrollment weights during 8 years of fol-

low-up, and 71.6% reached a post-morbid highest weight before remission. Across studies, the primary difference between patients who did and did not reach their highest weight post-morbidly was that those who did had an earlier age of onset and longer duration of BN.

Discussion: Findings are discussed in terms of possible links between BN and weight-gain proneness, weight fluctuation across the course of BN, and implications for treating BN. © 2012 by Wiley Periodicals, Inc.

Keywords: bulimia nervosa; weight gain; weight suppression

(*Int J Eat Disord* 2011; 00:000-000)

66

ETIOLOGIA DOS TA

Fatores de predisposição: biológicos, psicológicos, familiares e sócio culturais

Fatores precipitantes: separação e perda, alterações na dinâmica familiar, expectativas irreais na escola / trabalho / vida pessoal, proximidade da menarca (AN), **dieta**

Fatores mantenedores (fisiológicos, psicológicos, culturais)

(Córdas *et al.* Os transtornos alimentares e evolução no diagnóstico e no tratamento. IN: Transtornos Alimentares – uma visão nutricional, 2004)

67

Dietas & TA

Série de estudos que falam da relação dieta – TA

Começo de TA em adolescente (coorte de 3 anos na Austrália) Patton, 1999:

✓ Dietas restritivas severas aumentam em 18 vezes o risco relativo de ♀ desenvolver TA

✓ Dietas restritivas moderadas aumentam em 5 vezes o risco relativo de ♀ desenvolver TA

Patton GC, Carlin JB, Shao Q, Hibbert ME, Rosier M, Selzer R, *et al.* Adolescent dieting: health weight control or borderline eating disorder? *J Child Psychol Psychiatry* 1997;38:299-306

HETHERINGTON, 2000:

✓ Dieta restritiva: precursora da doença

✓ Esforços para perder peso não são restritos aos adultos jovens e obesos: "autoinanição", promovida pela mídia, aceita pela família, recomendada por profissionais

68

Efeito da restrição energética no controle alimentar

EXPLICAÇÃO FISIOLÓGICA → DEFESA DO ORGANISMO:

- Dieta leva a peso abaixo do *set-point*
- Excessos e compulsão = restaurar peso mais biologicamente viável
- ↑ fome fisiológica, com ↑ sinais secretórios → sinais de FOME

Porém, explicação fisiológica não basta:

- Alterações de sinais secretórios em quem faz dieta, mas nem sempre quem os têm apresenta compulsão
- Compulsão gerada pela restrição também em quem não perdeu peso e/ou não fez restrições extremas

EXPLICAÇÃO COGNITIVA:

Dieta substitui o controle interno da ingestão (fome/saciedade) por um controle externo, planejado e determinado cognitivamente, o que pode causar desregulação no controle normal da ingestão

- Esses controles externos também causam frustração e stress.
- Qualquer coisa que quebre este controle pode gerar compulsão ou exageros

69

Efeito da restrição energética no controle alimentar



Estudo de Minnesota (Keys et al, 1944) – Consequências da restrição no comportamento humano

Irritados, briguentos, letárgicos e perderam o interesse em sexo

Muito focados em comida = colecionar receitas, pendurar fotos de comida nas paredes, e mudar planos de carreira para atividades relacionadas aos alimentos

Obcecados com o alimento, as vezes roubar comida

Quando foi permitido que comessem o quanto queriam, passaram a perder o controle – afirmavam se sentir descontrolados com sua alimentação

Kalm LM, Semba RD. They starved so that other be better fed: remembering Ancel Keys and The Minnesota Experiment. J Nutr. 2005;135:1347-52.

70

71

Sinais de TA

Avaliação de risco

72

TRATAMENTO

Avaliação física e laboratorial

- Normalmente não há alterações clássicas
- Clínicos em geral não sabem diagnosticar
- A falta de alterações clínicas não significa que não há problema.
- Deve-se começar o tratamento mesmo que não haja complicações evidentes.

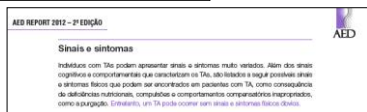
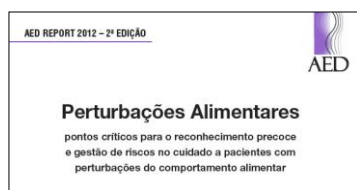
73

Exames e avaliações recomendados

OBRIGATÓRIOS	OPCIONAIS
Avaliação física:	Composição corporal
Índice de massa corporal	Na anemia severa:
Frequência cardíaca	Reticulócitos, ferro, ferritina,
Pressão sanguínea	transferrina, vitamina B12
Temperatura corporal	No caso de creatinina elevada:
Hemograma	Clearance de creatinina
Perfil bioquímico:	Em caso de edema:
Eletrolitos séricos: Sódio, Potássio, Cálcio, Magnésio, Fósforo	Albuminemia, proteína total do soro, eletroforese de proteínas
Creatinina	Para checar hipotireoidismo:
Uréia	Hormônios tireoidianos
Enzimas hepáticas	Em caso de anormalidades cardíacas:
Glicemia	Holter, ecocardiograma
Eletrocardiograma (ECG)	Endoscopia
Densitometria óssea	

Adaptado de ZIPFEL et al. (2003)

74



https://higherlogicdownload.s3.amazonaws.com/AEDWEB/05656ea0-59c9-4dd4-b832-07a3fea58f4c/UploadedImages/Learn/Brazilian-Portuguese_AED-Medical-Care-Guide_03_01_17.pdf

75

Critérios internação

Alterações clínicas, metabólicas e fisiológicas: hipotensão ortostática com aumento de pulsação > 20 bpm ou queda de 20 mmHg na pressão sanguínea em pé; bradicardia < 40 bpm; taquicardia > 110 bpm; hipotermia (<36°C) e distúrbio hidroeletrólitos; declínio rápido e persistente do consumo alimentar, conhecimento de que, com peso semelhante, já apresentou instabilidades metabólicas importantes

- Mais comuns nas AN, com exceção da última, muito frequente na BN.

Psiquiátricos: agravamento ou surgimento de comorbidades graves e risco de suicídio e auto-agressão, com ideação e planos suicidas evidentes

(ADA 2001; APA 2006)

76

TRATAMENTO MULTIPROFISSIONAL

Tratamento equipe multiprofissional: acompanhamento nutricional, médico psiquiatra, psicoterapia individual de grupo, familiar e/ou conjugal

A eficácia de um programa de tratamento baseia-se, em grande parte, na coesão da equipe

77

TRATAMENTO NUTRICIONAL

NUTRITIONAL COUNSELING
NUTRITIONAL THERAPY FOR
EATING DISORDERS

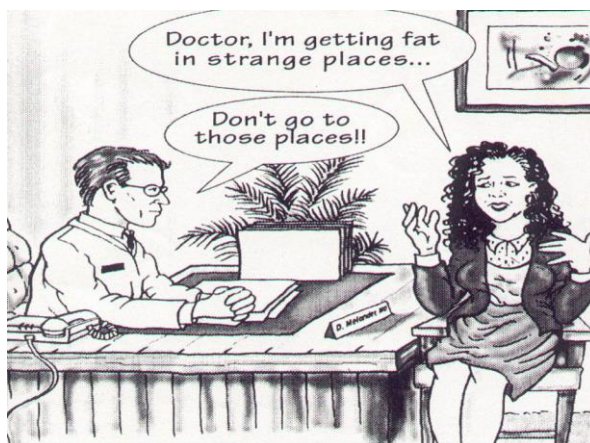
78

Abordagem Nutricional dos Transtornos Alimentares

Promover orientação alimentar para estabelecimento de padrões nutricionais adequados

O nutricionista que trabalha com Transtornos Alimentares deve relacionar aspectos psicológicos e nutricionais

79



80

Objetivos gerais do tratamento nutricional

- Adequação de peso
- Cessar as práticas de restrição, compulsão, compensação
- Melhorar a estrutura, consumo e atitudes alimentares
- Normalizar a percepção de fome e saciedade
- Corrigir complicações clínicas
- Diminuir ou eliminar os distúrbios de imagem corporal (APA 2006; ADA 2001)

81

Position of the American Dietetic Association: Nutrition Intervention in the Treatment of Eating Disorders

POSITION STATEMENT

It is the position of the American Dietetic Association that nutrition intervention, including nutrition counseling by a registered dietitian, is an essential component of the team treatment of patients with anorexia nervosa, bulimia nervosa, and other eating disorders during assessment and treatment across the continuum of care.

82

Nutrition assessment: Identify nutrition problems that relate to medical or physical condition, including eating disorder symptoms and behaviors. • Perform anthropometric measurements including height and weight history, complete growth chart, assess growth patterns and maturation in younger patients (ages 20 years and younger) • Interpret biochemical data, especially to assess risk of refeeding syndrome • Evaluate dietary assessment, eating patterns, core attitudes regarding weight, shape, eating • Assess behavioral-environmental symptoms: food restriction, bingeing, preoccupation, rituals, secretive eating, affect and impulse control, vomiting or other purging, excessive exercise • Apply nutrition diagnosis and create a plan to resolve nutrition problems, coordinate plan with team members Nutrition intervention: Calculate and monitor energy and macronutrient intake to establish expected rates of weight change, and to meet body composition and health goals. Guide goal setting to normalize eating patterns for nutrition rehabilitation and weight restoration or maintenance as appropriate. • Ensure diet quality and regular eating pattern, increased amount and variety of foods consumed, normal perceptions of hunger and satiety, and suggestions about supplement use • Provide psychosocial support and positive reinforcement, structured refeeding plan • Counsel individuals and other caregivers on food selection considering individual preferences, health history, physical and psychological factors, and resources Nutrition monitoring and evaluation: Monitor nutrient intake and adjust as necessary • Monitor rate of weight gain, once weight restored, adjust food intake to maintain weight • Communicate individual's progress with team and make adjustments to plan accordingly Care coordination: Provide counsel to team about protocols to maximize tolerance of feeding regimen or nutrition recommendations, guidance about supplements to ensure maximum absorption, minimize drug-nutrient interactions, and referral for continuation of care as needed. • Work collaboratively with treatment team, delineate specific roles and tasks, communicate nutrition needs across the continuum of settings (eg, inpatient, day treatment, outpatient) • Act as a resource to other health care professionals and the family, provide education • Advocate for evidenced-based treatment access to care Advanced training: Seek specialized training in other counseling techniques, such as cognitive behavioral therapy, dialectical behavior therapy, and motivational interviewing. • Use advanced knowledge and skills relating to nutrition, such as refeeding syndrome, maintaining appropriate weight and eating behaviors, body image, and relapse prevention • Seek supervision and case consultation from a licensed mental health professional to gain and maintain proficiency in eating disorders treatments
--

Figure 2. Roles and responsibilities of registered dietitians caring for individuals with eating disorders. Data from references (3-6,14,15)

83

Avaliação nutricional

Medidas antropométricas, bioquímicas, clínicas e dietéticas

84

Diário Alimentar

- Instrumento de avaliação do padrão, consumo e algumas atitudes alimentares
- Técnica comportamental de auto-monitoração
- Recomendado no tratamento dietético dos transtornos alimentares (bom resultado)
- Simboliza relação entre o terapeuta nutricional e o paciente
- Possibilita avaliação constante, estabelecimento de metas

85

Diário alimentar

HORA	ALIMENTO/ QUANTIDADE	DURAÇÃO	COMPULSÃO S/N	PURGACÃO S/N e QUAL	FOME 0-10	SACIEDADE 0-10	ONDE/ COM QUEM	SENTIMENTO E PENSAMENTOS

86

OBJETIVOS DO TRATAMENTO NUTRICIONAL

ANOREXIA NERVOSA

- Reestabelecer um peso saudável (associado ao restabelecimento do ciclo menstrual no caso das mulheres, dos níveis hormonais normais no caso dos homens e do desenvolvimento físico e sexual normal em crianças e adolescentes)
- Melhorar a estrutura, consumo e atitudes alimentares
- Normalizar a percepção de fome e saciedade
- Cessar as práticas para perda de peso
- Corrigir sequelas físicas e psicológicas decorrentes da desnutrição
- Diminuir ou eliminar os distúrbios de imagem corporal

87

DIETOTERAPIA AN

Programas de enfermagem começam realimentação +/- 500-700 kcal/dia (dependendo do peso e ingestão prévia)

- administração do balanço de eletrólitos
- avaliação da necessidade de suplementação de vitaminas e minerais

A mudança do peso nas 1as fases é imprevisível: pode diminuir como pela ↓ ingestão de líquidos ou aumento da necessidade energética (durante a reabilitação e a recuperação metabólica o GEB aumenta acentuadamente - até mais de 10% em uma semana)

↑ peso pode não ocorrer dentro de 2-3 semanas de tratamento, mas alguns pacientes podem ganhar + rapidamente por: desidratação prévia, perda de peso muito rápida ou obesidade anterior

88

Dietas enterais e parenterais

A nutrição enteral e parenteral é necessária em raras condições, pois os riscos associados a este suporte nutricional incluem hipofosfatemia, edema, falência cardíaca, aspiração da fórmula enteral e morte – síndrome da realimentação.

ADA, 2001

[Eat Disord](#), 2015 Mar 9;1-11. Avoiding Medical Complications During the Refeeding of Patients With Anorexia Nervosa. [Sachs K](#), [Andersen D](#), [Sommer J](#), [Winkelman A](#), [Mehler PS](#).

Realimentação

Preferir trabalhar com alimento real (ADA, 2001), suplementos hipercalóricos via oral – se necessário

Progredir de acordo com a aceitação do paciente

Respeitar preferências do paciente, se possível

Trabalhar escolhas e opções alimentares

89

90

Diferenciais da terapia nutricional para TA

Não prescrição de dietas, não contagem de calorias ou pesagem dos alimentos

Metas individuais – em passo possível de alcançar

Peso “ideal” discutido com base na amplitude da variação de adequação, na compleição física e histórico de peso

Suplementação

Suplementação vitamínica e mineral

Modificadores da motilidade gastrointestinal,

Digestivos, enzimas digestivas

Probióticos

Suplementar após GLN: manhã e noite.

Orientar prebióticos

91

92



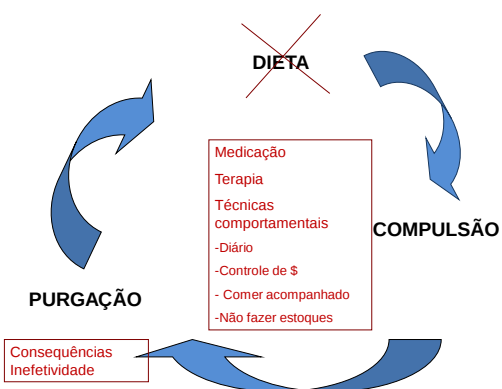
93

OBJETIVOS DA DIETOTERAPIA

BULIMIA NERVOSA

- Ajudar o paciente a realizar refeições estruturadas e planejadas, estabelecendo uma estrutura regular de alimentação
- Reduzir a restrição alimentar autoimposta
- Reduzir e cessar os episódios bulímicos e o uso de métodos compensatórios inadequados
- Incrementar a variedade de alimentos consumidos
- Melhorar a estrutura, consumo e atitudes alimentares
- Normalizar as funções do trato gastrointestinal (esvaziamento gástrico lento, distensão gástrica, obstipação)
- Diminuir ou eliminar os distúrbios de imagem corporal

94



95

DIETOTERAPIA BN

- Avaliar necessidade de aumento da ingestão energética
- Controle dos comportamentos purgativos
- Normalização da estrutura da alimentação
- Adequação da dieta, reintrodução de alimentos "proibidos"
- "Normalização" do peso

96

OBJETIVOS DA DIETOTERAPIA

TCA

- Cessar os episódios de compulsão alimentar
- Melhorar a estrutura, consumo e atitudes alimentares
- Auxiliar a perda de peso, se necessário
- Diminuir ou eliminar os distúrbios de imagem corporal

Tratamento intensivo e individualizado (não é tratamento de emagrecimento). Há possibilidade de propiciar – talvez - perda de peso gradual e efetiva (não é objetivo).

97

Passos da recuperação

98

TRATAMENTO - PASSOS NA RECUPERAÇÃO AN, BN, TCA

- Mobilizar o paciente para o tratamento
- Estabelecer relação colaborativa
- Avaliação antropométrica e dietética
- Avaliação de exames bioquímicos
- Hidratação e correção de edema
- Plano alimentar elaborado de acordo com a aceitação do paciente

99

TRATAMENTO - PASSOS NA RECUPERAÇÃO Anorexia

- Alimentação deve buscar cobrir o GEB
- Promover ganho gradual de peso, através do aumento no VCT:
 - O paciente deve alcançar pelo menos peso mínimo para estatura e faixa etária
 - O peso de equilíbrio deve ser trabalhado na sequência, bem como manutenção de peso

100

TRATAMENTO - PASSOS NA RECUPERAÇÃO **Anorexia**

- Introduzir alimentos de todos os grupos
- Trabalhar a reintrodução dos alimentos e preparações excluídas e evitadas
- Orientar o adequado porcionamento dos alimentos e adequação do plano alimentar

101

TRATAMENTO - PASSOS NA RECUPERAÇÃO **Anorexia**

- Trabalhar situações práticas, se possível: exposição a alimentos que causam medo e culpa, enfrentar novos restaurantes, fazer uma refeição junto ao paciente
- Discutir as possíveis distorções cognitivas que podem levar a recaídas e abandono das recomendações

102

TRATAMENTO - PASSOS NA RECUPERAÇÃO **Bulimia**

- Avaliar o comportamento atual através do diário alimentar
- Estabelecer metas de redução dos métodos purgativos
- Explicar as consequências e inefetividade dos métodos purgativos
- Orientar estabelecimento de horários padronizados para as refeições
- Explicar o ciclo da BN elucidando papel da restrição como iniciadora e perpetuadora do mesmo

103

TRATAMENTO - PASSOS NA RECUPERAÇÃO **Bulimia**

- Desencorajar a restrição alimentar e comportamentos compensatórios com alimentação
- Ensinar estratégias comportamentais de controle para evitar compulsões
- Discutir outras técnicas de solução de problemas e como lidar com ansiedade, tempo vago e a busca pelo alimento
- Reintrodução de alimentos "perigosos"
- Trabalhar a estabilização do peso com a cessação de compulsões e compensações

104

TRATAMENTO - PASSOS NA RECUPERAÇÃO TCA

- Deixar claro para o paciente que ele tem um TA
- Focar o tratamento na solução das compulsões alimentares e não em “dieta”
- Orientar técnicas comportamentais para evitar compulsões
- Discutir outras técnicas de solução de problemas e como lidar com ansiedade, tempo vago e a busca pelo alimento
- Adequar alimentação – foco complicações TA, obesidade e comportamento alimentar normal

105

TRATAMENTO - PASSOS NA RECUPERAÇÃO AN, BN, TCA

- Promover educação nutricional
- Discutir as crenças e pensamentos do paciente em relação ao peso e alimentação
- Orientar comportamentos adequados para com o alimento
- Realizar aconselhamento nutricional

106



107



Instituto NC
Nutrição Comportamental

108

16 Nutrição Comportamental no tratamento dos transtornos alimentares

FERNANDO TIMMERMAN, MARIELI ALVARENGA,
ALEXANDRA FABBRI, ANA CAROLINA COSTA,
FERNANDA PISSOLATTO, MARCELA FODDEIRO,
JANARA MEDEIROS, MARCELA KOTATI,
MARIA LÚCIA PETTY, MARILUCE NOBREGA,
MARIA APARECIDA LARINO, SOPHIE DERAM

Bibliografia

- Alvarenga MS. Transtornos alimentares. In: Hirschbruch MD, Carvalho JR (Org.). *Nutrição esportiva: uma visão prática*. 4ª ed. São Paulo: Manole; 2008.
- Eisler I, LE Granje D. Excessive exercise and anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 1990; 9(1): 377-86.
- Pope HG Jr, Gruber AJ, Choi P, Olivardia R, Phillips KA. Muscle dysmorphia. An under recognized form of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics* 1997; 38:547-8.
- West RV. The female athlete. The triad of disordered eating, amenorrhoea and osteoporosis. *Sports Medicine* 1998; 26(2):63-71.
- Assunção SSM, Cordás TA, Araújo LASB. Atividade física e transtornos alimentares. *Rev Psiq Clínica* 2002; 29(1):4-13.
- Assunção SSM. Dismorfia muscular. *Rev Bras Psiquiatr* 2002; 24 (suplII):80-4
- Sanborn CF, Horea M, Siemers BJ, Dieringer KL. Disordered eating and female athlete triad. *Clinical Sports Medicine* 2000; 19(2):199-213.
- Segal A, Kinoshita DK, Larino MA. Post-Surgical Eating Avoidance Disorder. *Obes Surg*. 2004;14: 353-60.
- Pereira RF, Alvarenga M, Pieper C, Kotait MS. Transtornos alimentares e diabetes mellitus. In: Alvarenga M, Scagliusi FB, Philippi ST (Org). *Nutrição e transtornos alimentares: avaliação e tratamento*. 1ª Ed. São Paulo: Manole; 2010.
- Pereira RF, Alvarenga MS. Disordered eating: identifying, treating, preventing, and differentiating it from eating disorders. *Diabetes Spectrum*. 2007;20:141-148.
- Dunker KLL, Alvarenga MS, Pião V. Transtornos alimentares e gestação: uma revisão. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2009.
- Segal A, Kinoshita DK, Larino MA. Post-Surgical Eating Avoidance Disorder. *Obes Surg*. 2004;14: 353-60.

109

Referências

- ALVARENGA MS. Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa : Aspectos Nutricionais. [Dissertação de Mestrado - Interunidades em Nutrição Humana Aplicada - USP], São Paulo, 1997.
- ALVARENGA MS. Bulimia Nervosa: Avaliação do padrão e comportamento alimentares; São Paulo, 2001. [Tese de Doutorado – FCF- FEA- FSP/USP].
- ALVARENGA MS. aspectos nutricionais e tratamento nutricional dos transtornos alimentares. IN: BUCARETCHI, HA - org. Anorexia e Bulimia nervosa – uma visão multidisciplinar. Casa do Psicólogo, São Paulo, 2003.
- Alvarenga MS. Transtornos alimentares. In: Hirschbruch MD, Carvalho JR (Org.). *Nutrição esportiva: uma visão prática*. São Paulo: Manole; 2002. p. 63-68.
- Alvarenga MS. Transtornos alimentares. In: Hirschbruch MD, Carvalho JR (Org.). *Nutrição esportiva: uma visão prática*. 2ª ed. São Paulo: Manole; 2008.
- Alvarenga MS. Bulimia nervosa. In: Philippi ST. *Estudos de caso comentados*. São Paulo: Ed. Manole; 2008.
- Dunker Kil, Alvarenga Ms, Pereira DI. Dietas da moda: uso e significados em pacientes com transtornos alimentares. *Revista do Metabolismo e Nutrição* 2007; 9:100-107.
- Alvarenga MS, Scagliusi FB, Philippi ST. Effects of multiprofessional treatment on clinical symptoms, food intake, eating patterns, eating behaviors and body image of Brazilian bulimic patients. In: Swain PI. *Anorexia nervosa e bulimia nervosa: new research*. Nova Publishers, 2006.
- Alvarenga MS, Scagliusi FB, Philippi ST. Consumo e padrões alimentares de pacientes com bulimia nervosa antes e depois de tratamento multiprofissional. *Rev Bras Nutr Clin* 2004; 19(4): 170-7.

111

Bibliografia

- AZEVEDO AP, SANTOS CC, FONSECA DC. Transtorno da compulsão alimentar periódica. *Rev. psiquiatr. clín.*, 2004, vol.31, no.4, p.179-172
- Cordás TA, Claudino AM. Transtornos alimentares: fundamentos históricos. *Rev Bras Psiquiatr*. 2002; 24:3-6
- Neumark-Sztainer D, Wall M, Story M, Sherwood NE. Five-Year Longitudinal Predictive Factors for Disordered Eating in a Population-Based Sample of Overweight Adolescents: Implications for Prevention and Treatment. *Int J Eat Disord* 2009; 42:664-672.
- Hailey CC, Hedberg K, Lerman RF. Disordered Eating and Unhealthy Weight Loss Practices: Which Adolescents Are at Highest Risk? *J Adolesc Health* 2010; 47:102-105.
- Kaye WH, Wurtman TJ, Ho G, McConaha CW, Bolton B. Amount of calories retained after binge and vomiting. *Am J Psychiatry*. 2000; 156:971-983.
- BO-LINN GW, SANTA ANA CA, MORAWSKI SG, FROSTMAN JS. Purging and calorie absorption in bulimic patients and normal women. *Annals of Internal Medicine*. 98: 14-17, 1983.
- DUCHESNE M. Tratamento do transtorno do comer compulsivo: abordagem cognitivo-comportamental. *J Bras Psiquiatr* 1995; 43(1): 50-55.
- FITZGERBON ML, BLACKMAN LR. Binge eating disorder and bulimia nervosa: Differences in the quality and quantity of binge eating episodes. *Int J Eat Disord* 2004; 31(2): 285-293.
- Ximenes RCC, Colares V, Bertuogo T, Couto GB. Versão brasileira do "BITE" para uso em adolescentes. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*. Rio de Janeiro, 183 (3): 1-110, 2011.
- Hill et al. SCOFF: the Development of an Eating Disorder Screening Questionnaire 2010. *Int J Eat Disord* 2010; 43:344-351.
- Ferreira & Vieira. *Confiabilidade (teste-reteste) de um questionário simplificado para triagem de adolescentes com comportamentos de risco para transtornos alimentares em estudos epidemiológicos*. *Rev Bras Epidemiol*. 2008.
- Ferreira & Vieira. Eating disorder risk behavior in Brazilian adolescents from low socio-economic level. *Appetite*. 2008.
- LOURENÇO et al., 1989. SMOAX e LEVINE 1994. BARILLARI et al. Adaptação transcultural preliminar do Childrens Eating Attitude Test (Cheat) para o idioma português. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 11, p. 437-444, 2011.
- Freitas S, Lopes CS, Coutinho W, Aguiar JC. Tradução e adaptação para o português da escala de compulsão alimentar periódica. *Rev Bras Psiquiatria* 2001; 23(4):215-20.
- Morgan CM, Borges MBF, Jorge MR. Questionário sobre padrões de alimentação e peso – revisado: um instrumento para avaliação do transtorno da compulsão alimentar periódica. *Revista ASP – APAL* 1998; 20(4):130-39.
- Borges MBF, Morgan CM, Claudino AM et al. Validação da versão em português do Questionário sobre Padrões de Alimentação e Peso: revisado (QEPW-R) para o rastreamento do transtorno da compulsão alimentar periódica. *Rev Bras Psiquiatr* 2005; 27(4):219-227.
- Biguetti F. Tradução e validação do Eating Attitudes Test (EAT-26) em adolescentes do sexo feminino na cidade de Ribeirão Preto - SP 2003. [Dissertação de Mestrado - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo].
- CORDÁS TA, HOCHGRAF FB. O BITE: Instrumento para avaliação da bulimia nervosa. *J Bras Psiq*, v.2, p.141-4, 1993.

110

Referências

- Katrina K, Kellog M. Advanced Counseling Concepts. IN: Katrina K, King N, Hayes D. *Moving away from diets – healing eating problems and exercise resistance*. Lake Dallas, TX: Helm Seminars, 1996.
- Curry KR, Jaffe A. *Nutrition Counseling & Communication Skills*. Philadelphia: WB Saunders Company, 1998.
- Alvarenga M, Scagliusi FB. Reflexões e orientações sobre atuação do terapeuta nutricional em transtornos alimentares. In: Alvarenga M, Scagliusi FB, Philippi ST (Org). *Nutrição e transtornos alimentares: avaliação e tratamento*. Barueri: Manole; 2010.
- Snetselaar LG. *Nutrition counseling skills – for medical nutrition therapy*. Maryland: Aspen Publishers, 1997.
- Kellog M. *Counseling Tips for Nutrition Therapists*. Philadelphia: KG Press, 2006.
- Souza RC de, Pereira MA, Kantorski LP. Escuta terapêutica: instrumento essencial do cuidado em enfermagem. *R Enferm UERJ* 2003; 11:92-7.
- Raimundo JS, Cadete MMM. Escuta qualificada e gestão social entre os profissionais de saúde. *Acta Paul Enferm* 2012; 25(2), 61-7.
- Furlan V, Ribeiro SFR. A escuta do psicoterapeuta em grupo com pessoas em sofrimento mental atendidas em Centro de Atenção Psicossocial. *Vínculo* 2011, 8(1), 22-9.
- Snetselaar LG. *Nutrition counseling skills for the nutrition care process*. Jones & Bartlett Learning, 2008.

112