

# Transtornos alimentares

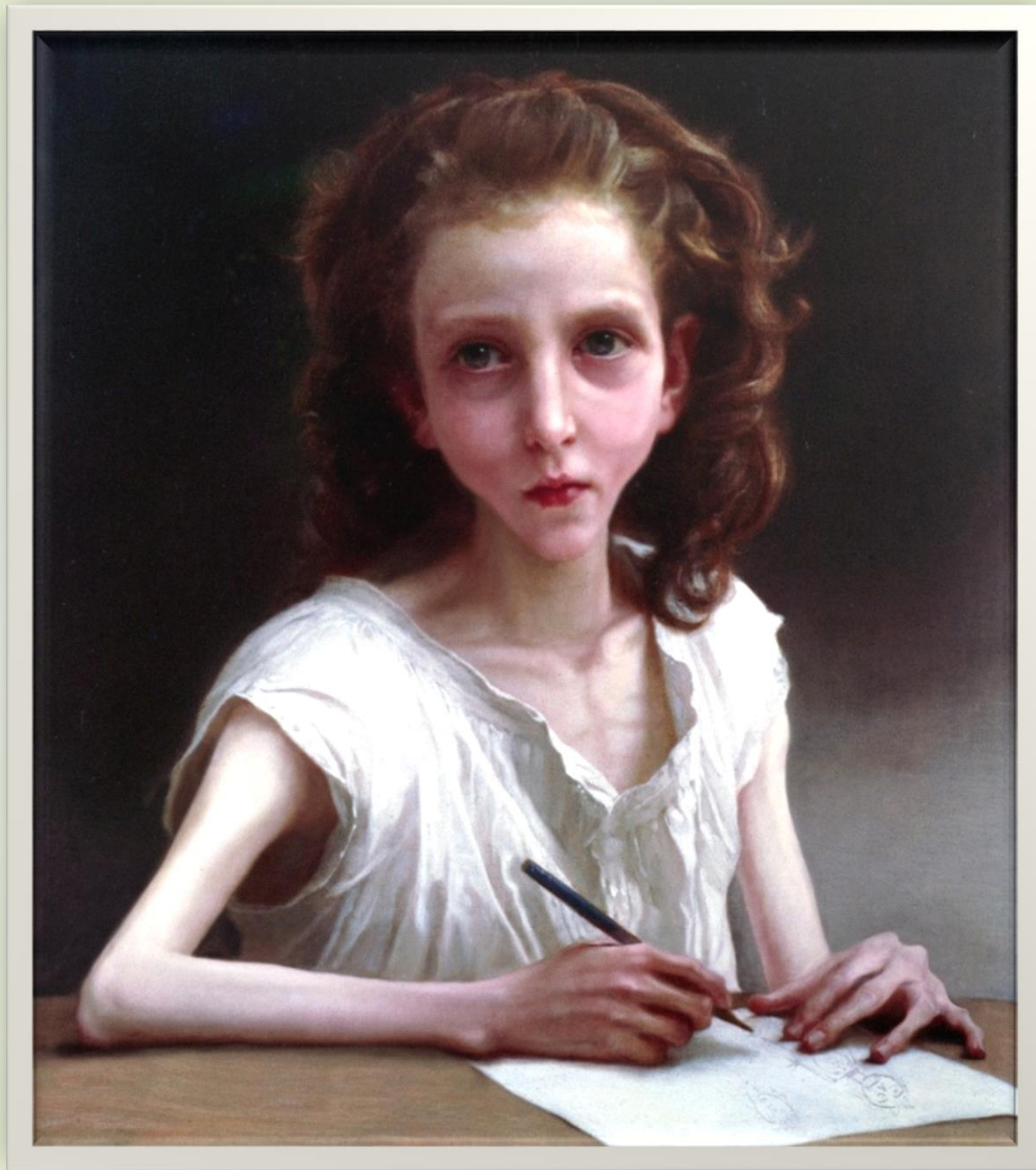
RCG 0515

Prof. Dr. Erikson Furtado

Com a colaboração de:

Dr. Alcion Sponholz Junior, MD, PhD

Médico psiquiatra assistente do HC-FMPR-USP.



# Transtornos Alimentares no DSM 5

## Feeding and Eating Disorders (329)

---

The following specifiers apply to Feeding and Eating Disorders where indicated:

<sup>a</sup>*Specify* if: In remission

<sup>b</sup>*Specify* if: In partial remission, In full remission

<sup>c</sup>*Specify* current severity: Mild, Moderate, Severe, Extreme

- |                        |                                                              |
|------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <b>307.52</b> (____)   | Pica <sup>a</sup> (329)                                      |
| (F98.3)                | In children                                                  |
| (F50.8)                | In adults                                                    |
| <b>307.53</b> (F98.21) | Rumination Disorder <sup>a</sup> (332)                       |
| <b>307.59</b> (F50.8)  | Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder <sup>a</sup> (334) |
| <b>307.1</b> (____)    | Anorexia Nervosa <sup>b, c</sup> (338)                       |
|                        | <i>Specify</i> whether:                                      |
| (F50.01)               | Restricting type                                             |
| (F50.02)               | Binge-eating/purging type                                    |
| <b>307.51</b> (F50.2)  | Bulimia Nervosa <sup>b, c</sup> (345)                        |
| <b>307.51</b> (F50.8)  | Binge-Eating Disorder <sup>b, c</sup> (350)                  |
| <b>307.59</b> (F50.8)  | Other Specified Feeding or Eating Disorder (353)             |
| <b>307.50</b> (F50.9)  | Unspecified Feeding or Eating Disorder (354)                 |

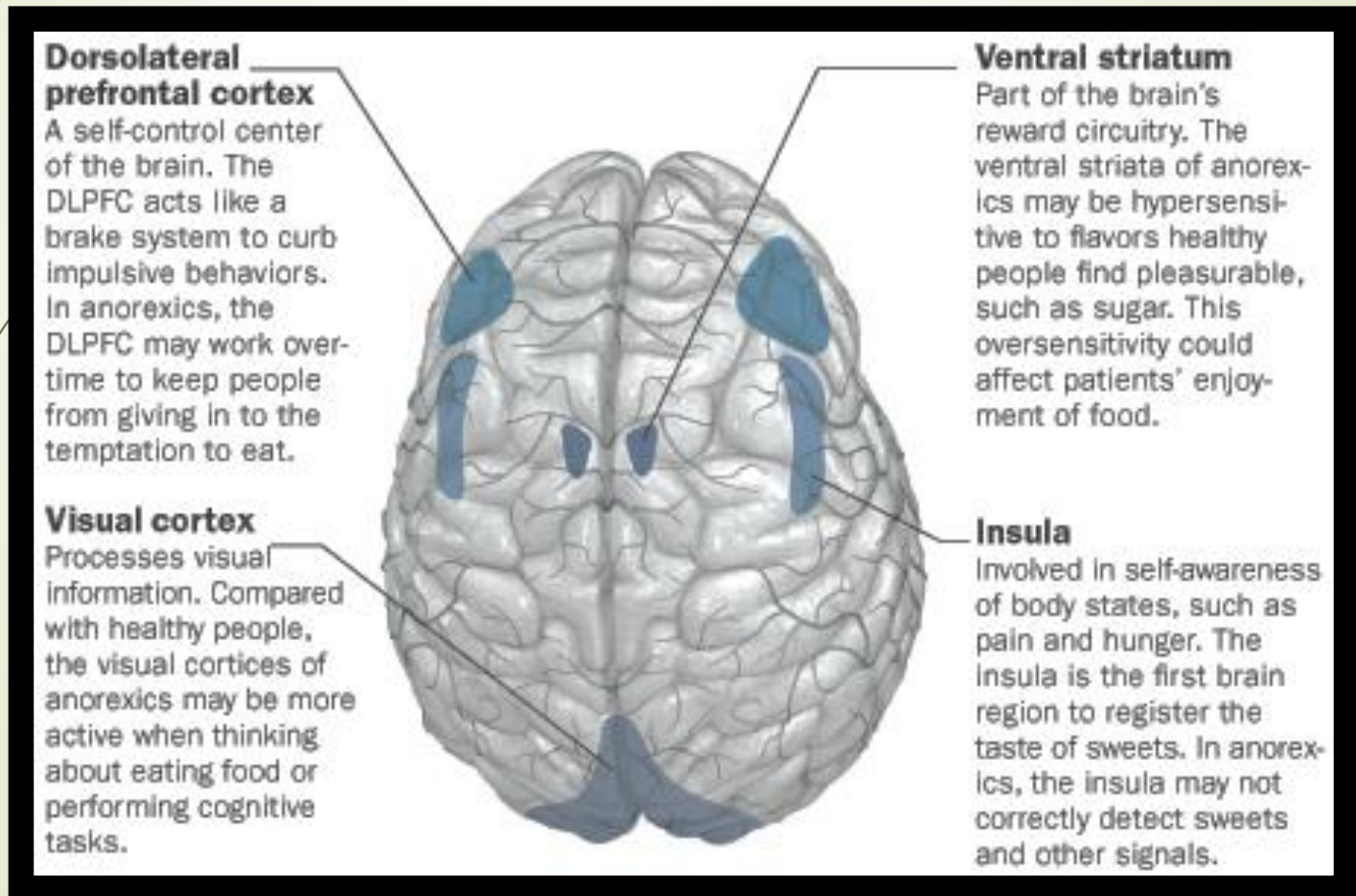
# Transtornos alimentares – DSM 5

- Critérios para **pica** e **ruminação** foram alterados e agora podem se referir a qualquer idade.
- Transtorno de **compulsão alimentar** tornou-se um diagnóstico independente.
- Critérios para **bulimia nervosa** e transtorno da **compulsão alimentar** foram alterados de "pelo menos duas vezes por semana durante 6 meses", para "pelo menos, uma vez por semana durante os últimos 3 meses".
- Os critérios para a **anorexia nervosa** foram alterados: não há mais a exigência de amenorreia.
- "Transtornos Alimentares da infância", um diagnóstico raramente usado no DSM- IV, foi renomeado para transtorno alimentar **restritivo/evitativo**, e os critérios foram ampliados.

# Estrutura cerebral

- As tecnologias utilizadas para escanear a estrutura do cérebro são: A tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética (MRI).
- Tais estudos têm sido realizados em crianças, adolescentes e adultos com AN, e mostram consistentemente **atrofia cortical** e consequente
- **alargamento ventricular**, sendo que ambos reverterem com retorno da alimentação
- As descobertas sugerem que as alterações podem ser devidas ao dano neuronal secundário à desnutrição, com possibilidade de regeneração da mielina representando uma reversibilidade geral.

<https://www.sciencenews.org/article/anorexic-brain>







# Epidemiologia da Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa

- A prevalência de AN varia entre 0,5 e 3,7% e de BN de 1,1% e 4,2%, dependendo de definições do transtorno mais restritas ou mais abrangentes (Guideline, 2000).
- A incidência de AN é de aproximadamente 8 por 100 mil mulheres e, em homens, seria de menos de 0,5 por 100 mil indivíduos por ano. A incidência de BN é de 13 por 100 mil indivíduos numa população pareada por ano, segundo Nielsen (2001).
- A idéia de um aumento na incidência de transtornos alimentares em países de cultura ocidental, nos últimos anos, permanece questionável, com a demonstração de resultados ainda contraditórios.





# Conduta alimentar

- ▶ O ser humano tem sua conduta influenciada por fatores externos e internos:
  - ▶ externos: exigências sociais
    - ▶ a refeição - momento de encontro social, comemoração, relacionamento, empatia.
- ▶ Normas culturais, religiosas ou éticas podem acentuar o conflito entre estas exigências.



# Conduta alimentar

- O conflito entre as diferentes demandas pode se manifestar através de sofrimento psíquico aparente através de alterações da conduta alimentar e ou alterações da percepção e do exercício da sexualidade.

# Transtornos da conduta alimentar

- Interface entre a psicologia individual, as interações familiares, o corpo como entidade biológica e a sociedade em geral.
- Aumento da frequência relacionado a hábitos de vida ocidentais e à “sociedade de consumo”.
  - Sociedade industrial
    - maior oferta de alimentos
    - beleza feminina relacionada a um corpo delgado e esbelto.

# Transtornos da conduta alimentar

- O Alimento:
  - valor simbólico (relacional);
  - satisfação pulsional (prazer de comer);
  - agressividade (fome devoradora).

# Transtornos da conduta alimentar

- ▶ Queixas apresentadas:
  - ▶ paciente - compulsão alimentar, medidas extremas de controle de peso como auto-indução de vômito, uso excessivo de medicações para emagrecer e abuso de laxantes e ou diuréticos;
  - ▶ família - perda de peso do paciente, recusa deste em alimentar-se, vômitos ou amenorréia.



# Transtornos alimentares



ANOREXIA NERVOSA



BULIMIA NERVOSA

# ANOREXIA NERVOSA



- ▶ Perturbação da imagem corporal
- ▶ Negação da sensação de fome
- ▶ Terror de perder o controle e ser invadido pela hiperfagia
- ▶ Hiperatividade
- ▶ Vazio afetivo

# ANOREXIA NERVOSA

- ▶ Critérios Diagnósticos - CID-10
  - ▶ Peso corporal mantido pelo menos 15% abaixo do esperado ou  $IMC \leq 17,5$ .
  - ▶ Perda de peso auto-induzida por abstenção de “alimentos que engordam” e um ou mais: vômitos auto-induzidos; purgação auto-induzida; exercício excessivo; uso de anorexígenos e/ou diuréticos.
  - ▶ Distorção da imagem corporal- pavor de engordar como uma idéia intrusiva e sobrevalorizada e o paciente impõe um baixo limiar de peso a si próprio.





# ANOREXIA NERVOSA

- ▶ Critérios Diagnósticos - CID-10
  - ▶ Transtorno endócrino generalizado envolvendo eixo hipotalâmico-hipofisário-gonadal (amenorréia, perda do interesse e potência sexuais).
  - ▶ Se o início é pré-puberal, a seqüência de eventos da puberdade é demorada ou mesmo detida (crescimento, caracteres sexuais secundários).



# ANOREXIA NERVOSA

- ▶ Epidemiologia:
  - ▶ oito vezes mais freqüente em mulheres;
  - ▶ maior incidência entre os 15-19 anos;
  - ▶ terceira causa mais freqüente de doença crônica nesta idade, nos países desenvolvidos;
  - ▶ aumento da incidência nas últimas décadas com início mais precoce.



# ANOREXIA NERVOSA

- Curso:

- em geral se inicia com a perda de peso provocada por dieta em função de excesso de peso real ou imaginário ou doença física;
- a dieta progride até atingir aporte calórico mínimo e passa a desenvolver atividades ritualísticas envolvendo comida (preparar, acondicionar, esconder);



# ANOREXIA NERVOSA

- ▶ Curso:

- ▶ desenvolvem grande interesse em conhecer os alimentos e várias formas de preparo, grande interesse em receitas e nutrição;
- ▶ freqüentes “consultas” ao espelho seguidas de exercícios físicos vigorosos e comportamento purgativo (vômitos, diuréticos, laxantes).

# ANOREXIA NERVOSA

- ▶ Evolução:
  - ▶ variável, desde a recuperação completa até a morte;
  - ▶ uma evolução de forma crônica ou intermitente por mais de 12 anos está relacionada a taxas de óbito de até 20%;
  - ▶ as alterações psicológicas relacionadas tendem a persistir ao longo da vida, com dificuldades na adaptação conjugal e profissional, problemas no exercício do papel de mãe, hábitos alimentares irregulares.



# ANOREXIA NERVOSA

- ▶ Comorbidade e complicações:
  - ▶ alcoolismo, depressão, bulimia nervosa, transtornos de personalidade e transtornos ansiosos como TOC;
  - ▶ suicídio (24% dos óbitos);
  - ▶ anemia, desidratação, hiponatremia, hipocalcemia, arritmias cardíacas, hipotensão, osteoporose.

# ANOREXIA NERVOSA

- ▶ Etiologia - interação complexa entre fatores biológicos, socioculturais e psicológicos:
  - ▶ alterações de vias dopaminérgicas, serotoninérgicas e de peptídeos opióides;
  - ▶ genética (50-60% de concordância entre gêmeos homozigóticos);
  - ▶ problemas de relacionamento familiar, intolerância a mudanças, pais ausentes, competição entre mães e filhas;
  - ▶ pressão profissional com exigência de corpo magro (modelos, artistas).




# ANOREXIA NERVOSA

- ▶ Diagnóstico diferencial:
  - ▶ doença inflamatória intestinal crônica;
  - ▶ hipertireoidismo;
  - ▶ neoplasias;
  - ▶ AIDS.
- ▶ Em geral nestas doenças não existe distorção da imagem corporal, medo de se tornarem obesos ou desejo de continuar perdendo peso.
- ▶ Comorbidade com depressão maior ou esquizofrenia.

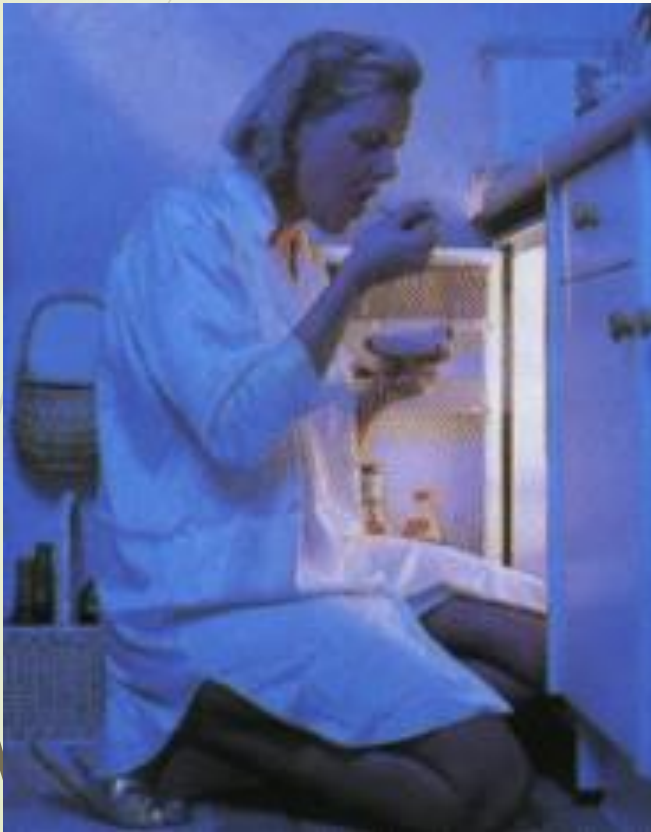




# ANOREXIA NERVOSA

- ▶ Tratamento multidisciplinar:
    - ▶ acompanhamento clínico;
    - ▶ nutricional;
    - ▶ psicoterapia individual;
    - ▶ psicoterapia familiar;
    - ▶ psicoterapia de grupo;
    - ▶ farmacoterapia;
    - ▶ ambulatorial ou hospitalar.
- 

# BULIMIA NERVOSA



- Crises de frenesi alimentar, ingestão compulsiva e rápida de grandes quantidades de comida, com pouco ou nenhum prazer
- Comportamento purgativo, períodos de restrição alimentar e medo mórbido de engordar
- Segredo

# BULIMIA NERVOSA

- Critérios Diagnósticos - CID-10
  - preocupação persistente com o comer e um desejo irresistível de comida, episódios de hiperfagia;
  - o paciente tenta neutralizar os efeitos de “engordar” dos alimentos através de: vômitos auto-induzidos, abuso de purgantes, períodos alternados de inanição, uso de anorexígenos, preparados tireoidianos ou diuréticos;
  - pavor mórbido de engordar e o paciente coloca para si mesmo um limiar de peso nitidamente definido, bem abaixo de seu peso pré-mórbido que constitui o peso ótimo ou saudável.

# BULIMIA NERVOSA

## ► Curso:

- episódios bulímicos ocorrem às escondidas e são acompanhados de uma posterior sensação de culpa, vergonha e desejo de punir-se;
- a ingestão geralmente inclui alimentos ricos em carboidratos;
- extrema preocupação com a forma e o peso corporal se expressa no comportamento e nos relacionamentos;
- cerca de 30% apresentam história anterior de anorexia nervosa.



# BULIMIA NERVOSA

- ▶ Três achado freqüentes:
  - ▶ hipertrofia das glândulas salivares, principalmente parótidas, bilateralmente;
  - ▶ lesão da pele do dorso da mão provocada quando da indução do vômito;
  - ▶ desgaste dentário provocado pelo suco gástrico dos vômitos.



# BULIMIA NERVOSA

- ▶ Comorbidade e complicações:
  - ▶ transtornos do humor, transtornos de personalidade, TOC e abuso de substâncias;
  - ▶ alterações metabólicas e hidroeletrólíticas, alcalose metabólica, hipocalcemia e arritmias cardíacas;
  - ▶ hiperamilasemia parotídea, perfurações esofagianas e gástricas.



# BULIMIA NERVOSA

- ▶ Tratamento multidisciplinar:
  - ▶ acompanhamento clínico;
  - ▶ nutricional;
  - ▶ psicoterapia individual;
  - ▶ psicoterapia de grupo;
  - ▶ farmacoterapia - antidepressivos;
  - ▶ psicoterapia familiar;
  - ▶ ambulatorial ou hospitalar.

# Transtornos alimentares

