



ARTIGO DE REVISÃO

Diagnóstico e tratamento dos transtornos alimentares em crianças e adolescentes

Ana Paola Robatto ^a, Carla de Magalhães Cunha ^b, Luiza Amélia Cabus Moreira ^{b,*}

^a Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Medicina, Departamento de Pediatria, Salvador, BA, Brasil

^b Ambulatório de Transtornos Alimentares do C-HUPES (ATAH), Departamento de Pediatria, Salvador, BA, Brasil

Recebido em 28 de agosto de 2023; aceito em 28 de novembro de 2023

PALAVRAS-CHAVE

Transtornos alimentares;
Anorexia nervosa;
Bulimia nervosa;
Transtorno alimentar restritivo evitativo;
Adolescentes;
Crianças

Resumo

Objetivos: Realizar revisão narrativa dos principais transtornos alimentares (TA) com foco específico em crianças e adolescentes. Esta revisão também visa auxiliar o pediatra a identificar, diagnosticar e encaminhar crianças e adolescentes acometidos por essa condição médica e informar sobre o tratamento multidisciplinar aplicado a esses distúrbios.

Fonte de dados: A pesquisa foi realizada nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline) via PubMed e Embase. Também foram incluídos diretrizes e guias de sociedades renomadas na área para subsidiar a discussão sobre o tratamento dos TA na infância e adolescência.

Síntese dos dados: TA são condições psiquiátricas que geralmente se iniciam na adolescência ou na idade adulta jovem, mas podem ocorrer em qualquer momento da vida, inclusive na infância, o que tem sido cada vez mais frequente. O pediatra costuma ser o primeiro profissional a lidar com o problema, e por isso precisa estar bem capacitado na identificação e no manejo desses distúrbios, que podem ser graves e determinar complicações físicas, qualidade de vida dos pacientes e seus familiares.

Conclusão: Os TA apresentam aumento na prevalência, bem como redução na idade dos pacientes diagnosticados, necessitando de detecção adequada e encaminhamento por pediatras. O tratamento requer equipe multidisciplinar especializada e geralmente é duradouro para a recuperação adequada dos indivíduos afetados.

0021-7557/© 2023 Publicado por Elsevier Editora Ltda. em nome da Sociedade Brasileira de Pediatria. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introdução

Os transtornos alimentares (TA) são quadros psiquiátricos que habitualmente têm início na adolescência ou na idade adulta

jovem, mas podem ocorrer em qualquer momento da vida, inclusive na infância, o que tem sido cada vez mais frequente, principalmente após a recente pandemia de COVID 19.¹

Os pediatras costumam ser os primeiros profissionais a lidar com o problema na infância, e por isso precisam estar bem treinados na identificação e condução desses transtornos, que podem ser graves e determinam complicações físicas, psicoló-

DOI se refere ao artigo: <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2023.12.001>

* Como citar este artigo: Robatto AP, Cunha CM, Moreira LA. Diagnosis and treatment of eating disorders in children and adolescents. J Pediatr (Rio J). 2024;100.

* Autor para correspondência.

E-mail: luizacabus@hotmail.com (L.A.C. Moreira).

0021-7557/© 2023 Publicado por Elsevier Editora Ltda. em nome da Sociedade Brasileira de Pediatria. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

gicas e comprometimento na qualidade de vida do paciente e de seus familiares.²

São incluídos como TA no DSM-5:³ anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN), transtorno de compulsão alimentar (TCA), transtorno alimentar restritivo evitativo (TARE), pica e transtorno de ruminação. Na [tabela 1](#) são apresentados os critérios diagnósticos para os TA, segundo o DSM-5.

A AN é caracterizada pela restrição na ingestão calórica, resultando num peso inadequado para a idade, o sexo, trajetória de crescimento e saúde física. Nesses casos, associado à desnutrição, ocorre medo intenso de ganhar peso e alteração na maneira como o paciente avalia seu corpo e peso atuais.³

A AN é classificada em dois subtipos:

- Subtipo restritivo: quando, nos últimos três meses, houver restrição alimentar sem, no entanto, ter havido comportamento purgativo compensatório (p. ex., indução de vômitos, abuso de laxantes/diuréticos, atividade física intensa);

- Subtipo purgativo: quando, além de restrição alimentar, os comportamentos purgativos ocorrerem.

Um paciente pode iniciar o quadro como subtipo restritivo e depois migrar para o purgativo e vice-versa.⁴

A BN é caracterizada por episódios de compulsão alimentar seguidos de comportamentos purgativos compensatórios com o objetivo de emagrecimento. Os pacientes cursam com alterações da imagem corporal e costumam ter peso normal ou mesmo sobrepeso, o que dificulta a detecção do transtorno. A definição mais aceita do que se configura como episódio de compulsão alimentar é consumir quantidade calórica excessiva em curto período, geralmente de 2 horas, com a sensação de “perda de controle”. Isso vem acompanhado por comportamentos purgativos compensatórios que podem incluir, além do vômito autoinduzido, atividade física intensa e abuso de laxantes e diuréticos já citados, retenção de insulina (denominado diabulimia ou transtorno alimentar-diabetes *mellitus* tipo 1) e jejum.⁵

A inclusão do TARE (que, no original em inglês, corresponde a ARFID – *avoidant restrictive food intake disorder*), a partir do DSM-5 em 2013, possibilitou o diagnóstico de crianças que restringem a ingestão por causas principalmente neurosensoriais, que podem necessitar de acompanhamento médico em virtude do extremo baixo peso ou deficiências nutricionais específicas e que, frequentemente, apresentam comprometimento da vida social. Essas crianças, por consumirem poucos itens alimentares, muito específicos, perdem momentos de interação social mediados pelo ato de se alimentar (festas de aniversário, encontro na casa de amigos). Os pacientes têm consciência do baixo peso e, em muitos casos, há o desejo de ganho de peso corporal, mas para eles comer é desinteressante e até aversivo.³

Três subgrupos com características distintas são relatados:

- Grupo I: recusa alimentar por pouco apetite ou desinteresse por alimento;
- Grupo II: recusa alimentar em virtude de propriedades sensoriais do alimento (cheiro, cor, textura);
- Grupo III: recusa alimentar por medo das consequências negativas de se alimentar (medo de passar mal, engasgar-se ou vomitar).

O TARE é mais frequente em meninos e pode ser precedido por patologias relacionadas ao trato gastrointestinal, a exemplo de doença do refluxo gastroesofágico que, por dor, náusea ou vômitos, pode vir a desencadear a aversão alimentar.³

O TCA é mais comum no sexo feminino, e a média de idade ao diagnóstico é de 23 anos, porém acredita-se que seu início seja ainda na infância. É um transtorno caracterizado pela ocorrência de episódios de compulsão alimentar, mas que cursa sem distorção da imagem corporal ou adoção de métodos purgativos compensatórios para emagrecimento.⁶ Os pediatras precisam ficar atentos, pois cerca de 50% dos pacientes acometidos apresentam peso normal e a outra metade apresenta sobrepeso ou obesidade e comorbidades como hipertensão, diabetes e dislipidemias.⁶ O TCA também apresenta comorbidades psiquiátricas como fobia social, depressão, abuso de substâncias e drogas e TDAH. É importante ressaltar que o TCA, apesar de ser menos comum em meninos quando comparado às meninas, é o TA mais comum no sexo masculino.⁶

Epidemiologia

Estudos populacionais mostram que a taxa de incidência de AN parece ser estável, enquanto a AN de início precoce (antes dos 14 anos) está aumentando em número de casos e gravidade. A BN também tem crescido desde a introdução dos critérios do DSM-5, em 2013. Durante a vida, cerca de 4% das mulheres e 0,3% dos homens apresentam AN, enquanto, no caso da BN, a porcentagem é de 3% para mulheres e 1% para os homens.⁷ É provável que o TA com maior prevalência seja o TCA, com estimativas de 2 a 4%. A prevalência do TARE é desconhecida, porém estimada em torno de 3%.²

Etiologia

Os TA apresentam etiologia multifatorial, na qual interagem aspectos genéticos, psicológicos, biológicos, sociofamiliares e culturais. Existem alguns traços na personalidade que se associam à anorexia, como o perfeccionismo, o baixo limiar à frustração, baixa autoestima e impulsividade.^{6,8,9} Ainda no caso da AN, estudos em gêmeos monozigóticos evidenciam concordância em torno de 50 a 60%.

É comum que pacientes com BN também apresentem baixa autoestima, impulsividade e dificuldade nas relações interpessoais. Nesse TA, há maior prevalência de transtornos afetivos (75%), depressão (63%) e ansiedade (63%). A comorbidade com transtornos de personalidade torna o tratamento mais difícil e pode piorar o prognóstico, assim como se observa aumento no risco de suicídio, automutilação, cleptomania, abuso de substâncias e álcool e comportamento sexual promíscuo.⁹

É fato que influências ambientais desempenham papel no desenvolvimento dos TA, porém é necessário haver uma conjunção de fatores e, principalmente, vulnerabilidade individual.⁹

TA em meninos

É comum que o sexo masculino seja sub-representado em estudos sobre TA. Os novos critérios do DSM-5 possibilitaram que mais TA em meninos fossem identificados por um diagnóstico específico, em vez de uma categoria residual, como “transtorno alimentar não especificado”. A inclusão do TARE no DSM-5 tornou possível verificar que, tipicamente, os indivíduos afetados por esse transtorno são mais frequentemente do sexo masculino e iniciam os sintomas na infância.³

Os meninos podem ser menos propensos a procurar tratamento quando comparados às meninas, provavelmente em virtude de um duplo estigma: o de sofrer de um transtorno psiquiátrico e um estigma adicional – vergonha e discriminação

Tabela 1 Critérios diagnósticos para transtornos alimentares apresentados pelo DSM-V

Anorexia nervosa	Bulimia nervosa	Transtorno da compulsão alimentar	Transtorno alimentar restritivo-evitativo
<p>A. Restrição da ingestão de energia levando a significativo baixo peso corporal no contexto de idade, sexo, trajetória de desenvolvimento e saúde física. Significativo baixo peso é definido como menor do que o minimamente normal ou, para crianças e adolescentes, menor do que minimamente esperado.</p> <p>B. Medo intenso do ganho ponderal ou de se tornar gordo, ou comportamento persistente que interfere no ganho ponderal mesmo com peso inferior</p> <p>C. Perturbação no modo de vivenciar o peso, tamanho ou forma corporais; excessiva influência do peso ou forma corporais na autoavaliação; ou persistente falta de reconhecimento da seriedade do atual baixo peso corporal</p> <p>Subtipos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Restritivo: durante os últimos três meses, o indivíduo não teve episódios recorrentes de comportamentos compulsivos ou purgativos. Nesse subtipo, a perda ponderal é alcançada por meio de dietas, jejuns e/ou atividades físicas para perder peso. - Compulsivo-purgativo: durante os últimos três meses, o indivíduo teve episódios recorrentes de comportamentos compulsivos ou purgativos (vômitos, abuso de laxantes e diuréticos ou enemas). 	<p>A. Episódios recorrentes de compulsão alimentar. Um episódio de compulsão alimentar é caracterizado por ambos os seguintes critérios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 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 em um período similar, sob circunstâncias similares; 2. Um sentimento de falta de controle sobre o episódio (por exemplo, um sentimento de não conseguir parar ou controlar o que ou quanto se come) <p>B. Comportamentos compensatórios inapropriados para prevenir ganho de peso, como vômito autoinduzido; abuso de laxantes, diuréticos ou outras medicações; jejum; ou excesso de exercício físico</p> <p>C. A compulsão e o comportamento compensatório inapropriado devem ocorrer, no mínimo, pelo menos uma vez por semana, por 3 meses</p> <p>D. Autoavaliação indevidamente influenciada pelo peso e forma corporal</p> <p>E. O transtorno não ocorre exclusivamente durante episódios de anorexia nervosa</p>	<p>A. Episódios recorrentes de compulsão alimentar. Um episódio de compulsão alimentar é caracterizado por ambos os seguintes critérios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ingestão, em período limitado de tempo (p. ex., dentro de um período de 2 horas), de uma quantidade de alimentos definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria em período similar, sob circunstâncias similares; 2. Sentimento de falta de controle sobre o episódio (p. ex., sentimento de não conseguir parar ou controlar o que ou quanto se come) <p>B. Os episódios de compulsão alimentar estão associados a três (ou mais) dos seguintes critérios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Comer muito e mais rapidamente do que o normal; 2. Comer até sentir-se incomodamente repleto; 3. Comer grandes quantidades de alimentos, quando não está fisicamente faminto; 4. Comer sozinho por embaraço em virtude da quantidade de alimentos que consome; 5. Sentir repulsa por si mesmo, depressão ou demasiada culpa após comer excessivamente <p>C. Acentuada angústia relativa à compulsão alimentar</p> <p>D. A compulsão alimentar ocorre, em média, um dia por semana, durante três meses</p> <p>E. A compulsão alimentar não é associada ao recorrente uso de comportamentos compensatórios inapropriados, como na bulimia nervosa, e não ocorre exclusivamente durante o curso da bulimia nervosa ou anorexia nervosa.</p>	<p>A. Uma perturbação alimentar (p. ex., falta aparente de interesse na alimentação ou em alimentos; esquivas baseadas nas características sensoriais do alimento; preocupação acerca de consequências aversivas alimentar) manifestada por fracasso persistente em satisfazer as necessidades nutricionais e/ou energéticas apropriadas associada a um (ou mais) dos seguintes aspectos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perda ponderal significativa (ou insucesso em obter o ganho ponderal esperado ou atraso de crescimento em crianças); 2. Deficiência nutricional significativa; 3. Dependência de alimentação enteral ou suplementos nutricionais orais; 4. Interferência marcante no funcionamento psicossocial. <p>B. A perturbação não é mais bem explicada por indisponibilidade de alimento ou por uma prática culturalmente aceita.</p> <p>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.</p> <p>D. A perturbação alimentar não é atribuível a uma condição médica concomitante ou mais bem explicada por outro transtorno mental. Quando a perturbação alimentar ocorre no contexto de outra condição ou transtorno, sua gravidade excede a habitualmente associada à condição ou ao transtorno e justifica atenção clínica adicional.</p>

Tabela 1 (Continuação)

Anorexia nervosa	Bulimia nervosa	Transtorno da compulsão alimentar	Transtorno alimentar restritivo-evitativo
Gravidade: Leve: IMC \geq 17 kg/m ² Moderada: IMC 16 a 16,99 kg/m ² Grave: IMC 15 a 15,99 kg/m ² Extrema: IMC < 15 kg/m ²	Gravidade: Leve: média de um a três episódios de comportamentos compensatórios por semana. Moderada: média de quatro a sete episódios de comportamentos compensatórios por semana. Grave: média de oito a 13 episódios de comportamentos compensatórios por semana. Extremo: média de 14 ou mais episódios de comportamentos compensatórios por semana.	Gravidade: Leve: média de um a três episódios de compulsão alimentar por semana. Moderada: média de quatro a sete episódios de compulsão alimentar por semana. Grave: média de oito a 13 episódios de compulsão alimentar por semana. Extremo: média de 14 ou mais episódios de compulsão alimentar por semana.	—

quanto à sexualidade. Os meninos com TA, especialmente com TCA, geralmente relatam menos preocupação com a forma e o peso, impulso para a magreza e insatisfação corporal do que as meninas. Enquanto as meninas querem ser magras, os meninos desejam ser “maiores” e mais musculosos. Uma exceção a isso são os meninos com AN, que podem ter maior probabilidade de se preocupar com a magreza e não com a musculatura.⁸

A homossexualidade foi identificada como fator de risco específico do sexo masculino para o desenvolvimento de TA, e as pessoas que se identificam como transgênero, não binárias ou de gênero diverso têm risco duas a quatro vezes maior de sintomas de TA ou comportamentos alimentares anormais do que seus pares cisgênero.⁸

Avaliação inicial

O reconhecimento precoce e a detecção dos TA são vitais para alcançar bons resultados no longo prazo. Uma avaliação inicial deve conter um histórico focado e exame físico com ênfase nos sintomas, como restrição, compulsão alimentar, purgação, excesso de exercícios. É necessário procurar informações sobre a ingesta alimentar diária e histórico de peso, bem como avaliação da saúde mental envolvendo estressores, pensamentos autocríticos, humor, tendências suicidas, autoagressão, sono, uso de substâncias, nível de energia e concentração. O histórico menstrual também deve ser obtido.^{6,10}

Os sintomas físicos comuns dos TA também devem ser questionados, incluindo refluxo gastroesofágico, constipação, náusea, pré-síncope, palpitações, dor no peito, fraqueza, fadiga, lanugem, pele seca, perda de cabelo, cãibras musculares, dor nas articulações, palidez, fácil formação de hematomas e intolerância ao frio. Sinais de purgação podem incluir escoriações nas juntas das mãos, má dentição, halitose e hipertrofia das glândulas salivares.^{10,11} Os pediatras devem ter em mente, a fim de considerar um diagnóstico de TA, que essas condições têm sintomas peculiares em crianças e em pré-púberes.

As síndromes parciais, que não preenchem todos os critérios para TA, são prevalentes e causam prejuízos tão graves quanto os quadros totais, e merecem tratamento. Os sintomas se modificam com o passar dos anos, com a evolução etária e cognitiva do paciente, e os objetivos são a identificação e intervenção precoces para evitar o adoecimento grave e crônico.¹⁰

Nas crianças, merece atenção particular a estagnação na curva de crescimento com a incapacidade em atingir peso e estatura esperados para a faixa etária. Além disso, na avaliação do peso, deve-se usar o percentil de IMC e não o IMC fixo, como no caso de adultos. Os pediatras devem enfatizar a necessidade de restauração do peso, incluindo uma discussão sobre os efeitos médicos e psicológicos da nutrição insuficiente e as consequências para a saúde.¹⁰

Famílias e pacientes devem ser informados da etiologia multifatorial desses transtornos, com o objetivo de reduzir conflitos envolvendo culpa e acusações. Quando disponível, os pacientes devem ser encaminhados para serviço especializado no tratamento de TA, e as famílias devem receber sempre orientações psicoeducacionais.¹⁰

O pediatra deve solicitar os seguintes exames iniciais: hemograma completo, avaliação da função renal, medição de eletrólitos, eletrólitos estendidos, enzimas hepáticas, albumina, vitamina B12, ferritina e níveis lipídicos. Outras investigações também podem ser consideradas para descartar outras causas de sintomas, incluindo medição dos níveis de hormônios da tireoide, hormônio luteinizante, hormônio folículo-estimulante, estradiol, andrógeno, proteína C-reativa e velocidade de hemossedimentação. A urinálise pode auxiliar na avaliação do estado de hidratação, presença de cetonas e proteinúria. Eletrocardiograma deve ser realizado para descartar bradicardia, arritmias e prolongamento do intervalo QT corrigido.^{10,11}

São indicadores de gravidade e necessidade de internação:¹⁰

- < 75% do peso alvo do tratamento;
- Temperatura central < 35,6 °C (< 96,0 °F);
- Frequência cardíaca < 50 bpm durante o dia ou < 45 bpm durante a noite;
- Pressão arterial < 90/60 mmHg ou hipotensão ortostática (aumento sustentado no pulso de > 40 bpm ou uma diminuição sustentada na pressão arterial de > 10 diastólica ou > 20 sistólica mmHg/min de deitado para em pé);
- ECG mostrando arritmia, intervalo QTc prolongado ou bradicardia grave;
- Anormalidades eletrolíticas (p. ex., hipoglicemia, hiponatremia, hipofosfatemia, hipocalcemia, hipomagnesemia);
- Compulsão ou purgação descontroladas;

- Desidratação;
- Transtornos psiquiátricos comórbidos em agudização ou outra patologia que resulte numa barreira para cuidar do TA (p. ex., diabetes *mellitus* tipo 1);
- Ideação suicida ativa.

Complicações médicas dos TA

Anorexia nervosa

Algumas complicações se resolvem com reabilitação nutricional efetiva e ganho ponderal, enquanto outras podem levar a danos permanentes. Ocorrem alterações em quase todos os órgãos. Se o paciente apresentar a forma purgativa, distúrbios hidroeletrólíticos são mais comuns que na forma restritiva. Hipoglicemia também é comum.¹¹

Atrofia miocárdica com prolapso da válvula mitral são comuns em pacientes extremamente desnutridos. Bradicardia sinusal, profunda disfunção reversível do nódulo sinusal e hipotensão ortostática são uniformemente observadas em pacientes com AN grave. À medida que os parâmetros de peso do paciente diminuem, a bradicardia e a hipotensão tornam-se mais pronunciadas e pode ocorrer prolongamento do intervalo QT.¹²

A maioria das pacientes do sexo feminino que já apresentaram menarca torna-se amenorreica e tem baixos níveis de estrogênio voltando a um estado pré-púbere, enquanto pacientes do sexo masculino têm baixos níveis de testosterona. Ocorre perda acentuada da densidade mineral óssea, que pode levar a osteopenia precoce e osteoporose, mesmo em pacientes adolescentes, e essa perda pode ser permanente. As complicações pulmonares incluem condições como pneumotórax espontâneo e pneumonia por aspiração. Os pacientes também podem ter atrofia cerebral generalizada, substância cinzenta e branca danificada e déficits cognitivos que persistem após o tratamento.^{10,12}

Gastroparesia e constipação são comuns. Os níveis de aminotransferase são frequentemente elevados na AN. Existem duas causas principais. No início, antes do início da realimentação, é provável que seja causada por apoptose – morte celular programada dos hepatócitos desencadeada pela fome. No entanto, se os níveis começarem a se elevar anormalmente com a realimentação, é mais provável que seja causado por esteato-hepatite, que responde a uma alteração na macrocomposição da dieta com uma redução nas calorias dos carboidratos. Surpreendentemente, os níveis de albumina são normais mesmo com AN grave. A transformação gelatinosa da medula ocorre à medida que a desnutrição piora. Especificamente, a gordura serosa atrofia na medula óssea e a gordura normal da medula é substituída por uma substância mucopolissacarídica espessa que impede a saída de células precursoras da medula óssea. Isso leva à hipoplasia trilinear com leucopenia, anemia e trombocitopenia detectadas nessa ordem de frequência decrescente.¹²

A AN é caracterizada por atrofia cerebral acentuada em estudos de imagem cerebral. Áreas específicas do cérebro parecem ser preferencialmente danificadas, incluindo a substância cinzenta e branca e áreas da ínsula e do tálamo. Com a restauração do peso, essas anormalidades do tamanho do cérebro parecem ser revertidas, mas pode haver déficits cognitivos contínuos que persistem como uma complicação médica secundária da AN, com sequelas adversas permanentes. A atrofia cerebral pode explicar as anormalidades no paladar, olfato, função talâmica e regulação da temperatura, bem como a lentidão mental geral observada em pessoas com formas mais graves da doença.¹²

Complicações médicas da BN

Há risco de anormalidades eletrolíticas, como hipocalemia, hipocloremia e alcalose metabólica.¹² O sinal de Russell decorre dos vômitos autoinduzidos e se refere ao desenvolvimento de calosidades na face dorsal da mão dominante, em virtude da irritação traumática da mão pelos dentes, a partir da inserção repetida da mão na boca para provocar vômito. Ocorrem erosões dentárias e trauma na mucosa oral e faringe. A hipertrofia da glândula parótida, ou sialadenose, pode se desenvolver em mais de 50% dos pacientes que praticam a purgação por meio do vômito autoinduzido.⁵

Complicações cardíacas incluem distúrbios eletrolíticos como resultado de vômitos e abuso de diuréticos ou laxantes. Distúrbios de condução, incluindo arritmias graves e prolongamento do intervalo QT, podem ocorrer em virtude dos distúrbios eletrolíticos resultantes, especialmente hipocalemia e distúrbios ácido-básicos. Além disso, a ingestão excessiva de ipeca, que contém o alcaloide cardiotoxíco emetina, para induzir o vômito, pode levar a vários distúrbios de condução e cardiomiopatia potencialmente irreversível.^{5,6} O abuso de pílulas dietéticas está associado a arritmias.

O vômito excessivo expõe o esôfago ao ácido gástrico e danifica o esfíncter esofágico inferior, aumentando a propensão à doença do refluxo gastroesofágico e outras complicações esofágicas, incluindo esôfago de Barrett e adenocarcinoma esofágico. Rotura do esôfago é rara, mas pode ocorrer.⁵

A indução do vômito aumenta as pressões intratorácica e intra-alveolar, o que pode levar ao pneumotórax. Indivíduos envolvidos em abuso excessivo e crônico de laxantes estimulantes podem estar em risco de “cólón catártico”, condição pela qual o cólon se torna um tubo inerte incapaz de mover as fezes para frente. Acredita-se que isso se deva ao dano direto ao plexo nervoso mioentérico do intestino. Melanose coli, uma coloração preta do cólon sem significado clínico conhecido, é frequentemente relatada durante a colonoscopia em pessoas que abusam de laxantes estimulantes.⁵

Uma complicação endócrina da BN é a menstruação irregular, em oposição à amenorreia frequentemente observada nos subtipos restritivo e purgativo de AN.⁵

Mortalidade e seguimento

A taxa bruta de letalidade para a AN é de cerca de 5% por década. A morte resulta mais comumente de complicações clínicas associadas ao próprio transtorno ou ao suicídio.³ Cerca de 20% das mortes em pacientes com AN é resultado de suicídio. A morte súbita cardíaca é frequentemente a causa de morte prematura em pacientes com AN.¹²

O DSM-53 inclui um índice que considera a massa corporal (IMC) e que permite aos profissionais de saúde avaliar a gravidade da desnutrição e o nível adequado de cuidados necessários (tabela 1).

A letalidade em pacientes com AN que necessitam de internamento é cerca de cinco vezes maior quando comparados com indivíduos pareados para a idade e sexo. Em pessoas seguidas pós-tratamento para BN ou AN em serviço ambulatorial, a mortalidade é cerca de duas vezes maior que a população em geral. As taxas de letalidade padronizadas relatadas em pessoas com BN são menores do que naqueles com AN, mas ainda são significativamente elevadas, de 1,5% a 2,5%.⁵

Indivíduos com BN experimentam taxas de 33% de automutilação não suicida ao longo da vida e são quase oito vezes mais propensos a morrer por suicídio do que a população em geral. As taxas de recuperação da AN variam consideravelmente. Estudos focados em crianças e adolescentes relatam taxas de recuperação de 17,2% a 50%, e aqueles que se concentram em adultos relatam taxas de recuperação de 13% a 42,9%.¹²

Tratamento dos TA

O acompanhamento clínico e as pesquisas acerca do tratamento dos TA reiteram a importância e a necessidade da psicoeducação e de uma abordagem multidisciplinar para a recuperação dos parâmetros saudáveis no que se refere ao peso, trajetória de crescimento e relação com a alimentação e imagem corporal (fig. 1).

Apesar das altas taxas de recaída, em torno de 9% a 52%, principalmente ao longo do primeiro ano de tratamento por AN, a remissão/recuperação é a meta a ser conquistada em todos os casos de TA.¹³

O tratamento médico pediátrico e psiquiátrico tem suma importância, visto que os TA podem tornar-se crônicos ao longo do tempo, podem estar associados a comorbidades psiquiátricas, complicações médicas gerais e sociais e até morte por complicações clínicas ou suicídio. *O Guia Prático para o Tratamento de Pacientes com Transtornos Alimentares* da Associação Americana de Psiquiatria (2023), sugere que algumas recomendações sejam atendidas e que informações sejam coletadas e observadas na avaliação e planejamento da abordagem dos pacientes com TA:¹³

- História da estatura e peso do paciente (peso máximo e mínimo e mudanças recentes do peso);
- Padrões e mudanças no comportamento alimentar (restrição, evitação, compulsão, ruminação regurgitação);
- Padrões e mudanças no repertório alimentar, com a eliminação de grupos alimentares da dieta;
- Presença de comportamentos compensatórios para o controle de ganho ponderal;

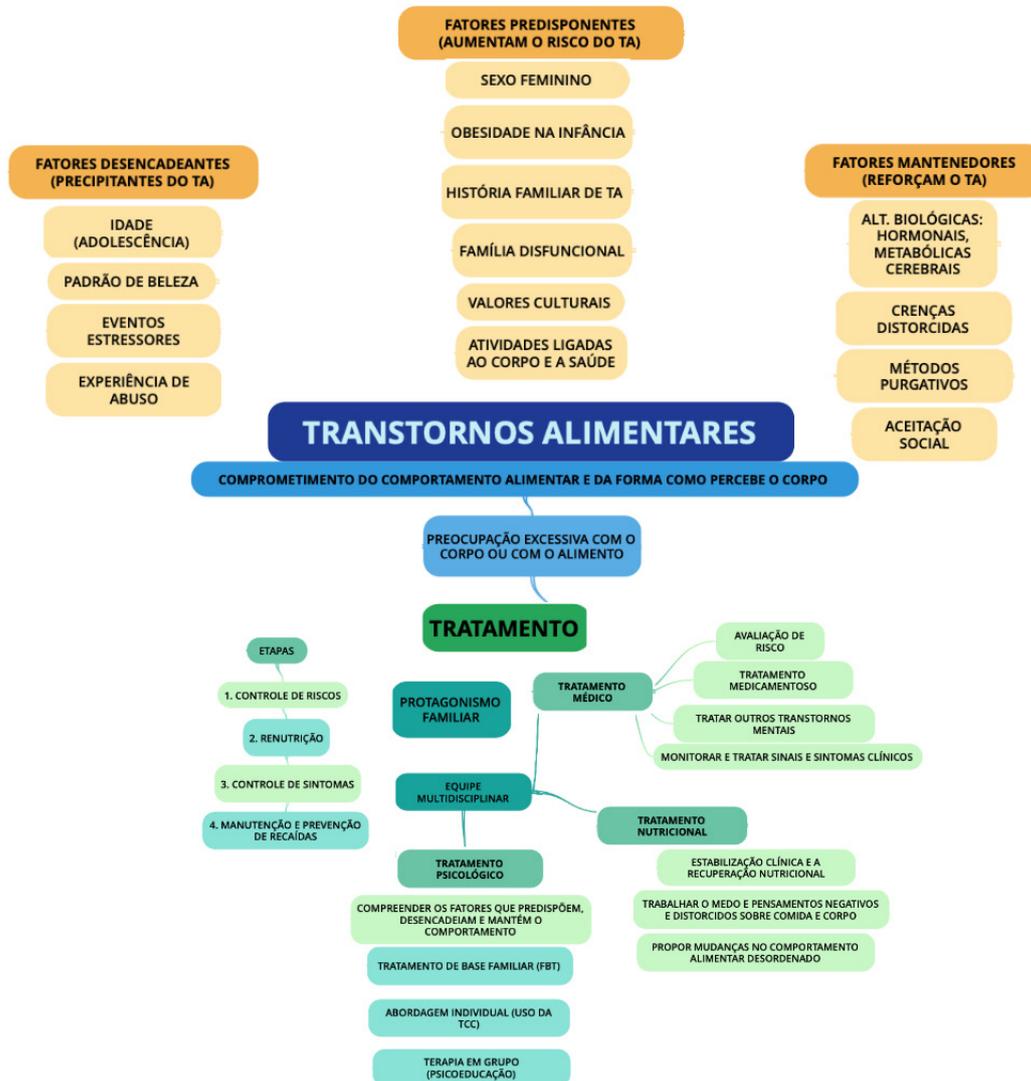


Figura 1. Características, aspectos causais e tratamento dos TA.

- Tempo gasto com pensamentos referentes a alimentação, peso e forma física;
- Tratamento e resposta a tratamento anterior de TA;
- Prejuízos psicossociais decorrentes de preocupações com alimentação e forma física;
- História pregressa e familiar de TA, transtornos psiquiátricos e outras condições médicas gerais (p. ex., obesidade, diabetes *mellitus*).

O uso de medicamentos, inclusive psicofármacos, está indicado, principalmente na abordagem das comorbidades, mas não é o ponto essencial do tratamento dos TA. Há a necessidade de seguimento nutricional e de psicoterapia que abarque a família e o paciente. O tratamento dos TA deve levar em consideração a presença de fatores precipitadores e mantenedores do quadro, envolvendo o paciente e a dinâmica familiar, como estratégias de enfrentamento inadequadas, baixa autoestima, práticas alimentares da família – principalmente se encorajam dietas restritivas e observações e críticas parentais envolvendo alimentação, peso, forma do corpo.

Ao longo dos anos e recentemente, o tratamento de base familiar (FBT, do inglês family-based treatment) de acordo com o método Maudsley, além da intervenção educacional em grupo, vem sendo recomendado para as famílias que enfrentam o estresse causado pelos sintomas e pelos comportamentos apresentados por um membro afetado por um TA. Esse método foi desenvolvido no Hospital Maudsley em Londres, no final da década de 1980, para abordagem da AN e inovou ao integrar os pais ao tratamento, centralizando a intervenção no manejo dos sintomas e não na etiologia do transtorno, com os seguintes objetivos:¹³

- Controle parental total: a família assume o controle da alimentação e monitora as quantidades;
- Retorno gradual do controle ao paciente;
- Retorno ao desenvolvimento normal do paciente.

Segundo o Consenso do National Institute for Health and Care Excellence (NICE), de 2020, o tratamento baseado na família:¹⁴

- Consiste em 18 a 20 sessões ao longo de um ano e contempla o atendimento ao paciente separadamente e em conjunto com familiares e/ou cuidadores;
- Avalia a evolução do paciente quatro semanas após o início da abordagem e a cada três meses, a fim de estabelecer a regularidade das sessões e duração total do tratamento;
- Enfatiza o papel de apoio da família na recuperação do paciente;
- Não culpa o paciente ou a família pelo desenvolvimento do transtorno;
- Inclui psicoeducação acerca de nutrição e consequências da desnutrição;
- Precocemente estimula a família a assumir temporariamente um papel central de manejo da alimentação do paciente;
- Ocorre em três fases: a primeira para o estabelecimento de uma boa aliança terapêutica com o paciente e seus familiares, a segunda para estimular o paciente a desenvolver autonomia adequada ao nível de desenvolvimento, e a terceira para programar o fim do tratamento.

Nos casos diagnosticados como leves ou moderados, a primeira etapa do tratamento compreende a abordagem psicoló-

gica ambulatorial envolvendo o paciente e os membros da família. Diante do agravamento dos sintomas ou ausência de resposta ao tratamento ambulatorial, uma abordagem mais intensiva é indicada, inclusive com a possibilidade de admissão hospitalar.¹⁵

São condutas a serem adotadas no caso de admissão hospitalar:¹⁶

- Monitorar o estado geral do paciente e realizar as suplementações necessárias;
- Prescrever dieta adequada;
- Realimentar o paciente por via oral, enteral ou parental quando necessário;
- Conter a ansiedade e os comportamentos desafiadores do paciente;
- Orientar familiares e equipe;
- Monitorar o estado mental do paciente e prescrever psicotrópicos quando indicado;
- Planejar o seguimento do tratamento pós-alta hospitalar;
- Manter o paciente em segurança e garantir manejo adequado do ponto de vista legal e ético.

A intervenção farmacológica tem sido cada vez mais aplicada no tratamento dos TA em crianças e adolescentes. Apesar das fracas evidências de eficácia desse recurso na abordagem dos sintomas centrais dos TA, excetuando-se o TCA, para o qual existem evidências que dão suporte ao uso de antidepressivos e psicoestimulantes, os psicotrópicos são muitas vezes prescritos a fim de tratar comorbidades como ansiedade e depressão. Os psicofármacos mais comumente usados são os antidepressivos inibidores seletivos de recaptção de serotonina (ISRS: fluoxetina, sertralina, escitalopram), os antipsicóticos (olanzapina, risperidona, aripiprazol) e a lisdexanfetamina.⁶

Segundo o NICE (2020),¹⁴ ao prescrever medicamentos no tratamento dos TA alguns aspectos fundamentais precisam ser considerados:

- Presença de comorbidades físicas e mentais;
- Impacto que a desnutrição e comportamentos compensatórios podem causar na efetividade e segurança do fármaco escolhido;
- Adesão ao tratamento, principalmente aos medicamentos que podem afetar o peso corporal;
- Complicações clínicas ao longo do tratamento, principalmente se prescritos medicamentos que podem alterar a função cardíaca e eletrólitos (bradicardia, aumento do intervalo QT, hipocalcemia).

Tratamento nutricional

A interação com a equipe de nutrição pode ser desafiadora para pessoas com TA, visto que as mudanças de comportamentos propostas ao longo do tratamento nutricional são opostas aos desejos de “emagrecer a qualquer custo” ou de “não se interessar pela alimentação”, frequentes nesse grupo. Para tanto, é necessário contar com profissionais especializados na área para fornecer os cuidados dietéticos éticos e eficazes, com conhecimento e habilidades preconizadas nos programas de tratamento.¹⁷ Adicionalmente, considerando a baixa motivação individual, contar com a participação da família e/ou

rede de apoio (cônjuge, parentes, amigos próximos etc.) pode favorecer a adesão e resposta ao tratamento.¹⁸

Dentre os objetivos do tratamento nutricional, destacam-se: ajudar os indivíduos a atender às necessidades nutricionais de maneira regular, equilibrada e sustentada; trabalhar o medo e pensamentos negativos e distorcidos sobre comida, corpo e si mesmo; propor mudanças no comportamento alimentar desordenado; contribuir com o ganho ponderal (quando necessário) para a remissão dos sintomas; estabilização clínica e recuperação nutricional. Diante dos objetivos e considerando as características que compõem o espectro dos TA, a abordagem nutricional para pessoas com TA envolve técnicas comportamentais.¹⁹ Essa abordagem vislumbra compreender as percepções sobre o comer e as sensações relacionadas a alimentar-se, que podem influenciar a alimentação. Para tanto, o nutricionista deve entender as conexões entre emoções e atitudes alimentares, para auxiliar o indivíduo quanto à reestruturação do consumo alimentar, bem como estimular, motivar e engajar o indivíduo para a mudança do comportamento envolvendo a alimentação.¹⁹

A anamnese ou triagem nutricional deve permitir a livre fala do indivíduo, porém com direcionamento investigativo para os comportamentos alimentares transtornados. Deve também contemplar a avaliação da história alimentar com o histórico de relação com a comida, por exemplo. O recordatório alimentar de 24 horas pode ser limitado para a compreensão das relações estabelecidas com a alimentação, mas posteriormente pode ser utilizado para a quantificação da ingestão, monitoramento da adesão às metas e a identificação fontes de falhas no ganho ponderal. Na avaliação da ingestão alimentar, podem ser solicitadas as descrições dos episódios de compulsão alimentar, do uso de métodos compensatórios e frequência com que são praticados. Um inventário dos alimentos consumidos, restringidos ou evitados deve ser coletado, bem como quais motivações e/

ou valores são atribuídos aos alimentos. Considerando a relação entre a insegurança alimentar e TA, também é importante investigar o suprimento alimentar do domicílio.^{17,19}

No que se refere à avaliação do estado nutricional, são utilizados os dados de registros médicos (laboratoriais e clínicos) e exame físico com foco em nutrição. O monitoramento do peso deve ser discutido com os indivíduos com TA e conduzido com sensibilidade ao longo das consultas. Todas as discussões sobre monitoramento e avaliação de peso devem ser baseadas nos princípios da positividade corporal e abordagens semelhantes que abrangem a aceitação e apreciação de todos os tipos de corpo. Nos casos do tratamento de crianças e adolescentes, os pesos também são compartilhados com a família e outras pessoas de apoio.^{17,19}

Os planos alimentares utilizados no tratamento de TA visam, além de atender às necessidades de energia e nutrientes, fornecer uma abordagem organizada para o consumo de alimentos e dessensibilizar alimentos temidos, excessivos ou purgados. O nutricionista pode começar com um plano individualizado que incorpora os alimentos atualmente consumidos e adicionar um ou dois alimentos desafiadores ou aumentar as porções. Esses acréscimos sugeridos à ingestão atual visa, com o tempo, a aproximação da ingestão adequada e o aumento da variedade de alimentos.^{17,19}

Frequentemente, considerando as características diversas dos TA, são determinados focos terapêuticos prioritários e estabelecimento de metas para a modificação do comportamento, com estratégias definidas para praticar, refletir e incluir o novo comportamento na rotina alimentar diária. O ideal é que, à medida que os indivíduos progridem, eles se afastem de planos alimentares e comportamentos específicos dos TA para uma alimentação mais dirigida internamente e com menos rigidez.¹⁹

A [tabela 2](#) apresenta exemplos de abordagens adotadas no tratamento nutricional dos TA.

Tabela 2 Exemplos de metas e abordagens nutricionais adotadas nos principais transtornos alimentares

TA	Metas	Abordagens
AN	Melhorar, com segurança, a ingestão calórica e o peso corporal. Superar as dificuldades para tomar decisões e perceber as reais necessidades de calorias e nutrientes.	Planos alimentares estruturados que facilitam a tomada de decisões, ajudando os indivíduos a melhorar a ingestão de nutrientes e restaurar o peso. À medida que os indivíduos progridem, a terapia nutricional se concentra em apoiar o aumento da flexibilidade na seleção de alimentos e desafiar os medos relacionados à alimentação.
BN	Estabelecer padrões regulares de ingestão alimentar adequada. Redução da frequência dos comportamentos de purgação e métodos de compensação.	Planejamento alimentar para o estabelecimento das refeições e lanches regulares ao longo do dia que mitigam as oscilações na fome e saciedade, reduzindo o desejo de comer compulsivamente e/ou purgar. Desencorajar a restrição alimentar, pois está frequentemente associada à compulsão alimentar.
TCA	Atenuar a resposta exagerada aos estímulos relacionados aos alimentos, que podem contribuir para a perda de controle sobre o consumo. Identificar fatores que motivam o comer em excesso, comer na ausência de fome e sensação de perda de controle.	Seguir as intervenções nutricionais propostas para a BN e instruções sobre princípios alimentares conscientes e intuitivos. Os esforços ativos para perder peso são contraindicados quando comportamentos de compulsão alimentar estão presentes.
TARE	Recuperação do estado nutricional e do crescimento. Desencorajar a evitação dos alimentos que mantém os problemas alimentares.	Plano coletivo de tratamento com a distribuição de metas e responsabilidades com os pais/responsáveis e com a criança. Identificar os alimentos evitados e reintroduzir lenta e continuamente nas sessões de tratamento e com atribuições de exposição continuada em casa.

Conclusão

Os TA são de abordagem complexa e exigem tratamento especializado, de longa duração, realizado por equipe multidisciplinar. O crescimento da prevalência dessas condições, a redução das idades dos pacientes e o aumento da gravidade dos casos pedem atenção e intervenção precoce. O treinamento do pediatra, profissional que está na “linha de frente” da detecção e encaminhamento desses pacientes, merece todo o nosso empenho.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Referências

1. Agostino H, Burstein B, Moubayed D, Taddeo D, Grady R, Vyver E, et al. Trends in the incidence of new-onset anorexia nervosa and atypical anorexia nervosa among youth during the COVID-19 pandemic in Canada. *JAMA Network Open*. 2021;4:e2137395.
2. Hornberger LL, Lane MA, COMMITTEE ON ADOLESCENCE. Identification and management of eating disorders in children and adolescents. *Pediatrics*. 2021;147:e2020040279.
3. Nascimento MI, Machado PH, Garcez RM, Pizzato R, da Rosa SM (translation). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th Edition. American Psychiatric Association. Porto Alegre: Artmed Editora Ltda; 2014. 948 p.
4. Mitchell JE, Peterson CB. Anorexia Nervosa. *N Engl J Med* 2020; 382:1343-51.
5. Nitsch A, Dlugosz H, Gibson D, Mehler PS. Medical complications of bulimia nervosa. *Cleve Clin J Med*. 2021;88:333-43.
6. Bohon C. Binge eating disorder in children and adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2019;28:549-55.
7. van Eeden AE, van Hoeken D, Hoek HW. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Curr Opin Psychiatry*. 2021;34:515-24.
8. Riva A, Pigni M, Albanese ND, Falbo M, Di Guardo S, Brasola E, et al. Eating disorders in children and adolescent males: a peculiar psychopathological profile. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19:11449.
9. Gómez Candela C, Palma Milla S, Miján-de-la-Torre A, Rodríguez Ortega P, Matía Martín P, Loria Cohen V, et al. [Consensus document about the nutritional evaluation and management of eating disorders: bulimia nervosa, binge eating disorder, and others]. *Nutr Hosp*. 2018;35:49-97.
10. Parpia R, Spettigue W, Norris ML. Approach to anorexia nervosa and atypical anorexia nervosa in adolescents. *Can Fam Physician*. 2023;69:387-91.
11. Rothwell L, Vivek K, Nicholls D, Maconochie I, Dyer EM. Fifteen-minute consultation: Recognition and management of eating disorders presenting to the emergency department. *Arch Dis Child Educ Pract Ed*. 2023;108:330-4.
12. Cost J, Krantz MJ, Mehler PS. Medical complications of anorexia nervosa. *Cleve Clin J Med*. 2020;87:361-6.
13. Crone C, Fochtmann LJ, Attia E, Boland R, Escobar J, Fornari V, et al. The American Psychiatric Association Practice Guideline for the treatment of patients with eating disorders. *Am J Psychiatry*. 2023;180:167-71.
14. National Guideline Alliance (UK). *Eating disorders: recognition and treatment*. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2020.
15. Child and Youth Mental Health Alcohol and Other Drugs Clinical Group, Eating Disorders Advisory Group. *Assessment and treatment of children and adolescents with eating disorders in Queensland*. Queensland Health Guideline. 2020; p.1-22.
16. Robinson PH, Nicholls D. *Critical care for anorexia nervosa - The MARSIPAN Guidelines in Practice*. Switzerland: Springer International Publishing; 2015.
17. Heruc G, Hart S, Stiles G, Fleming K, Casey A, Sutherland F, et al. ANZAED practice and training standards for dietitians providing eating disorder treatment. *J Eat Disord*. 2020;8:77.
18. Leonidas C, dos Santos MA. Social support networks and eating disorders: an integrative review of the literature. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2014;10:915-27.
19. Nutrition Working Group. *Guidebook for nutrition treatment of eating disorders*. Academy of Eating Disorders; 2020. [Acesso em 20 ago. 2023]. Disponível em: <<https://www.aedweb.org/resources/publications>>.