

# recomendações

**Atualização de Condutas em Pediatria**

**nº 40**

Departamentos Científicos da SPSP,  
gestão 2007-2009.



Departamento de  
Alergia e Imunologia

**Imunodeficiência  
primária**

Departamento de Adolescência

**Transtornos  
alimentares**

Departamento de  
Diagnóstico por Imagem

**Ultra-som e a dor na  
fossa ilíaca direita**



**Sociedade de Pediatria de São Paulo**

Alameda Santos, 211, 5º andar  
01419-000 São Paulo, SP  
(11) 3284-9809

# Transtornos alimentares na adolescência

Nas últimas décadas, passa-se a cultivar comportamentos relativos à manutenção da magreza corporal. As revistas dão destaque ao controle de peso, às dietas, e como desenvolver grupos musculares. As modelos, atrizes e atletas exibem seus corpos com níveis de magreza inatingíveis.

Essa cultura envolve e transmite uma mensagem inevitável às adolescentes

em crescimento e desenvolvimento, tornando-as presas desses comportamentos. A magreza e o corpo perfeito são idealizados e, frequentemente, os transtornos alimentares eclodem, após tentativas de dieta para redução de peso.

Pelos Critérios Diagnósticos propostos pelo Manual das Desordens Mentais (1994), Diagnóstico e Estatística (DMS-IV), considera-se:

## Anorexia nervosa

- ▶ Recusa em manter o peso dentro dos limites considerados normais para altura e idade (abaixo de 15% do peso considerado ideal);
- ▶ Medo de ganhar peso;
- ▶ Distúrbio grave da imagem corporal, com negação da gravidade da doença;
- ▶ Ausência de ciclos menstruais ou amenorréia (> três ciclos).

O medo acentuado de ganhar peso ou tornar-se obesa manifesta-se pela preocupação obsessiva e

não aliviada pela perda de peso. As preocupações aumentam, mesmo que o peso continue a diminuir.

**Autora:**

Tamara Beres Lederer Goldberg

**DEPARTAMENTO DE ADOLESCÊNCIA**  
Gestão 2007-2009

**Presidente:**

Geni Workman Beznos

**Vice-Presidente:**

Marisa Lazzar Poit

**Secretário:**

Mauricio Castro S. Lima

**Membros:**

Alexandre Massashi Hirata,

Andréa Hercowitz,

Benito Lourenço,

Claudete Ribeiro de Lima,

Débora Gejeir,

Halley Ferraro Oliveira,

Lígia de Fatima N. Reato,

Marcela Knox da Veiga,

Maria Dulcinea de Oliveira,

Maria Ignês Borges Saito,

Maria Sylvia de S. Vitale,

Marta Miranda Leal,

Regina Célia L. Muller,

Regina Maria Banzato,

Renato Pescarolo Zan,

Tamara Beres L. Goldberg,

Lília Freire Rodrigues de Souza Li.

Estudos psicanalíticos revelam que elas tentam se afastar inconscientemente de desejos orais e sexuais. Estão confusas frente a suas necessidades emocionais e como responder às pressões e demandas. A possibilidade de poder controlar o corpo faz com que se sintam melhor e reforçam esse comportamento. O controle da imagem corporal é mantido a qualquer custo, inclusive com a “morte”.

A anorexia nervosa revela-se em dois subtipos: restritiva e de expurgo ou

purgação. Na restritiva, a restrição da ingestão e a realização intensa de exercícios físicos conduzem à perda de peso, enquanto as com expurgo se utilizam da ingestão compulsiva e do expurgo (vômitos, laxantes, diuréticos, enemas etc.) para controlar seu peso. Os critérios fisiológicos e psicológicos devem ser analisados com cautela.

Durante a evolução ou na fase de recuperação da doença, pelo menos 40% das pacientes anoréticas apresentarão fases bulímicas.

### Bulimia

- ▶ Episódios de ingestão excessiva com sensação de perda de controle (às vezes em períodos curtos ingerem quantidades muito elevadas, de 3 mil a 20 mil calorias, que outras pessoas não ingeririam neste mesmo período);
- ▶ Ingestão excessiva é compensada por comportamento de expurgo (vômitos auto-induzidos, laxantes ou diuréticos) ou não expurgo;
- ▶ A ingestão excessiva e os comportamentos compensatórios ocorrem pelo menos duas vezes por semana, por três meses;
- ▶ Insatisfação com a forma do corpo e com o peso.

A ingestão excessiva (binge) pode envolver consumo rápido e contínuo, seguido de desconforto e dor abdominal. 80% delas consideram auto-induzir vômitos e utilizar diuréticos e laxantes. Ainda assim, apresentam-se com peso normal ou com sobrepeso.

O DMS-IV ainda inclui a definição de outros transtornos alimentares não especificados, pacientes com padrões aberrantes de ingestão e manejo de peso, que não se adequam aos critérios da anorexia nervosa e da bulimia.

## **Epidemiologia**

A possibilidade de muitas pacientes terem sucesso e serem perfeccionistas dificulta reconhecer a real incidência dos transtornos alimentares. Evidenciam-se dois picos de incidência para os transtornos alimentares, aos 14 e aos 18 anos.

Estudos populacionais revelam uma prevalência para anorexia nervosa de 0,5 a 1% e, entre atletas, de até 62%, sendo a amenorréia constatada em 3,4% a 66%.

A prevalência de bulimia parece ser de 1 a 1,5%, com taxas mais elevadas entre

universitárias. Os outros transtornos alimentares não especificados ocorrem em 3 a 5% das mulheres de 15 a 30 anos de idade.

A prevalência no sexo masculino parece ser dez vezes menor do que aquela observada entre as mulheres.

## **Patogenia**

Não há consenso sobre a etiologia destes transtornos, e seu aparecimento está relacionado a uma combinação de fatores psicológicos, biológicos, familiares, genéticos, ambientais e sociais. A história alimentar é o preditor mais importante de uma alteração em adolescentes. Os profissionais devem ficar atentos sobre possíveis comportamentos inadequados em adolescentes, que falham em ganhar peso ou crescer, ao longo do mesmo canal, na curva de crescimento.

Fatores predisponentes como: biológicos, história familiar ou eventos traumáticos que envolvam os adolescentes, seus familiares ou pessoas próximas podem desestabilizar a auto-estima e o autocontrole, induzindo-as a se utilizarem de comportamentos alimentares ou

da perda de peso para alcançar novamente o controle. Traços de personalidade que refletem comportamento obsessivo-compulsivo parecem ser um fator de risco para o desenvolvimento dos transtornos alimentares. Além disso, estão associa-

dos à elevada incidência de esportes e atividades artísticas, nos quais a forma esbelta é enfatizada.

O papel dos neurotransmissores é evidente na patogênese da anorexia, sendo lhes imputada a responsabilidade por algumas altera-

### Avaliação clínica

#### Observe:

- Sinais vitais, frequência cardíaca, pressão sanguínea em posição ortostática e em decúbito dorsal e temperatura;
- Pele seca e cor amarelada, pela hipercarotenemia, lanugo e temperatura diminuída;
- Bradicardia, arritmia, prolapso de válvula mitral;
- Exame rigoroso do abdome, na evidência de alguma patologia;
- Exame neurológico, com acurácia, para excluir causas que levem à perda de peso ou vômito.

→ Na bulimia

- Aumento das glândulas salivares;
- Erosão do esmalte dentário, pela exposição crônica ao ácido clorídrico;
- Irritação ou ardor em orofaringe;
- Lesões ou calosidades localizadas nas articulações interfalangeanas proximais (Sinal de Russell).

ções psiquiátricas observadas em pacientes com esta doença.

Mais importante do que buscar causas desencadeantes seria considerar os fatores predisponentes, precipitantes e perpetuadores. As pacientes apresentam altas taxas de desordens afetivas, de ansiedade, obsessões-compulsões e transtornos de personalidade.

Muitas delas apresentam-se temerosas em desenvolver caracteres sexuais secundários, tentando retornar seus corpos a estágios pré-pu-

bertários. Apresentam sentimentos ambivalentes sobre o desejo de crescer, pois atingir esse status é confundido com sentir-se abandonada, isolada e só.

As famílias apresentam dificuldade de responder positivamente às alterações físicas e às necessidades emocionais das adolescentes, com alta expectativa de performance e apresentação, dificuldades no manejo de conflitos, com pouca comunicação, principalmente no tocante a sentimentos e envolvimento.

### Exames laboratoriais

Os transtornos alimentares são patologias clínicas e não há testes laboratoriais que possam confirmá-las.

Recomenda-se, de acordo com o caso:

- Hemograma completo e velocidade de hemossedimentação
- Sódio, potássio, cálcio, magnésio, fósforo, uréia, creatinina e glicemia
- Eletroforese de proteína
- Colesterol total e frações, triglicérides
- Função tireoideana, dosagem de prolactina, FSH e LH, dehidroepiandrosterona (DHEA), GH e IGF-1
- $\beta$ -hCG , nas amenorréicas

### Tratamento

Recomenda-se equipe multidisciplinar, constituída por pediatras com habilitação em medicina do adolescente, nutricionistas e profissionais de saúde mental.

A busca da estabilidade dos sinais vitais, do estado de hidratação, da reeducação alimentar com utilização de dietas saudáveis e alterações do comportamento alimentar por meio de terapia individual, terapia cognitivo-comportamental e terapia familiar, apresentam-se como metas, focando os problemas emocionais, sobre os quais emana o transtorno alimentar.

Espera-se que as pacientes em acompanhamento ambulatorial ganhem de 0,2 a 0,5 kg/semana e nas internadas 1 kg/semana. Inicie oferta com 30 a 40 kcal/kg/dia, aumentando gradativamente, com monitorização cuidadosa dos sinais vitais e dos sintomas.

A terapia farmacológica com inibidores da recaptação da serotonina, cloridrato de fluoxetina, beneficia as pacientes com transtornos alimentares. Nas bulímicas, respostas efetivas são obtidas com 20 a 60 mg de fluoxeti-

na. Outros antidepressivos podem ser utilizados, como a imipramina, a amitriptilina, os inibidores da MAO etc., porém, os efeitos colaterais conduzem, como primeira escolha de tratamento, a fluoxetina.

A farmacoterapia na anorexia nervosa também pode contemplar as comorbidades, como depressão e transtornos obsessivos compulsivos.

O tratamento hospitalar, quando necessário, se embasa nos comportamentos psíquicos e nas alterações clínicas gerais, que estejam interferindo na evolução da doença, a despeito de todo esforço das intervenções ambulatoriais ou daquelas realizadas nos hospitais-dia.

Equipes constituídas por profissionais habilitados e com especialização referem que: 50% de suas pacientes anoréticas apresentam ganho ponderal e retorno dos ciclos menstruais; 25% delas, ganho de peso regular e algumas recaídas, porém as demais terão evolução tormentosa. Quanto às bulímicas, 30% delas terão episódios recorrentes de vômitos e ingestão excessiva, em sua evolução.