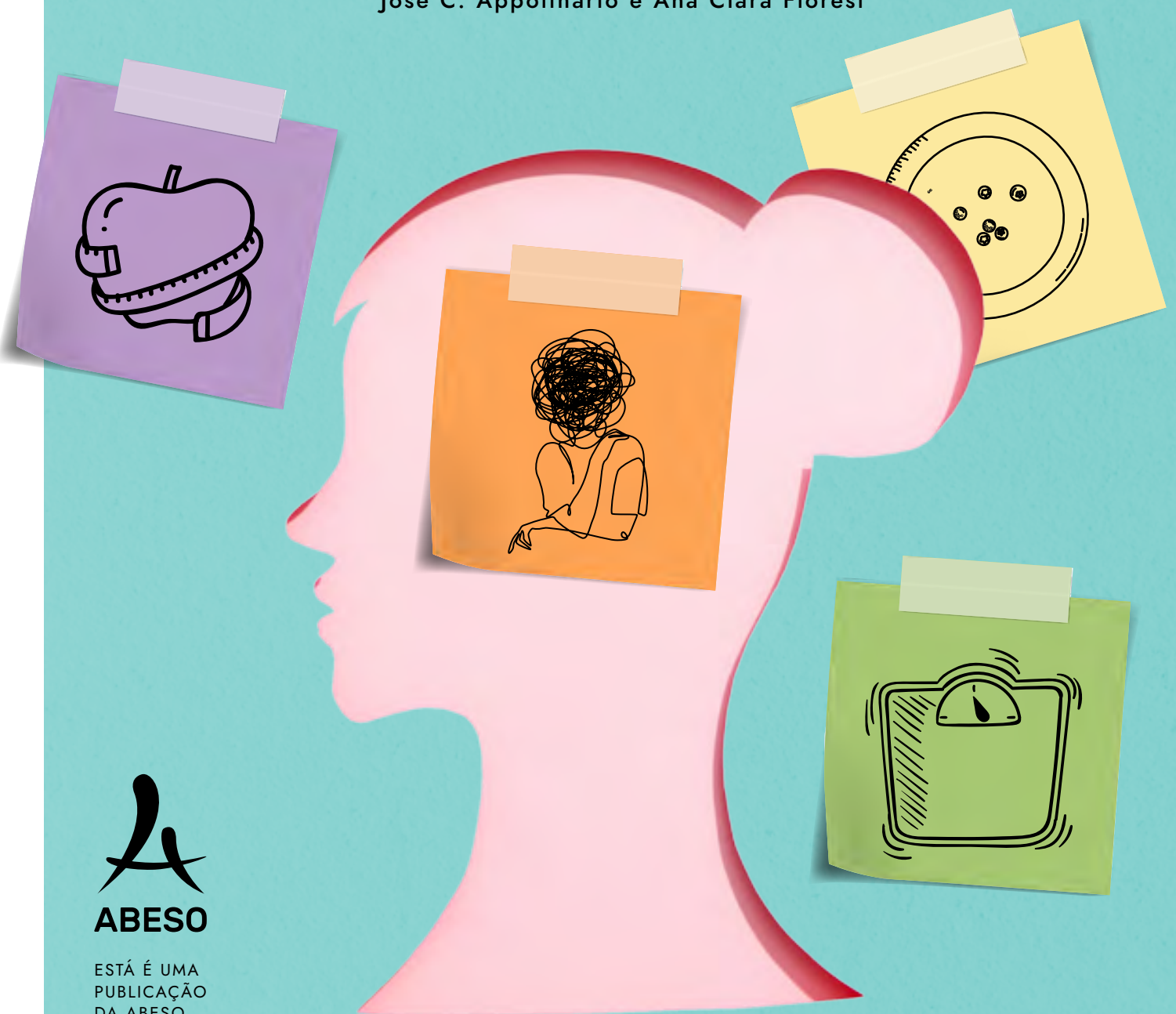


# TRANSTORNOS ALIMENTARES E OBESIDADE

CRIADO PELO DEPARTAMENTO DE PSQUIATRIA  
E TRANSTORNOS ALIMENTARES

Adriano Segal, Priscilla Gil,  
José C. Appolinário e Ana Clara Floresi



**ABESO**

ESTÁ É UMA  
PUBLICAÇÃO  
DA ABESO

# TRANSTORNOS ALIMENTARES E OBESIDADE

**CRIADO PELO DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA  
E TRANSTORNOS ALIMENTARES**

Adriano Segal (coordenador), Priscilla Gil,  
José C. Appolinário e Ana Clara Flores



REALIZAÇÃO

VITAMINA  | CONTEÚDO QUE  
FAZ BEM À SAÚDE

**EDIÇÃO LÚCIA HELENA DE OLIVEIRA**

**PROJETO GRÁFICO GUILHERME FREITAS**

**DESIGN ARIEL BERTHOLDO**



# ÍNDICE

**04**  
INTRODUÇÃO

**05**  
ENTENDA ESSES  
TRÊS SINTOMAS

**06**  
TRANSTORNO  
DE COMPULSÃO  
ALIMENTAR

**08**  
SÍNDROME DO  
COMER NOTURNO

**09**  
BULIMIA  
NERVOSA

**11**  
ANOREXIA  
NERVOSA

**13**  
ESCALAS DE  
AVALIAÇÃO

**14**  
CONCLUSÕES

**15**  
LEITURAS  
RECOMENDADAS

# INTRODUÇÃO

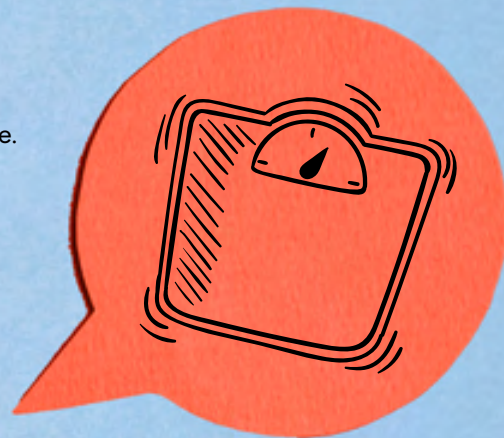
O objetivo deste *e-book* é divulgar informações confiáveis sobre os transtornos alimentares (TAs) e auxiliar na compreensão da interface entre esses quadros e a obesidade. Importante, antes de mais nada, você saber distinguir o seguinte:

**O que são transtornos alimentares:** são transtornos psiquiátricos que causam uma perturbação persistente na alimentação e/ou nos comportamentos voltados para o controle do peso corporal, resultando não apenas em danos significativos à saúde física, mas em um enorme prejuízo psicossocial.

**O que é obesidade:** trata-se de uma doença de origem multifatorial, influenciada pela combinação de aspectos genéticos, metabólicos, hormonais e comportamentais. Mas é preciso esclarecer que a obesidade não é um TA, tampouco um transtorno psiquiátrico. É bem diferente. Aliás, nem sequer é correto imaginar que ter obesidade determinaria necessariamente a existência de um comportamento alimentar disfuncional.

Entretanto, pode existir, sim, uma associação entre obesidade e alguns TAs, como o transtorno de compulsão alimentar (TCA), a síndrome do comer noturno (SCN) e a bulimia nervosa (BN). Por isso, profissionais de saúde que cuidam de pessoas com obesidade devem ficar atentos e investigar a eventual presença de TAs durante o atendimento.

Nas páginas a seguir, explicaremos alguns conceitos que são básicos, porém tremendamente necessários para começar essa tarefa.





## Entenda esses três sintomas

Antes de abordarmos as categorias diagnósticas, vamos definir três sintomas que podem estar presentes nos transtornos alimentares.

### 1. EPISÓDIO DE COMPULSÃO ALIMENTAR (ECA)

Ele se caracteriza pela ingestão de uma grande quantidade de calorias em um intervalo curto de tempo. A pessoa tem a sensação de perda de controle sobre o que e o quanto ela está comendo.

É bem verdade que, às vezes, ocorrem episódios assim que não necessariamente estão associados a um transtorno alimentar. No entanto, o ECA é um dos critérios diagnósticos do TCA e da BN.

### 2. RESTRIÇÃO ALIMENTAR

A pessoa ou reduz a ingestão alimentar de forma geral ou exclui alimentos ou grupos alimentares do prato, querendo perder peso com isso. É fato que esse é um comportamento relativamente comum em tempos de dietas da moda. Mas, no contexto de um transtorno alimentar, ele se apresenta de forma exagerada,

patológica, podendo resultar em uma perda de peso não saudável e até precipitar episódios de compulsão alimentar.

### 3. MÉTODOS COMPENSATÓRIOS INADEQUADOS

O indivíduo com TA pode tomar diversas atitudes, tentando eliminar os efeitos que a ingestão excessiva de alimentos causaria sobre a balança. Em alguns casos, as pessoas têm ECAs e, sentindo-se muito culpadas, buscam compensar a ingestão alimentar vigorosa e impulsiva provocando vômitos.

Induzir vômitos, bem como apelar indevidamente para diuréticos, laxativos e enemas — substâncias para promover lavagem intestinal — são métodos considerados purgativos, que buscam livrar o corpo do que foi ingerido ou até usado de outra maneira. Por exemplo: quando pacientes com diabetes deixam de aplicar insulina com a intenção de perder peso, isso também é uma prática purgativa.

Já a restrição alimentar, os jejuns e o exercício físico em exagero, quando feitos para compensar a ingestão de alimentos são métodos não purgativos.

# Transtorno de compulsão alimentar

O TCA afeta ambos os sexos de forma homogênea, acometendo 3,5% das mulheres e 2% dos homens ao longo da vida.

É o mais frequente de todos os TAs. E, em pacientes com obesidade, há um aumento significativo de sua ocorrência, em comparação com a população geral. Os índices podem chegar até 30% ou 50%, dependendo do grau de obesidade.

## PARA DIAGNOSTICAR O TCA

Os episódios desse transtorno devem ser recorrentes, isto é, devem se repetir pelo menos uma vez por semana pelo período mínimo de três meses, segundo o DSM-5-TR.

Outro ponto: esses ECAs devem estar associados a um sofrimento marcante, em virtude da compulsão alimentar.

Também devem estar presentes três ou mais das seguintes características associadas à perda de controle: (a) comer mais rapidamente que o normal; (b) comer até se sentir desconfortavelmente cheio; (c) comer grandes porções na ausência de sensação física de fome; (d) comer sozinho por vergonha do quanto está comendo (e) e/ou sentir-se desgostoso de si mesmo, deprimido ou muito culpado em seguida.

**Atenção!** No caso do TCA, não há métodos compensatórios inadequados, que são característicos da bulimia nervosa.





### **PARA TRATAR**

O tratamento do TCA é multimodal, composto por várias abordagens concomitantes. Idealmente, ele deve ser conduzido por uma equipe multidisciplinar, que inclua ao menos psiquiatras e médicos de outras especialidades (como endocrinologistas e clínicos gerais), psicólogos e nutricionistas.

A terapia cognitivo comportamental (TCC) é o tratamento de primeira escolha, por apresentar um conjunto maior de evidências. A reabilitação nutricional é sempre recomendada, porque os indivíduos com TCA têm várias alterações dos hábitos alimentares. Já o tratamento farmacológico é considerado adjuvante e só é indicado para casos moderados e graves.

A comorbidade com a obesidade pode criar a necessidade de se tratar ambos os quadros em paralelo. A elevada comorbidade entre o TCA e uma série de

quadros psiquiátricos reforça a necessidade de psiquiatras na equipe.

Atualmente, o único agente farmacológico para tratar esse transtorno aprovado pela Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) é a lisdexanfetamina. No entanto, outras medicações, com um nível menor de evidências e sem registro específico para o TCA, podem ser cogitadas.

O uso da lisdexanfetamina, é considerado eficaz e seguro, mas requer cuidados específicos na prescrição, principalmente em relação à presença de problemas cardiológicos e outros transtornos psiquiátricos concomitantes. Além disso, vale lembrar que essa medicação não é indicada quando o indivíduo apresenta métodos compensatórios, nem deve ser usada como parte do tratamento da obesidade, se o paciente não apresenta concomitantemente diagnóstico de TCA.



## Síndrome do comer noturno

A SCN não é tida como um transtorno alimentar maior. Mas, devido à sua frequência na prática clínica, encontra-se atualmente na categoria de “outros transtornos alimentares especificados”.

Nos Estados Unidos, ela acomete 1,5% da população e está associada a um atraso no ciclo circadiano da alimentação e do sono. Foi descrita pela primeira vez na década de 1950, como um quadro de falta de apetite matinal, hiperfagia noturna e insônia.

No manual diagnóstico DSM-5-TR, a SCN é caracterizada por episódios recorrentes de comer após despertares no meio da madrugada e/ou por uma alimentação excessiva após o jantar. O paciente come acordado, de forma consciente, e costuma relatar que tem necessidade de se alimentar para conciliar o sono.

A quantidade de calorias ingeridas nesses episódios costuma ser menor do que aquela consumida em episódios de compulsão alimentar. Mesmo assim, a alimentação noturna representa pelo menos 25% do valor energético total da ingestão alimentar diária e isso impacta a qualidade de vida e de sono.

Não há um consenso global sobre o tratamento da SCN. Mas algumas intervenções já foram avaliadas em ensaios clínicos. A sertralina, um antidepressivo da classe dos inibidores seletivos de recaptção de serotonina, pode ser considerada uma opção, caso não haja contraindicação para o seu uso. Do mesmo modo, o topiramato pode ser utilizado para aqueles pacientes que não respondem à sertralina.





## Bulimia nervosa

De 1 a 1,5% da população feminina jovem é diagnosticada com esse transtorno alimentar. Apesar de dados recentes apontarem para um aumento de prevalência entre os homens, a BN ainda acomete principalmente as mulheres. Pode ser diagnosticada em pessoas com obesidade, mas a maioria dos pacientes apresenta peso normal para a sua altura ou próximo desse parâmetro.

A BN é caracterizada pela presença de ECAs recorrentes associados a métodos compensatórios inadequados na sequência.

A autoindução de vômitos é a prática disfuncional mais frequentemente adotada e pela qual essa condição se tornou mais conhecida. Mas os indivíduos que sofrem de BN também podem praticar jejuns, atividade física extenuante e/ou usar medicações para compensar a ingestão exagerada de alimentos.



### PARA DIAGNOSTICAR A BN

Os ECAs e os métodos compensatórios inadequados precisam ocorrer ao menos semanalmente há, no mínimo, três meses, segundo o DSM-5-TR. E, no caso, devem se associar a uma preocupação excessiva com o peso e as formas corporais.

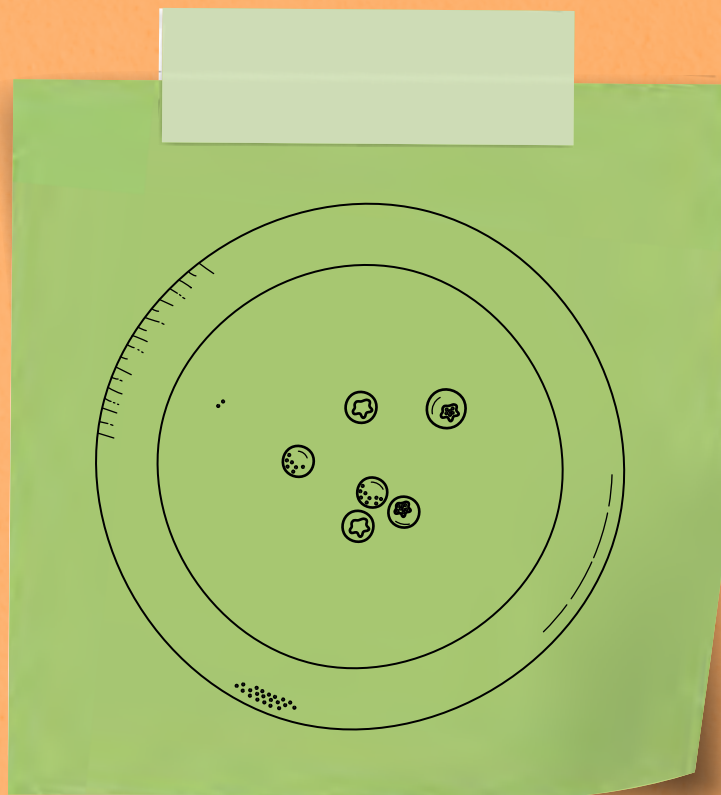
O tratamento da BN deve ser realizado também por equipe multidisciplinar, como no TCA.

### PARA TRATAR

A fluoxetina é o único agente farmacológico aprovado para o tratamento da BN. No caso, a dose recomendada é de 60 mg. Entretanto, se não houver resposta, outros medicamentos com menor nível de evidência e sem aprovação específica para a BN poderão ser utilizados.

Além disso, devido à elevada comorbidade da BN com alguns sintomas de transtorno do controle do impulso, transtorno depressivo e o transtorno bipolar do humor, muitas vezes o uso de outros psicofármacos se faz necessário. Vale frisar que todos esses medicamentos são de uso controlado, exigindo acompanhamento médico, idealmente de um psiquiatra.

Quando houver comorbidade entre a BN e o excesso de gordura corporal, se for feita a prescrição de medicações antiobesidade aprovadas, esta deverá ser objeto de escrutínio e acompanhamento constantes. A sibutramina, por exemplo, é contraindicada, conforme consta até mesmo na bula. Quanto aos análogos de GLP-1, ainda não há estudos disponíveis, aprovando ou não o seu uso em vigência da sintomatologia alimentar ativa. O uso de bupropiona, em associação ou não à naltrexona, é contraindicado em pacientes com BN.



## Anorexia nervosa

Pela própria definição, a anorexia nervosa (AN) não é um TA capaz de ocorrer em associação com a obesidade. No entanto, entendemos ser importante explicá-la neste *e-book* para alertar sobre os sintomas que sugerem esse quadro, além de existir a possibilidade de pacientes com AN terem história prévia de obesidade e vice-versa.

Como, geralmente, a AN se inicia a partir de uma dieta, suas manifestações podem surgir durante um tratamento para perda de peso. E, ainda, é bom

notar que os sintomas da AN podem resultar de uma migração diagnóstica entre os transtornos alimentares.

A AN acomete aproximadamente 0,5% da população jovem feminina. É caracterizada, segundo o DSM-5-TR, por uma restrição da ingestão calórica, levando a um peso corporal significativamente baixo, ao mesmo tempo em que existe um medo intenso de engordar ou um comportamento persistente que interfere no ganho de peso.



Também deve estar presente uma perturbação no modo de vivenciar o próprio peso e/ou a forma do corpo — chamada de distorção da imagem corporal —, demonstrando uma noção indevida desse peso ou dessa forma corporal na autoavaliação. Muitas vezes, observa-se uma falta de reconhecimento da gravidade do baixo peso.

### **OS DOIS TIPOS DE ANOREXIA NERVOSA**

- **Tipo restritivo:** A perda de peso ocorre essencialmente por meio de dieta, jejum e/ou por exercício excessivo.
- **Tipo compulsão alimentar/purgativa:** nos últimos três meses, a pessoa se envolveu em episódios recorrentes de compulsão alimentar purgativa (por exemplo, autoinduzindo vômitos ou fazendo uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas).

É interessante ficar atento para a possibilidade da anorexia nervosa chamada de atípica, porque nela estão presentes todos

os critérios para esse transtorno, com exceção do baixo peso. Mas, em todos os casos de AN, é claro um emagrecimento significativo, às custas de um comportamento alimentar adoecido. E isso pode aflorar em quaisquer dos tratamentos para perda de peso.

### **O TRATAMENTO DA AN**

Ele também deve ser realizado por equipe multidisciplinar especializada. A reabilitação nutricional embasada em técnicas comportamentais, com promoção de ganho de peso, é mandatória.

A psicoterapia, tanto individual quanto familiar, é recomendada, bem como o acompanhamento psiquiátrico. Não há um tratamento farmacológico aprovado para a AN. Contudo, o uso de psicofármacos é frequente, dada à elevada comorbidade com outros transtornos psiquiátricos.

Embora não seja tão comum se chegar a esse ponto, deve-se considerar a necessidade de hospitalização em casos extremos, que envolvem complicações clínicas e psiquiátricas, capazes de implicar em risco de vida.

# ESCALAS DE AVALIAÇÃO

Há vários instrumentos que podem ser usados para avaliar se pode ser um caso de TA. Aqui estão dois exemplos, de fácil aplicação, sem a pretensão de esgotar o tema.

## **SCOFF**

É um instrumento breve, com cinco perguntas rápidas apenas, desenvolvido para detectar casos de TA.

O nome do questionário — SCOFF

— é um acrônimo, como poderá ver:

**Sick** (doente ou com mal-estar):

você provoca vômito por se sentir desconfortavelmente cheio(a)?

**Control** (controle):

você se preocupa em ter perdido o controle sobre o quanto você come?

**One stone** (“stone” é uma unidade de medida equivalente a 6,35 kg):

você perdeu mais de 6kg recentemente?

**Fat** (gordo): você acredita estar gordo(a) mesmo quando dizem que está muito magro(a)?

**Food** (alimento): Você diria que a comida domina sua vida?

Cada resposta “sim” soma 1 ponto. Escores acima de 2 foram originalmente definidos como ponto de corte de sensibilidade máxima para detectar

AN e BN/TCA. Um ponto de corte de 3 tem sido sugerido como a melhor relação entre sensibilidade e especificidade.

A versão para o português do SCOFF, de Teixeira AA e cols, está disponível no link: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8639009/pdf/bjp-43-06-613.pdf>

## **QEWP-5**

A sigla é de “*Questionnaire on Eating and Weight Patterns-5*”.

Trata-se do instrumento mais atualizado com base nos critérios diagnósticos para o TCA e a BN, propostos pela DSM-5.

O QEWP-5 fornece, de forma dicotômica, os possíveis diagnósticos desses dois transtornos por meio de 26 questões, aplicadas em um tempo médio de 12 minutos.

É um instrumento de autoaplicação, sem haver necessidade de treinamento.

Ele contém, bem no final, as “regras de decisão para o rastreamento de um possível diagnóstico de TCA, usando o QEWP-5”. É fácil e pode ser de grande auxílio no rastreamento de episódios de compulsão alimentar. Entretanto, deve ser sempre seguido de uma entrevista para a confirmação do diagnóstico clínico.

Encontra-se disponível gratuitamente para uso no link: <https://minio.scielo.br/documentstore/2238-0019/8Qgv7MYKWvMsS94KFcrCH8t/beb6f6efe1526f1d690e163b560f6a612e4fc849.pdf>

# CONCLUSÕES

Em um tratamento para perda de peso, é extremamente importante que se atente ao comportamento alimentar da pessoa avaliada. Na presença de um TA, o paciente deve ser devidamente diagnosticado e encaminhado para o tratamento mais indicado.

É fundamental lembrar que os TAs, assim como a obesidade, não são uma escolha e, sim, condições clínicas. E, como tais, requerem tratamentos adequados.

Com conduta clara e discurso respeitoso, é possível prover conjuntamente tratamento efetivo para a obesidade e para o transtorno alimentar, quando se encontram em associação.

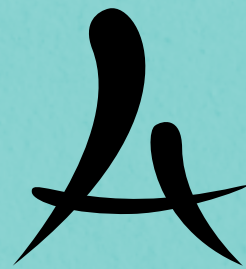




## **LEITURAS RECOMENDADAS**

**1.** *DSM-5-TR: American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision.* Washington, DC, American Psychiatric Association, 2022 (Capítulo Feeding and Eating Disorders).

**2.** Appolinario JC, Nunes MA, Cordás TA (organizadores): *Transtornos Alimentares Diagnóstico e Manejo.* Porto Alegre. Artmed, 2022. Vários capítulos.



**ABESO**