

Perturbações Alimentares

**pontos críticos para o reconhecimento precoce
e gestão de riscos no cuidado a pacientes com
perturbações do comportamento alimentar**



Responsabilidade: este documento criado pela Task Force “Padrões em cuidados médicos” da Academy of Eating Disorders, pretende ser um recurso para promover o reconhecimento e a prevenção da morbilidade e mortalidade associadas às Perturbações Alimentares. Não se trata de um guia clínico abrangente. Procurou-se prover informação baseada nas melhores pesquisas disponíveis e melhores práticas atuais.

Para mais recursos, guia de práticas e bibliografia visite:

www.aedweb.org e WWW.aedweb.org/medical_care_standards

Membros da Task Force “Padrões em cuidados médicos”:

Judith D. Banker, MA, LLP, FAED

Anne E. Becker, MD, PhD, SM, FAED

Ovidio Bermudez, MD, FAED

Karine Berthou, PhD

Michael Devlin, MD, FAED

Debra K. Katzman, MD, FAED

Mary Beth Krohel, MA

Beth Hartman McGilley, PhD, FAED

Diane Mickley, MD, FACP, FAED

Susan Paxton, PhD, FAED

Ellen S. Rome, MD, MPH

Edward P. Tyson, MD

Mark Warren, MD, MPH, FAED

Direitos autorais 2012. Academy for Eating Disorders, Reston, VA, USA. Todos direitos reservados sob as convenções internacionais e Panamericanas de direitos autorais.

Conteúdo:

Orientações importantes	XX
Perturbações Alimentares	XX
Fatos importantes sobre Perturbações Alimentares	XX
Sinais e sintomas iniciais	XX
Identificação precoce	XX
Avaliação abrangente	XX
Síndrome de realimentação	XX
Metas do tratamento	XX
Intervenções apropriadas	XX
Gestão do tratamento	XX
Sobre a Academy of Eating Disorders	XX

Orientações importantes

As **Perturbações Alimentares (PA)** são doenças mentais graves, com elevado risco de morte, morbilidade e mortalidade psiquiátrica, independentemente do peso do indivíduo. A Anorexia Nervosa (AN), em particular, possui a maior taxa de mortalidade entre todas as doenças psiquiátricas. O risco de morte prematura numa mulher com AN é de 6 a 12 vezes maior do que na população geral (após ajustar estatisticamente para a idade).

O padrão ideal de atendimento assenta na deteção precoce e intervenção adequada, baseada na evidência científica, por uma equipa multidisciplinar (médico, psicólogo e nutricionista), quando possível. Os membros da equipa também podem variar de acordo com as necessidades do paciente e disponibilidade destes profissionais na sua comunidade. Em locais onde os recursos são escassos, os profissionais são encorajados a entrar em contato com a AED e/ou especialistas em PA das suas respectivas áreas e conhecimento.

Perturbações Alimentares

Tendo em conta a finalidade deste documento, as Perturbações Alimentares (PA) incluem:

- Anorexia nervosa (AN), subtipos restritivo e purgativo;
- Bulimia nervosa (BN), subtipos purgativo e não purgativo;
- Perturbação do Comportamento Alimentar Sem Outra Especificação (PCASOE), incluindo a Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva (IAC).
- Consulte (www.aedweb.org) ou a versão atual do DSM ou do CID-10 para descrições mais completas.

Fatos importantes sobre as Perturbações Alimentares

- As Perturbações Alimentares são doenças graves, com elevado risco de morte, comprometimento físico e psicológico.
- Além de mulheres, as PAs também podem atingir os homens; crianças, adolescentes e adultos; pessoas de todas as etnias e classes sociais; e pessoas com diferentes formas, pesos e tamanhos corporais.
- O peso não é o único sinal clínico de PA. Pessoas com um peso normal também podem ter PA.
- É importante lembrar que as PAs não afetam apenas mulheres com baixo peso. Todos os casos de perda de peso abrupta, inclusive em indivíduos saudáveis, deveriam ser investigados para a possibilidade de PA, incluindo pacientes que realizaram cirurgia bariátrica. Além disso, casos de ganho ou flutuações de peso abruptas podem ser potenciais marcadores de PAs.
- Pacientes com peso acima da faixa ponderal apropriada podem não estar a alimentar-se de forma adequada e pacientes dentro da faixa ponderal adequada podem apresentar práticas inadequadas para controlo do peso.
- Em crianças e adolescentes, dificuldade em atingir o peso e a estatura esperados para idade, e/ou atraso ou interrupção do desenvolvimento pubertário, devem ser investigados como possibilidades de uma PA.
- As consequências clínicas das PAs podem não ser reconhecidas, até mesmo por médicos experientes.
- Perturbações Alimentares (incluindo a IAC) podem levar a sérias complicações clínicas. As Perturbações Alimentares podem estar associadas a alterações significativas em todos os órgãos do corpo, incluindo sistema cardiovascular, gastrointestinal, endócrino, dermatológico, hematológico, esquelético, e sistema nervoso central.

Sinais e sintomas iniciais

Indivíduos com PAs podem apresentar sinais e sintomas muito variados. Além dos sinais cognitivos e comportamentais que caracterizam as PAs, são listados a seguir possíveis sinais e sintomas físicos que podem ser encontrados em pacientes com PA, como consequência de deficiências nutricionais, compulsões e comportamentos compensatórios inapropriados, como a purgação. *No entanto, uma PA pode ocorrer sem sinais e sintomas físicos óbvios.*

GERAIS

- Perda, ganho ou flutuações de peso marcantes
- Perda de peso, dificuldade de manutenção do peso ou deficiência de ganho de peso esperado em criança e adolescente em crescimento e desenvolvimento
- Intolerância ao frio
- Fraqueza
- Fadiga e letargia
- Tonturas
- Síncope (desmaio)
- Episódios de calor e sudorese

BUCAIS E DENTÁRIOS

- Trauma bucal/lacerações
- Erosão dentária e cáries
- Perimólise (descalcificação dentária causada por ácidos intrínsecos)
- Aumento da(s) parótida(s)

CARDIORESPIRATÓRIOS

- Dores no peito
- Palpitações
- Arritmias
- Falta de fôlego
- Edema

GASTROINTESTINAIS

- Desconforto epigástrico
- Saciedade precoce, esvaziamento gástrico lentificado
- Refluxo gastroesofágico
- Hematemese (vômito de sangue)
- Hemorróidas e prolapso retal
- Obstipação

ENDÓCRINOS

- Amenorreia ou ciclo menstrual irregular
- Perda de libido
- Baixa densidade mineral óssea e risco aumentado de fraturas e de osteoporose
- Infertilidade

NEUROPSIQUIÁTRICOS

- Convulsão
- Perda de memória/ Baixa capacidade de concentração
- Insônia
- Depressão/Ansiedade/Comportamento obsessivo
- Auto-mutilação
- Tendência suicida/Tentativa de suicídio

DERMATOLÓGICOS

- Lanugo
- Queda de cabelo
- Coloração amarelada da pele
- Calos ou escaras no dorso da mão (sinal de Russell)
- Cicatrização deficiente

Identificação precoce

Deve considerar-se a avaliação de uma possível PA para qualquer indivíduo que apresente quaisquer dos seguintes sinais e sintomas:

- Perda/ganho muito acentuado de peso
- Perda de peso ou deficiência de ganho de peso/altura em criança ou adolescente ainda em fase de crescimento e desenvolvimento
- Flutuações marcantes de peso
- Alterações hidroeletrólíticas (com ou sem mudança de ECG), especialmente hipocalémia, hipoclorémia, ou CO₂ elevado. CO₂ normal alto em presença de cloro normal baixo e/ou ph da urina 8,0-8,5 pode indicar vômitos recorrentes. Hipoglicemia pode acompanhar tais mudanças do perfil eletrólítico:
- Bradicardia
- Amenorreia ou ciclo menstrual irregular
- Infertilidade inexplicada
- Prática excessiva de atividade física ou envolvimento em treino físico extremo.
- Obstipação associada a dietas inapropriadas e/ou comportamentos dirigidos à perda de peso
- Diabetes Mellitus tipo 1 e perda de peso inexplicável e/ou controlo metabólico deficiente ou cetoacidose diabética (CAD). Estes pacientes têm risco aumentado de desenvolvimento de síndromes completas ou parciais de PAs. Alterar intencionalmente as doses de insulina (diminuindo ou omitindo) pode levar a perda de peso, controlo glicémico deficiente (hemoglobina A1c aumentada), hipoglicemia/hiperglicemia, CAD, e aumento da velocidade das complicações da diabetes.
- História de prática de um ou mais comportamentos compensatórios para influenciar o peso depois de comer - ou pensar ter comido demais - ou após comer compulsivamente; tais como vômito induzido, dieta, jejum ou prática excessiva de exercício físico
- História de uso/abuso de: supressores de apetite; cafeína em grandes quantidades; diuréticos; laxantes; enemas; líquidos excessivamente quentes ou frios; adoçantes artificiais, pastilha elástica sem açúcar; medicamentos controlados (i.e. Insulina, medicamentos para a tireoide); estimulantes; drogas; ou uma variedade de suplementos alternativos.

Desnutrição aguda é uma emergência médica

Indivíduos que permanecem com comportamentos alimentares restritivos, compulsões ou purgações, apesar dos esforços para alterar o seu comportamento, precisam de intervenção imediata. A desnutrição aguda é uma emergência médica. A desnutrição pode ocorrer com qualquer peso, não somente com baixo peso.

Avaliação abrangente

História completa deve incluir:

AVALIAR

- Ritmo e quantidade da perda ou mudança de peso
- Estado nutricional
- Métodos para controlo de peso

REVER

- Métodos compensatórios (vómitos, dieta, exercício, omissão ou redução de insulina, uso de comprimidos para emagrecer, suplementos, laxantes, diuréticos, etc...)
 - Ingestão dietética e exercício
 - História menstrual nas mulheres (terapia de substituição hormonal incluindo o uso de pílulas contraceptivas)
 - História completa do crescimento e desenvolvimento, temperamento e características de personalidade
-
- História familiar incluindo sintomas ou diagnóstico de Perturbações Alimentares, obesidade, Perturbações do humor e da ansiedade, uso de drogas e álcool
 - História psiquiátrica incluindo sintomas de Perturbações do humor e da ansiedade
-

O exame físico deve incluir:

- Auscultação cardíaca e medição da tensão arterial sanguínea, com o indivíduo deitado e de pé
- Frequência respiratória
- Temperatura oral (para detectar hipotermia, temperatura corporal < 35,6°C)
- Medida de altura, peso, determinação do Índice de Massa Corporal (IMC), gráfico de peso, altura e IMC nas curvas de crescimento para crianças e adolescentes, notar mudanças de alturas prévias e outras medidas de peso.

Avaliação laboratorial inicial

Os exames laboratoriais e de imagiologia recomendados na avaliação inicial de pacientes com Perturbações Alimentares, juntamente com as alterações correspondentes que podem ser observadas nestes pacientes, estão traçadas no quadro a seguir.

Exames laboratoriais	Potenciais alterações em pacientes com PA
Hemograma	Leucopenia, anemia ou trombocitopenia
Perfil metabólico sérico, eletrólitos e enzimas	<p>Glicose: ↓ desnutrição; ↑ omissão de insulina</p> <p>Sódio: ↓ excesso de água ou laxantes</p> <p>Potássio: ↓ vômitos, laxantes, diuréticos, realimentação</p> <p>Cloro: ↓ vômitos; ↑ laxantes</p> <p>Bicarbonato sanguíneo (CO₂ total): ↑ vômito; ↓ laxantes</p> <p>Ureia: ↑ desidratação</p> <p>Creatinina: ↑ desidratação, disfunção renal, pouca massa muscular. Normal pode ser “relativamente elevada”, dada pouca massa muscular.</p> <p>Cálcio: levemente ↓ má nutrição com desgaste ósseo</p> <p>Fósforo: ↓ má nutrição ou realimentação</p> <p>Magnésio: ↓ má nutrição, laxantes, realimentação</p> <p>Proteína total/albumina: ↑ no começo da desnutrição à custa da massa muscular; ↑ na desnutrição tardia</p> <p>Bilirrubina total: ↑ disfunção hepática; ↓ contagem de glóbulos rubros</p> <p>AST, ALT: ↑ disfunção hepática</p> <p>Amilase: ↑ vômitos, pancreatite</p> <p>Lipase: ↑ pancreatite</p>
Testes de função da tireoide	Tirotrofina (TSH) baixa ou normal, tiroxina normal ou levemente baixa: síndrome do doente eutiroideu

Gonadotrofina e esteroides sexuais	Hormona luteinizante (LH) e hormona foliculo estimulante (FSH) baixas. Estradiol baixo em mulheres, baixa testosterona em homens
Teste de gravidez para mulher em idade reprodutiva	Mulheres com baixo peso podem ovular e tem risco de gravidez se sexualmente ativas
Perfil lipídico	Não recomendado como teste laboratorial inicial uma vez que o colesterol pode estar elevado em estágios iniciais de desnutrição ou baixo na desnutrição prolongada
Exames de imagiologia	Potenciais alterações em pacientes com PA
Densitometria	Pacientes com PA têm risco de baixa densidade mineral óssea (DMO). Não há evidência de que a terapia de substituição hormonal (estrogênio/ progesterona em mulheres e testosterona nos homens) melhore a DMO. O tratamento de escolha é a reabilitação nutricional, recuperação do peso e normalização da produção endógena dos esteróides sexuais. Uma técnica comum para avaliar a DMO é a de raios X de dupla energia (DXA) recomendada para pacientes com amenorreia por 6 meses ou mais.
Outros	Potenciais alterações em pacientes com PA
Eletrocardiograma (ECG)	Bradycardia e outras arritmias, alterações de baixa voltagem, prolongamento do intervalo Etc. (QT corrigido), inversão de onda T e ocasional depressão do segmento ST

Síndrome de realimentação

A síndrome de realimentação é uma alteração hidroeletrólítica potencialmente fatal que ocorre durante a realimentação (oral, enteral ou parenteral) de um paciente desnutrido. Pacientes com síndrome de realimentação podem ter sintomas clínicos inespecíficos, assim, o diagnóstico desta síndrome pode ser um desafio. As graves consequências da síndrome de realimentação incluem paragem cardíaca e ou respiratória, problemas gastrointestinais, *delirium* e, em alguns casos, morte. A síndrome de realimentação é uma condição potencialmente fatal que requer tratamento especializado em internamento hospitalar.

Fatores de risco para a síndrome de realimentação incluem:

- Pacientes que são cronicamente subnutridos e aqueles que tenham ingerido pouca ou nenhuma energia por mais de 10 dias.
- Pacientes com rápida ou grande perda de peso, incluindo aqueles pacientes com peso normal após perda de peso.
- Pacientes com anorexia nervosa.
- Pacientes com PA que estejam desnutridos, especialmente se há significante ingestão alcoólica.
- Pacientes com obesidade e perda de peso significativa, incluindo pós-cirurgia bariátrica.
- Pacientes com jejum prolongado ou dieta de baixo valor calórico.
- Pacientes com história de uso de diuréticos, laxantes ou insulina.
- Pacientes com alterações eletrólíticas, especialmente hipofosfatemia, antes da realimentação.

Formas de prevenir a síndrome de realimentação em pacientes com Perturbações Alimentares

- Estar informado sobre a síndrome de realimentação e estar atento aos pacientes que têm risco potencial.
- Estar consciente que a síndrome de realimentação pode ocorrer em pacientes de qualquer idade.
- Entender que pacientes com risco de síndrome de realimentação devem ser tratados por médicos com experiência ou treino especial na área de PA.
- Usar o internamento hospitalar para o tratamento e monitorização de pacientes com risco de síndrome de realimentação. A síndrome de realimentação é uma importante causa de morbimortalidade em pacientes desnutridos com PA.
- A realimentação deve ser lenta, ajustada à idade, ao estágio de desenvolvimento, e grau de desnutrição.
- Durante o tratamento, o paciente internado deve ter a reposição dos fluidos monitorizada para evitar sobrecarga, assim como monitorização dos eletrólitos séricos, glicose, magnésio e fósforo previamente e durante a realimentação. Os níveis de fósforo sérico estão no seu ponto mais baixo durante a primeira semana de realimentação em pacientes hospitalizados.

- Para todos os pacientes com défices eletrolíticos, corrigir os eletrólitos e fluidos juntamente com a realimentação. Não é necessário corrigir o desequilíbrio hidroeletrólítico antes da alimentação - isto pode ser conseguido simultaneamente e de forma segura com monitorização cuidadosa. Para os pacientes que não apresentarem défices eletrolíticos, monitorizar cuidadosamente as alterações eletrolíticas que possam ocorrer com a realimentação no internamento hospitalar.
- Monitorizar sinais vitais, estado cardíaco e mental de todos os pacientes durante a realimentação.

Desnutrição

Alimentação insuficiente pode levar a mais perda de peso e pode ser fatal em pacientes desnutridos.

Maneiras de prevenir a alimentação insuficiente

- Evitar a alimentação insuficiente causada por protocolos de realimentação excessivamente cautelosos.
- Reavaliação frequente (12-24 horas) e aumento de calorias assim que considerar seguro nos pacientes hospitalizados.
- Rever os eletrólitos diariamente nos estádios iniciais de realimentação.

Objetivos do tratamento

- Reabilitação nutricional
- Restauração do peso
- Estabilização médica e prevenção de complicações médicas graves e morte
- Reestabelecimento da menstruação (quando apropriado)
- Cessação dos episódios de compulsão alimentar e purgação
- Cessação das ideias relacionadas com a PA, incluindo alterações e insatisfação com a imagem corporal
- Restaurar os padrões de alimentação que promovem a saúde e as interações sociais
- Reestabelecer compromissos sociais
- A completa resolução dos sintomas pode levar um período longo de tempo. As Perturbações Alimentares não são meramente modas, fases ou escolhas de estilo de vida. As pessoas não escolhem ter uma PA, mesmo que voluntariamente apresentem comportamentos de risco, como dieta e/ou exercício que podem precipitar a PA.

Intervenções apropriadas

1. Pacientes com PA podem não reconhecer que estão doentes e/ou ser ambivalentes sobre a aceitação do tratamento.

Isto é um sintoma da doença. Além disto, eles podem minimizar, racionalizar ou esconder os sintomas e comportamentos da PA. A sua racionalidade persuasiva e competência noutras áreas da vida podem disfarçar a gravidade da sua doença. Apoio e assistência externas serão provavelmente necessários na tomada de decisões, independentemente da idade.

2. Pais/cuidadores são a linha da frente para procurar ajuda para crianças e adolescentes com PA.

Confie nas suas preocupações. Mesmo uma simples consulta sobre o comportamento alimentar e as preocupações com o peso e a forma corporal dos filhos são um forte predito da presença ou do desenvolvimento potencial de uma PA.

3. Ajudar as famílias a entender que eles não são a causa da doença, nem o filho ou familiar escolheram estar doentes.

Este reconhecimento facilita a aceitação de um diagnóstico, tratamento, indicação ou intervenção, minimizando o estigma associado à doença.

4. Monitorizar a saúde física incluindo sinais vitais e exames laboratoriais.

A observação geral da saúde física de um paciente com PA deve incluir a monitorização regular do ritmo cardíaco e da tensão arterial ortostática (pulso e pressão em posição deitada, seguido de uma aferição de pé). Os resultados devem ser interpretados no contexto de uma adaptação fisiológica à desnutrição e comportamentos purgativos. Exames laboratoriais podem ter resultados normais mesmo na presença de uma PA com risco de morte. Alterações menores podem indicar que os mecanismos compensatórios alcançaram os seus limites críticos. Pacientes com baixo peso ou aqueles que tiveram perda de peso importante podem apresentar bradicardia (menos do que 50 batimentos por minuto). Isto não pode ser automaticamente atribuído a um ritmo de atleta, mesmo se o paciente for atleta.

5. Avaliar sempre o risco psiquiátrico, incluindo suicídio e pensamentos de automutilação, nomeadamente planos e /ou intenções.

Mais de 1/3 das mortes relacionadas a uma PA devem-se ao suicídio.

Gestão do tratamento

Tratamentos baseados na evidência e oferecidos por equipas de profissionais com experiência no cuidado de pacientes com PA são obrigatórios. O tratamento ótimo inclui uma equipa multidisciplinar com especialistas em PA que incluem médico, psicólogo, nutricionista e tratamento psicofarmacológico. Famílias e cônjuges devem ser incluídos sempre que possível.

O encaminhamento de médicos de cuidados primários é a razão mais comum para as famílias/pacientes procurarem ajuda especializada. A avaliação detalhada e o encaminhamento para um especialista garantem, portanto, o melhor resultado de tratamento para o paciente.

Reabilitação nutricional, recuperação e estabilização de peso, recuperação psicológica total, monitorização das complicações da realimentação, e interrupção dos comportamentos de compulsão alimentar e compensatórios devem ser as metas imediatas de tratamento para todos os pacientes com PA. Metas psicológicas e terapêuticas adicionais podem ser realizadas em paralelo quando possível.

A conquista do peso saudável apropriado para o indivíduo irá melhorar o funcionamento físico, psicológico, social e emocional do paciente.

A falha em recuperar totalmente o peso relaciona-se com pior resultado e a manutenção de um peso recuperado correlaciona-se com bom resultado. No entanto, é perigoso pensar que uma pessoa com PA está recuperada quando a saúde física e o peso estão restaurados. A imagem corporal distorcida e/ou pensamentos característicos de PA podem persistir apesar da restauração de peso e vão requerer terapia a longo prazo.

Para mais informações sobre o diagnóstico e tratamento das PA visite:

www.aed.org/medical_care_standards

Sobre a Academy of Eating Disorders (AED)

A AED é uma associação profissional multidisciplinar global comprometida com a liderança em promoção de pesquisa, educação, tratamento e prevenção de Perturbações Alimentares.

A AED promove educação profissional inovadora, inspira desenvolvimento no campo dos Perturbações Alimentares, e é a fonte internacional para o estado de arte em informação sobre Perturbações Alimentares.

Associe-se a AED

Torne-se um membro da comunidade global dedicada à investigação, tratamento, educação e prevenção de Perturbações Alimentares. Associe-se online em www.aed.org

Contato:

Academy for Eating Disorders
12100 Sunset Hills Rd, Suite 130
Reston, VA 20190 USA
Tel: +1-703-234-4079
Fax: +1-703-435-4390
www.aedweb.org
info@aedweb.org

Esta brochura tem o apoio de:

American Academy of Pediatrics
American Psychiatric Association
Canadian Paediatric Society
Colegio de Pediatría de Nuevo León
Mexican Ministry of Health
Secretaría de Salud de México, Gobierno Federal
Society for Adolescent Health and Medicine

Traduzido por:

Marle Alvarenga, MD; Priscila Koritar, Cezar Vicente Junior e Giovanna Ceccolini

Revisão por:

Liliana Castro; MD; e Paulo Machado, PhD, FAED