

# Transtornos alimentares na infância

*Eating disorders in childhood and adolescence*

Bernardo Rodrigues Lourenço  
Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA  
[bernardorodlou@gmail.com](mailto:bernardorodlou@gmail.com)

Bruno Vieira Cury Inacio  
Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA  
[bruno\\_inacio@hotmail.com](mailto:bruno_inacio@hotmail.com)

Luis Felipe Pedroso Paiva  
Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA  
[luisfelipepedroso@hotmail.com](mailto:luisfelipepedroso@hotmail.com)

Rodrigo Faria Galvão Osorio  
Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA  
[rodrigofgosoario@hotmail.com](mailto:rodrigofgosoario@hotmail.com)

## RESUMO

Os transtornos alimentares na infância (TAI) se manifestam de diversas maneiras, impactando em no comportamento, desenvolvimento e interação social da criança. As manifestações do TAI são em sua maioria anorexia nervosa, bulimia e compulsões alimentares. Caso destacado, escolar de 9 anos, sexo feminino com diagnóstico de transtorno alimentar há 9 meses, com inapetência, perda de peso e astenia. Sinais de má interação social, seletividade alimentar e descarte do alimento após mastigação. A estratégia utilizada foi intervenção com terapia cognitiva comportamental mediada por equipe de psicólogos e terapia medicamentosa, houve melhora global do quadro, com maior aceitação de alimentos. Devido ao prejuízo que transtornos alimentares podem trazer, fica claro que o clínico deve estar atento aos sinais de desenvolvimento de TAI em pacientes pediátricos.

Palavras-chave: Transtorno alimentar, anorexia nervosa, bulimia nervosa, pediatria.

## ABSTRACT

*Childhood eating disorders (ED) manifest themselves in different ways, impacting on the child's behavior, development and social interaction. IAT manifestations are mostly anorexia nervosa, bulimia and food compulsions. Highlighted case, 9-year-old female student diagnosed with an eating disorder 9 months ago, with lack of appetite, weight loss and asthenia. Signs of poor social interaction, food selectivity and food disposal after chewing. The strategy used was intervention with cognitive behavioral therapy mediated by a team of psychologists and drug therapy, there was a global improvement in the condition, with greater acceptance of food. Due to the damage that eating disorders can bring, it is clear that the clinician must be aware of the signs of IAD development in pediatric patients.*

**Keywords:** Eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, pediatrics.

## 1 CONTEXTO

O transtorno alimentar na infância (TAI) é uma desordem no comportamento alimentar de uma criança, ocasionando um entrave no bem-estar e formação psicossocial do indivíduo. O passar do tempo e o avanço tecnológico, propiciaram o aumento dos casos de transtornos alimentares como anorexia nervosa, bulimia e compulsão alimentar (LARSEN et al., 2015).

O transtorno alimentar inclui os seguintes sinais e sintomas: deficiência motoras orais que influenciam no mau desenvolvimento, seletividade alimentar, ato de cuspir alimentos, ruminar alimentos, entre outros comportamentos (RUBIO et al., 2020).

Destaca-se como fatores de risco para TAI o aumento do IMC, histórico de alimentação desordenada, dismorfia corporal, depressão e bullying (LARSEN et al., 2015). Corroborando ao que foi dito, Figueiredo et al. (2022) afirmaram que é possível elencar uma gama de fatores predisponentes para o surgimento de TAI, como: sexo feminino, baixa autoestima, história de transtornos psiquiátricos, obesidade, abuso sexual, agregação familiar, hereditariedade, histórico familiar de TA, dificuldade em expressar emoções, além dos contribuintes socioculturais impostos pela mídia e culto a idealização corporal.

O principal indicio de início do quadro de TAI se destaca a recusa, seletividade alimentar e isolamento social. Além destes, tem-se a aversão ao ganho de peso, distorção da idade corporal, comportamentos prejudiciais a alimentação, e a existência de outros sinais clínicos de transtornos similares. A cronicidade destes comportamentos podem influenciar no aumento da mortalidade na população acometida (LARSEN et al., 2015).

Estima-se que 9-14% meninas e 5-8% dos meninos em idade escolar apresentaram alimentação desordenada, um dado que, segundo estudos, é um preditor direto no TAI, sendo necessário criar meios de prevenção para essa população (LARSEN et al., 2015).

A prevalência infanto-juvenil na problemática de se alimentar é evidente. Nos casos mais brandos, apenas orientações multidisciplinares são suficientes para solucionar o problema. Entretanto, em situações crônicas, podem haver prejuízos de teor cognitivo, emocional ou acadêmico. Em casos graves, deverá ser considerada a nutrição enteral (RUBIO et al., 2020).

Durante a avaliação do paciente, deve ser feito o diagnóstico diferencial entre transtornos semelhantes e que levem ao descontentamento com as características físicas e distorção da visualização da autoimagem (BEHAR et al., 2016).

## 2 APRESENTAÇÃO DO CASO

Este trabalho está sob o escopo do “Projeto de Educação no Trabalho para a Saúde do Centro Universitário de Volta Redonda - PET-UniFOA”, registrado no CAAE sob o número 30457714.1.0000.5237.

Paciente, sexo feminino, escolar, 09 anos e 04 meses, trazida à policlinica Doutor André Sarmiento Bianco para atendimento de primeira consulta acompanhado pela mãe, com relato de transtorno alimentar há 09 meses, evoluindo com perda de peso e astenia. A paciente tem dificuldades de alimentação, não se alimenta em locais públicos, mastiga os alimentos e cospe, e só se alimenta escondida da família. Relata, também, que paciente apresenta constipação, evacuando uma vez por semana com fezes ressecadas. Já realizou acompanhamento pediátrico por suspeita de anorexia. Nasceu pré-termo (IG 36s), parto vagi-

nal, sem intercorrências durante a gestação ou parto, APGAR 8/9, apresentando peso de nascimento de 2600g e comprimento de 44cm.

Ao exame físico, regular estado geral, lúcida, orientada, hipocorada (+3/+4), acianótica, anictérica, ativa e reativa, e eupneica em ar ambiente. Pele de consistência e textura normais. Aparelho cardiovascular, ritmo cardíaco regular em 2T, bulhas normofonéticas, ausência de sopro e/ou extrassístoles, pulsos simétricos e palpáveis. Aparelho respiratório com murmúrio vesicular universalmente audível, sem ruídos adventícios. Abdome com peristalse presente, normotimpânico, indolor à palpação superficial e profunda, ausências de massas ou visceromegalias. Membros inferiores sem alterações. Foi prescrito Fluoxetina 20mg/ml 5 gotas/dia e após 7 dias 10 gotas/ dia, foi solicitado exames laboratoriais, orientada sobre o padrão alimentar e sugerido iniciar psicoterapia, e agendado retorno.

Em consulta de retorno, paciente acompanhada pela mãe. Apresentou melhora no humor e na aceitação de pequenas quantidades de alimentos e líquidos. Paciente referiu sentir fome, porém ainda apresentava hábito de cuspir os alimentos mastigados. Iniciou terapia com psicóloga de 15 em 15 dias. Exames laboratoriais apresentando: Hemácias 5,61 (106 /uL); Hemoglobina 12,3 (g/dl); Hematócrito 37 (%), VCM 66 ( f/L) , HCM 21,9 (pg), CHCM 33,2 (g/dl) , RDW 16,6 (%) . Leucócitos 4600 (uL); Plaquetas 446 (x103 / uL); Proteína C Reativa 4,5 (mg/dL); HDL 74 ( $\geq$  1,04 mmol/L) , LDL 80 ( $\leq$  3,36 mmol/L); Ferritina 10 (mcg/L), Ferro sérico 25 (mcg/L), Gama GT 7 (mckat/L), Glicose 95 (mmol/L), TGO 20 (< 0,58 mckat/L), Bilirrubina total 0,41 (5,1-20,5 mcmol/L), direta 0,7 (0-5,1 mcmol/L), Indireta 0,34 (0-5,1 mcmol/L), Colesterol total 165 (mmol/L). Foi prescrito Sulfato Ferroso 3 mg/kg, 12 gotas junto com suco, mantido Fluoxetina 20mg/ml 10 gotas/dia, fornecido orientações alimentares, e solicitado retorno com novos exames laboratoriais.

Em consulta posterior, paciente acompanhada da avó. Paciente passou a sentar-se à mesa durante refeições, aceita ingestão de alimentos e líquidos em quantidades moderadas e aceita lanche no colégio. Exames laboratoriais apresentando: Hemoglobina 12,2 (g/dl); Hematócrito 37 (%), VCM 64,2 ( f/L) , HCM 21,7 (pg), CHCM 33,2 (g/dl) , RDW 14,6 (%) . Leucócitos 4000 (uL); Plaquetas 546 (x103 /uL); Ferro sérico 31 (mcg/L). Mantida a Fluoxetina 20mg/ml 10 gotas/dia e aumento para 13 gotas/dia o Sulfato Ferroso 3 mg/kg.

Atualmente paciente está com 10 anos e realiza consultas mensais na policlínica Doutor André Sarmiento Bianco para acompanhamento do tratamento e avaliação pediátrica.

### 3 DISCUSSÃO

O diagnóstico dos distúrbios alimentares baseia-se em critérios clínicos abordados durante a anamnese e exame físico, mediante dados fornecidos tanto pelo paciente ou acompanhante, os quais melhor podem ser avaliados em vigência das classificações do DSM-5 ou CID-11 (HILUY *et al.*, 2019). Nesse contexto, o profissional examinador deve estar atualizado quanto às classificações e capacitado para exercer um questionário ao adequado e humanizado, promovendo um melhor vínculo médico-paciente.

Por ser uma condição de origem multifatorial, quando há a falta ou pouco esclarecimento de determinadas informações cedidas durante entrevista com o paciente ou acompanhante, o diagnóstico fica prejudicado, dificultando a abordagem terapêutica. Sabendo-se hoje que medicações e abordagens multidisciplinares consideradas padrão-ouro, ainda que realizadas de forma correta, podem não evoluir com a remissão completa do quadro (OLIVEIRA *et al.*, 2017), percebe-se que a boa anamnese adjunta a um bom relacionamento médico-paciente, pode guiar um tratamento personalizado e talvez, assim, de maior eficácia.

A patogenia dos transtornos alimentares (TA) vem da associação de fatores biológicos, genéticos, socioculturais e psicológicos. A caracterização dos principais transtornos alimentares na pediatria são de Transtorno Alimentar – restritivo/evitativo (anorexia nervosa, bulimia nervosa) e Transtorno de Compulsão Alimentar (FIGUEIREDO *et al.*, 2022).

A anorexia nervosa (AN) costuma ser evidenciada no início da adolescência, com prevalência de 0,4% do sexo feminino e proporção de 10:1 em relação ao sexo masculino. Enquanto a bulimia nervosa (BN) é frequente no final da adolescência, com prevalência de 1-1,5% do sexo feminino e proporção de 10:1 em relação ao sexo masculino (ABRAS *et al.*, 2020).

A Anorexia Nervosa (AN) compete a uma restrição de ingestão alimentar, podendo levar a uma redução do peso abaixo das curvas de normalidade pelos gráficos da OMS, podendo também ocorrer prejuízo ao desenvolvimento infanto-puberal adequado. Os pacientes apresentam medo do ganho ponderal, levando-os a atitudes que interferem no aumento do peso, mesmo quando em condições de baixo ou extremo baixo peso. Essas ações se baseiam na forma como o paciente se autoavalia e no seu não reconhecimento da gravidade das consequências ocasionadas pela não ingestão alimentar (HILUY *et al.*, 2019).

A Bulimia Nervosa (BN) baseia-se em episódios recorrentes de compulsão alimentar e compensação, ocorridos ao menos uma vez pela semana por período mínimo de 3 meses. Geralmente ocorre a ingestão de grande montante alimentar em curto período, compensados inadequadamente por meio do vômito autoinduzido, uso de laxativos, enemas ou medicações que estimulem a diurese. Adicionalmente, o paciente pode se submeter a um estímulo de perda de gordura por atividade física intensa ou jejuns (HILUY *et al.*, 2019).

Uma autoestima baixa ou a cronicidade de negatividade a auto-avaliação fazem-se fatores de risco importantes tanto para AN quanto para BN. Após a formação de hipótese de quadro de TA, deve-se idealizar uma melhor abordagem de tratamento. (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

A Terapia Familiar (TF) é considerada a primeira linha em controle do TA. A terapia se baseia em intervenção da rotina alimentar mediada pela família. A abordagem pela base familiar apresenta superioridade quando comparada com pacientes que tiveram abordagem individual de tratamento, tanto para AN quanto de BN (Couturier, J, *et al.*, 2013).

A Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) se baseia na readequação alimentar e de autoavaliação do indivíduo. Nesta terapia estimula-se a compreensão e preparação de uma nova rotina, colocando o paciente como protagonista no processo de mudança. Durante o processo, o estabelecimento de limites é gradual e há definição de metas a serem cumpridas, dentro da proposta de ganho de peso e controle alimentar adequado (Murphy, R., *et al.*, 2010).

Tratamentos adjuvantes devem ser estimulados em conjunto a terapia. A introdução do Yoga demonstra boa resolutividade, além de melhorar sintomas psicológicos e comportamentais, com redução de quadros de estresse, ansiedade e depressão (Couturier, J *et al.*, 2020).

A Terapia Medicamentosa (TM) é feita usando a classe dos antipsicóticos (Olanzapina, Risperidona, Quetiapina e Aripiprazole) e/ou antidepressivos (Fluoxetina e Sertralina). Efeitos colaterais podem ocorrer, como constipação e ansiedade, o que pode desestimular a persistência terapêutica. Ainda assim, espera-se bom ganho ponderal e melhoria psicológica dos pacientes com AN e BN que fazem uso de medicamentos (Couturier, J *et al.*, 2020).

#### 4 EXERCÍCIOS DE APRENDIZADO

**Quais os principais tipos de transtornos alimentares e qual sua patogenia?**

R: Transtorno Alimentar – restritivo e evitativo, Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa e Transtorno de compulsão alimentar. Ocorrem pela associação de fatores biológicos, genéticos, socioculturais e psicológicos.

**Quais os fatores predisponentes mais comuns para o desenvolvimento dos transtornos alimentares?**

- a) abuso sexual, sexo masculino e obesidade
- b) TDAH, baixa autoestima e alto tempo de tela
- c) sexo feminino, obesidade e depressão
- d) alteração de neurotransmissão, idealização corporal e sexo masculino.

R: Letra C. Há uma vasta gama de fatores predisponentes, englobando principalmente pacientes do sexo feminino, baixa autoestima, história de transtornos psiquiátricos, obesidade, alterações da neurotransmissão, abuso sexual e culto a idealização corporal.

**Cite os possíveis tratamentos para os transtornos alimentares.**

R: Terapia Familiar, Terapia Cognitiva Comportamental e Terapia medicamentosa. Terapia Familiar é considerada a primeira linha de tratamento e se baseia em uma intervenção na rotina alimentar mediada pela família. Terapia Cognitiva Comportamental se baseia na readequação alimentar e de autoavaliação do indivíduo. Terapia medicamentosa com uso de antipsicóticos e/ou Antidepressivos, principalmente os Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS).

#### REFERÊNCIAS

ABRAS, T.; SANTANA, M. G.; MARTINS, C. L. G. 2020. **Anorexia e bulimia em tempos de pandemia: perspectivas e recomendações**. Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Disponível em: [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/23202c-MO\\_Trans\\_alim\\_adl-AnorexiaBulimia\\_tempos\\_pandemia.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/23202c-MO_Trans_alim_adl-AnorexiaBulimia_tempos_pandemia.pdf). Acesso em: 18/05/2023.

BEHAR, R. et al. Body dysmorphic disorder: clinical aspects, nosological dimensions and controversies with anorexia nervosa. *Revista medica de Chile*, v. 144, n. 5, p. 626–633, 2016.

Couturier, J., Kimber, M., & Szatmari, P. (2013). Efficacy of family-based treatment for adolescents with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 46(1), 3-11. doi:10.1002/eat.22042

Couturier, J., Isserlin, L., Norris, M. et al. **Canadian practice guidelines for the treatment of children and adolescent with eating disorders**. *J Eat Disord* 8, 4 (2020). <https://doi.org/10.1186/s40337-020-0277-8>

FIGUEIREDO, B. Q. DE; MENDES, G. A. R.; CUNHA, ÍTALO ÍRIS B. R. DA. ; DIAS, J. N.; CUNHA, L. L. P. DA; SANTOS, L. M. DA S.; SILVEIRA, M. B. N.; OLIVEIRA, M. A. M. DE. ; GOMES, S. A.; ARAÚJO, P. DA C. Eating disorders: etiologies,

triggering factors, management challenges, and screening methods. *Research, Society and Development*, [S. l.], v. 11, n. 12, p. e161111234476, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/34476>. Acesso em: 31 may. 2023.

HILUY J, NUNES FT, PEDROSA MAA, APPOLINÁRIO JCB. Os transtornos alimentares nos sistemas classificatórios atuais: DSM-5 e CID-11. *Debates em Psiquiatria* [Internet]. 30º de setembro de 2019 [citado 25º de maio de 2023];9(3):6-13. Disponível em: <https://revistardp.org.br/revista/article/view/49>

LARSEN, P. S. et al. Parental and child characteristics related to early-onset disordered eating: A systematic review. *Harvard review of psychiatry*, v. 23, n. 6, p. 395–412, 2015.

OLIVEIRA, E. A., et al. (2016). Perfil psicológico de pacientes com anorexia e bulimia nervosas: A ótica do psicodiagnóstico. *Medicina*, Ribeirão Preto, 39(3), 353-360.

RUBIO, E. K.; MCMAHON, M. X. H.; VOLKERT, V. M. A systematic review of physical guidance procedures as an open-mouth prompt to increase acceptance for children with pediatric feeding disorders. *Journal of applied behavior analysis*, v. 54, n. 1, p. 144–167, 2021.

Murphy, R., Straebl, S., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2010). Cognitive behavioral therapy for eating disorders. *Psychiatr Clin North Am*, 33(3), 611-627. doi:10.1016/j.psc.2010.04.004