

# Distúrbios alimentares na infância e adolescência

Laís Marques Gontijo<sup>1</sup>, Getulio Freitas de Paula,<sup>2</sup>Virgínia R.S. Weffort<sup>3</sup>,

Leila Aparecida Kauchakie Pedrosa<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Enfermeira pela Universidade de Patos de Minas. Mestranda do Programa Mestrado em Atenção a Saúde - Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

<sup>2</sup>Enfermeiro. Mestrando do Programa Mestrado em Atenção a Saúde - Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

<sup>3</sup>Médica pediatra, docente do curso de pós graduação stricto-sensu – mestrado em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Profa. Adjunta da disciplina de Pediatria da UFTM. Pediatra Nutróloga pela ABRAN/SBP.

<sup>4</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela USP e Pós-doutorado na Espanha. Prof<sup>a</sup> Adjunta do Curso de graduação em Enfermagem e do curso de pós graduação *stricto-sensu* – mestrado em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM)

## INTRODUÇÃO

A infância é um dos estágios de vida biologicamente mais vulneráveis, sendo a nutrição adequada fundamental para garantir crescimento e desenvolvimento normais e a manutenção de sua saúde.<sup>1</sup> A inadequação de nutrientes interfere no processo de desenvolvimento e crescimento da criança e é fator determinante no aparecimento de carências nutricionais, que ainda acometem 40% da população humana.<sup>2</sup>

A ingestão de alimentos está diretamente ligada a fatores de ordem socioeconômica e cultural, podendo determinar situações cruciais na saúde de crianças e adolescentes. Em países em desenvolvimento, como o Brasil, ainda existem prevalências marcantes de problemas nutricionais, principalmente em crianças pré-escolares (2-5 anos), cujo determinante primário é o consumo alimentar<sup>4</sup>. Nessa faixa etária é comum o consumo de uma dieta à base de leite de vaca, farinha e açúcar, a qual contribui sobremaneira para o surgimento das carências nutricionais.<sup>3-4</sup>

Os transtornos alimentares geralmente apresentam as suas primeiras manifestações na infância e na adolescência<sup>5</sup>. Podem-se dividir as alterações do comportamento alimentar nesse período em dois grupos. Primeiramente, os transtornos que ocorrem precocemente na infância e que representam alterações da relação da criança com a alimentação, por exemplo, o transtorno de ruminação e a pica. E no segundo grupo, os transtornos surgem mais tardiamente, que são os transtornos alimentares propriamente ditos, como a anorexia nervosa e a bulimia nervosa.<sup>6-7</sup>

## MÉTODOS

A revisão da literatura sobre o assunto foi realizada a partir da pesquisa em banco de dados Scielo, Medline e Lilacs e publicações de órgãos nacionais e internacionais. Para a pesquisa nos bancos de dados, utilizou-se o descritor “transtornos de alimentação na infância”, “*Feeding and Eating Disorders of Childhood*”, universalmente aceito. Os idiomas de redação utilizados foram em português, inglês e espanhol.

## REVISAO TEÓRICA

O comportamento alimentar da criança é determinado principalmente pela interação da criança com os pais ou com a pessoa responsável pela sua alimentação, pois eles desenvolvem o papel dos primeiros educadores nutricionais. Além disso, o comportamento alimentar também é influenciado pela interação da criança com o alimento, pelo seu desenvolvimento anatomofisiológico e por fatores emocionais psicológicos, socioeconômicos e culturais.<sup>8</sup>

Os fatores culturais e psicossociais influenciam as experiências alimentares da criança desde o momento do nascimento, por meio do processo de aprendizagem. O contexto social exerce papel preponderante, sobretudo nas estratégias que os pais utilizam para alimentar a criança ou para estimulá-la a comer alimentos específicos<sup>9</sup>. O ambiente doméstico, o estilo de vida dos pais e as relações interfamiliares podem ter muita influência na alimentação e nas preferências alimentares e afetar o equilíbrio nutricional da alimentação pela disponibilidade e composição dos alimentos. Assim, a família tem papel decisivo no aprendizado de hábitos saudáveis, na formação de novos hábitos, no autocontrole da ingestão alimentar e na formação de um padrão de comportamento alimentar adequado ou não.<sup>8,10</sup>

A OMS recomenda às mães/cuidadores a prática de alimentação responsável, que usa os princípios de cuidados psicossociais. A prática inclui o respeito ao mecanismo fisiológico de autorregulação do apetite da criança. Recomenda-se alimentar a criança, lenta e pacientemente, até que se sacie, jamais a forçando a comer. Em casos de recusa, podem-se experimentar diferentes combinações, sabores, texturas e métodos de encorajamento não coercivos, desde que não distraiam a criança da refeição, que deve ser um momento de aprendizado que inclui atenção, conversa e contato visual entre a mãe/cuidador e a criança.<sup>11,12</sup>

Sabe-se que geralmente os transtornos da alimentação ocorrem na infância e na adolescência. Aproximadamente com dois anos a criança já possui auto-percepção e consegue reconhecer a sua imagem no espelho. O corpo, gradualmente, vai representando a sua identidade e, aos poucos, ela passa a pensar sobre como os outros veem a sua aparência. Os pré-escolares (2-5 anos) vão aprendendo como a cultura na qual estão inseridos avalia diferentes características físicas. Sua imagem corporal vai se desenvolvendo na medida em que introjetam conceitos do que é va-

lorizado como atraente. As crianças também formam imagens do que não é valorizado ou aceito, ou seja, de como não “deveriam” parecer.<sup>13</sup>

Várias alterações do apetite e perturbações da imagem corporal podem ocorrer na infância, embora os quadros mais típicos de transtornos alimentares sejam mais raros.

Os transtornos de alimentação podem ser divididos em dois grupos. O primeiro grupo são os distúrbios do comportamento alimentar, em que não há a preocupação excessiva com o peso e/ou forma corporal, mas podem interferir no desenvolvimento infantil. Os exemplos mais comuns são a pica, o transtorno da alimentação da primeira infância e o transtorno de ruminação.

A pica é a ingestão persistente de substâncias não nutritivas, inadequadas para o desenvolvimento infantil e que não fazem parte de uma prática aceita culturalmente. As substâncias mais frequentemente consumidas são: terra, barro, cabelo, alimentos crus, cinzas de cigarro e fezes de animais.<sup>14</sup> Atrasos no desenvolvimento, retardo mental e história familiar de pica são condições que podem estar associadas.

O transtorno da alimentação da primeira infância inicia-se antes dos seis anos de idade. Trata-se de uma dificuldade em se alimentar adequadamente levando à perda ponderal ou à falha em ganhar peso de forma apropriada. Os sintomas geralmente não são devidos a alguma condição médica geral, a outro transtorno psiquiátrico ou à falta de alimentos. O tratamento objetiva a melhora do estado nutricional do paciente, para isso devendo-se realizar avaliação dos pais e de fatores psicossociais que estejam contribuindo para o desenvolvimento e a manutenção do problema<sup>15</sup>.

O transtorno de ruminação se define por episódios de regurgitação repetidos que não podem ser explicados por qualquer condição médica. As principais complicações médicas podem ser desnutrição, perda de peso, alterações do equilíbrio hidroeletrólítico, desidratação e morte. O tratamento envolve o acompanhamento clínico das complicações e tratamento comportamental.<sup>15</sup>

No segundo grupo estão os transtornos alimentares propriamente ditos, a bulimia nervosa (BN) e a anorexia nervosa (NA). A bulimia nervosa é rara antes dos 12 anos, sendo mais característico das mulheres jovens e adolescentes<sup>16</sup>. Fatores de ordem biopsicossocial encontram-se relacionados à sua etiologia. O episódio de compulsão alimentar é o sintoma principal e costuma surgir no decorrer de uma dieta para emagrecer. No início, pode-se achar relacionado à

fome, mas posteriormente, quando o ciclo compulsão alimentar-purgação já está instalado, ocorre em todo tipo de situação, gerando sentimentos negativos (frustração, tristeza, ansiedade, tédio, solidão). Esses episódios acontecem às escondidas na maioria das vezes e são acompanhados de sentimentos de intensa vergonha, culpa e desejos de autopunição.<sup>16</sup>

O vômito autoinduzido acompanha cerca de 90% dos casos, sendo o principal método compensatório utilizado. O efeito imediato provocado pelo vômito é o alívio do desconforto físico secundário à hiperalimentação e, principalmente, a redução do medo de ganhar peso. Sua frequência é variável, podendo ser de um até 10 ou mais episódios por dia, nos casos mais graves. No começo, a paciente necessita de manobras para induzir o vômito, como a introdução do dedo ou algum objeto na garganta. Com a evolução do transtorno, a paciente aprende a vomitar sem necessitar mais de estimulação mecânica.<sup>17</sup>

Outros mecanismos utilizados pelas bulímicas para controle do peso após ingestão exagerada são: o uso inadequado (sem prescrição médica) de medicamentos do tipo laxativo, de diuréticos, de hormônios tireoidianos, de agentes anorexígenos e de enemas. Jejuns prolongados e exercícios físicos exagerados são também formas de controle do peso, mas geralmente geram menos complicações clínicas do que as técnicas purgativas aqui descritas.

As complicações clínicas são decorrentes principalmente das manobras compensatórias para perda de peso: erosão dos dentes, alargamento das parótidas, esofagites, hipopotassemia e alterações cardiovasculares, entre outras. Como na AN, parece haver aumento de transtornos do humor e de transtornos de ansiedade em pacientes com BN. Assim, elevado número de pacientes com BN (46 a 89%) evidencia um transtorno depressivo associado em algum momento de sua evolução clínica. Particular atenção deve ser dada a transtornos de personalidade e de abuso de substâncias no diagnóstico das pacientes com BN. O abuso de álcool e de psicoestimulantes são descritos, mas também se pode encontrar o abuso múltiplo de substâncias.<sup>15</sup>

E, por fim, a anorexia nervosa, um transtorno alimentar que provoca no indivíduo tanto medo de ganhar peso e/ou gordura corporal que ele(a) limita-

rá severamente a quantidade de comida que ingere. Por vezes, os anoréxicos também fazem exercício em excesso, na tentativa de queimar as calorias que ingeriram, para não ganharem peso extra causando a carência de nutrientes, que podem levar à falência de órgãos internos e resultar em morte.

Várias complicações clínicas podem surgir em decorrência da desnutrição e dos comportamentos purgativos, tais como anemia, alterações endócrinas, osteoporose e alterações hidroeletrólíticas (especialmente hipocalcemia, que pode levar a arritmia cardíaca e morte súbita), entre outras. A associação dos transtornos alimentares com outros quadros psiquiátricos é bastante frequente, especialmente com transtornos do humor, transtornos de ansiedade e/ou transtorno de personalidade, mesclando os seus sintomas com os da condição básica e complicando a evolução clínica.<sup>14</sup>

A AN de início precoce parece ser o transtorno alimentar mais comum na infância. A anorexia pode ter início a partir dos sete anos de idade e preferencialmente em meninas, embora em crianças a prevalência entre meninos parece ser mais alta do que entre adultos jovens. Formas mais precoces de transtornos alimentares apresentam importante associação com comportamento obsessivo (incluindo extrema preocupação com a escola) e com sintomas depressivos.<sup>13</sup>

Devido à sua etiologia multifatorial, a AN é considerada uma condição de difícil tratamento. A integração das abordagens médica, psicológica e nutricional é a base da terapêutica. A constituição de uma equipe multiprofissional é fundamental para o sucesso terapêutico e os profissionais envolvidos devem trabalhar de forma integrada.<sup>14</sup>

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabendo que os transtornos alimentares surgem com acentuada frequência na infância e na adolescência, é importante que o profissional de saúde envolvido com o atendimento a esse grupo etário esteja bem familiarizado com suas principais diretrizes clínicas. O diagnóstico precoce e a abordagem terapêutica adequada dos transtornos alimentares são fundamentais para o manejo clínico e o prognóstico dessas condições.

## REFERÊNCIAS

1. Giugliani ERJ, Victora CG. Alimentação complementar. *J Pediatr. (Rio J)* 2000; 76 Supl 3: 253-62.
2. Evangelista J. Alimentos: um estudo abrangente. São Paulo: Atheneu; 2000.
3. Farias Júnior G, Osório MM. Padrão alimentar de crianças menores de 5 anos no Estado de Pernambuco. *Rev Nutr.* 2005; 18: 793-802.
4. Oliveira MA, Osório MM. Consumo de leite de vaca e anemia ferropriva na infância. *J Pediatr. (Rio J)* 2005; 81: 361-7.
5. Bryant-Waugh R, Lask, B. Childhood-onset eating disorders. In: Brownell KD, Fairburn CG, editors. *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook*. New York: The Guilford Press; 1995. p. 183-7
6. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition (DSM-IV)*. Washington (DC): American Psychiatric Press; 1994.
7. Organização Mundial da Saúde. *Classificação dos transtornos mentais e do comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
8. Vieira GO, Silva LR, Vieira TO, Almeida JAG, Cabral VA. Hábitos alimentares de crianças menores de 1 ano amamentadas e não-amamentadas. *J Pediatr.* 2004; 80(5):411-6.
9. Ramos M, Stein LM. Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil. *J Pediatr.* 2000; 76(Supl 3):S229-37.
10. Danowski L, Gargiula L. Selections from current literature: attitudes and practices regarding the introduction of solid foods to infant. *Fam Pract.* 2002; 19:698-702.
11. World Health Organization. *Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child*. Geneva: WHO; 2001
12. World Health Organization. *Complementary feeding. Report of the global consultation: summary of guiding principles*. Geneva: WHO; 2002.
13. Castilho SM. *A imagem corporal*. Santo André: ESETec Editores Associados; 2001.
14. Azevedo AMC, Abuchaim ALG. Bulimia nervosa: classificação diagnóstica e quadro clínico. In: Nunes MA, Appolinário JC, Abuchaim ALA, Coutinho W. *Transtornos alimentares e obesidade*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998. p.31-9.
15. Weakley MM, Petti TA, Karwisch G. Case study: chewing gum treatment of rumination in an adolescent with an eating disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36(8):1124-7.
16. Azevedo AMC, Abuchaim ALG. Bulimia nervosa: classificação diagnóstica e quadro clínico. In: Nunes MA, Appolinário JC, Abuchaim ALA, Coutinho W. *Transtornos alimentares e obesidade*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998. p.31-9.
17. Appolinario JC. Transtornos alimentares. In: Bueno JR, Nardi AE, editores. *Diagnóstico e tratamento em psiquiatria*. Rio de Janeiro: Medsi; 2000.