

Curso Avançado em Nutrição Pediátrica

... dos -9 (meses) aos 18 (anos)

Comportamento alimentar na adolescência; red flags/
sinais de alerta



Maria Travassos | Nutricionista 1420N

Pós-graduação e Mestrado em Doenças Metabólicas e Comportamento Alimentar - FMUL



COMPORTAMENTO ALIMENTAR E PCA

1

- introdução
- CAP vs PCA
- epidemiologia e etiologia
- critérios de diagnóstico

TRATAMENTO

2

- equipa multidisciplinar
- papel do nutricionista
- relação terapêutica
- objectivos

PCA NA PRÁTICA

3

- mitos e verdades
- red flags/ sinais de alerta

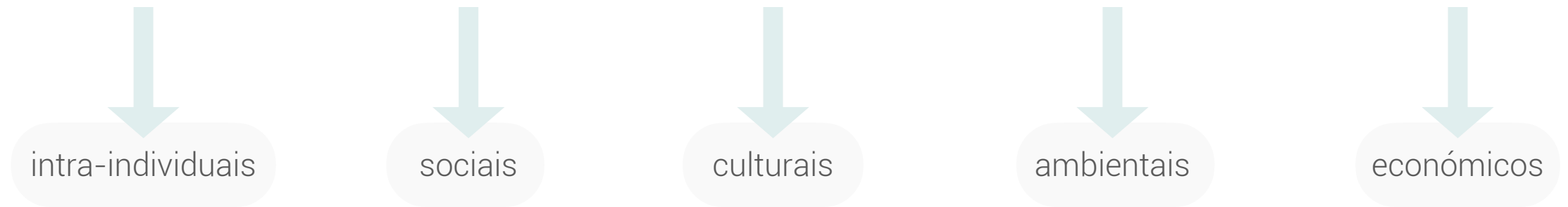
COMPORTAMENTO ALIMENTAR

introdução

Eating behavior is a broad term that encompasses food choice and motives, feeding practices, dieting, and eating-related problems such as obesity, eating disorders, and feeding disorders.

(M.D. Gellman & J.R. Turner; 2013)

ao longo de um dia os humanos tomam centenas de decisões sobre comida, influenciadas por factores:



FACTORES INTRA-INDIVIDUAIS



PROCESSOS FISIOLÓGICOS

- fome
- saciedade
- preferência inata para o doce
- mecanismos cerebrais



PROCESSOS PSICOLÓGICOS

- processos cognitivos
- motivações, atitudes, valores
- traços de personalidade
- auto-regulação



Review > Eat Weight Disord. 2022 Dec;27(8):3017-3035. doi: 10.1007/s40519-022-01505-4.
Epub 2022 Nov 18.

Effects of fitspiration content on body image: a systematic review

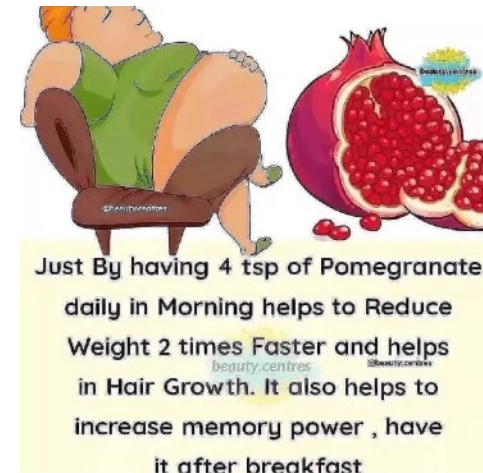
Flávio Jerónimo¹, Eliana Veiga Carraça²

CONTEÚDOS #FITSPIRATION

- ↑ comparações aparência física
- insatisfação corporal
- ↑ emoções negativas
- alt. percepção ind. em rel. ao próprio corpo



“fitspiration” associado a IC negativa, em particular em populações mais novas



GINGER WATER: THE HEALTHIEST DRINK TO HELP BURN ALL THE FAT FROM THE WAIST, BACK, AND THIGHS



(Jerónimo F. & Carraça, 2020)

IC EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Review > [Eat Weight Disord.](#) 2020 Aug;25(4):857-865. doi: 10.1007/s40519-019-00725-5.
Epub 2019 Jun 8.

Body image disturbance in children and adolescents with anorexia nervosa and bulimia nervosa: a systematic review

Frank A Sattler¹, Sarah Eickmeyer², Julia Eisenkolb²



BODY IMAGE DISTURBANCE

- sintoma core AN
- critério de diagnóstico AN e BN

CRIANÇAS

3-10 anos

- bonecas magras: caract. ⊕
- bonecas maiores: caract. ⊖



ADOLESCENTES



período de > vulnerabilidade

preditores de BID:

- internalização de ideais de beleza
- conversas sobre aparência
- exposição conteúdos com foco aparência



crítica aparência física pelos pares prediz BID em crianças e adolescentes

(Harriger. J et al., 2019; Worobey J. et al., 2014; Dähne A. et al., 2004; Sattler F. et al., 2020)

PCA e CAP

dados epidemiológicos

O ESPECTRO DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR

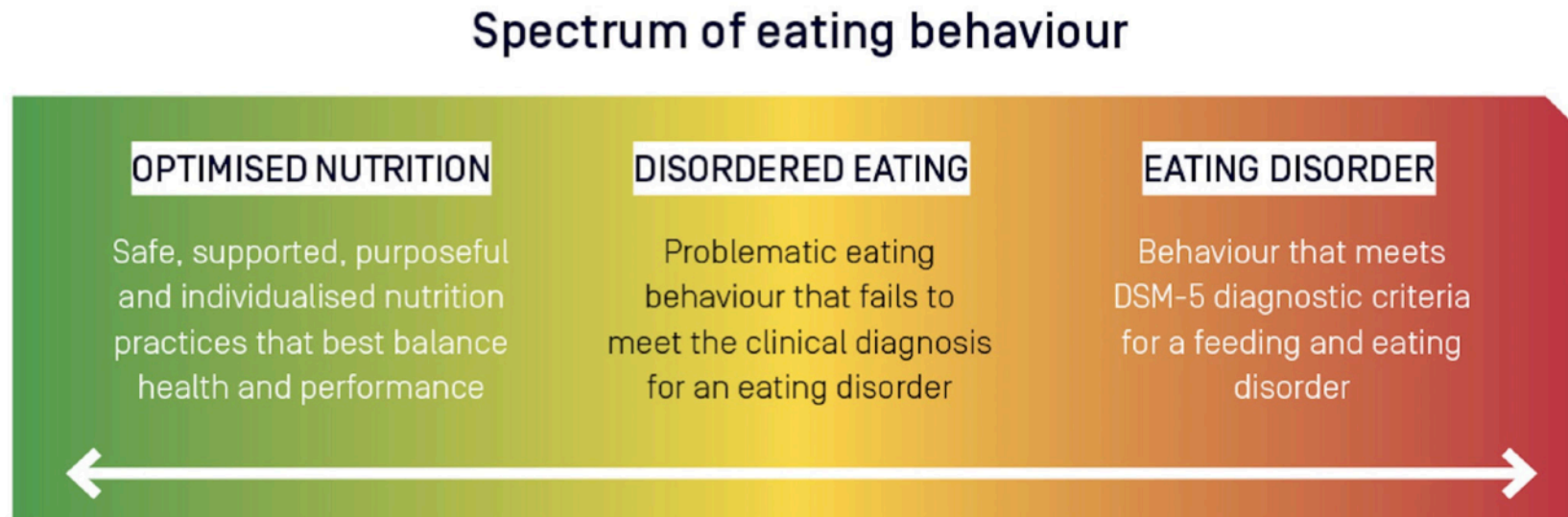


Figure 1 The spectrum of eating behaviour in the high performance athlete from optimised nutrition to disordered eating to eating disorders. DSM-5, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition.

(Wells K. et al., 2020)

COMPORTAMENTO ALIMENTAR PERTURBADO (CAP)

CONSEQUÊNCIAS

- risco ↑ PCA
- ansiedade, depressão
- culpa, vergonha, ↓ auto-estima
- isolamento social
- osteoporose/ osteopenia
- fadiga, fraca qual. sono
- dor cabeça, câibras musculares

EXEMPLOS



fazer dieta
constantemente



jejum
saltar refeições



binge eating



evitar certos
alimentos



vômito
auto-induzido



abuso laxantes, diuréticos,
med. p emagrecer

(Patton GC et al., 1999; Yager Z et al., 2017; Reyes-Rodriguez ML et al., 2010; Schvey NA et al., 2009; Wade TD et al., 2012; O'Dea JA et al., 2002)

CAP : DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

JAMA Pediatrics | Original Investigation

Global Proportion of Disordered Eating in Children and Adolescents A Systematic Review and Meta-analysis

José Francisco López-Gil, PhD; Antonio García-Hermoso, PhD; Lee Smith, PhD; Joseph Firth, PhD;
Mike Trott, PhD; Arthur Eumann Mesas, PhD; Estela Jiménez-López, PhD; Héctor Gutiérrez-Espinoza, PhD;
Pedro J. Tárraga-López, PhD; Desirée Victoria-Montesinos, PhD



32



63.181 (7-18 anos)



16 países

QUESTÃO

- qual é a proporção global de CAP em crianças e adolescentes?



QUESTIONÁRIO SCOFF

- sick, control, one, fat, food (Morgan et al., 1999)
- respostas dicotômicas (sim/ não)
- suspeita de PCA (CAP): 2 ou + respostas "sim"

1. do you make yourself **S**ick because you feel uncomfortably full?
2. do you worry that you have lost **C**ontrol over how much you eat?
3. have you recently lost more than **O**ne stone (~6.4kg) in a 3-month period?
4. do you believe yourself to be **F**at when others say you are too thin?
5. would you say that **F**ood dominates your life?

CAP : DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

Figure 2. Meta-analysis of Proportion of Disordered Eating Among Children and Adolescents

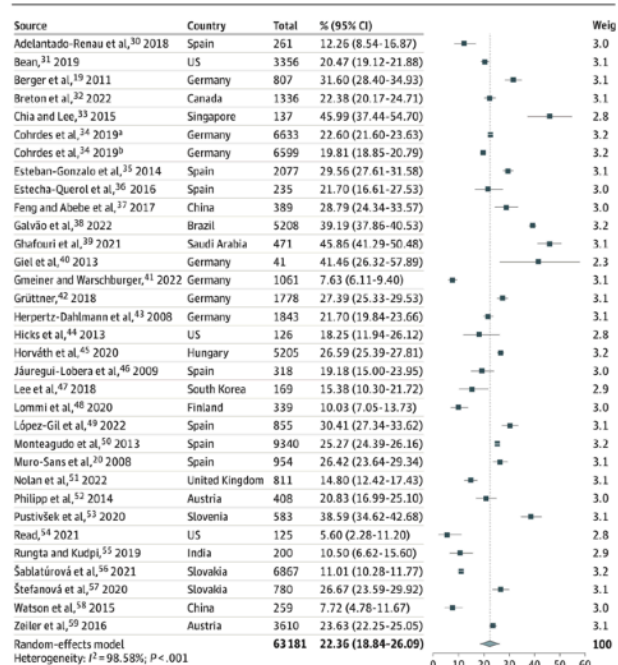
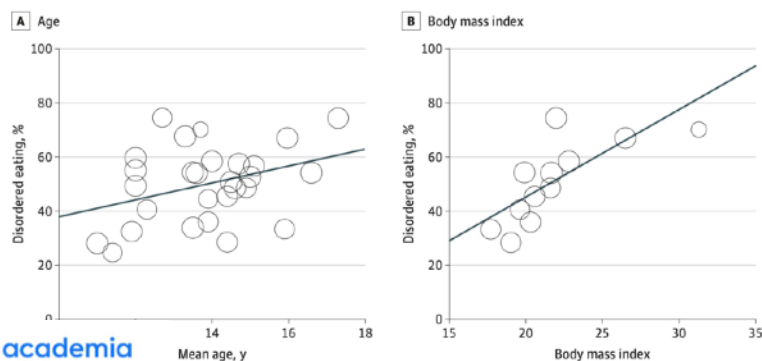


Figure 4. Meta-regression Analyses by Mean Age and Body Mass Index



JAMA Pediatrics | Original Investigation

Global Proportion of Disordered Eating in Children and Adolescents A Systematic Review and Meta-analysis

José Francisco López-Gil, PhD; Antonio García-Hermoso, PhD; Lee Smith, PhD; Joseph Firth, PhD;
Mike Trott, PhD; Arthur Eumann Mesas, PhD; Estela Jiménez-López, PhD; Héctor Gutiérrez-Espinoza, PhD;
Pedro J. Tárraga-López, PhD; Desirée Victoria-Montesinos, PhD

22%

DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES APRESENTAVAM CAP

+ DO QUE 1 EM CADA 5

proporção + elevada

- raparigas
- adolescentes + velhos
- com IMC + alto

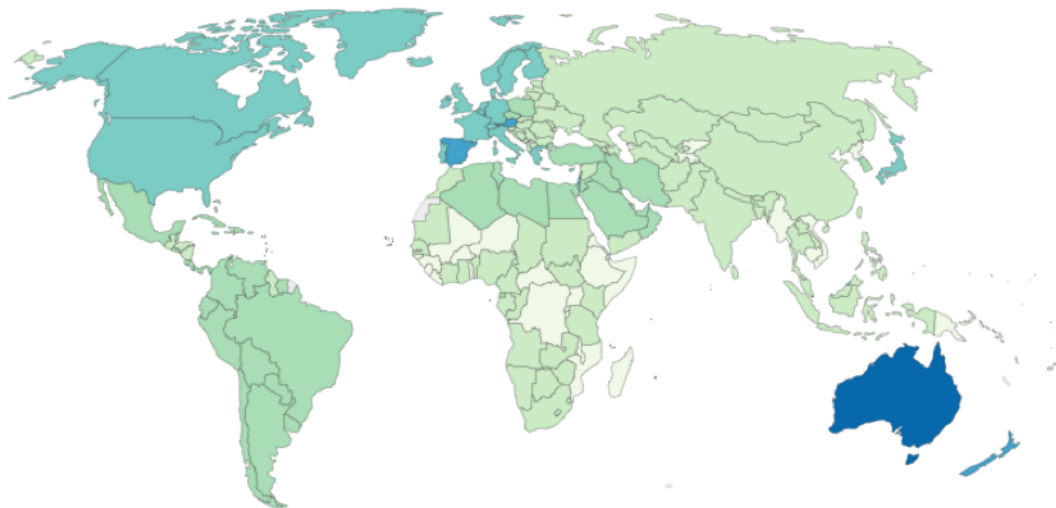
lar because **not all children and adolescents who reported disordered eating behaviors will necessarily be diagnosed with an eating disorder.**¹⁵ However, disordered eating in childhood/adolescence may predict outcomes associated with eating disorders in early adulthood.¹³ For this reason, this high proportion found is worrisome and call for urgent action to try to address this situation.

PERTURBAÇÕES DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR

Share of population with an eating disorder, 2019

Share of the population suffering from the eating disorders anorexia nervosa or bulimia nervosa. This share has been age-standardized assuming a constant age structure to compare prevalence between countries and through time. Figures attempt to provide a true estimate (going beyond reported diagnosis) of eating disorder prevalence based on medical, epidemiological data, surveys and meta-regression modelling.

Our World
in Data



Source: IHME, Global Burden of Disease

CC BY

“doenças psiquiátricas incapacitantes nas quais há uma perturbação persistente na alimentação que compromete significativamente a saúde física e prejudica o funcionamento psico-social”

(DSM-5, APA 2013; Treasure, J. et al., 2020)

PCA AO LONGO DOS ANOS

Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review

Marie Galmiche,^{1,2,3} Pierre Déchelotte,^{2,3} Grégory Lambert,¹ and Marie Pierre Tivolacci^{2,4}

¹TargEDys SA, Rouen, France; ²Inserm UMR 1073, Institute for Research and Innovation in Biomedicine, Normandy Rouen University, France; ³Department of Nutrition, Rouen University Hospital, Rouen, France; and ⁴CIC-CRB 1404, Rouen University Hospital, Rouen, France

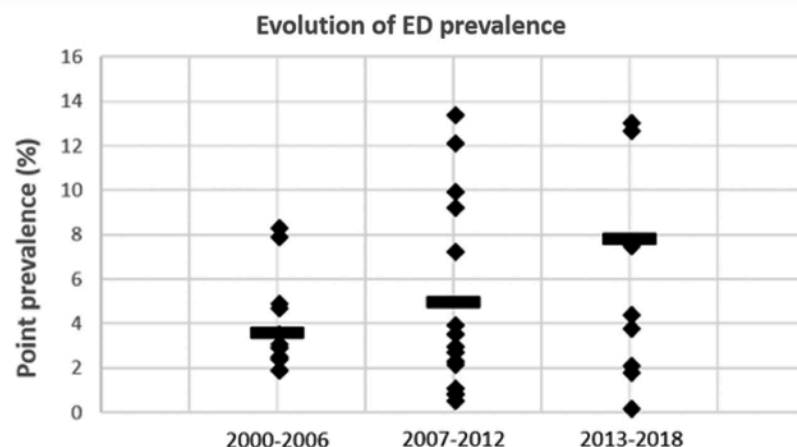


FIGURE 8 Evolution of point prevalence data according to publication date of articles with accurate ED diagnosis and weighted means. $n = 25$ (10, 12–14, 18, 38–57); weighted means are represented by a black bar. ED, eating disorder.

- ↑ preval. pontual de 3,5% (2000-2006) para 7,8% no período de 2013-2018 (Marie Galmiche et al., 2019)

Review > Int J Eat Disord. 2023 Jan;56(1):5–25. doi: 10.1002/eat.23704. Epub 2022 Apr 5.

The impact of the COVID-19 pandemic on eating disorders: A systematic review

Daniel J Devoe^{1,2}, Angela Han³, Alida Anderson¹, Debra K Katzman³, Scott B Patten¹, Andrea Soumbasis¹, Jordyn Flanagan¹, Georgios Paslakis⁴, Ellie Vyver⁵, Gisele Marcoux⁶, Gina Dimitropoulos^{1,7}



53



36.485 ptes PCA

+ 48%

admissões hospitalares (n=10)

36%



↑ ansiedade (n=9)

↑ depressão (n=8)

↑ nos sintomas PCA (n=19)

PCA NA ADOLESCÊNCIA

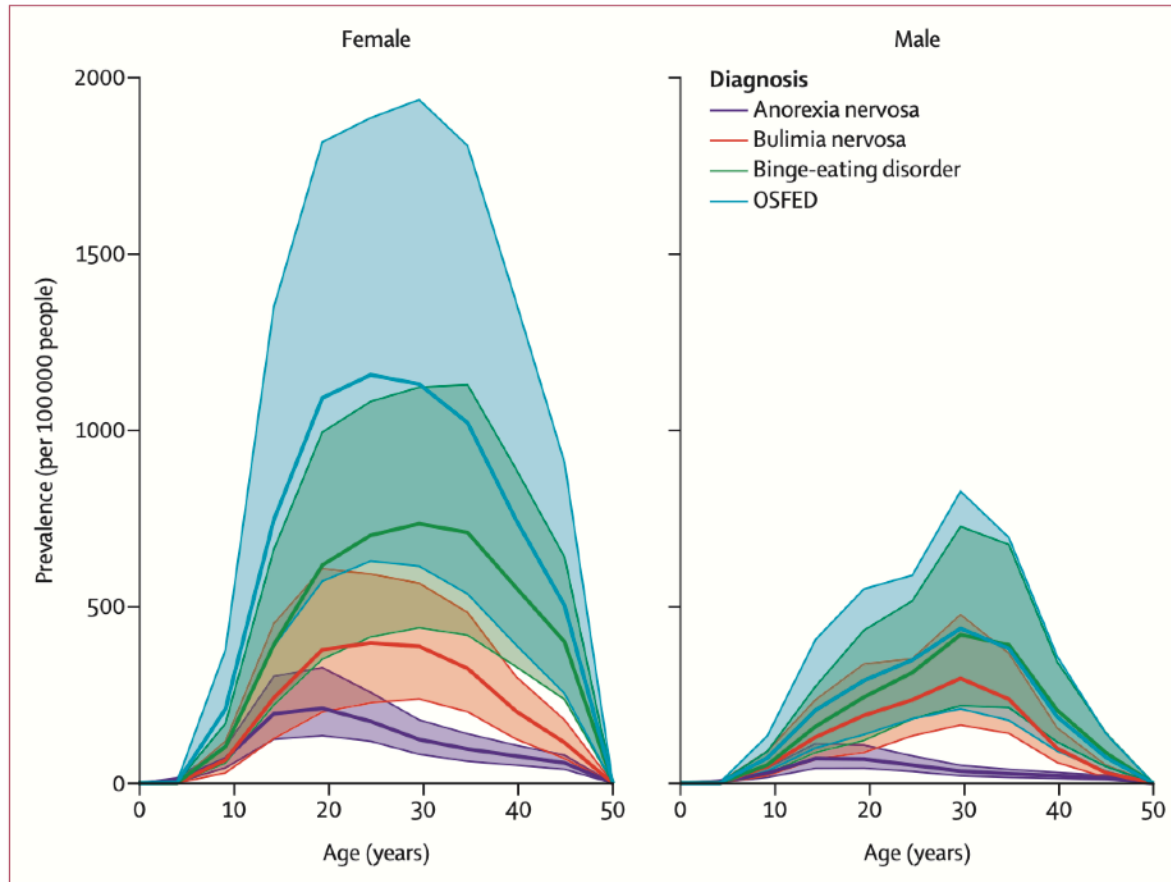


Figure 2: Global prevalence by eating disorder diagnosis, sex, and age in 2019
OSFED=other specified feeding or eating disorder. Shaded areas denote 95% uncertainty intervals.

(Santomauro D.F. et al., 2019)

- muito prevalentes em adolescentes (Marie Galmiche et al., 2019)
- AN: < 22 anos, BN < 24 anos (Volpe U et al., 2016)
- BED: ~23 anos e + distribuído ao longo do tempo (Kessler RC et al., 2013)

PCA NA ADOLESCÊNCIA: IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA

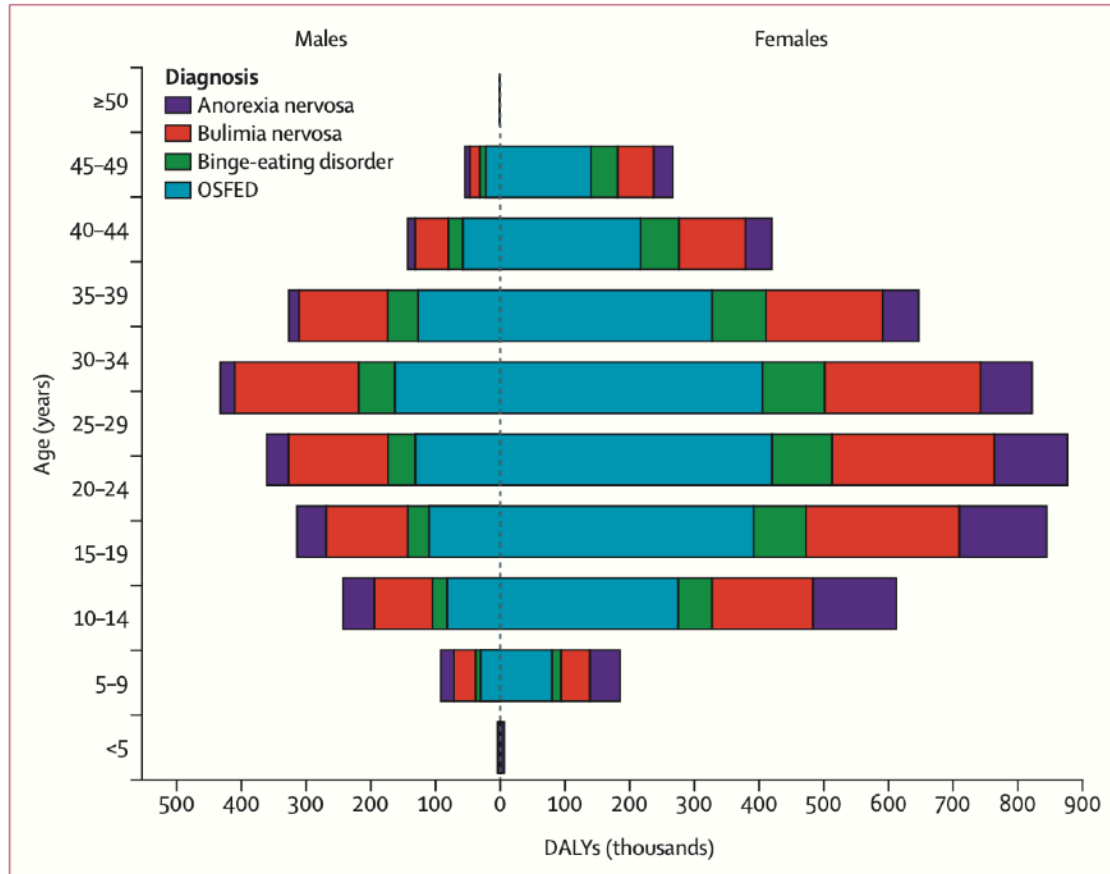


Figure 3: Global DALYs by eating disorder, sex, and age in 2019
DALYs=disability-adjusted life-years. OSFED=other specified feeding or eating disorder.

(Santomauro D.F. et al., 2019)

- AN: doença psiquiátrica + letal, pctes têm 18.1x + probabilidade de morrer por suicídio do que pop. geral; associada a ↑ ↑ taxas recaída, mesmo com internamento (Avnon et al., 2017)
- BN e PAI NE: ↑ riscos de suicídio (Rufino, K.A. et al., 2018)

PERTURBAÇÕES DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR

etiologia

ETIOLOGIA DAS PCA

Biological factors <ul style="list-style-type: none"> • Genetic predisposition • Gender: female-male ratio=10:1 • Obsessive-compulsive or autistic spectrum traits • Behavioural susceptibility to appetite dysregulation • Metabolic vulnerability • Environmental influences in the perinatal period 		Onset: mid puberty
Psychological factors <ul style="list-style-type: none"> • Personality traits (rigidity, attention to detail, intolerance of uncertainty and mistakes, perfectionism) • Cognitive rigidity with high cognitive control over drives • High ability to delay reward • Decreased facial expressivity and ability to decode non-verbal signals from others • Reduced theory of mind • Increased sensitivity to social ranking and threat • Reduced ability to interpret and reciprocate in social interaction • Body image disturbance • Alexithymia 		
Psychosocial factors <ul style="list-style-type: none"> • Parental eating problems • Peer stress (eg, bullying) • Trauma (exposure) • Culture (industrialised/western) • Thin idealisation • Middle-to-high socioeconomic status (high education of parents) 	Behavioural factors <ul style="list-style-type: none"> • Overcontrol of weight and eating • Weight control behaviours • Overconcern with body-mass index • Coping by avoidance or perfectionism • Social isolation • Impaired physical and mental quality of life 	

Figure 1: aetiology diagram of restrictive-type eating disorders

Biological factors <ul style="list-style-type: none"> • Genetic predisposition (uncertain) • Gender: female-male ratio=3:1 • Metabolic vulnerability • Ethnicity: increased prevalence in Asians • Behavioural susceptibility to appetite dysregulation 		Onset: late puberty
Psychological factors <ul style="list-style-type: none"> • Childhood adversity • Attention-deficit hyperactivity disorder traits (impulsivity and difficulty paying attention) • Inability to delay reward • Social cognition problems with emotional avoidance • Body image disturbance • Alexithymia 		
Psychosocial factors <ul style="list-style-type: none"> • Parental eating problems • Peer pressure (eg, bullying) • Fat talk (ie, conversations including negative and disparaging comments about body shape or eating behaviour) from peers, family, authority figures • Trauma (exposure) • Culture (industrialised/western) • Thin idealisation 	Behavioural factors <ul style="list-style-type: none"> • Weight control behaviours • Overconcern with body-mass index • Coping by avoidance or perfectionism • Social isolation • Impaired physical and mental quality of life 	

Figure 2: aetiology diagram of binge spectrum-type eating disorders

(Treasure J. et al., 2019)

ETIOLOGIA DAS PCA: FACTORES BIOLÓGICOS



Figure 1: aetiology diagram of restrictive-type eating disorders

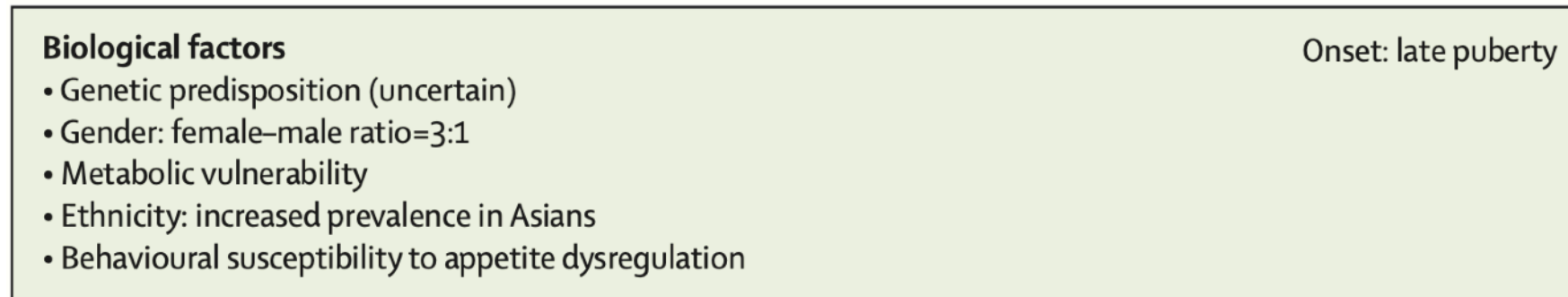


Figure 2: aetiology diagram of binge spectrum-type eating disorders

(Treasure J. et al., 2019)

ETIOLOGIA DAS PCA: FACTORES PSICOLÓGICOS

Psychological factors

- Personality traits (rigidity, attention to detail, intolerance of uncertainty and mistakes, perfectionism)
- Cognitive rigidity with high cognitive control over drives
- High ability to delay reward
- Decreased facial expressivity and ability to decode non-verbal signals from others
- Reduced theory of mind
- Increased sensitivity to social ranking and threat
- Reduced ability to interpret and reciprocate in social interaction
- Body image disturbance
- Alexithymia

Figure 1: aetiology diagram of restrictive-type eating disorders

Psychological factors

- Childhood adversity
- Attention-deficit hyperactivity disorder traits (impulsivity and difficulty paying attention)
- Inability to delay reward
- Social cognition problems with emotional avoidance
- Body image disturbance
- Alexithymia

Figure 2: aetiology diagram of binge spectrum-type eating disorders

(Treasure J. et al., 2019)

ETIOLOGIA DAS PCA: FACTORES PSICO-SOCIAIS E COMPORTAMENTAIS

Psychosocial factors <ul style="list-style-type: none">• Parental eating problems• Peer stress (eg, bullying)• Trauma (exposure)• Culture (industrialised/western)• Thin idealisation• Middle-to-high socioeconomic status (high education of parents)	Behavioural factors <ul style="list-style-type: none">• Overcontrol of weight and eating• Weight control behaviours• Overconcern with body-mass index• Coping by avoidance or perfectionism• Social isolation• Impaired physical and mental quality of life
--	---

Figure 1: aetiology diagram of restrictive-type eating disorders

Psychosocial factors <ul style="list-style-type: none">• Parental eating problems• Peer pressure (eg, bullying)• Fat talk (ie, conversations including negative and disparaging comments about body shape or eating behaviour) from peers, family, authority figures• Trauma (exposure)• Culture (industrialised/western)• Thin idealisation	Behavioural factors <ul style="list-style-type: none">• Weight control behaviours• Overconcern with body-mass index• Coping by avoidance or perfectionism• Social isolation• Impaired physical and mental quality of life
--	--

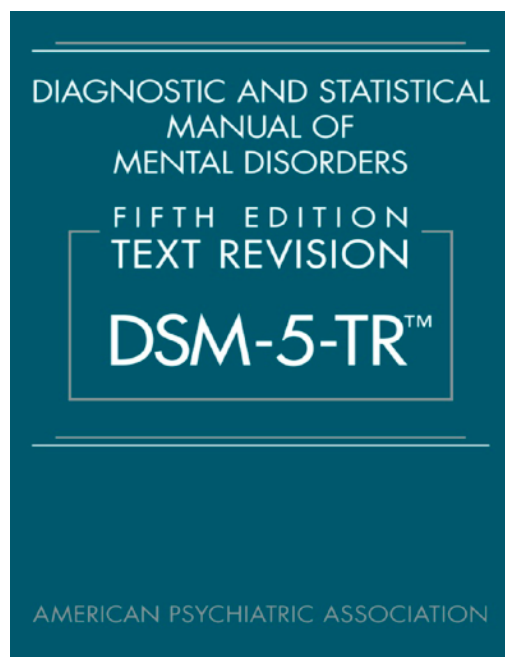
Figure 2: aetiology diagram of binge spectrum-type eating disorders

(Treasure J. et al., 2019)

PERTURBAÇÕES DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR

quais são?

PERTURBAÇÕES DA ALIMENTAÇÃO E INGESTÃO



PERTURBAÇÕES DA INGESTÃO

- pica
- p. ruminação/ mericismo
- p. ingestão alimentar evitante/ restritiva



PERTURBAÇÕES DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR (PCA)

- anorexia nervosa (AN)
- bulimia nervosa (BN)
- p. ingestão alimentar compulsiva (binge eating disorder - BED)
- p. alimentação e ingestão com outra especificação (PAI COE)
- p. alimentação e ingestão não especificada (PAI NE)



ortorexia nervosa (ON)

(DSM-5, APA 2013; Dunn & Bratman, 2016)

ANOREXIA NERVOSA




Sir William Gull

- 1868: 1ª descrição moderna da doença
- propôs o nome anorexia nervosa em 1874

"a peculiar form of disease occurring mostly in young women, and characterized by extreme emaciation"

CARACTERÍSTICAS CORE

- 
- auto-estima altamente dep. percepções sobre o corpo/ forma
 - ↓ peso: conquista, sinal de auto-disciplina
 - ↑ peso: falha inaceitável no auto-controlo
 - magreza = perfeição, sucesso
 - pode haver percepção do estado de magreza
 - dificuldade reconhecer a gravidade do estado saúde
 - perfeccionismo, cap. adiar a recompensa

(Harris, J. 2014)

CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO

A.

restrição ingestão kcal em relação às necessidades, levando a um peso corporal sig. baixo no contexto de idade, gênero, trajetória desenvolvimento e saúde física

B.

medo intenso de ganhar peso ou de engordar ou comportamento persistente que interfere no ganho de peso, mesmo estando com peso sig. baixo

C.

P. no modo como próprio peso/forma corporal são vivenciados, influência indevida do peso/forma corporal na auto-avaliação ou ausência persistente de reconhecimento da gravidade do baixo peso

(DSM-5, APA 2013)

ANOREXIA NERVOSA

SUB-TIPOS



RESTRITIVO

- nos últimos 3 meses, o ind. **não se envolveu** em episódios recorrentes compulsão al. ou purga
- ↓ peso: dieta, jejum e/ou exercício excessivo



ING. COMPULSIVA/ PURGATIVA

- nos últimos 3 meses, o ind. **envolveu-se** em episódios recorrentes de compulsão al. e/ou comportamentos purgativos recorrentes

(DSM-5, APA 2013)

ANOREXIA NERVOSA



GRAVIDADE ACTUAL

- IMC ou percentis do IMC
- nível de gravidade pode ser ↑ para refletir sintomas clínicos, grau de incapacidade funcional e necessidade de supervisão

- leve: $\text{IMC} \geq 17 \text{ kg/m}^2$
- moderada: $\text{IMC } 16\text{-}16,99 \text{ kg/m}^2$
- grave: $\text{IMC } 15\text{-}15,99 \text{ kg/m}^2$
- extrema: $\text{IMC} < 15 \text{ kg/m}^2$

(DSM-5, APA 2013)

ANOREXIA NERVOSA

ESTADO DA DOENÇA



REMISSÃO PARCIAL

- depois de terem sido preenchidos todos os critérios para AN, critério A não foi + satisfeito por um período sustentado
- critério B ou C ainda estão presentes



REMISSÃO COMPLETA

- depois de terem sido preenchidos todos os critérios para AN, nenhum dos critérios foi satisfeito por um período sustentado

(DSM-5, APA 2013)

BULIMIA NERVOSA




Gerard Russell

- 1979: 1ª descrição da doença

"the patient was much preoccupied with food and derived great pleasure from eating (...) during a bout of eating she might consume 7 pounds of food (...) until she could hardly stand. she would then make herself sick by pushing the handle of a toothbrush down her throat"

CARACTERÍSTICAS CORE

- 
- auto-estima altamente dep. percepções sobre o corpo/ forma
 - compulsão com componente hedónica
 - binge e purga envoltos em secretismo
 - purga: vômito auto-induzido, uso laxantes, diuréticos, jejum ou exercício excessivo
 - purga ↑ probabilidade de novo ep. de binge, perpetuando o ciclo da doença

(Harris, J. 2014)

BULIMIA NERVOSA

CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO

A.

ep. recorrentes ingestão compulsiva:

1. ingestão, num período de tempo determinado de quant. al. definit. > à que maioria ind. consumiria no mesmo período sob circunst. ≈
2. sensação falta de controlo sobre a ingestão

B.

CCI recorrentes para impedir ganho ponderal

C.

compulsão alimentar e CCI ocorrem em média mín. 1/sem durante 3 meses

D.

auto-avaliação indevidamente influenciada pela forma/ peso corporal

E.

a P. não ocorre exclusivamente durante episódios de AN

(DSM-5, APA 2013)

BULIMIA NERVOSA



GRAVIDADE ACTUAL

- frequência dos CCI
- nível de gravidade pode ser ↑ para refletir sintomas clínicos, grau de incapacidade funcional e necessidade de supervisão

- leve: ~1-3 CCI/ sem
- moderada: ~4-7 CCI/ sem
- grave: ~8-13 CCI/ sem
- extrema: ~14+ CCI/ sem

(DSM-5, APA 2013)

BULIMIA NERVOSA

ESTADO DA DOENÇA



REMISSÃO PARCIAL

depois de terem sido preenchidos todos os critérios para BN alguns, mas não todos, foram satisfeitos por um período de tempo sustentado



REMISSÃO COMPLETA

depois de terem sido preenchidos previamente todos os critérios para BN, nenhum dos critérios foi satisfeito por um período sustentado

(DSM-5, APA 2013)

BINGE EATING DISORDER

CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO

A.

ep. recorrentes ingestão compulsiva:

1. ingestão, num período de tempo determinado de quant. al. definit. > à que maioria ind. consumiria no mesmo período sob circunst. ≈
2. sensação falta de controlo sobre a ingestão

B.

ep. compulsão al. associados a 3 ou + dos seguintes critérios:

1. ingestão muito + rápida do que habitual
2. comer até se sentir desconfortavelmente cheio
3. ingestão de ↑↑ quant. de al. na ausência da sensação física de fome
4. comer sozinho por vergonha do quanto se está a comer
5. sentir-se desgostoso consigo próprio, deprimido ou com sentimento de culpa

(DSM-5, APA 2013)

BINGE EATING DISORDER

CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO

C.

sofrimento marcante em virtude da compulsão alimentar

D.

ep. compulsão al. ocorrem, em média, mín. 1/sem durante 3 meses

E.

compulsão al. não está associada a uso recorrente CCI como na BN e não ocorre exclusivamente durante o curso de BN ou AN

(DSM-5, APA 2013)

BINGE EATING DISORDER



GRAVIDADE ACTUAL

- frequência episódios de compulsão al.
- nível de gravidade pode ser ↑ para refletir sintomas clínicos, grau de incapacidade funcional e necessidade de supervisão

- leve: ~1-3 ep. CA/ sem
- moderada: ~4-7 ep. CA/ sem
- grave: ~8-13 ep. CA/ sem
- extrema: ~14+ ep. CA/ sem

(DSM-5, APA 2013)

BINGE EATING DISORDER

ESTADO DA DOENÇA



REMISSÃO PARCIAL

depois de terem sido preenchidos todos os critérios para BED alguns, mas não todos, foram satisfeitos por um período de tempo sustentado




REMISSÃO COMPLETA

depois de terem sido preenchidos previamente todos os critérios para BED, nenhum dos critérios foi satisfeito por um período sustentado

(DSM-5, APA 2013)


PERTURBAÇÃO DA ALIMENTAÇÃO E INGESTÃO COM OUTRA ESPECIFICAÇÃO/ NÃO ESPECIFICADA

sintomas característicos de PA predominam, mas não satisfazem todos critérios de diagnóstico para uma condição específica



prof. saúde **comunica a razão** pela qual não satisfaz critérios diagnóstico

- BN baixa frequência
- AN atípica
- BED baixa frequência/ duração limitada



prof. saúde **não comunica** a razão pela qual critérios não são satisfeitos

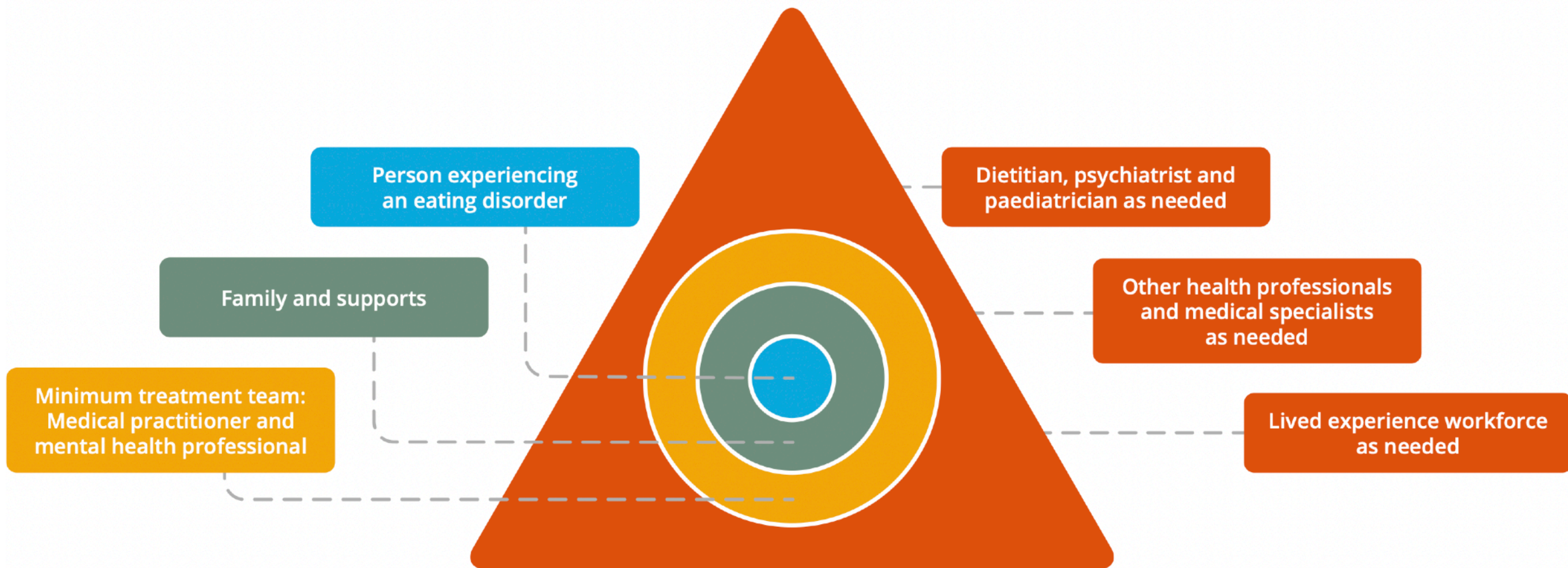
- contexto urgências

(DSM-5, APA 2013)

TRATAMENTO DAS PCA

etapas e equipa multidisciplinar

O ACOMPANHAMENTO MULTIDISCIPLINAR



(NEDC, 2022)

OS DESAFIOS DO PACIENTE COM PCA



(Herrin & Larkin, 2013)

O PAPEL DO NUTRICIONISTA



RELAÇÃO TERAPÊUTICA



ambiente

- seguro
- confidencial/ privado
- amigável
- T°C confortável



postura

- empática
- confiante
- relaxada
- credível
- honesta
- escuta activa
- **interesse genuíno**

compreendo que deve ser
difícil quando isso/ x
acontece

é preciso muita coragem para
reconhecer a necessidade de
iniciar um tratamento

há vários casos de pessoas
a passar por isso

(Miller & Rollnick, 2002; Herrin & Larkin, 2013)

RELAÇÃO DE SUPORTE E NÃO CONFRONTO



- reconhecer dificuldades
- empatizar com o stress
- ident. razões para mudança
- ident. e dissolver resistência

CRIAR RAPPORT



dificuldades

- consultas vistas com ambivalência
- AN: dif. abdicar do controlo
- BN: dif. abdicar da "independência"

estratégias

- elogiar
- valorizar

obrigada por teres
vindo hoje

obrigada pela confiança,
gostei muito da nossa
conversa hoje

OBJECTIVOS DO TRATAMENTO



estabilização médica

reabilitação nutricional



- recuperação peso
- restaurar padrões de ref.
- alargar repertório alimentar
- promover equilíbrio nutricional

interrupção purga e
comportamentos compensatórios



- cessar comport. restritivos
- cessar binge
- cessar purga
- eliminar CAP ou ritualísticos
- comer s/ preocupação excessiva
- eliminar medos

gestão da re-ingestão e
potenciais complicações

MITOS E VERDADES

sobre as perturbações do comportamento alimentar

MITOS E VERDADES



muitas pessoas com PCA aparentam
estar saudáveis

MITOS E VERDADES



muitas pessoas com PCA aparentam
estar saudáveis



MITOS E VERDADES



↑ O RISCO

- somático
- psico-social
- psicológico
- co-morbilidades psiquiátricas

MUITAS PESSOAS COM PCA APARENTAM ESTAR SAUDÁVEIS,
AINDA QUE ESTEJAM EXTREMAMENTE DOENTES



ALÉM DISSO...

- presentes em todas categorias IMC
- minoria pctes procura tratamento
- > permanece indetectada
- mesmo detectadas podem ser desvalorizadas

(Currin et al., 2007b; Currin, Schmidt, & Waller, 2007a; Currin, Waller, & Schmidt, 2009; Gaudiani & Mehler, 2016; Mehler & Brown, 2015; Mehler & Rylander, 2015; Thornton et al., 2017; Westmoreland, Krantz, & Mehler, 2016; Duncan, Ziobrowski, & Nicol, 2017; Flament et al., 2015; Hoek & van Hoeken, 2003; Hudson et al., 2007; Keski-Rahkonen et al., 2009; Kessler et al., 2013; Preti et al., 2009; Twomey, Baldwin, Hopfe, & Cieza, 2015; Keel & Brown, 2010)

MITOS E VERDADES



MUITAS PESSOAS COM PCA APARENTAM ESTAR SAUDÁVEIS,
AINDA QUE ESTEJAM EXTREMAMENTE DOENTES

KEY POINTS

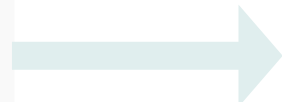
aparência saudável

+

difficuldade no reconhecimento da
severidade dça

=

atraso na detecção e procura de ajuda



é necessário

- ident. sinais precoces de complicações somáticas e co-morbilidades psiquiátricas
- educar prof. de saúde

MITOS E VERDADES

?

as PCA são uma escolha de estilo-de-vida

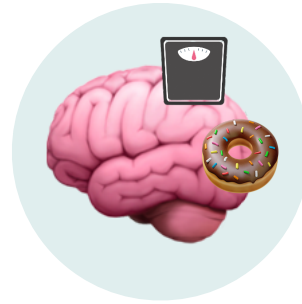
MITOS E VERDADES



as PCA são uma escolha de estilo-de-vida

MITOS E VERDADES

✓
PCA NÃO SÃO ESCOLHAS, SÃO
DOENÇAS SÉRIAS DE BASE BIOLÓGICA



alt. vias neurobiológicas da
recompensa e auto-controlo

respostas atípicas
à comida

f. e estrutura cerebral
≠ ind. saudáveis

alterações no controlo
cognitivo

associadas a traços de
personalidade

desregulações na
disponibilidade e f. de NT

na AN: ↓ massa
cinzenta

(Steinglass & Walsh, 2016; Wierenga et al., 2014; Bulik, 2016; Kaye, 2008; Kaye, Wierenga, Bailer, Simmons, & Bischoff-Grethe, 2013a; Culbert, Racine, & Klump, 2015; Kaye et al., 2013a; Kaye et al., 2013b; Kaye, 2008; Kessler, Hutson, Herman, & Potenza, 2016; Spies, Knudsen, Lanzenberger, & Kasper, 2015; Frank, 2013; Frank, 2015a; O'Hara et al., 2015; Seitz et al., 2014; Seitz, Herpertz-Dahlmann, & Konrad, 2016; Titova, Hjorth, Schiöth, & Brooks, 2013; Van den Eynde et al., 2012; Ehrlich et al., 2015; Friederich et al., 2013; Hege et al., 2015; Kaye & Strober, 2009; Kessler et al., 2016; King et al., 2016; Marsh et al., 2009; Sanders et al., 2015)

MITOS E VERDADES

?

as PCA afectam apenas adolescentes do
sexo feminino

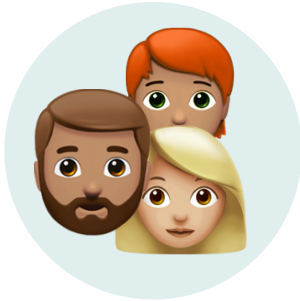
MITOS E VERDADES



as PCA afectam apenas adolescentes do
sexo feminino



AS PCA SÃO INDEPENDENTES...



género



idade



etnia



peso e forma corporal



orientação sexual e
identidade de género



estatuto socioeconómico

MITOS E VERDADES



não são exclusivas às mulheres

- homens com PCA têm menos probabilidade:
- procurar tratamento
 - serem diagnosticados, mesmo com sintomas ≈
 - aceder ao tratamento, mesmo com severidade ≈

PCA AFECTAM APENAS
ADOLESCENTES DO SEXO FEMININO



podem ocorrer ao longo do ciclo de vida

- AN e BN: adolescência/ início idade adulta
- BED: fim adolescência/ início idade adulta
- gatilhos: gravidez, menopausa, divórcio, perdas familiares, dças somáticas
- muito pouco se sabe PCA em homens adultos

(Striegel, Bedrosian, Wang, & Schwartz, 2012; Currin et al., 2007a; Austin et al., 2008)

MITOS E VERDADES

?

é possível recuperar de uma PCA

MITOS E VERDADES



é possível recuperar de uma PCA

MITOS E VERDADES



É POSSÍVEL RECUPERAR DE UMA PCA

65%

para AN a 5 anos

70%

ind. recuperados 10
anos após início

55%

para BN a 5 anos



mesmo sem recuperação total QoL e estado somático
podem ser otimizados e estabilizados!

PODE ACONTECER EM QUALQUER IDADE!

(Keski-Rahkonen et al., 2007; Keski-Rahkonen et al., 2009; Berkman, Lohr, & Bulik, 2007; Bardone-Cone et al., 2010; Emanuelli, Waller, Jones-Chester, & Ostuzzi, 2012; Treasure, Stein, & Maguire, 2015)

RED FLAGS



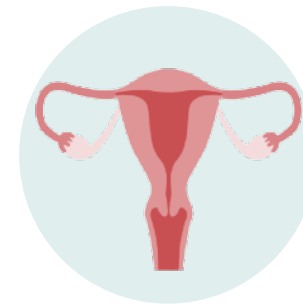
o que devo ter em atenção em contexto de consulta?

RED FLAGS



GERAIS

- ↓↑ peso acentuado/ flutuações de peso/ alt. curvas crescimento inexplicadas
- intolerância frio
- fraqueza
- fadiga
- pré-síncope
- síncope



ENDÓCRINAS

- tremores
- sudorese
- confusão/ náusea: hipoglicemia?
- amenorreia/ oligomenorreia
- ↓ libido
- ↓ dens. mineral óssea, fracturas ósseas, osteopenia, osteoporose
- infertilidade

(Herrin & Larkin 2013; AED 2021)

RED FLAGS

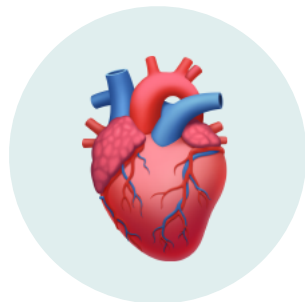


BOCA, NARIZ, OUVIDOS, GARGANTA, OLHOS

- erosão e cáries dentárias
- descalcificação esmalte
- hipertrofia gl. parótidas e salivares
- queilite angular
- olhos secos
- dificuldade deglutição
- hemorragias na córnea
- hemorragias petequiais

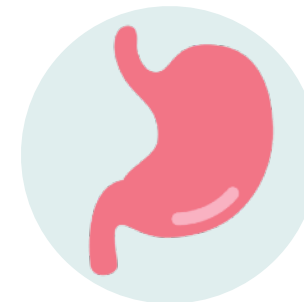


(Herrin & Larkin 2013; AED 2021)



CARDIO-RESPIRATÓRIAS

- dor no peito
- fraqueza
- hipotensão ortostática
- palpitações e arritmias cardíacas
- bradicardia/ taquicardia
- dispneia
- edema periférico



GASTROINTESTINAIS

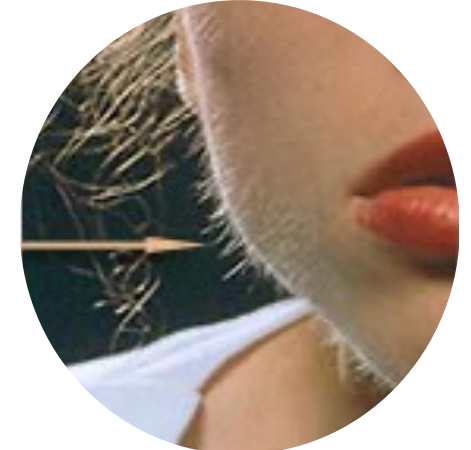
- desconforto epigástrico, inchaço abd.
- saciedade precoce
- náusea
- falta de apetite/ fome voraz
- refluxo gastroesofágico
- hematemese
- hemorróidas e prolapso rectal
- obstipação

(Herrin & Larkin 2013; AED 2021)



DERMATOLÓGICAS

- cabelos e unhas secas e quebradiças
- perda de cabelo: recuperação
- má cicatrização
- pele frágil e seca
- feridas/ contusões proeminências ósseas
- lanugo
- hipericarotenemia
- sinal de Russell



(Kim et al., 2010; Birmingham 2012; Herrin & Larkin 2013; AED 2021)



NEURO-PSIQUIÁTRICAS

- comport. depressivos, obsessivos, compulsivos
- insônia
- dif. concentração, perdas de memória
- auto-mutilação
- pensamentos, planos ou tentativa de suicídio
- ↓ flexibilidade, criatividade e espontaneidade
- ↑ rigidez social e em torno ref.
- uso/ abuso de substâncias
- convulsões



COMPORTAMENTAIS

- rituais antes, durante e após ref.
- horários e planos rígidos para ref./ exercício
- evitar sit. envolvam comida; esconder comida
- jejum
- regurgitar, vômito auto-induzido
- abuso laxantes e diuréticos
- contagem kcal excessiva; obsessão al. "saudável"
- exercício compulsivo
- ir wc imediatamente após as ref.

(MEDA, 2009; AED 2021; Herrin & Larkin 2013)

RED FLAGS



(NEDC, 2022)

EM SUMA

sensibilidade

respeito

compaixão

empatia

Curso Avançado em Nutrição Pediátrica

... dos -9 (meses) aos 18 (anos)

OBRIGADA PELA VOSSA ATENÇÃO

Maria Travassos | Nutricionista 1420N

Pós-graduação e Mestrado em Doenças Metabólicas e Comportamento Alimentar FMUL

mariatravassos.nutricionista@gmail.com

