



Manual de Orientação

Departamento Científico de
Adolescência (2019-2021)

Transtornos alimentares na adolescência: anorexia e bulimia em tempos de pandemia

Departamento Científico de Adolescência

Presidente: Alda Elizabeth Boehler Iglesias Azevedo

Secretária: Tamara Beres Lederer Goldberg

Conselho Científico: Darci Vieira da Silva Bonetto, Elizabeth Cordeiro Fernandes,
Halley Ferraro Oliveira, Ligia de Fátima Nóbrega Reato,
Maria Inês Ribeiro Costa Jonas, Gianni Cesconetto

Colaboradora: Giselle Dallazen

Introdução

As questões relacionadas ao ato de se alimentar são o “dia a dia” das queixas acolhidas pelo pediatra e quando são os adolescentes que apresentam comportamentos “destoantes” do esperado, geram preocupação nos familiares e nos profissionais, pois constitui um aspecto importante para o ser humano, a **nutrição**.

Este documento pretende ser prático e objetivo para pediatras e médicos de adolescen-

tes na abordagem dos Transtornos Alimentares (TAs), focando em dois deles: Anorexia (AN) e Bulimia (BN) Nervosa.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), os TAs são considerados “um conjunto de transtornos psiquiátricos de origem genética, hereditária, psicológica e/ou social”, caracterizados por perturbação persistente na alimentação. Considerando suas características e desencadeantes, pode-se conjecturar que sejam exacerbados durante períodos que envolvam isolamento social. São tão mais frequentes em vários países, que os TAs ganharam uma **data**

mundial de conscientização pela *Academy for Eating Disorders*: 02 de junho.¹⁻³

A relevância de enfocar o tema TAs nesse **momento de pandemia** é clara: o isolamento social fez com que as pessoas precisassem se restringir ao ambiente familiar e, a relação dos adolescentes com os pares ficou essencialmente dificultada.

Apesar de, num primeiro momento, os adolescentes buscarem melhorar as escolhas dos alimentos no núcleo familiar, por outro lado, também apresentam a possibilidade de desenvolverem TAs. Em especial, se tiverem maior dificuldade na dimensão perceptual do corpo físico, isto é, como lidar com o corpo que durante o isolamento social furtou dos jovens vivências com o grupo de pares.¹

No distanciamento social, existe quase que uma imposição ao mundo tecnológico, consumido pelos jovens de maneira ainda mais intensa, superdimensionando o envolvimento e a absorção dos ditames midiáticos.¹

No âmbito digital, de 2006 a 2016 foram encontrados 59 *weblogs*, pró anorexia e bulimia, 17 ainda ativos, com acessos que chegaram a ter 200 mil visitas, fato que demonstra uma grande capacidade de procura, alcance e influência.²

Estudo nacional de 2019, do tipo qualitativo, que abordou a temática anorexia, bulimia, perda de peso e alimentação, se baseou na seleção e análise de textos de *blogs*. Obteve-se a relação e formação de classes de palavras e observou-se a relevância de algumas palavras e sua relação com os transtornos. A palavra “dieta”, teve forte relação com o início dos TAs, e é uma estratégia de perda de peso constante. Parece ser um dos assuntos centrais dos *blogs*, nos quais há relato de com quais dietas obteve-se maior ou menor resultados, chegando até a ocorrer planejamento alimentar descrito por quantidade e dias da semana de forma sistematizada, algumas oscilando entre dias com alimento e dias sem alimento algum.²

Notou-se que a palavra “osso”, sempre estava ligada à magreza, utilizado em frases “ossos saltados”, e “dando espaço para meus maravilhosos ossos aparecem”, percebido como sinal de sucesso. O estado mental em que as autoras se encontram também foi destacado com a palavra “gritar” e “mente”. A palavra “gritar” aparece associada à sensação de alívio, pedir ajuda, já que elas relatam que carregar consigo esse transtorno torna-se algo muito pesado e esse grito seria utilizado como uma forma de válvula de escape. Alguns trechos encontrados como “quero gritar” e “tento gritar” demonstram a pressão que elas carregam. A palavra “mente” foi utilizada como referência à comida no sentido de ato de controlar a mente para não comer, evitando quadros de compulsão alimentar. Ao se referir ao ato de comer e à alimentação, notou-se uma conotação negativa com a palavra “não” sendo a mais utilizada.²

A consequência do maior contato com o **mundo digital** é passar a entender o mundo “virtual” como uma das únicas referências na relação com o corpo e perder a experiência “real” com as pessoas. Os fatores negativos e adversos decorrentes do isolamento da pandemia podem agir como gatilhos e levar indivíduos com propensão aos TAs a desenvolver a condição.^{1,3}

Vale abordar alguns conceitos relacionados ao tema. A imagem corporal é tudo aquilo que experimentamos, sentimos e vivenciamos, através do nosso corpo, ou seja, é a representação mental do próprio corpo, demora a acontecer e olhar-se no espelho nem sempre corresponde à realidade. A **distorção perceptual** é a incapacidade de reconhecer a dimensão corporal e seus segmentos de forma precisa, associada à distorção atitudinal que é a intensa insatisfação e preocupação com o corpo, gerando atitudes e comportamentos negativos e destrutivos. Desta forma, a construção neuropsíquica do mapa corporal depende das aferências do sistema somatossensorial em parte, inviabilizada pela nova realidade de isolamento social dos jovens.^{1,3}

As **motivações** para o aparecimento de TAs na adolescência podem ser variáveis, mas a in-

satisfação corporal surge de um corpo que se encontra em franca transformação, com o que o adolescente precisa aprender a lidar. Vale ressaltar que a construção da imagem corporal começa desde o início da vida e na convivência familiar, ouvindo as opiniões e imitando o comportamento dos pais e/ou cuidadores da criança. As modificações corporais são sentidas pelos jovens como uma sensação de estranheza e assim, a percepção da imagem corporal.^{1,3}

O **comportamento alimentar** na adolescência sofre influência da mídia e, também dos amigos e é relacionado ao estilo de vida, priorizando a rapidez e praticidade em obter alimentos de fácil acesso e consumo. Nesse contexto, as escolhas alimentares saudáveis se tornam cada vez mais difíceis. Além disso, as atitudes dos jovens com ações voltadas em favor da aparência física e as preocupações sobre se tem um corpo atraente ou não podem também ser gatilhos para a manifestação dos TAs. A busca pelo comer "limpo", ou seja, a evitação de alimentos industrializados, a preocupação extrema com a composição dos alimentos e seu modo de preparo, também são sinais de comportamentos de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares.³⁻⁵

Sabe-se que os adolescentes omitem o café da manhã e substituem as refeições principais, como almoço e jantar, por lanches, como sanduíches, hambúrguer, pão de queijo e pizzas. Estas escolhas são frequentes e o número de adolescentes que apresentam excesso de peso está crescendo mundialmente. Fatores genéticos, fisiológicos, comportamentais e ambientais que variam entre os indivíduos contribuem para o desenvolvimento da **obesidade**. Dessa forma, a obesidade é considerada uma doença crônica não transmissível, que pode se associar a transtornos psiquiátricos. Existem associações robustas entre obesidade e uma série de transtornos mentais (p. ex., transtorno de compulsão alimentar, transtornos depressivo e bipolar, esquizofrenia, etc). Mas, a abordagem do sobrepeso e obesidade não será objetivo do atual documento.^{1,3}

Complementando, 70% dos TAs apresentam comorbidades com outros **transtornos psiquiátricos** como: transtornos bipolares, depressivos e de ansiedade, que, em geral, ocorrem concomitantemente com a anorexia nervosa e com os bulímicos. Muitos indivíduos com AN relatam a presença de um transtorno de ansiedade ou de sintomas previamente ao aparecimento de seu transtorno alimentar. Na BN, em muitos, a perturbação do humor começa concomitantemente ou em seguida ao seu desenvolvimento, e os indivíduos afetados muitas vezes atribuem suas perturbações do humor a esse transtorno. Entretanto, em algumas pessoas, a perturbação do humor claramente precede o desenvolvimento de BN. Pode haver também frequência maior de sintomas de ansiedade (p. ex., medo de situações sociais) ou transtornos de ansiedade. Essas perturbações do humor e ansiedade com frequência cedem depois do tratamento efetivo para bulimia nervosa.⁶

A depressão é o transtorno psiquiátrico mais comum em adolescentes e adultas que apresentam o conjunto de TAs. Esse transtorno é responsável por taxas elevadas de suicídio (25%), ocorridos principalmente, na anorexia nervosa que é o transtorno mais grave.^{1,4}

O conjunto de TAs, são reconhecidos em sua prevalência, sendo que no mundo por volta do ano 2018 encontrava-se em 7,8% e entre os adolescentes brasileiros encontra-se em 13%, com pico de início dos 14 aos 19 anos. A prevalência ao longo da vida para Anorexia é de 0,6% e de Bulimia de 0,3%. Entre indivíduos do sexo feminino e masculino, a relação é de 10F:1M para Anorexia e 5F:1M para Bulimia.¹

Os TAs configuram a terceira doença crônica mais comum em adolescentes. O diagnóstico precoce, ou seja, na sua fase inicial, certamente favorece a resposta ao tratamento, impedindo o prejuízo cognitivo, de saúde física e de desenvolvimento psicossocial e a evolução para indivíduos adultos cronicamente doentes, difíceis de tratar e com altos índices de morbidade e mortalidade.¹

Entendendo os transtornos alimentares

Os TAs são desordens psiquiátricas de etiologia multifatorial que geram comportamentos inadequados denominados desvios alimentares. As perturbações persistentes na alimentação geram consumo ou absorção alterada de alimentos, levando a prejuízo e comprometimento à saúde física, emocional e funcional. A autoavaliação é baseada na percepção do seu próprio corpo e não apenas no peso, principalmente na percepção da forma corporal.^{1,3}

Autores relatam que fatores predisponentes, precipitadores e perpetuadores dos TAs como a classe social ou o *status* profissional e a educação não são associados a aumento do risco para o desenvolvimento de TAs, ou seja, qualquer indivíduo está sujeito a manifestar um TA.⁶

Entre os fatores de risco estão ambiente familiar conflituoso, *bullying* (78% mais chance de desenvolver TAs), histórico de abuso sexual, histórico de obesidade, diabetes melito.¹ Coorte populacional com 158.679 indivíduos com idades entre 12 e 24 anos e com seguimento de 8 anos, usando os critérios do *Diagnostic and Statistic Mental* (DSM) IV, os transtornos mentais parentais (mãe) prévios como, Transtorno Ansiosos, Transtorno de Humor e Transtornos de Personalidade, foram preditores de risco para o diagnóstico subsequente de TAs nas filhas.¹

Como fator de proteção dos TAs é apontado por vários autores, a família como base fundamental.⁵ Melhor relação entre pais e filhos prediz melhor autoestima e satisfação corporal.⁷ As pesquisas mostram haver correlação entre a coesão familiar e o diagnóstico de distúrbios alimentares. Sob a perspectiva de Bowen, a família é mais do que uma célula social; ela é uma unidade emocional. O que afeta um membro, afeta todos do grupo num movimento de reciprocidade. Por um lado, a força do pertencimento é o que mantém o grupo unido, no qual cada um

desempenha o seu papel e age em favor da sobrevivência de todos. Por outro lado, existe a força da individuação, a qual empurra os indivíduos para autonomia e fortalece a independência de cada um. Essa força, no contexto da evolução, visa preparar as pessoas para, na vida adulta, formarem novas famílias e assim perpetuarem a espécie.^{1,7}

Também confirmam essa perspectiva, estudos no campo da epigenética, que identificaram a modificação de certos genes pela interação social. Essas modificações regularão tanto a maneira como o indivíduo responderá à mesma situação de adaptação quanto a partir de que forma isso será feito pelas próximas gerações. As emoções são as principais responsáveis pelas modificações genéticas decorrentes das interações sociais e atuam durante todo o desenvolvimento humano e familiar.⁸

Os TAs diferem substancialmente em termos de curso clínico, desfecho e necessidade de tratamento. Os critérios para realização do diagnóstico para cada tipo de transtorno alimentar são descritos no DSM-5. Os transtornos de anorexia nervosa, BN, TA restritivo/evitativo e transtorno de compulsão alimentar, resultam em um esquema de classificação que é mutuamente excludente, de maneira que, durante um único episódio, apenas um desses diagnósticos pode ser atribuído.⁹

As diferenças dos critérios do CID-10 daqueles do DSM-5 são discretas, a principal é que o CID-10 enfatiza que a anorexia e bulimia se relacionam entre si. Há também uma diferenciação entre o CID-11 a ser seguido a partir de janeiro de 2022, apresentada no quadro 1.¹

A avaliação diagnóstica deve basear-se no **espectro dimensional**, mais do que apenas preencher os critérios diagnósticos do DSM-5. Observar a dimensão dos sintomas e atitudes da pessoa, sendo que no eixo horizontal encontra-se o pensamento de preocupação excessiva com os alimentos e a preocupação excessiva com o corpo, já no eixo vertical, o controle obsessivo alimentar excessivo e a im-

pulsividade com descontrole alimentar. Conforme as pessoas com TAs oscilam entre a dimensão de maior preocupação com o corpo e com controle obsessivo alimentar excessivo mais

característico de AN, e com a dimensão de preocupação com o corpo associado à impulsividade e descontrole alimentar mais característico de BN.¹

Quadro 1. Classificação no Código Internacional de Doenças

CID 10 - 1993	CID 11 – 2018 - 2022
F 50.0 Anorexia Nervosa F 50.1 Anorexia Nervosa Atípica	6B 80 Anorexia Nervosa (AN)
F 50.2 Bulimia Nervosa F 50.3 Bulimia Nervosa Atípica	6B 81 Bulimia Nervosa (BN)
F 50.4 Hiperfagia associada a outros distúrbios psicológicos F 50.5 Vômitos associados a outros distúrbios psicológicos	6B 82 Transtorno da Compulsão Alimentar (TCA) 6B 83 Transtorno Alimentar restritivo/evitativo
F 50.8 Outros TAs F 50.9 Transtorno de alimentação não especificado	6B 8Y Outros TA especificados (AN/BN/TCA atípicos, T. Purgativos) 6B 8Z Transtornos alimentares não especificados

Fonte: CID-10, 1993¹⁰.

O comportamento alimentar de risco é caracterizado por restrição alimentar como dietas, e por comportamentos purgativos como vômitos, uso de laxantes e diuréticos, e métodos compensatórios como prática excessiva de exercícios físicos, jejuns prolongados e uso de medicamentos emagrecedores. Também, pela compulsão alimentar por ingestão de grande quantidade de alimentos em uma única ocasião.⁴

Anorexia nervosa na adolescência

A AN apresenta-se com maior frequência entre jovens do sexo feminino quando comparadas ao sexo masculino e, ainda há deficiência de estudos envolvendo esse público. A prevalência de 12 meses de AN entre jovens do sexo feminino é de aproximadamente 0,4%.⁹ Pouco se sabe a respeito da prevalência entre indivíduos do sexo masculino, mas o transtorno é bem menos comum, com proporção feminino-masculino de aproximadamente 10:1. Sabe-se que o número

de pacientes do sexo masculino com anorexia nervosa vem aumentando cada vez mais.⁴

Pacientes com AN desenvolvem sintomas mais precocemente, entre 12 e 14 anos, quando comparados aos pacientes de BN e transtorno de compulsão.⁴ Apresentam peso corporal significativamente baixo; comportamentos para impedir a restauração do peso saudável com restrição, purgação e aumento do gasto energético. O baixo peso ou forma corporal é central para autoavaliação da pessoa, há medo de ganho de peso e distorção, ou seja, insatisfação corporal.¹

A anorexia, inicialmente, se apresenta como desejo de ser mais “saudável”, a partir disso, grupos alimentares importantes começam a ser excluídos da alimentação. O primeiro macronutriente excluído é o carboidrato, seguido pela carne vermelha. Passam a basear sua alimentação em verduras, frutas (com algumas restrições) e carnes magras, geralmente peixes. Evitam se alimentar com outras pessoas, não fazem mais refeições fora de casa (casa de amigos e restaurantes) e passam a cozinhar a sua própria refeição.⁴

As principais características da AN são a restrição alimentar, o medo intenso de engordar e a perturbação na percepção do próprio peso ou forma do corpo. O medo de ganhar peso não costuma ser amenizado com a perda de peso. Ao contrário, a preocupação com o peso pode até aumentar com a perda desse. Alguns se sentem acima do peso, outros conseguem perceber que estão magros, mas ainda se preocupam excessivamente com algumas partes do corpo, referindo como abdome e glúteos ainda estão “volumosos”. E alguns desejam manter o controle da imagem corporal a qualquer custo inclusive com o risco de “morte”.⁵

A distorção de imagem corporal presente nos quadros de AN agrava a situação, pois, além de se verem de forma diferente (acima do peso), sentem e vivem esse peso. Em certas ocasiões acreditam que não conseguirão desempenhar tarefas simples como caber em uma cadeira, ou passar em uma porta por medo do seu tamanho os impedir, mesmo estando muito magros.⁴

Critérios diagnósticos para Anorexia Nervosa segundo o DSM-5

Os critérios diagnósticos são:⁹

- Restrição da ingesta calórica em relação às necessidades, levando a peso corporal significativamente baixo no contexto de idade, gênero, trajetória do desenvolvimento e saúde física. Peso significativamente baixo é definido como um peso inferior ao peso mínimo normal ou, no caso de crianças e adolescentes, menor do que o minimamente esperado;
- Medo intenso de ganhar peso ou de engordar, ou comportamento persistente que interfere no ganho de peso, mesmo estando com peso significativamente baixo;
- Perturbação no modo como o próprio peso ou a forma corporal são vivenciados, influência indevida do peso ou da forma corporal na autoavaliação ou ausência persistente de reconhecimento da gravidade do baixo peso corporal atual.

Quadro 2. Especificar a gravidade atual.

Indicadores	Leve	Moderada	Grave
% média de IMC	80-90%	70-79%	< 70%
IMC	≥ 17 kg/m ²	16-16,99 kg/m ² ,	15-15,99 kg/m ²
escore-z IMC/idade	-1 até -1,9	-2 até -2,9	-3 ou menos
Perda de peso	>10% do peso corporal para o sexo, idade e altura	>15% do peso corporal para o sexo, idade e altura	>20% do peso corporal em 6 meses

Fonte: DSM-5, 2013⁹.

Bulimia Nervosa na adolescência

A BN, segundo o DSM-5, é mais prevalente entre adultos jovens, já que o transtorno atinge seu pico no fim da adolescência e início da idade adulta. A idade de desenvolvimento da doença difere do da AN, a BN aparece mais tardiamente, entre os 18 e 25 anos.^{4,9}

A prevalência de 12 meses de BN entre jovens do sexo feminino é de 1 a 1,5%.⁹ Assim como na AN, os estudos envolvendo jovens do sexo masculino são em menor número. Sabe-se que o número de jovens do sexo masculino com BN vem aumentando nos últimos tempos, porém o transtorno é menos comum nestes, com uma proporção feminino-masculino de aproximadamente 10:1.⁴

Critérios diagnósticos para Bulimia Nervosa no DSM-5

Os critérios diagnósticos são:^{3,6,9}

- A. Episódios recorrentes de compulsão alimentar. Um episódio de compulsão alimentar é caracterizado pelos seguintes aspectos:
1. Ingestão, em um período de tempo determinado (p. ex., dentro de cada período de duas horas), de uma quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria dos indivíduos consumiria no mesmo período sob circunstâncias semelhantes.
 2. Sensação de falta de controle sobre a ingestão durante o episódio (p. ex., sentimento de não conseguir parar de comer ou controlar o que e o quanto se está ingerindo).
- B. Comportamentos compensatórios inapropriados recorrentes a fim de impedir o ganho de peso, como vômitos autoinduzidos; uso indevido de laxantes, diuréticos ou outros medicamentos; jejum; ou exercício em excesso.

- C. A compulsão alimentar e os comportamentos compensatórios inapropriados ocorrem, em média, no mínimo uma vez por semana durante três meses.
- D. A autoavaliação é indevidamente influenciada pela forma e pelo peso corporal.
- E. A perturbação não ocorre exclusivamente durante episódios de anorexia nervosa.

Especificar se:

1. Em remissão parcial: Depois de todos os critérios para bulimia nervosa terem sido previamente preenchidos, alguns, mas não todos os critérios, foram preenchidos por um período de tempo sustentado;
2. Em remissão completa: Depois de todos os critérios para bulimia nervosa terem sido previamente preenchidos, nenhum dos critérios foi preenchido por um período de tempo sustentado.⁹

Os critérios diagnósticos para BN, encontram na frequência semanal dos comportamentos compensatórios inapropriados, a gravidade da doença.

Quadro 3. Especificar a gravidade atual.

Leve	Moderada	Grave	Extrema
Média de 1 a 3 episódios inapropriados/semana	Média de 4 a 7 episódios	Média de 8 a 13 episódios	Média de 14 ou mais

Fonte: DSM-5, 2013^{3,6,9}.

Na BN há episódios recorrentes de compulsão alimentar (uma vez por semana ou mais), perda subjetiva do controle sobre a alimentação, denominados comportamentos compensatórios repetidos inadequados com o objetivo de prevenir o ganho de peso. Os mecanismos compensatórios são conhecidos como comportamentos purgativos por vômitos provocados, uso de diuréticos, laxantes e medicamentos “emagrecedores” e prática de exercícios em excesso.^{1,3,6,9}

O episódio de compulsão alimentar é definido pela ingestão de uma quantidade de alimento maior do que a maioria das pessoas comeria

em um mesmo período de tempo em circunstâncias semelhantes, em menos de duas horas, sem conseguir parar de comer, ou seja, falta de controle em parar, até que o jovem se sinta desconfortável ou dolorosamente “cheio”, seguido de culpa.

Necessário diferenciar o Transtorno de Compulsão Alimentar (TCA) no qual os episódios de compulsão alimentar existem e, apesar de apresentarem a culpa como uma característica central, não é seguida de comportamentos compensatórios, ou seja, nada é feito com a intenção de evitar o ganho de peso, por isso, esses

pacientes geralmente apresentam sobrepeso e obesidade.^{1,4}

Há vários gatilhos que antecedem a compulsão alimentar como o afeto negativo, estresse interpessoal, restrições dietéticas, sentimentos negativos em relação ao corpo e tédio. Há um ciclo básico da BN que se inicia no pensamento “me acho gorda” levando à restrição alimentar – purgação – compulsão, repetindo-se continuamente. O peso ou forma corporal é central para a autoavaliação da pessoa, distorção e insatisfação corporal.^{1,3}

Pacientes com BN tem por características serem mais impulsivos e desorganizados. Apresentam grandes dificuldades de se alimentar com outras pessoas e na maior parte do tempo mantém uma dieta restritiva, seguida de episódios de compulsão alimentar e de comportamentos purgativos e métodos compensatórios. Um comportamento que pode ser notado pela família é o uso do banheiro logo após se alimentar. Esses pacientes também apresentam extrema dificuldade em fazer o diário alimentar proposto. Apresentam grande insatisfação corporal e visão negativa com relação à imagem corporal.⁴

Ferramentas para investigação

Há vários questionários na literatura que são usados para avaliação dos TAs. Os mais utilizados em estudos populacionais chamam-se *Eating Attitudes Test* (EAT) e o *Bulimic Investigatory Test Edinburg* (BITE).³

O teste EAT, é baseado em três critérios: 1) a pontuação total com base nas respostas às perguntas do EAT-26; 2) respostas às questões comportamentais relacionadas aos sintomas alimentares e perda de peso e 3) índice de massa corporal (IMC) do indivíduo calculado a partir da altura e do peso.³

O EAT-26 demonstrou boa especificidade e sensibilidade moderada para detectar TAs. Caso

a pessoa obtenha uma pontuação abaixo de 20 com o EAT-26, também pode ter um problema alimentar sério, portanto, sugere-se que isso não a impeça de procurar ajuda. O EAT deve ser usado como a primeira etapa em um processo de triagem de dois estágios. Segundo esse método, os indivíduos com pontuação igual ou superior a 20 no teste devem ser entrevistados por profissional habilitado para verificar se atendem aos critérios diagnósticos de TAs.³

No teste de investigação bulímica de Edimburgo (BITE), a tradução e a retrotradução para a língua portuguesa, foram realizadas de maneira cuidadosa e satisfatória, por uma equipe multidisciplinar de saúde, com experiência no tema, com o propósito de adaptar esse instrumento, respeitando os valores socioculturais da população brasileira de adolescentes. A versão para adolescentes mostrou boa equivalência linguística, conceitual e da escala, além de a versão e adaptação serem consideradas apropriadas, independente do examinador, podendo, assim, ser utilizadas para avaliação de sintomas de BN.⁶

A versão final do BITE inclui duas escalas: uma de sintomas (30 itens sim/não, com escore variando de 0 a 30) e outra de gravidade (três itens dimensionais). Esses dois escores podem ser adicionados para produzir um escore total. Na escala de sintomas, um escore elevado (igual a 20) indica um padrão alimentar muito perturbado e a presença de compulsão alimentar com grande possibilidade de bulimia; escores médios (entre 10 e 19) sugerem padrão alimentar não-usual, necessitando de avaliação por uma entrevista clínica, e escores abaixo de 10 estão dentro do limite da normalidade. Na escala de gravidade, um escore maior que 5 é considerado clinicamente significativo e igual a 10 indica elevado grau de gravidade.⁶

Aspectos do exame físico

Os TAs são de diagnóstico clínico e os exames laboratoriais irão auxiliar no acompanhamento

dos adolescentes. Ao exame físico, alguns sinais podem ser identificados como: erosão do esmalte dentário pela exposição ao ácido clorídrico, irritação em orofaringe, a cor amarelada da pele devido hipercarotenemia, lesão ou calosidades nas articulações interfalangeanas das mãos (sinal de Russell), perda de cabelo, unhas fracas, grandes oscilações de peso em curto espaço de tempo.^{4,5}

Exames complementares

Os exames laboratoriais, dependendo do momento da avaliação podem encontrar-se dentro da normalidade. No seguimento ambulatorial e na necessidade de internação hospitalar, os exames primeiramente solicitados são: hemograma completo, eletrólitos (P, Ca, Mg, Na, K, Fe, Zn), eletroforese de proteínas, perfil lipídico, glicemia de jejum, transaminases hepáticas, hormônio tireoestimulante (TSH), vitamina B12 e vitamina D, dosagem de prolactina, dosagem do hormônio folículo estimulante (FSH) e hormônio luteinizante (LH), dehidroepiandrosterona (DHEA), hormônio do crescimento (GH) e somatomedina ou fator de crescimento tipo insulina I (IGF-1).^{1,4,5}

Havendo sinais de descompensação clínica se faz necessário solicitar eletrocardiograma e ecocardiograma, principalmente na fase de realimentação dos pacientes desnutridos graves e crônicos com acompanhamento médico.

Abordagem terapêutica

No contexto atual, a telemedicina tem conseguido grande destaque e o pediatra ao se deparar com pacientes apresentando transtornos alimentares durante o isolamento, com todas as vantagens e limitações que a telemedicina possui, pode se utilizar dessa ferramenta, que permite o encaminhamento para profissionais especializados no atendimento dos TAs.

É importante notar que alguns pacientes, como aqueles com anorexia, podem não se interessar por um tratamento ou até oferecer resistência a ele. Uma estratégia é sugerir o encaminhamento ou iniciar a abordagem das comorbidades que esses pacientes possam apresentar, como transtornos ansiosos ou transtornos do humor. Desta forma, a avaliação psiquiátrica é necessária, pois para cada transtorno do grupo é possível adotar uma abordagem diferente. Já existem trabalhos que investigam principalmente as técnicas de psicoterapia cognitiva-comportamental (TCC) na forma de aplicativos, por exemplo.¹

As opções de tratamento, geralmente incluem atendimento ambulatorial, hospital parcial (programa diurno) e internação hospitalar.¹¹ Necessita de equipe multidisciplinar com experiência no tratamento desses distúrbios, que idealmente deveria ser constituída por pediatra, com área de atuação em medicina do adolescente, nutrólogo, endocrinologista, cardiologista, nutricionista, fisioterapeuta da imagem corporal e profissionais da saúde mental como psiquiatra e psicólogo. Durante o atendimento hospitalar é necessária uma equipe de enfermagem capacitada para os TAs.

Ao médico pediatra/médico de adolescentes cabe o papel de acompanhar de forma integral e empática a(o) adolescente, fornecer amparo e esclarecimento à família, bem como, organizar e centralizar o atendimento multi, interdisciplinar, além de monitorar problemas imediatos como por exemplo, estabilidade dos sinais vitais, anormalidades eletrolíticas e status de hidratação, bem como problemas de longo prazo resultantes aos TAs como, alterações da massa óssea, do ciclo menstrual e da saúde reprodutiva e do crescimento.¹¹

Equipe de suporte nutricional

É importante avaliar medidas de peso e altura, restrições alimentares, crenças nutricionais e

a relação com os alimentos. A educação nutricional abrange conceitos de alimentação saudável, tipos, funções e fontes dos nutrientes, recomendações nutricionais, consequências da restrição alimentar e das purgações. Na fase inicial, trabalha-se mais intensamente a relação que o paciente tem para com os alimentos e o seu cor-

po, ajudando-o a identificar os significados que o corpo e a alimentação possuem.

Vale ressaltar que as nutricionistas precisam estar atentas à forma de abordar as questões nutricionais no paciente com TAs e ir além da forma tradicional que é demonstrada no quadro 4.¹

Quadro 4. Abordagem na Terapia Nutricional

Modelo Nutricional Tradicional	Modelo de Terapia Nutricional
Foco em nutrientes que o paciente come.	Foco em como o paciente come.
Intervenções de curto prazo, primariamente educativas.	Intervenções de longo prazo, nas quais a educação é um componente.
Relacionamento mínimo.	Relacionamento significativo, que por si só já é parte do tratamento.
Plano de ação é determinado rapidamente, nos primeiros encontros.	Plano de ação é muito individualizado evolui com o tempo.

Fonte: Adaptado de Reiff e Reiff, 1992¹².

Avaliar, em primeira consulta, o que o paciente está conseguindo comer e, semanalmente, aumentar de acordo com as possibilidades e necessidades. A privação alimentar está por trás da compulsão alimentar e o objetivo da terapia nutricional está em reestabelecer os padrões regulares de alimentação. Iniciar plano alimentar de refeições e lanches ao longo do dia, como exemplo, três refeições e mais dois ou três lanches, não ficar mais que quatro horas sem comer, prover energia e nutrientes de maneira adequada e alimentar-se sentado à mesa e sem distrações.¹

Alguns alimentos “gatilhos” precisam ser evitados até que a compulsão esteja sob controle e só os reintroduzir gradualmente nas refeições em ambientes seguros. A purgação, principalmente os vômitos autoinduzidos, melhoram com a redução da compulsão alimentar, mas também ocorrem independentes da compulsão e da vontade. A redução da compulsão alimentar diminui a culpa e a vergonha vivenciadas pelos pacientes com TAs.

O plano de ação deve conter todas as categorias de alimentos e em relação a quantidade de calorias dependerá do grau de desnutrição apresentada no quadro 5.

Quadro 5. Calorias na realimentação dependendo do grau de desnutrição.

Estado Nutricional	Realimentação
Desnutrição leve (80% a 90% IMC) Desnutrição moderada (70% a 80% IMC)	1400-1800 Kcal/dia com aumento diário de aproximadamente 400 Kcal/dia até que se atinja a meta de ganho ponderal de 1 a 2 Kg/semana.
Desnutrição grave (< 70% IMC)	1000-1200 Kcal/dia ou 20-25 Kcal/kg/dia com aumento de aproximadamente 200 Kcal a cada 2 dias até que se atinja a meta de ganho ponderal de 1 Kg/semana.

Fonte: Academy for Eating Disorders, 2020¹.

Para os pacientes com desnutrição leve, acompanhadas ambulatorialmente, se faz necessário estabelecer metas de IMC e reavaliar as metas a cada 3 a 6 meses. Em pacientes com desnutrição moderada, revisão sistemática que incluiu 22 estudos, concluiu que iniciar a realimentação com baixas calorias é muito conservador. Os pacientes perdem peso no início, sendo o ganho mais lento, e o tempo de internação hospitalar mais longo. Em desnutridos graves, não há evidências suficientes para se mudar o

padrão de realimentação (início com baixas calorias). Nas pacientes internadas deseja-se o ganho de 1kg/semana, aumentando gradativamente, com monitorização dos sintomas e dos sinais vitais.¹

As indicações de internação hospitalar para anorexia e bulimia são apresentadas no quadro 6 e a abordagem referente aos cuidados durante a realimentação hospitalar não serão abordados nesse documento.

Quadro 6. Indicações de Internação

Anorexia nervosa	Bulimia nervosa
• < 75% da média de IMC para idade e sexo, • Desidratação, • Distúrbios eletrolíticos (hipofosfatemia, hipocalemia, hiponatremia), • Instabilidade com: bradicardia (<50bpm acordado) ou (<45 quando dormindo), hipotensão (90/45mmHg), hipotermia (<35,6°C), hipotensão ortostática (>20mmHg sistólica ou >10mmHg diastólica) e aumento da FC (>20bpm quando em pé), • Alterações ECG (QTc prolongado), • Interrupção do crescimento e desenvolvimento, • Recusa aguda na ingestão de alimentos, • Complicações agudas da desnutrição (síncope, convulsões, falência cardíaca, pancreatite), • Comorbidades psiquiátricas (ideação suicida) ou condições médicas que limitam o tratamento ambulatorial (diabete tipo 1 descontrolado).	• Distúrbios eletrolíticos, • Desidratação, • Compulsão alimentar ou purgação incontroláveis, • Falha no tratamento ambulatorial, • Comorbidades psiquiátricas (ideação suicida) ou condições médicas que limitam o tratamento ambulatorial (diabete tipo 1 descontrolado).

Fonte: Vitale MSS, 2019.^{1,5}

Diante da internação hospitalar se torna crucial identificar os pacientes com alto risco de desenvolver a Síndrome de Realimentação que ocorre em consequência do suporte nutricional (oral, enteral ou parenteral) em pacientes severamente e cronicamente desnutridos, que se caracteriza por alterações hormonais e metabólicas que ocorrem durante o processo de realimentação.¹

A característica bioquímica mais marcante da Síndrome de realimentação é a hipofosfatemia. No entanto, trata-se de situação clínica complexa e pode apresentar desequilíbrio de sódio, mudanças no metabolismo da glicose, proteína e gordura, deficiência de tiamina, hipocalemia, hipomagnesemia e acidose metabólica. Pode acarretar alterações neurológicas, sintomas respiratórios, arritmias e falência cardíaca, todas situações muito graves, porém evitáveis.¹

A alta hospitalar só pode ocorrer com a recuperação e manutenção completa de peso até a faixa saudável para a paciente com resolução de instabilidades clínicas e psiquiátricas. Além disso, com aceitação alimentar com aporte de energia adequado, comportamentos compensatórios ou purgativos controlados, pais capacitados tanto para a realimentação domiciliar quanto para inibição de comportamentos compensatórios ou purgativos.¹

Equipe suporte psiquiátrico e psicológico

É imprescindível que a avaliação psiquiátrica seja realizada e uma meta a ser priorizada são os problemas emocionais sobre os quais emana o transtorno alimentar. Há alguns manejos básicos no tratamento psiquiátrico diferenciado entre a anorexia e bulimia conforme demonstrado no quadro 7.¹

Quadro 7. Manejo Psiquiátrico e psicológico

Anorexia nervosa	Bulimia nervosa
Psiquiatra ajudará os pais a salvarem a vida da sua filha	O psiquiatra ajudará os pais a apoiarem seu filho na luta contra a BN
Recuperação do peso: Metas semanais Avaliar necessidade de repouso Alcançar a faixa de peso saudável	Relação médico-paciente Alcançar faixa de peso saudável
Responsabilidade dos pais	Psicoeducação constante pais e paciente
Padrão alimentar adequado	Padrão alimentar adequado progressivamente
Eliminação de comportamentos compensatórios	Eliminação das restrições e compulsões progressivamente
Autonomia progressiva para a paciente	Responsabilidade compartilhada entre pais e paciente

Fonte: American Psychiatric Association, 2013.¹

Em relação aos tratamentos psicoterápicos e farmacológicos, há várias lacunas identificadas na literatura científica para trabalhos futuros, incluindo pesquisas mais aprimoradas sobre novos tratamentos primários e adjuvantes, a fim de abordar transtornos alimentares graves e comorbidades complexas na população adolescente.^{1,13}

De todos os tratamentos empregados, o *Family-Based Treatment* (FBT), no qual os pais são responsáveis pelo processo de realimentação, houve maior número de evidências para apoiar seu uso em crianças e adolescentes com AN. Meta-análise de alta qualidade demonstrou que maior

ganho de peso e maiores taxas de remissão foram alcançados em FBT em comparação com o tratamento individual, especialmente quando se olha para um ano de acompanhamento.^{1,13}

Na intervenção familiar o foco não é “a doença” em si, mas ampliar os cuidados para as próprias emoções dos pais para ajudar com o sentimento dos filhos. Atitudes como: ficar com os filhos pós refeição de uma hora até uma hora e meia, entender que todo impulso/vontade tem um tempo de duração, os irmãos e amigos podem ser aliados após as refeições, combinar de forma clara e sem surpresas, manter o ambiente seguro e cuidar da sobrecarga entre os familia-

res, isto é, avaliar quem na família pode ajudar no quê!^{1,13}

A Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) incentiva os pacientes a mudar as cognições disfuncionais como pensamentos e crenças sobre peso e forma corporal e, distúrbios comportamentais, por exemplo, restrição excessiva de alimentos, que perpetuam a anorexia nervosa e, enfatizam menos os fatores que causaram o distúrbio.^{1,11,13}

A TCC adicionada como um complemento ao FBT para pacientes jovens com AN ou BN, mostrou para AN, em três séries de casos e dois relatos de casos, aumento do peso e sintomas psicológicos com módulos adicionais sobre perfeccionismo ou exposição. Para BN, um estudo de caso-controle que comparou um paciente tratado com FBT mais TCC com outro paciente tratado apenas com FBT, evidenciou que ambos os pacientes melhoraram em termos de sintomas de compulsão alimentar/purgação.^{1,13}

Em termos de tratamento farmacológico há também lacunas científicas e mais estudos são necessários para a população de adolescentes. Em relação aos Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina (ISRS) para AN, estudo retrospectivo comparou 19 pacientes adolescentes com AN em uso de ISRS com 13 pacientes não tratados. Esses autores não observaram diferenças entre os grupos em termos de IMC, psicopatologia do transtorno alimentar ou sintomas depressivos e obsessivo-compulsivos após avaliar os pacientes na admissão, alta e seguimento de um ano. Os ISRS envolvidos neste estudo incluíam fluoxetina (dose média de 35 mg por dia), fluvoxamina (dose média de 120 mg por dia) e sertralina (dose média de 100 mg por dia).¹³ Na prevenção de recaída, ou seja, na fase de manutenção o uso de fluoxetina é controverso e há escassez de estudos em adolescentes.¹

O medicamento alprazolam para AN, tem uso questionável e se for usado, a indicação é por período curto, administrado trinta minutos antes das refeições, há potenciais efeitos paradoxais em adolescentes e risco de dependência

e abuso. É necessário cuidar para não impedir o enfrentamento progressivo das ansiedades peculiares ao transtorno alimentar.¹

Os ISRS estudados em crianças e jovens com BN, embora as evidências sejam escassas, um ensaio aberto de fluoxetina em dez adolescentes de 12 a 18 anos relatou em 8 semanas uma dose titulada de fluoxetina (máximo de 60 mg por dia) junto com psicoterapia de suporte, mostrou frequências de episódios de compulsão periódica diminuídas significativamente de uma média de 4,1 a zero episódios por semana, e os expurgos semanais diminuíram de 6,4 para 0,4 episódios por semana. Setenta por cento dos pacientes foram avaliados como tendo melhorado ou melhorado muito na escala de melhoria de impressões clínicas globais. Não foram observados efeitos colaterais significativos. Não se sabe se os pacientes mantiveram esses benefícios em longo prazo.¹³

Desta forma, para BN, os medicamentos sertralina e fluoxetina apresentam eficácia nos sintomas alvo da bulimia, a compulsão e vômitos, diminuem em 50% a 75%. A indicação do uso na literatura é para apenas se houver falha de outros manejos de escolha.

Há limitações no conhecimento sobre os tratamentos psicoterápicos e farmacológicos, com poucos estudos em adolescentes, amostras pequenas e potencialização de efeitos colaterais, o que dificulta o manejo mais adequado, mostrando a importância de ocorrer o acompanhamento com equipe capacitada para os TAs.^{1,13}

Prognóstico na evolução

Na evolução do quadro, o prognóstico para pacientes anoréxicas, há retorno do ganho ponderal e retorno dos ciclos menstruais em 50%; o ganho de peso é regular e com recaídas em 25% e as demais terão evolução precária. Estima-se que, a longo prazo, 45% dos pacientes tenham recuperação total, 20% permaneçam grave-

mente doentes e 30% tenham remissão parcial (p. ex., mantendo hábitos alimentares inadequados). A mortalidade encontra-se por volta de 5%, sendo metade por conta das complicações da inanição e grande parte da outra metade por suicídio.^{5,14}

Tratando-se de uma categoria recente, pouco se sabe sobre sua evolução quando comparado à AN; os estudos são ainda heterogêneos e com resultados inconclusivos. Estima-se que cerca de 47% dos pacientes que completam o tratamento tenham uma resposta satisfatória quanto aos sintomas bulímicos, cerca de 26% remitam parcialmente e cerca de 26% se cronifiquem. Na paciente com bulimia, 30% terão episódios recorrentes de vômitos e ingestão excessiva.⁵ Raramente pacientes bulímicos desenvolvem quadros de AN, sendo mais comum a migração para a categoria de Transtorno da Compulsão Alimentar (TCA). As taxas de mortalidade são baixas (cerca de 1%), porém o risco de morte é elevado, não por complicações clínicas, mas por um elevado risco de suicídio.^{5,14}

Papel do pediatra na abordagem dos transtornos alimentares na adolescência

A abordagem dos TAs na população adolescente necessita de maior habilidade na identificação dos mesmos pelos pediatras para que se possa alcançar um diagnóstico precoce e assim, melhorar a qualidade de vida das e dos adolescentes.

O pediatra e/ou o médico de adolescentes são fundamentais na prevenção conjunta dos TAs e obesidade, e devem propiciar suporte para implementação de comportamentos alimentares e atividade física saudáveis, que possam ser mantidos a longo prazo. Há necessidade de de-

sencorajar prática de dietas, o “pular” refeições e uso de medicamentos para emagrecer. O foco não deve ser no peso corporal e sim em hábitos saudáveis e peso saudável.

Encorajar as refeições em família, pois é o ambiente primordial para o enfrentamento dos TAs. Esclarecer sobre a construção da imagem corporal positiva no ambiente familiar, estando atento à percepção corporal que os adolescentes relatam de si mesmo. Esses dados podem auxiliar os profissionais ao direcionamento do tratamento individualizado.

Ressaltar que o consumo de informações na web relacionado ao comportamento alimentar e imagem corporal deve ser cauteloso, visto sua grande influência negativa na saúde de adolescentes e adultos jovens, principalmente do sexo feminino. Alguns *post* de *blogs*, vídeos no *Youtube*, emitem convites a participar de comunidades em outras plataformas. Isso corrobora com o fato de atentar para o mundo virtual preocupando-se como isso pode afetar as informações que os jovens e familiares estão consumindo e não deixando que esse ambiente digital seja o único espaço no qual essas pessoas se sentem à vontade para se expressar, para serem compreendidas e pertencentes a um grupo. Fato que demonstra a formação de uma rede de incentivo à “doença” de forma mais intimista dificultando intervenções de apoio e enfrentamento.

Desta forma, o universo digital precisa ser mais estudado por ser uma fonte bastante rica de informações sobre os processos do cotidiano que envolvem a anorexia e bulimia. É preciso elaborar novos espaços de ajuda em que as conversas aconteçam de forma saudável e em direção a melhoria na qualidade de vida.

Por fim, o pediatra, em especial o médico de adolescentes, pode orientar programas de prevenção e de serviços de assistência destinados a atender as demandas oriundas das condições dos TAs.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. Guimarães V, Brito A, Popoutchi P. In: I Jornada Multidisciplinar Pediátrica de Transtornos Alimentares e Obesidade (internet) 2021; maio 29; São Paulo: SP. Disponível em: <https://iep.hospitalsiriolibanes.org.br/cursos/atualizacao/i-jornada-multidisciplinar-pediatica-de-transtornos-alimentares-e-obesidade> Acesso em 29 de maio de 2021.
02. Frauches AM, Silva VE. A estrutura discursiva de blogs pró transtornos alimentares (Monografia). Brasília: Faculdade de Ciências da Educação e Saúde, curso nutrição, Universidade de Brasília; 2019. 17 p.
03. Fontanezi NM, Pereira AML. Comportamento Alimentar de Risco. In: Vitale MSS et al. Medicina do Adolescente: fundamentos e prática. 1. Ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2019, 401-406.
04. Alvarenga MS, Dunker KLL, Philippi ST. Transtornos alimentares e nutrição: da prevenção ao tratamento. São Paulo: Manole; 2020.
05. Sociedade de Pediatria de São Paulo. Recomendações: atualização de condutas em pediatria. Transtornos Alimentares. Departamento de Adolescência; gestão 2007-2009; número 40, 12 p.
06. Ximenes RCC, Colares V, Bertulino T, Couto GBL, Sougey EB. Versão brasileira do BITE para uso em adolescentes. Arq. bras. psicol. [Internet]. 2011;63(1):52-63. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672011000100007&lng=pt acesso em 10 de maio de 2021.
07. de Vries DA, Vossen HGM, van der Kolk-van der Boom P. Mídia social e insatisfação corporal: Investigando o papel atenuante das relações positivas entre pais e adolescentes. J Youth Adolesc. 2019;48 (3):527-536. DOI: 10.1007/s10964-018-0956-9.
08. Otto AFN, Ribeiro MA. A escolha alimentar e a complexidade dos sistemas humanos. Revista bras. Pisoter. 2020;22(1):83-101.
09. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), Fifth Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
10. Organização Mundial de Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993. p. 351.
11. Yager J, Andersen A, Devlin M, Egger H, Herzog D, Mitchell J, et al. Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. Second edition. In: American Psychiatric Association practice guidelines for treatment of psychiatric disorders: compendium 2000. 1st edition. Washington (DC): American Psychiatric Association; 2000.
12. Reiff DW, Reiff KKL. Eating disorders: nutrition therapy in the recovery process. Maryland: Aspen Publishers; 1992.
13. Couturier, Jennifer et al. "Diretrizes de prática canadenses para o tratamento de crianças e adolescentes com transtornos alimentares". J Transt Alim. 2020;84: 1 de fevereiro. doi: 10.1186/s40337-020-0277-8
14. Paraventi F, Claudino AM. Transtornos Alimentares. In: Paraventi F, Chaves AC. Manual de Psiquiatria Clínica. 1. ed. Rio de Janeiro: Roca, 2016. 151-164.



Diretoria

Triênio 2019/2021

PRESIDENTE:
Luciana Rodrigues Silva (BA)

1º VICE-PRESIDENTE:
Clóvis Francisco Constantino (SP)

2º VICE-PRESIDENTE:
Edson Ferreira Liberal (RJ)

SECRETÁRIO GERAL:
Sidnei Ferreira (RJ)

1º SECRETÁRIO:
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

2º SECRETÁRIO:
Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)

3º SECRETÁRIO:
Virgínia Resende Silva Weffort (MG)

DIRETORIA FINANCEIRA:
Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

2ª DIRETORIA FINANCEIRA:
Cláudio Hoinoff (RJ)

3ª DIRETORIA FINANCEIRA:
Hans Walter Ferreira Greve (BA)

DIRETORIA DE INTEGRAÇÃO REGIONAL
Fernando Antônio Castro Barreiro (BA)

COORDENADORES REGIONAIS

NORTE:
Bruno Acatauassu Paes Barreto (PA)
Adelma Alves de Figueiredo (RR)

NORDESTE:
Anamaria Cavalcante e Silva (CE)
Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)

SUDESTE:
Rodrigo Aboudib Ferreira Pinto (ES)
Isabel Rey Madeira (RJ)

SUL:
Darcí Vieira Silva Bonetto (PR)
Helena Maria Correa de Souza Vieira (SC)

CENTRO-OESTE:
Regina Maria Santos Marques (GO)
Natasha Shlessarenko Fraife Barreto (MT)

COMISSÃO DE SINDICÂNCIA

TITULARES:
Gilberto Pascolat (PR)
Aníbal Augusto Gaudêncio de Melo (PE)
Maria Sidneuma de Melo Ventura (CE)
Isabel Rey Madeira (RJ)

SUPLENTE:
Paulo Tadeu Falanghe (SP)
Tânia Denise Resener (RS)
João Coriolano Rego Barros (SP)
Marisa Lopes Miranda (SP)
Joaquim João Caetano Menezes (SP)

CONSELHO FISCAL

TITULARES:
Núbia Mendonça (SE)
Nelson Grisard (SC)
Antônio Márcio Junqueira Lisboa (DF)

SUPLENTE:
Adelma Alves de Figueiredo (RR)
João de Melo Régis Filho (PE)
Darcí Vieira da Silva Bonetto (PR)

ASSESSORES DA PRESIDÊNCIA PARA POLÍTICAS PÚBLICAS:

COORDENAÇÃO:
Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

MEMBROS:
Clóvis Francisco Constantino (SP)
Maria Albertina Santiago Rego (MG)
Donizetti Dimer Giamberardino Filho (PR)
Sérgio Tadeu Martins Marba (SP)
Alda Elizabeth Boehler Iglesias Azevedo (MT)
Evelyn Eisenstein (RJ)
Paulo Augusto Moreira Camargos (MG)
João Coriolano Rego Barros (SP)
Alexandre Lopes Miralha (AM)
Virgínia Weffort (MG)
Themis Reverbel da Silveira (RS)

DIRETORIA DE QUALIFICAÇÃO E CERTIFICAÇÃO PROFISSIONAL
Maria Marluce dos Santos Vilela (SP)
Edson Ferreira Liberal (RJ)

COORDENAÇÃO DE CERTIFICAÇÃO PROFISSIONAL
José Hugo de Lins Pessoa (SP)

COORDENAÇÃO DE ÁREA DE ATUAÇÃO
Mauro Batista de Moraes (SP)
Kerstin Taniguchi Abagge (PR)
Ana Alice Ibiapina Amaral Parente (RJ)

COORDENAÇÃO DO CEXTEP (COMISSÃO EXECUTIVA DO TÍTULO DE ESPECIALISTA EM PEDIATRIA)

COORDENAÇÃO:
Hélcio Villça Simões (RJ)

MEMBROS:
Ricardo do Rego Barros (RJ)
Clóvis Francisco Constantino (SP)
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)
Carla Príncipe Pires C. Vianna Braga (RJ)
Flávia Nardes dos Santos (RJ)
Cristina Ortiz Sobrinho Valette (RJ)

Grant Wall Barbosa de Carvalho Filho (RJ)
Sidnei Ferreira (RJ)
Sílvia Rocha Carvalho (RJ)

COMISSÃO EXECUTIVA DO EXAME PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE ESPECIALISTA EM PEDIATRIA AVALIAÇÃO SERIADA

COORDENAÇÃO:
Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)
Victor Horácio de Souza Costa Junior (PR)

MEMBROS:
Henrique Mochida Takase (SP)
João Carlos Batista Santana (RS)
Luciana Cordeiro Souza (PE)
Luciano Amedée Péret Filho (MG)
Mara Morelo Rocha Felix (RJ)
Marilucia Rocha de Almeida Picanço (DF)
Vera Hermina Kalika Koch (SP)

DIRETORIA DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS
Nelson Augusto Rosário Filho (PR)
Sérgio Augusto Cabral (RJ)

REPRESENTANTE NA AMÉRICA LATINA
Ricardo do Rego Barros (RJ)

DIRETORIA DE DEFESA DA PEDIATRIA

COORDENAÇÃO:
Fábio Augusto de Castro Guerra (MG)

MEMBROS:
Gilberto Pascolat (PR)
Paulo Tadeu Falanghe (SP)
Cláudio Orestes Brito Filho (PB)
João Cândido de Souza Borges (CE)
Anesísia Coelho de Andrade (PI)
Isabel Rey Madeira (RJ)
Donizetti Dimer Giamberardino Filho (PR)
Jocileide Sales Campos (CE)
Maria Nazareth Ramos Silva (RJ)
Gloria Tereza Lima Barreto Lopes (SE)
Corina Maria Nina Viana Batista (AM)

DIRETORIA DOS DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS E COORDENAÇÃO DE DOCUMENTOS CIENTÍFICOS
Dirceu Solé (SP)

DIRETORIA-ADJUNTA DOS DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS
Emanuel Sávio Cavalcanti Sarinho (PE)

DOCUMENTOS CIENTÍFICOS
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Dirceu Solé (SP)
Emanuel Sávio Cavalcanti Sarinho (PE)
Joel Alves Lamounier (MG)

DIRETORIA DE CURSOS, EVENTOS E PROMOÇÕES
Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck (SP)

MEMBROS:
Ricardo Queiroz Gurgel (SE)
Paulo César Guimarães (RJ)
Cléa Rodrigues Leone (SP)

COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL
Maria Fernanda Branco de Almeida (SP)
Ruth Guinsburg (SP)

COORDENAÇÃO PALS – REANIMAÇÃO PEDIÁTRICA
Alexandre Rodrigues Ferreira (MG)
Kátia Laureano dos Santos (PB)

COORDENAÇÃO BLS – SUPORTE BÁSICO DE VIDA
Valéria Maria Bezerra Silva (PE)

COORDENAÇÃO DO CURSO DE APRIMORAMENTO EM NUTROLOGIA PEDIÁTRICA (CANP)
Virgínia Resende Silva Weffort (MG)

PEDIATRIA PARA FAMÍLIAS
Nilza Maria Medeiros Perin (SC)
Normeide Pedreira dos Santos (BA)
Márcia de Freitas (SP)

PORTAL SBP
Luciana Rodrigues Silva (BA)

PROGRAMA DE ATUALIZAÇÃO CONTINUADA À DISTÂNCIA
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Edson Ferreira Liberal (RJ)
Natasha Shlessarenko Fraife Barreto (MT)
Ana Alice Ibiapina Amaral Parente (RJ)

DIRETORIA DE PUBLICAÇÕES
Fábio Ancona Lopez (SP)

EDITORES DA REVISTA SBP CIÊNCIA
Joel Alves Lamounier (MG)
Altacilio Aparecido Nunes (SP)
Paulo Cesar Pinho Ribeiro (MG)
Flávio Diniz Capanema (MG)

EDITORES DO JORNAL DE PEDIATRIA (JPED)

COORDENAÇÃO:
Renato Procianny (RS)

MEMBROS:
Crésio de Aragão Dantas Alves (BA)
Paulo Augusto Moreira Camargos (MG)
João Guilherme Bezerra Alves (PE)
Marco Aurélio Palazzi Sáfadi (SP)

Magda Lahogue Nunes (RS)
Gisélia Alves Pontes da Silva (PE)
Dirceu Solé (SP)
Antônio Jose Ledo Alves da Cunha (RJ)

EDITORES REVISTA RESIDÊNCIA PEDIÁTRICA
Clemax Couto Sant'Anna (RJ)
Marilene Augusta Rocha Crispino Santos (RJ)

EDITORIA ADJUNTA:
Márcia Garcia Alves Galvão (RJ)

CONSELHO EDITORIAL EXECUTIVO:
Sidnei Ferreira (RJ)
Isabel Rey Madeira (RJ)
Mariana Tschoepke Aires (RJ)
Márcia de Fatima Bazhuni Pombo Sant'Anna (RJ)
Sílvia da Rocha Carvalho (RJ)
Rafaela Baroni Aurilio (RJ)
Leonardo Rodrigues Campos (RJ)
Alvaro Jorge Madeiro Leite (CE)
Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)
Márcia C. Bellotti de Oliveira (RJ)

CONSULTORIA EDITORIAL:
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)
Fábio Ancona Lopez (SP)
Dirceu Solé (SP)
Joel Alves Lamounier (MG)

EDITORES ASSOCIADOS:
Danilo Blank (RS)
Paulo Roberto Antonacci Carvalho (RJ)
Renata Dejair Waksman (SP)

COORDENAÇÃO DO PRONAP
Fernanda Luisa Ceragiolli Oliveira (SP)
Túlio Konstantyner (SP)
Cláudia Bezerra de Almeida (SP)

COORDENAÇÃO DO TRATADO DE PEDIATRIA
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Fábio Ancona Lopez (SP)

DIRETORIA DE ENSINO E PESQUISA
Joel Alves Lamounier (MG)

COORDENAÇÃO DE PESQUISA
Cláudio Leone (SP)

COORDENAÇÃO DE GRADUAÇÃO

COORDENAÇÃO:
Rosana Fiorini Puccini (SP)

MEMBROS:
Rosana Alves (ES)
Suzy Santana Cavalcante (BA)
Angélica Maria Bicudo-Zeferino (SP)
Sílvia Wanick Sarinho (PE)

COORDENAÇÃO DE RESIDÊNCIA E ESTÁGIOS EM PEDIATRIA

COORDENAÇÃO:
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

MEMBROS:
Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)
Fátima Maria Lindoso da Silva Lima (GO)
Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)
Victor Horácio da Costa Junior (PR)
Sílvia da Rocha Carvalho (RJ)
Tânia Denise Resener (RS)
Delia Maria de Moura Lima Herrmann (AL)
Helia Regina F. Cardoso de Azevedo (BA)
Jefferson Pedro Piva (RS)
Sérgio Luis Amantea (RS)
Susana Maciel Guillaume (RJ)
Aurimery Gomes Chermont (PA)
Luciano Amedée Péret Filho (MG)

COORDENAÇÃO DAS LUGAS DOS ESTUDANTES
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Hélcio Maranhão (RN)

COORDENAÇÃO DAS LUGAS DOS ESTUDANTES
Adelma Figueiredo (RR)
André Luis Santos Carmo (PR)
Maryneia Silva do Vale (MA)
Fernanda Wagner Fredo dos Santos (PR)

MUSEU DA PEDIATRIA

COORDENAÇÃO:
Edson Ferreira Liberal (RJ)

MEMBROS:
Mario Santoro Junior (SP)
José Hugo de Lins Pessoa (SP)

REDE DA PEDIATRIA

COORDENAÇÃO:
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Rubem Couto (MT)

AC - SOCIEDADE ACREANA DE PEDIATRIA:
Ana Isabel Coelho Montero

AL - SOCIEDADE ALAGOANA DE PEDIATRIA:
Ana Carolina de Carvalho Ruela Pires

AM - SOCIEDADE AMAZONENSE DE PEDIATRIA:
Elena Marta Amaral dos Santos

AP - SOCIEDADE AMAPEENSE DE PEDIATRIA:
Roselinda Rosete de Barros

BA - SOCIEDADE BAIANA DE PEDIATRIA:
Dolores Fernandez Fernandez

CE - SOCIEDADE CEARENSE DE PEDIATRIA:
Anamaria Cavalcante e Silva

DF - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO DISTRITO FEDERAL:
Renata Belem Pessoa de Melo Seixas

ES - SOCIEDADE ESPIRITOSSANTENSE DE PEDIATRIA:
Roberta Paranhos Fragosso

GO - SOCIEDADE GOIANA DE PEDIATRIA:
Marise Helena Cardoso Tófoli

MA - SOCIEDADE DE PUECULTURA E PEDIATRIA DO MARANHÃO:
Maryneia Silva do Vale

MG - SOCIEDADE MINEIRA DE PEDIATRIA:
Cássio da Cunha Ibiapina

MS - SOCIEDADE DE PED. DO MATO GROSSO DO SUL:
Carmen Lucia de Almeida Santos

MT - SOCIEDADE MATOGROSSENSE DE PEDIATRIA:
Paula Helena de Almeida Gatass Bumlai

PA - SOCIEDADE PARAENSE DE PEDIATRIA:
Vilma Francisca Hutim Gondim de Souza

PB - SOCIEDADE PARAIBANA DE PEDIATRIA:
Leonardo Cabral Cavalcante

PE - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE PERNAMBUCO:
Katia Galeão Brandt

PI - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO PIAUÍ:
Anesísia Coelho de Andrade

PR - SOCIEDADE PARANAENSE DE PEDIATRIA:
Kerstin Taniguchi Abagge

RJ - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO:
Katia Telles Nogueira

RN - SOCIEDADE DE PEDIATRIA RIO GRANDE DO NORTE:
Katia Correia Lima

RO - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE RONDÔNIA:
Wilmerson Vieira da Silva

RR - SOCIEDADE RORAIMENSE DE PEDIATRIA:
Mareny Damasceno Pereira

RS - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO RIO GRANDE DO SUL:
Sérgio Luis Amantea

SC - SOCIEDADE CATARINENSE DE PEDIATRIA:
Rosamaria Medeiros e Silva

SE - SOCIEDADE SERGIPANA DE PEDIATRIA:
Ana Jovina Barreto Bispo

SP - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO:
Sulim Abramovici

TO - SOCIEDADE TOCANTINENSE DE PEDIATRIA:
Elaine Carneiro Lobo

DIRETORIA DE PATRIMÔNIO COORDENAÇÃO:
Fernando Antônio Castro Barreiro (BA)
Cláudio Barsanti (SP)
Edson Ferreira Liberal (RJ)
Sérgio Antônio Bastos Sarrubbo (SP)
Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

ACADEMIA BRASILEIRA DE PEDIATRIA

PRESIDENTE:
Mario Santoro Júnior (SP)

VICE-PRESIDENTE:
Luiz Eduardo Vaz Miranda (RJ)

SECRETÁRIO GERAL:
Jefferson Pedro Piva (RS)

DIRETORA DE COMUNICAÇÃO
Conceição Ap. de Mattos Segre (SP)

DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS

- Adolescência
- Aleitamento Materno
- Alergia
- Bioética
- Cardiologia
- Emergência
- Endocrinologia
- Gastroenterologia
- Genética
- Hematologia
- Hepatologia
- Imunizações
- Imunologia Clínica
- Infectologia
- Medicina da Dor e Cuidados Paliativos
- Nefrologia
- Neonatologia
- Neurologia
- Nutrologia
- Oncologia
- Otorrinolaringologia
- Pediatria Ambulatorial
- Ped. Desenvolvimento e Comportamento
- Pneumologia
- Pneumologia
- Saúde Escolar
- Segurança
- Sono
- Suporte Nutricional
- Terapia Intensiva
- Toxicologia e Saúde Ambiental

GRUPOS DE TRABALHO

- Atividade física
- Cirurgia pediátrica
- Criança, adolescente e natureza
- Doenças raras
- Drogas e violência na adolescência
- Metodologia científica
- Oftalmologia pediátrica
- Pediatria e humanidade
- Saúde mental