



Anorexia Nervosa: proposta de linhas orientadoras

Tânia Casanova, Paulo Santos, Carlos Figueiredo, Alzira Silveira

Secção de Medicina do Adolescente da Sociedade Portuguesa de Pediatria

“A doente engana de má fé a família; a família enganada, engana de boa fé o clínico; o clínico, se estiver atento, não se deixará enganar... e o clínico deverá ser meigo e enérgico, afável e intransigente, mão de ferro e luva de veludo e assim, demonstrar que não será cúmplice na ruína da saúde e na perda de uma vida... é que a anoréctica, não quer os alimentos, nem vê-los, mas pensa neles o dia inteiro.”

Prof. Elyσιο de Moura

Uma vivência distorcida leva a comportamentos extremos para se atingir um “corpo ideal”, que afinal é sempre inatingível. A anorexia exige uma entrega total e nada dá em troca. É uma doença mediatizada que vai de encontro à imagem actual do “sucesso”. Mas o doloroso sofrimento que acarreta e o número crescente de jovens que atinge leva a que se repensem constantemente, atitudes e gestos.

A nossa intervenção passa pela relação da adolescente anoréctica consigo mesma, com a família e com os amigos.

O nosso trabalho é essencialmente uma “lição de humildade”, em que cada um de nós é apenas uma peça do puzzle, por vezes tão difícil de construir. Assistimos actualmente, a um crescimento preocupante, do número de jovens anorécticas, por isso elaborámos algumas linhas orientadoras, que nos podem ajudar a todos, na abordagem destas situações, por vezes tão dramáticas.

❖ Como Suspeitar de Anorexia Nervosa: Sinais de Alarme

- Significativa perda de peso ou má progressão ponderal, sem causa médica aparente;
- Atraso no desenvolvimento pubertário;
- Baixa quantidade de alimentos ingeridos;
- Restringir a dieta a produtos alimentares magros e de baixo valor calórico;
- Comportamentos ritualizados à refeição (por exemplo, cortar a comida em pedaços muito pequenos);
- Desculpas frequentes para não comer ou para o fazer isoladamente;
- Não assumir a fome;
- Uso de distrações para a fome (ex. pastilhas elásticas, bebidas *light*);
- Não terminar as refeições e esconder a comida;

- Achar-se sempre gordo;
- Atitude extremamente crítica em relação à forma e imagem corporal;
- Instabilidade emocional;
- Isolamento Social;
- Grandes oscilações de peso;
- Amenorreia nas raparigas e perda de erecção nos rapazes;
- Comer frequentemente grandes quantidades de comida de forma compulsiva;
- Vômito, odor de vômito no WC, desaparecendo sistematicamente após as refeições;
- Praticar exercício físico em excesso;
- Usar laxantes ou diuréticos.

Comentário: Na prática clínica, o diagnóstico de um distúrbio do comportamento alimentar, deverá ser considerado num adolescente que inicia práticas de controlo de peso pouco saudáveis e/ou demonstra um pensamento obsessivo relacionado com alimentos, peso, forma corporal e exercício e não apenas naqueles que possuem os critérios de diagnósticos estabelecidos.

❖ Abordagem multidisciplinar em equipa coesa.

- Pedopsiquiatra/Psiquiatra; Pediatra/Médico Internista; Psicólogo; Dietista; Terapeuta Ocupacional; Enfermeiro.

Comentário: Os adolescentes com distúrbios do comportamento alimentar necessitam de avaliação clínica e tratamento focados nas características biológicas, psicológicas e sociais destas patologias complexas e potencialmente crónicas. A avaliação e a abordagem devem ser interdisciplinares e serão melhor conseguidas se da equipa fizerem parte médicos, enfermeiros e técnicos de saúde mental e nutricional. O tratamento deverá ser conduzido por médicos especializados em lidar com adolescentes com distúrbios alimentares, com conhecimentos sólidos acerca do desenvolvimento, físico e psicológico, de um adolescente normal.

❖ Avaliação Médica

- Exame Físico Completo

- **Exames Complementares de Rotina:**
 - ◆ Hemograma com Leucograma
 - ◆ Glicémia
 - ◆ Urémia, Creatininémia
 - ◆ TGO, TGP, Fosfatase Alcalina
 - ◆ T3, T4 livre, TSH
 - ◆ Velocidade de Sedimentação
 - ◆ Ionograma
 - ◆ Sumária de Urina
 - ◆ Electrocardiograma
- **Exames Complementares Adicionais:**
 - ◆ Calcémia, Fosfatémia, Magnesémia
 - ◆ Albumina, Pré-albumina
 - ◆ Perfil lipídico
 - ◆ Em doentes amenorreicas por um período superior a 6 meses, sugere-se avaliação da osteopenia/osteoporose:
 - ✓ Osteodensitometria
 - ✓ Estradiol sérico (♀)
 - ✓ Testosterona sérica (♂)
- Outros Exames Complementares serão realizados de acordo com a avaliação clínica
- ❖ **Avaliação Psiquiátrica:** sintomas da Anorexia Nervosa, risco suicidário, co-morbilidade, motivação.
- ❖ **Onde tratar?**
 - **Ambulatório:** a maioria dos doentes;
 - **Unidades de Dia;**
 - **Internamento;**
 - **Internamento Compulsivo:** de acordo com a lei de saúde mental n.º 36/98 de 24 de Julho.
- ❖ **Critérios de internamento:**
 - Insucesso do tratamento a nível de ambulatório (deterioração ou ausência de evolução);
 - Co-morbilidade física que complica gravemente o tratamento;
 - Co-morbilidade psiquiátrica (especialmente risco de suicídio) que apenas poderá ser tratada convenientemente a nível hospitalar;
 - Falta de colaboração familiar ou inexistência de qualquer tipo de apoio/supervisão;

- Deterioração física pondo em risco a vida:
 - ◆ Frequência cardíaca: próximo de 40 bpm
 - ◆ Hipotensão ortostática (↓10-20mmHg; ↑20 bpm)
 - ◆ Hipotensão arterial (<80/50 mmHg)
 - ◆ Hipocaliémia (<2,5mEq/L)
 - ◆ Hipofosfatémia
 - ◆ Hipomagnesémia.

Comentário: O limiar de intervenção terapêutica em adolescentes deverá ser inferior ao dos adultos. As razões apontadas para tal são os potenciais efeitos irreversíveis de um distúrbio alimentar no crescimento (físico e emocional) e no desenvolvimento de um adolescente, o risco de morte; e a presença de evidências que sugerem um melhor prognóstico com um tratamento precoce. É aconselhável vigilância médica até que o adolescente demonstre saúde, tanto médica como psicológica.

❖ A **Recuperação Ponderal** é essencial no tratamento. O aconselhamento dietético com o estabelecimento de um plano alimentar é um ponto importante no tratamento.

O plano alimentar será individualizado, evitando a síndrome de realimentação.

Comentário: A avaliação e o tratamento de distúrbios nutricionais em adolescentes com anorexia nervosa devem ter em conta as necessidades nutricionais específicas dos doentes no contexto do desenvolvimento pubertário e do nível de actividade física.

❖ Poderão ser usados métodos de alimentação entérica e parentérica em situações extremas.

❖ As **intervenções psicológicas** são o elemento chave na terapêutica.

A Terapia familiar parece ser a psicoterapia mais eficaz em crianças e adolescentes, independentemente do método usado.

Outras psicoterapias podem ser eficazes, por exemplo Terapia Cognitivo Comportamental.

❖ As **intervenções farmacológicas** têm um papel mais limitado:

- Correção de complicações médicas.
- Antidepressivos após a fase de recuperação ponderal, se houver persistência de sintomatologia depressiva ou ansiedade.
- Os antipsicóticos poderão ter um papel na fase de recuperação do peso, diminuindo a ansiedade, os sintomas obsessivos e a hiperactividade.

Comentário: Todos os adolescentes com anorexia nervosa devem ser avaliados quanto à presença de patologia psiquiá-

trica co-mórbida. A intervenção na saúde mental deve abranger não apenas as características psicopatológicas do distúrbio alimentar, mas também a realização de tarefas comportamentais e as temáticas psicossociais específicas desta faixa etária.

Agradecimentos

Os autores agradecem a revisão deste artigo à Prof. Dra. Cristina Oliveira, à Dra. Dulce Bouça, ao Dr. Roma Torres e à Dra. Isabel Brandão.

Referências

1. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. *Am J Psychiatry* 2006; 163 Suppl 7:4-54.
2. Bulik CM, Berkman ND, Brownley KA, Sedway JA, Lohr KN. Anorexia nervosa treatment: a systematic review of randomized controlled trials. *Int J Eat Disord* 2007; 40:310-20.
3. Canadian Paediatric Society. Eating disorders in adolescents: Principals of diagnosis and treatment. *Paediatr Child Health* 1998; 3: 189-92. Reaffirmed February 2007. Acessível em: www.cps.ca/ENGLISH/statements/AM/am96-04.htm.
4. Guarda AS, Pinto AM, Coughlin JW, Hussain S, Haug NA, Heinberg LJ. Perceived coercion and change in perceived need for admission in patients hospitalized for eating disorders. *Am J Psychiatry* 2007; 164:9-11.
5. Kaye WH, Weltzin TE, Hsu LK, Bulik CM. An open trial of fluoxetine in patients with anorexia nervosa. *J Clin Psychiatry* 1991;11:464-71.
6. McIntosh VV, Jordan J, Carter FA, Luty SE, McKenzie JM, Bulik CM, *et al.* Three Psychotherapies for anorexia nervosa, a randomized, controlled trial. *Am J Psychiatry* 2005; 162:741-7.
7. National Institute for Clinical Excellence (UK). *Eating Disorders: anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders*. London: National Institute for Clinical Excellence; 2004.
8. National Institute for Clinical Excellence (UK). *Eating Disorders: core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders*. London: National Institute for Clinical Excellence; 2004.
9. Rome ES, Ammerman S, Rosen DS, Keller RJ, Lock J, Mammel KA, *et al.* Children and adolescents with eating disorders: the state of the art. *Pediatrics* 2003; 111; 98-108.
10. Royal Australian and New Zealand College of psychiatrists clinical practice guidelines team for anorexia nervosa. Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the treatment of anorexia nervosa. *Aust N Z J Psychiatry*. 2004; 38(9):659-70.
11. Royal Australian and New Zealand college of psychiatrists. *Anorexia nervosa: Australian treatment guide for consumers and carers*. Melbourne: Royal Australian and New Zealand college of psychiatrists; 2005.
12. Royal college of psychiatrists. *Guidelines for the nutritional management of anorexia nervosa*. London: Royal college of psychiatrists; 2005.
13. Steinhausen H C. The Outcome of Anorexia Nervosa in the 20th Century. *Am J Psychiatry* 2002; 159 (8): 1284-93.
14. Treasure J, Schmidt U, Furth E. *The Essential Handbook of Eating Disorders*. London: Wiley; 2005.
15. RCH.org [homepage on the Internet]. Melbourne: Royal Children's Hospital Melbourne. Maio 2007. Acessível em: www.rch.org.au.
16. Iop.kcl.ac.uk [homepage on the Internet]. London: Institute of Psychiatry, King's College London. Maio 2007 Acessível em www.iop.kcl.ac.uk.