ÍNDICE

Resumo 2

Abstract 4

Palavras-chave 5

Introdução 5

Etiologia da anorexia nervosa 8

Diagnóstico da anorexia nervosa 12

Clínica da anorexia nervosa 14

Tratamento da anorexia nervosa 16

Prognóstico da anorexia nervosa 19

Objectivos 20

Descrição do Serviço de Pediatria do Complexo Hospitalar Universitário de Santiago de Compostela 21

Descrição do Serviço de Psiquiatria do Hospital de S. João 27

Semelhanças e diferenças entre os Serviços 32

Conclusão 35

Bibliografia: 37

Anexos 44

Relatório

ANOREXIA NERVOSA –

FORMAS DE ACTUAÇÃO EM DOIS SERVIÇOS DOS PAÍSES IBÉRICOS

Carla Martins[1]

1. Aluna da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

E-mail: carla_peres_martins@hotmail.com

RESUMO

A anorexia nervosa é, hoje em dia, um flagelo da cultura ocidental. Constitui um problema muito sério nas crianças e adolescentes, que obriga a cuidados prolongados e tratamentos, não só médicos, como sociais e psicológicos.

Já desde o século XVII que se fala de uma doença muito semelhante à anorexia nervosa e desde então tem evoluído até à anorexia nervosa que conhecemos hoje em dia. É uma doença multicausal, em que uma má alimentação associada a vulnerabilidade

biológica, factores ligados ao desenvolvimento, predisposição genética e factores socioculturais são os principais factores etiológicos. O diagnóstico é feito com base nos critérios DSM-IV e o tratamento é multidimensional, através da renutrição e alimentação com a ajuda de certos fármacos no tratamento de complicações médicas e de abordagem psicofarmacológica.

O objectivo deste trabalho é comparar os métodos de diagnóstico, internamento e tratamento da Anorexia Nervosa, analisando as semelhanças e diferenças metodológicas entre o Serviço de Pediatria do Hospital de Santiago de Compostela (HUSC) e o Serviço de Psiquiatria do Hospital de S. João (HSJ).

Para a realização deste trabalho contactei com seis jovens em cada hospital. São rapazes e raparigas, entre os dez e os 17 anos, que foram internados por anorexia nervosa. Em ambos os serviços tive contacto com os doentes, baseei-me na história clínica que recolhi e na consulta do processo clínico.

Ambos os hospitais são centros de referência nos cuidados de transtornos alimentares, nomeadamente a anorexia nervosa. Recebem frequentemente doentes encaminhados de outras unidades de saúde para o tratamento destas patologias.

Concluiu-se que os serviços se baseiam nos mesmos critérios para o diagnóstico da doença e em critérios semelhantes para o internamento, sendo a principal diferença o IMC que tem que ser menor que 17kg/m^2 no HUSC e menor que 13 kg/m^2 no HSJ. Os métodos de tratamento no HUSC são mais rígidos sendo baseados num programa de orientação aos doentes com perturbações alimentares, já no HSJ são adaptados a cada indivíduo.

ABSTRACT

Nowadays, nervous anorexia is a scourge of the western culture. It's a very serious problem among children and teenagers which leads to long care and long treatment. Not only medical treatment but also social and psychological one.

A very similar disease has been referred since the 17th century. Since then it has been developed to the nervous anorexia we know.

Several causes can provoke nervous anorexia such as a bad nourishment associated to biological vulnerability. These reasons are connected to human growth, genetical tendency, social and cultural reasons. These are the main etiological reasons.

The diagnosis is made according to the DSM – IV criteria and the medical treatment is multidimensional. It's made through renourishment and nourishment with the help of some medicine in the treatment of medical complications and psychopharmacological approach.

The purpose of this work is to compare the diagnosis methods, hospitalization and the nervous anorexia treatment, analysing the similarities and the methodological differences between the Pediatrics Service of Santiago de Compostela Hospital(HUSC) and the Psychiatry Service of S. João Hospital (HSJ)

For this work, I contacted six young person in each hospital. They were boys and girls aged 10-17 who were hospitalized due to nervous anorexia.

In both services, I've been in close contact with the patients, I've based myself on their medical story and I also consulted their medical file.

Both hospitals are remarkable centres concerning to nourishment diseases namely nervous anorexia. Many patients are often lead from other hospitals to HUSC and HSJ in order to start the treatment of this pathology.

I came to the conclusion that the criteria for the disease diagnosis are the same for both hospitals and they also based on similar criteria for the hospitalization. However, the main difference is that the IMC must be minor than 17 kg/m^2 in the HUSC and minor than 13 kg/m^2 in the HSJ. The treatment methods in HUSC are stricter and they are based on a guidance program to patients with nourishment diseases and in HSJ they are adapted to each person.

PALAVRAS-CHAVE: Anorexia Nervosa; Hospital de S.João: Hospital de Santiago de Compostela; IMC; Diagnóstico; Internamento; Tratamento

INTRODUÇÃO

A anorexia nervosa é, hoje em dia, um flagelo da cultura ocidental. É um problema importante de saúde pública nos países desenvolvidos, com uma incidência e uma prevalência que têm aumentado progressivamente, chegando a considerar-se quase uma epidemia. Constitui um problema muito sério nas crianças e adolescentes e obriga a cuidados prolongados e tratamentos, não só médicos, como sociais e psicológicos.

Já na Europa Medieval era costume as pessoas submeterem-se a jejuns prolongados para procurar a salvação, para alcançar a graça espiritual. No seu livro "Holy anorexia", Bell (1985) relata o comportamento anoréctico de 260 santas italianas

(que teriam vivido entre 1200 e 1600). Pela supressão das necessidades físicas e sensações básicas, elas pareciam liberar o corpo e alcançar metas espirituais superiores. Bastante conhecido é o caso de Santa Catarina de Siena, cujos relatos foram escritos por ela própria e pelo seu confessor, Raymond de Capoue. (Le livre de Dialogues, 1981). Catarina, aos 15 anos, após a morte da irmã, e diante de projectos futuros de casamento, iniciou restrição alimentar, preces e práticas de autoflagelamento, chegando a induzir o vómito através de ervas e galhos na garganta quando era forçada a alimentar-se. Acabou por falecer de desnutrição com 32 anos. No séc. XVII, os médicos classificaram-na como *anorexia mirabilis*, que para muitos é um fenómeno idêntico ao actual (anorexia nervosa), mas por diferentes razões; para outros nada tem a ver, a anorexia nervosa actual é apenas uma doença da nossa cultura. Na minha opinião, pelo que pesquisei sobre essa época e pelo que tive oportunidade de observar agora, são doenças semelhantes, com sinais e sintomas muito parecidos, mas com motivações diferentes.

A anorexia nervosa mais parecida com a que se conhece hoje em dia foi descrita pela primeira vez em 1694,por Thomas Morton, que lhe chamou caquexia nervosa e a descreveu como "atrofia nervosa, consumptiva, sem febre, tosse ou dispneia".

Em 1873, William Gull, em Inglaterra, chamou-lhe anorexia nervosa e Charles Lasègue, em França, chamou-lhe anorexia histérica.

Em 1893, Freud explicou que o acto de se alimentar está ligado desde a infância a memórias conflituais, cuja carga afectiva não diminui com o tempo.

No séc. XX chamaram-lhe doença de Sheehan, já que era atribuída ao mau funcionamento da hipófise. Em 1947, em Portugal, Elysio de Moura descrevia a anorexia nervosa como uma anorexia mental, em que os doentes não tinham falta de apetite, mas falta de vontade de comer : "uma das características habituais da chamada anorexia mental é a falta … da falta de apetite. É uma anorexia…sem anorexia".

O termo “anorexia”, etimologicamente, deriva do grego “an-“, deficiência ou ausência de, e “orexis”, apetite. Também significa aversão à comida, enjoo do estômago ou inapetência. Actualmente esse termo não é utilizado no seu sentido etimológico para a “anorexia nervosa”, visto que os doentes não apresentam real perda de apetite até estágios mais avançados da doença, mas sim uma recusa alimentar deliberada, com intuito de emagrecer ou por medo de engordar.

A anorexia nervosa é um transtorno da conduta alimentar, caracterizado pela presença de uma deliberada perda de peso, induzida ou mantida pelo próprio paciente.

No dicionário médico, a anorexia nervosa é descrita como uma Síndrome neurótica, observada sobretudo em raparigas jovens, caracterizada, essencialmente, pela recusa de toda a alimentação, que provoca emagrecimento muito rápido (e, em certos casos, verdadeira caquexia).

Segundo Anthony Giddens (1997), em “Modernidade e identidade pessoal”, a anorexia deve ser entendida como um acidente próprio da necessidade e responsabilidade de o indivíduo criar e manter uma auto-identidade distinta, como uma patologia de autocontrolo reflexivo, funcionando em torno de um eixo de auto-identidade e de aparência corporal, no qual a ansiedade da vergonha joga um papel preponderante. Ele diz que o corpo apertadamente controlado é um emblema de uma existência segura num ambiente social aberto e que, portanto, a anorexia representa uma luta pela segurança.

Para H. Bruch (1973), a negação do alimento está ao serviço de uma procura de plenitude, competência e purificação.

Na minha passagem em ambos os serviços, pude verificar a importância da abordagem multidisciplinar na anorexia nervosa, já que o tratamento começa a partir do diagnóstico, da capacidade de explicar a doença, da compreensão e confiança dada aos

doentes, do acompanhamento psicológico, da integração social e da história pessoal e familiar.

É uma doença que pode abranger toda a população, mas de uma forma heterogénea, já que atinge preferencialmente os adolescentes, o sexo feminino e a raça branca.

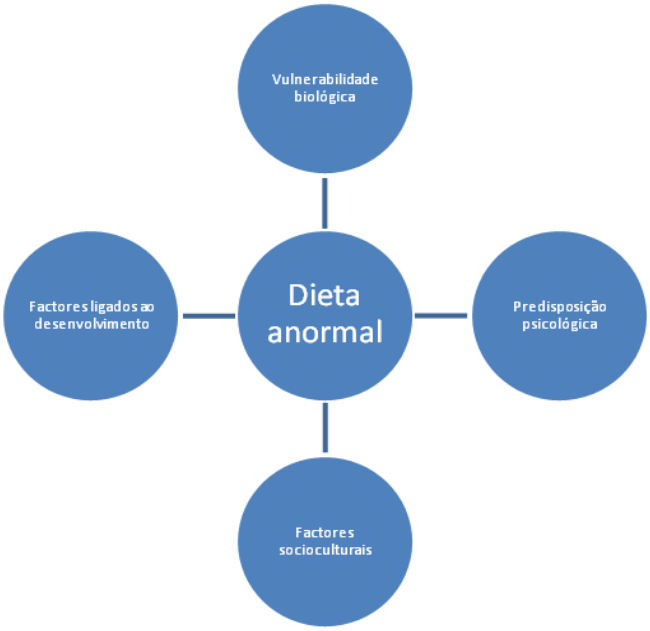
Estudos feitos em Espanha mostram que a prevalência de anorexia nervosa em adolescentes nos anos 80 era de 0,3 por cento em raparigas e em meados dos anos 90 passa a haver 0,64 por cento, juntando o facto de 4,7 por cento de raparigas e 0,9 por cento dos rapazes de 15 anos apresentarem algum tipo de transtorno alimentar.

Em Portugal, segundo um estudo realizado pelo núcleo de doenças do comportamento alimentar do Hospital de Santa Maria em 1996, a 2.398 jovens do sexo feminino a prevalência de anorexia nervosa é de 0,4por cento.

Em relação à incidência da anorexia nervosa, torna-se mais difícil quantificá-la, visto que se põem problemas a nível da quantificação da doença no passado ou do acompanhamento correcto dos doentes ao longo da doença. Contudo, em geral poder-se-á afirmar que a incidência aumentou.

ETIOLOGIA DA ANOREXIA NERVOSA

Não se conhece exactamente a etiologia da anorexia nervosa. Sabe-se que há uma multicausalidade, já que é indubitável que coexistem vários factores que facilitam o aparecimento e o desenvolvimento da doença.



ESQUEMA 1: PRINCIPAIS FACTORES DE ETIOLOGIA DA ANOREXIA NERVOSA

- Vulnerabilidade biológica:

Pensa-se que pode ser uma doença com factores hereditários, pois na história clínica de alguns doentes se verifica a existência de familiares com a mesma patologia.

Também se põe a possibilidade da existência de uma alteração a nível do hipotálamo, hipófise e alguns neurotransmissores (noradrenérgicos, dopaminérgicos e serotoninérgicos). No sistema noradrenérgico observou-se diminuição dos níveis plasmáticos e urinários de noradrenalina e dos seus metabolitos na fase aguda da doença. No sistema dopaminérgico existe uma diminuição dos níveis plasmáticos e urinários de dopamina e do seu metabolito, o ácido homovalínico, durante a fase aguda da doença, normalizando-se estas alterações durante a etapa de recuperação. No sistema serotoninérgico detectam-se níveis mais baixos de ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA) e de triptofano. Alguns neuropéptidos estão também implicados, como a somatostatina, a hormona hipotalâmica libertadora de corticotrofina (CRH) e os opióides endógenos. Por último, outros péptidos, como a colecistoquinina, o péptido

pancreático e a gastrina, encontram-se alterados nestes pacientes, explicando de alguma maneira a sensação de saciedade apenas com pequenas ingestões.

- Factores socioculturais

O culto da imagem corporal, os estereótipos e todo o bombardeamento que existe na comunicação social no dia-a-dia em relação à beleza relacionada com a magreza, leva à vontade extrema da perfeição. Neste aspecto, os jovens adolescentes (e, principalmente, as jovens) são mais susceptíveis. Sabe-se, desde a perspectiva da psicologia evolutiva que uma das primeiras coisas que o adolescente tem que conseguir é assimilar as alterações físicas que se produzem no seu corpo. Por isso, a imagem de si próprio é fundamental nesta etapa da vida. E é quando o adolescente presta atenção à opinião dos outros. Portanto assim se explicam os enormes "vaivéns" que sofre o conceito de si mesmo, na auto-estima, com oscilações entre sentir-se excepcional ou o pior de todos, juntando-se a isto um grande medo do ridículo perante o grupo de iguais.

É bem sabido que cada época histórica fixa protótipos, marca algumas modas e impõe cânones de beleza. Nas últimas três décadas, existe para a mulher o culto do corpo esguio e elegante, enquanto o homem se conota mais com o corpo musculado. Hoje em dia, esses protótipos difundem-se com mais facilidade, principalmente através da publicidade. Esta encarrega-se de classificar, simplisticamente, os grupos sociais em duas categorias: os que seguem as dietas e cuidam do seu aspecto, e os outros. Esta influência faz crer, principalmente aos adolescentes, que o êxito na vida está relacionado com a primeira categoria e que para a conseguir atingir vale tudo. É então que começam as "dietas milagrosas" e o exercício físico excessivo. Não esquecendo os grupos de risco que, pelas profissões que têm, como os modelos, dançarinos, atletas ou ginastas, são estimulados à magreza.

- Factores psicológicos

Na anorexia nervosa há uma distorção da imagem corporal. Os pacientes referem-se frequentemente a partes do corpo como demasiado gordas, nomeadamente o peito, o abdómen, as ancas e as nádegas, isto mesmo quando perderam muito peso. Esta auto-apreciação não corresponde a um distúrbio primário da percepção, dado que referem ver as suas formas corporais de modo real e objectivo, mas sentem-nas e interpretam-nas de modo diferente, aumentando as suas reais percepções. É frequente o medo de vir a ser gordo intensificar-se, à medida que a perda de peso se acentua.

Está comprovado que pessoas com determinada personalidade têm mais tendência a desenvolver a anorexia nervosa. Características como timidez, perfeccionismo, rigidez, baixa auto-estima, tendências depressivas, comportamento obsessivo-compulsivo podem ser factores de risco.

- Factores ligados ao desenvolvimento

Alterações que aconteçam ao longo do desenvolvimento da pessoa podem criar vulnerabilidades, situações como abusos sexuais, mudanças na família e na escola, rupturas afectivas ou doenças físicas do próprio ou do familiar.

Todos estes factores, juntamente com uma má alimentação (que também pode ser consequência de todos os factores), são as causas mais prováveis desta doença.

DIAGNÓSTICO DA ANOREXIA NERVOSA

Os primeiros critérios diagnósticos para os transtornos do comportamento alimentar foram propostos por Feighner et al em 1972. Em 1980, a Associação Americana de Psiquiatria elaborou os critérios DSM-III, que permitiam comparar os estudos realizados nesta patologia, mas não tiveram em conta a existência de formas parciais ou subclínicas. Em 1993, estes critérios foram actualizados (DSM IV) e são os usados hoje em dia:

- Recusa em manter o peso igual ou a cima do valor mínimo normal para a idade e para a altura, o que deve ser entendido como perda de 15 por cento de peso em relação ao esperado ou fracasso no ganho ponderal justificado para o período de crescimento.

Existem vários métodos para avaliar o peso corporal de um indivíduo. Os mais conhecidos são:

a) Índice de peso relativo (IPR) : (peso ideal - peso real/peso ideal) x 100

b) Índice de Brocca (IB) : peso ideal = altura em cm x 100

c) Índice de Quetelet ou de massa corporal (IMC) : peso em kg/altura^2 em m

Este último (IMC) é o mais recomendado e utilizado, não só porque revela uma boa correlação com medidas do tecido adiposo, mais fiáveis, obtidas em laboratório, mas também porque constitui um bom indicador do estado nutricional do indivíduo.

IMC	Nível de peso
< 17	Severo baixo peso
De 18 a 20	Baixo peso
De 20 a 25	Peso normal
De 25 a 30	Excesso de peso
De 30 a 40	Moderadamente obeso
De 40 em diante	Muito obeso

TABELA 1: VALORES DE IMC

- ❖ Medo intenso de ganhar peso ou de converter-se em obeso, mesmo quando muito emagrecido/a;
- ❖ Perturbação da apreciação do peso e forma corporais, indevida influência destes na auto-avaliação ou negação da gravidade do baixo peso actual;
- ❖ Em mulheres pós-puberais, presença de amenorreia durante pelo menos três meses consecutivos.

Outros critérios de diagnóstico usados para a anorexia nervosa são segundo a CIE-10:

- Perda de peso (IMC<17,5)
- A perda de peso é originada pelo próprio doente através de: a)evitar o consumo de "alimentos que engordam", e por um ou mais dos sintomas seguintes: b)vómitos autoprovocados, c)purgas intestinais autoprovocadas, d)exercício excessivo e e)consumo de fármacos anorexígenos ou diuréticos.
- Distorção da imagem corporal que consiste numa psicopatologia específica

caracterizada pela persistência de pavor à gordura ou a flacidez das formas corporais, de modo que o doente impõe a si mesmo a manutenção a baixo do limite máximo de peso corporal.

- Transtorno endócrino generalizado que afecta o eixo hipotalamo-gonadal: manifestando-se na mulher como amenorreia e no homem como uma perda de interesse e potência sexual (uma excepção aparente é a persistência de sangramento vaginal em mulheres anorécticas que fazem terapia hormonal de substituição).
- Se o início é anterior à puberdade, atrasa ou detém as manifestações da puberdade. Se houver recuperação, a puberdade pode completar-se, mas a menarquia é tardia.

CLÍNICA DA ANOREXIA NERVOSA

- Sinais e sintomas:

Sintomas: Perda de peso, amenorreia, enfartamento, sensação de distensão abdominal, obstipação, intolerância ao frio, cefaleias, tonturas, astenia, hiperactividade, apatia.

Sinais físicos: pele seca, queda de cabelo, letargia, anorexia, hipotermia, acrocianose, bradicardia, hipotensão, edemas periféricos.

Sinais psíquicos: Irritabilidade, depressão, falta de concentração, retracção social, obsessões, baixa auto-estima, necessidade de admiração.

- Provas de laboratório:

Não confirmam o diagnóstico, apenas dão algumas indicações.

a. Estudo endócrino:

Hormonas tiroideias: TSH normal, T4 normal, T3 diminuída.

Hormona de crescimento: GH normal com somatomedina C diminuída.

Gonadotropinas: FSH diminuída, LH diminuída durante o dia com picos nocturnos. Estradiol e testosterona diminuídos.

Cortisol: Normais ou levemente aumentados.

b. Estudo bioquímico:

Glicose: normal ou baixa.

c. Estudo hematológico

d. Estudo cardíaco

e. Estudo gastrointestinal

f. Densitometria óssea

Tipos específicos:

- **Restritivo**: Durante o período de anorexia nervosa, a pessoa não tem regularmente um comportamento purgativo ou compulsivo. Caracteriza-se por dieta rigorosa e recusa de manter um peso normal;
- **Compulsivo/Purgativo** ou Anorexia nervosa bulímica: Predominam as crises bulímicas e os comportamentos para evitar o aumento de peso (ex: vómitos induzidos, laxantes ou diuréticos).

TRATAMENTO DA ANOREXIA NERVOSA

O tratamento da anorexia nervosa é um processo longo e intenso, que implica uma relação de interacção empática e de confiança entre o paciente e o médico. Uma vez realizado o diagnóstico correcto, é imprescindível explicar ao paciente e à família a importância da doença e todos os aspectos relativos ao tratamento. A família é um foco importante visto que, habitualmente, o paciente recusa aceitar a gravidade da situação e opõe-se a aumentar de peso, porque não sente a sua vida ameaçada pelo estado de magreza a que chegou.

Se a doença for detectada numa fase precoce, se o grau de desnutrição permitir e se o transtorno psicológico não for incapacitante, deve iniciar-se o tratamento de forma ambulatória. Se isto não acontecer, propõe-se o internamento hospitalar.

Na primeira consulta deve escutar-se em o doente, perceber as suas angústias e objectivos e discutir e explicar-lhe toda a situação, fazendo com que compreenda e aceite que tem uma doença. É importante conhecer o conceito que ele tem sobre os requerimentos calóricos necessários para manter um peso normal, visto que muito poucos têm uma visão realista das necessidades apropriadas para a sua altura, idade e sexo. No final, é imprescindível realizar um contrato terapêutico.

Sendo esta patologia multicausal, o tratamento terá de ser multidimensional. O tratamento focar-se-á então em diferentes aspectos:

a) Renutrição e alimentação:

Deverá ser o primeiro passo para uma terapêutica eficaz. Qualquer plano que se estabeleça deverá normalizar a alimentação e a nutrição do paciente. Existe controvérsia

em relação aos benefícios de uma actuação mais indulgente ou suave versus uma actuação mais severa. As *guidelines* de tratamento da *American Psychiatric Association (APA)* concluíram que ambos os estilos de tratamento actuam de forma a ganhar peso, sendo que alguns pacientes se adaptam melhor a uma forma que à outra.

Numerosos estudos foram feitos de forma a examinar o papel da medicação como adjuvante neste processo de realimentação. E pensa-se que não existem indicações claras para o uso de medicação específica para ganhar peso, particularmente o uso de estimulantes do apetite. Os pacientes anorécticos não têm défice de apetite, pelo que o uso destes fármacos pode, simplesmente, assustá-los mais.

Não há consenso em relação à alimentação por sondas nasogástrica ou intravenosa. As *guidelines* de tratamento da *APA* recomendam evitar-se o seu uso por rotina.

Não havendo dúvidas que a comida é o tratamento de eleição, utiliza-se como tratamento adjuvante agentes procinéticos (cisapride, domperidona), que podem aliviar possíveis sintomas pós-prandiais.

As necessidades nutricionais a partir dos dez anos são diferentes nos dois sexos, devido a diferentes tempos de crescimento pubertário, diferenças qualitativas e quantitativas de composição corporal e diferenças de actividade física, geralmente superior no sexo masculino. A maturação orgânica de algumas estruturas parece processar-se aos 16 anos para as raparigas e aos 18,5 anos para os rapazes. A ingestão calórica corresponde à média das necessidades energéticas dos indivíduos. (anexo 1)

b) Obtenção e manutenção de um peso adequado:

Quando se chega ao peso acordado no início do tratamento, deve ser prescrita uma dieta normocalórica domiciliária. Deve proibir-se a ingestão de outros alimentos não

incluídos na dieta ou comer fora das horas estabelecidas. Isto ajuda o paciente, pois ele tem medo de se descontrolar e de aumentar o peso conseguido.

c) Tratamento das complicações médicas:

As mais importantes são a amenorreia e a osteopenia. O recurso a estroprogestativos nestas doentes é controverso. Agindo por retro-controlo inibem a secreção de gonadotrofinas, impedindo o estabelecimento natural do eixo hipotálamo-hipófise-gónadas; por outro lado, ao provocar artificialmente menstruações, pode mascarar situações que se prolongam por muitos anos. Pode ainda recorrer-se a calcitonina, flúor ou bifosfonatos para a osteoporose.

d) Abordagem psicofarmacológica:

Estudos recentes demonstraram a eficácia dos vários tipos de terapias psicológicas na promoção do ganho de peso na doença aguda. Os resultados indicaram aumento substancial da massa corporal e ajustamento psicossocial através de técnicas do comportamento cognitivo, psicoeducacional e terapia familiar.

A comorbilidade psiquiátrica na anorexia nervosa é prevalente, destacando-se os transtornos de ansiedade, obsessivo-compulsivos e afectivos. A medicação tem um importante papel no tratamento da anorexia nervosa. O uso de sedativos, nomeadamente benzodiazepinas, pode ajudar a aliviar a ansiedade à volta das refeições, mas deve ser valorizada a sua potencial dependência, porque existe o risco de habituação. Outra alternativa é o uso de neurolépticos com acção sedativa, dos quais o mais usado é a cloropromazina. Contudo convém ressalvar os efeitos adversos que podem produzir, tais como: hipotensão arterial, agravamento de uma leucopenia, reacções discinésicas e mesmo bulímicas.

Não há evidência da eficácia do tratamento com antidepressivos tricíclicos. Alguns estudos mostraram que os SSRI (inibidores selectivos da recaptação de serotonina) não são úteis quando o paciente com anorexia nervosa está desnutrido.

Os SSRI dependem da libertação neuronal da serotonina (5-HT) para a sua acção. Se a libertação da 5-HT armazenada no neurónio pré-sináptico estiver substancialmente comprometida e a concentração de 5-HT da rede sináptica for insignificante, a resposta clínica de SSRI pode não ocorrer. No caso dos pacientes malnutridos com anorexia nervosa, o líquido cerebroespinal está reduzido, assim como o 5-HIAA e o metabolito major 5-HT no cérebro, sugerindo níveis reduzidos de 5-HT sináptico. Isto pode ser causado pela reduzida disponibilidade de triptofano, o aminoácido essencial precursor de 5-HT. Portanto, níveis reduzidos de triptofano podem reverter o efeito dos SSRI em pacientes deprimidos. Assim, sugere-se que, apenas ultrapassada a fase de desnutrição e mobilizados os recursos psicológicos, se deve introduzir um SSRI que pode ser benéfico para a melhoria do humor e prevenção das recaídas.

PROGNÓSTICO DA ANOREXIA NERVOSA

A anorexia nervosa é uma doença grave, de tratamento longo e difícil.

Strober et al avaliaram durante um período de 15 anos e concluíram que cerca de 30 por cento dos doentes tiveram recaídas após a alta hospitalar, mas no fim do período estudado 76 por cento dos doentes preenchiam os critérios de recuperação total.

OBJECTIVOS

Propus-me a realizar este trabalho de forma a comparar os métodos de diagnóstico, internamento e tratamento da anorexia nervosa, analisando as semelhanças e diferenças metodológicas entre o Hospital de Santiago de Compostela e o Serviço de Psiquiatria (Unidade de Perturbações do Comportamento Alimentar) do Hospital de S. João.

O objectivo deste trabalho, inicialmente, consistia na avaliação de casos clínicos de anorexia e bulimia nervosas. Contudo, durante a minha experiência, tanto no Hospital de Santiago de Compostela como no Hospital de S. João, só tive a oportunidade de contactar com casos de anorexia nervosa. Por esse motivo, este trabalho focar-se-á apenas nesta patologia.

Para a realização deste trabalho contactei com seis jovens em cada hospital. O estudo foi realizado no Serviço de Pediatria do Hospital de Santiago de Compostela, entre Setembro de 2007 e Março de 2008; e no Serviço de Psiquiatria do Hospital de S. João, entre Setembro de 2008 e Janeiro de 2009.

A população-alvo são rapazes e raparigas, entre os dez e os 17 anos, internados em ambos os serviços por anorexia nervosa durante o período referido.

Em ambos os serviços tive contacto com os doentes, baseei-me na história clínica que recolhi e na consulta do processo clínico.

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO DE PEDIATRIA DO COMPLEXO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

O Complexo Hospitalar Universitário de Santiago de Compostela (HUSC) pertence à rede galega de utilização pública do Serviço Galego de Saúde e é um dos quatro centros hospitalares que existe em Santiago de Compostela. Este Hospital está ligado à Faculdade de Medicina e tem uma grande tradição na formação de profissionais de saúde. A capacidade docente e de investigação, e o alto nível de especialização fazem deste hospital uma referência na Galiza e também no resto de Espanha. Dispõe de diversas "unidades de atencion especializada" que prestam serviços gerais a um universo de 418.965 habitantes, entre as quais, o serviço de Pediatria, que tem as vertentes de internamento, consultas externas, urgências e UCI. O internamento encontra-se no piso 1 do hospital e é dividido por sectores conforme a idade dos doentes. Divide-se, portanto, em *neonatais*, *pré-escolares*, *escolares* e *oncologia*.

Este trabalho foi realizado no serviço de *escolares*, onde estão os adolescentes entre os 13 e os 18 anos com todo o tipo de patologias. É um serviço onde trabalham três médicos pediatras, uma interna da especialidade e quatro enfermeiros em permanência.

Possui 32 camas, algumas delas (normalmente duas ou três) são destinadas a adolescentes com distúrbios alimentares, especialmente anorexia nervosa, por ser a mais prevalente. Um dos médicos (Dr. Iglesias Diz) é especializado nestas patologias e, por isso, é ele quem segue estes doentes.

O serviço baseia-se num programa de orientação aos doentes com perturbações alimentares. O programa utilizado consiste, primeiramente, em organizar e regular as relações e as competências de todas as áreas intervenientes - saúde mental, consultas externas de pediatria, medicina interna e internamento no serviço de pediatria. Tem como finalidade encontrar o tratamento ideal.

Quando surge um novo caso, inicia-se o processo burocrático de recepção de toda a informação do doente para registo, a recolha da anamnese para a realização da história clínica e verificação da inclusão nos critérios de diagnóstico segundo a DSM IV. (Anexo 2)

O programa funciona por objectivos. A partir do momento em que a anorexia nervosa é diagnosticada impõem-se os seguintes pontos no tratamento ambulatório:

- Estabelecer uma relação de confiança que permite realizar o compromisso terapêutico do paciente e da sua família, de restabelecer o peso e os padrões de alimentação sudáveis;
- Cálculo do peso desejado [A^2 (m) x 19 = P(kg)] e acordo no peso ideal para o doente. Para tal, será necessário transmitir ao paciente que o médico fará os ajustes necessários na dieta para o controlo adequado do peso. São pesados em roupa interior, preferencialmente de bexiga vazia. São pesados uma vez por semana desde que inicia o tratamento até alcançar o peso desejado, altura em que passa a mensalmente. Se estiver psicologicamente estável pesar-se-á a cada três meses. Se piorar ou diminuir o peso, voltará a pesar-se semanalmente;
- Valorização do estado físico e análises. A exploração física deve incluir peso e altura para a determinação do índice de massa corporal (IMC), pulso, tensão arterial, temperatura, auscultação cardíaca e pulmonar. Observação do cabelo, pele, unhas e edemas. As análises incluem hemograma e VS, gasometria, hormonas tiroideias,

análises da função hepática e renal, perfil lipídico, glicose e ECG. Conforme a história clínica e a exploração física, podem ser necessários outros estudos analíticos e de imagem, por exemplo, a idade óssea num paciente que já terminou o crescimento ou a densitometria óssea se apresentam amenorreia prolongada. Se o paciente está estável, pode repetir-se as análises três meses depois de iniciar o tratamento e a cada 6-12 meses conforme a clínica. A idade óssea será avaliada anualmente;

- Restabelecer padrões alimentares sãos. É importante recordar que a maioria das alterações analíticas e das complicações médicas se corrigem com a nutrição, sem necessidade de outras medidas médicas. O restabelecimento levar-se-á a cabo mediante dietas, que aumentar-se-ão de 500 em 500 calorias de acordo com as necessidades do paciente. O ganho ponderal aceitável no início do tratamento seria de 0,5-1,5 kg/semana e, posteriormente, de 200-400 g/semana. Uma vez alcançado o peso desejado, poder-se-á indicar uma dieta de manutenção. Com o passar do tempo serão capazes de comer sem dieta;
- Tratamento das complicações médicas. São utilizados agentes estimulantes da motilidade intestinal em alguns pacientes com distensão abdominal, flatulência e sensação de enfartamento. A obstipação é tratada com fibras e medicamentos que aumentem o trânsito intestinal, laxantes, enemas e supositórios, juntamente com uma adequada ingestão de comida e de água. Para a osteoporose são utilizados estrogéneos naquelas pacientes que não completaram o desenvolvimento ósseo; no entanto, o melhor tratamento é a recuperação ponderal.
- Estudo e tratamento das complicações psiquiátricas com trocas de informações e consultas semanais com um psiquiatra;
- Abordagem dos conflitos psicossociais, utilizando a psicoterapia;
- Prevenção de recaídas;

- Coordenação e apoio especializado entre as consultas externas de pediatria e a nutrição, no seguimento nutricional e tratamento de complicações somáticas.
- Inclusão, também, actuações a vários níveis, como a prevenção, educação sanitária e apoio a serviços sociocomunitários.

Quando o tratamento ambulatório não resulta tem que se recorrer ao internamento.

Os critérios de hospitalização são os seguintes:

1) Desnutrição severa:

   - Peso < 75% do peso ideal para o tamanho e idade.

   - Índice de massa corporal = ou < a 17.

2) Desidratação.
3) Alterações electrolíticas.
4) Arritmias cardíacas.
5) Inestabilidade fisiológica:

   - severa bradicardia

   - hipotensão

   - hipotermia

   - alterações ortostáticas

6) Complicações médicas agudas por malnutrição (ex: síncope, falha cardíaca, pancreatite, convulsões, etc.).
7) Fracasso do tratamento ambulatório.
8) Utilização de laxantes e/ou diuréticos.
9) Urgências psiquiátricas (ideias de suicídio, episódios psicóticos).
10) Incapacidade de contenção familiar.

Durante a hospitalização havia diversas regras que o paciente tinha de seguir. Perdia muita da liberdade e autonomia sobre os seus actos, não podendo realizar quase nada sem autorização do médico. Chamavam-lhe o "cese de privilegios", ou seja, "o cessar de privilégios". Inicialmente, tinham de permanecer na cama em repouso absoluto, sem poder receber visitas, ler ou ouvir música; em algumas ocasiões, restringiam ou negavam aspectos básicos de higiene pessoal, como tomar banho ou lavar os dentes, até ao ponto de que, para fazer as necessidades fisiológicas, tinham que ser acompanhados pelo pessoal de enfermagem. Em casos de agitação ou agressividade excessiva, pode chegar-se à imobilização forçada do paciente. Excepcionalmente, estava indicada a colocação se sonda nasogástrica para alimentação ou a nutrição por via parenteral.

Esta actuação tinha como objectivo inibir as condutas alimentares anómalas, acabar com as condutas compulsivas e hiperactivas, conter as condutas ansiosas e hiperactivas e estimular o aparecimento de condutas positivas.

Com o passar do tempo e com a recuperação do doente, vai-se devolvendo, paulatinamente, ao doente e à família a capacidade de tomar decisões, como ir passear ou receber os amigos. Outro elemento básico do tratamento é a organização de diferentes actividades diárias. Aqui, também é o médico que diz se autoriza a ir às aulas, o horário, a frequência; se pode realizar exercício físico e, inclusivamente, se pode ou não viver em casa com os pais e durante que períodos.

O tempo de hospitalização realiza-se durante o período necessário a estabelecerem-se condições de tratamento ambulatório.

Entre Setembro de 2007 e Março de 2008, tive a possibilidade de contactar com seis adolescentes, que estavam internadas neste hospital por anorexia nervosa. São do sexo feminino e têm idades entre os 13 e os 17 anos.

	Idade (em anos)	Tempo de Internamento (em dias)	Número de internamentos anteriores
Caso 1	13	26	2
Caso 2	16	17	5
Caso 3	17	30	1
Caso 4	14	46	2
Caso 5	15	70	9
Caso 6	13	80	2
Média	14,7	34,8	3,5

TABELA 2: IDADE, TEMPO DE INTERNAMENTO E INTERNAMENTOS ANTERIORES DOS SEIS DOENTES CONTACTADOS NO HUSC

A média de idades é de 14,7 anos. Também se avaliou o tempo de internamento, cuja média é 34,8 dias. A média de internamentos anteriores é 3,5.

Outro factor estudado foi o IMC (índice de massa corporal). Verifiquei que os IMC à entrada no internamento são em média de 16,3 kg/ m^2, e a média dos IMC à saída é de 18,48 kg/ m^2.

	IMC à entrada em kg/ m^2	IMC à saída em kg/ m^2
Caso 1	16,6	18,8
Caso 2	17,17	19,4
Caso 3	16,3	19
Caso 4	17	19
Caso 5	16,2	17,7
Caso 6	14,5	17
Média	16,3	18,48

TABELA 3: IMC À ENTRADA E À SAÍDA DOS SEIS DOENTES CONTACTADOS NO HUSC

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO DE PSIQUIATRIA DO HOSPITAL DE S. JOÃO

O Hospital de São João (HSJ), no Porto, é o maior hospital do Norte e o segundo maior de Portugal. É um hospital universitário, com uma ligação umbilical à Faculdade de Medicina do Porto, que ocupa o mesmo edifício em regime de condomínio.

Presta assistência directa à população de parte da cidade do Porto (freguesias do Bonfim, Paranhos, Campanhã e Aldoar) e concelhos limítrofes. Actua como centro de referência para os distritos do Porto (com excepção dos concelhos de Baião, Amarante e Marco de Canaveses), Braga e Viana do Castelo, abrangendo uma população de cerca de três milhões de pessoas. Para muitas especialidades e áreas do saber médico, é a última instância no país em termos de diagnóstico e tratamento. O HSJ é constituído por um edifício de 11 pisos, dois dos quais localizam-se no subsolo, e por um conjunto satélite de edifícios. Dentro do edifício principal estão albergados os serviços de Urgência, Internamento, Laboratórios e Imagiologia, Hoteleiros e a globalidade dos Serviços Administrativos e de Gestão. Todos estes Serviços estão agrupados em seis Unidades Autónomas de Gestão (UAG): Medicina; Cirurgia; Mulher e Criança; Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica; Urgência e Cuidados Intensivos; e Saúde Mental. Nos edifícios externos estão localizados: o Centro de Ambulatório, que inclui as Consultas Externas, Hospitais de Dia e a Unidade de Cirurgia do Ambulatório, e também o Serviço de Instalações e Equipamentos.

O HSJ dispõe neste momento de uma lotação oficial de 1124 camas e várias especialidades médicas e cirúrgicas, entre as quais, o serviço de Psiquiatria que tem as

vertentes de consultas externas, hospital de dia e internamento. O internamento encontra-se no piso 2 e está dividido em homens de um lado e mulheres do outro. É um serviço com acesso restrito, em que apenas os funcionários possuem uma chave, que lhes permite entrar e sair da enfermaria. Os doentes só poderão sair com autorização do médico.

Este trabalho foi realizado nesta enfermaria, onde se encontram pessoas de todas as idades com patologias psiquiátricas diversificadas. Este serviço possui 15 camas para mulheres e 15 camas para homens. A Unidade de Psiquiatria do Jovem e da Família onde está integrado o trabalho com as Perturbações do Comportamento Alimentar tem seis camas para usar conforme as necessidades dos doentes. Actualmente a tratar estas perturbações estão dois médicos (Dr. Roma Torres e a Dra. Isabel Brandão) e dois internos de Especialidade. Há uma enfermeira que está especialmente dedicada a estas patologias, mas toda a equipa colabora. Além disso, há duas psicólogas, uma terapeuta ocupacional e uma arteterapeuta, entre outros profissionais.

Neste serviço não existe protocolo sobre o modelo de tratamento que seguem, contudo, existem máximas que são sempre cumpridas. O primeiro contacto que existe com o doente é na primeira consulta onde o médico ouve o doente e discute com ele o que o preocupa, realizando a anamnese. É efectuado o exame físico, que deve incluir peso e altura, para a determinação do índice de massa corporal (IMC), pulso, tensão arterial, temperatura, auscultação cardíaca e pulmonar. E também a observação do cabelo, pele, unhas e edemas. E, caso ainda não haja, são pedidas análises, que incluem hemograma e VS, gasometria, hormonas tiroideias, análises da função hepática e renal, perfil lipídico, glicose e ECG. Depois de tudo isto chega-se ao diagnóstico (segundo a DSM IV).

De preferência o tratamento é realizado em ambulatório, é discutido um contrato terapêutico e é estabelecido uma dieta que o doente deve seguir. Habitualmente, é indicado um plano alimentar diário em seis refeições, num total de 1700Kcal e que não inclui doces fritos ou gordura.

Quando a condição física é muito crítica e a perda de peso é muito rápida; quando a avaliação dos parâmetros vitais oferece risco de vida; quando há forte risco de suicídio ou, excepcionalmente, quando o doente demonstra vontade para tal, procede-se ao internamento.

Os objectivos do internamento são:

1. Restabelecimento de condição física e recuperação ponderal, lenta e progressiva, até a um peso mínimo que permita a passagem para o ambulatório;
2. Início de uma psicoterapia individual, que se manterá após a alta;
3. Instauração de uma relação de colaboração terapêutica com a família (terapia familiar).

Durante o internamento é estabelecido um plano ao doente em que, no início, se restringe as saídas, as actividades e as visitas. À medida que o doente vai recuperando o peso, são-lhe permitidos mais benefícios, o que lhe possibilita a preparação do regresso à actividade normal. É uma tabela de reforço contingente pela positiva que é colocada com aumentos de 300 ou 500 gramas o que acaba por lhes fazer ganhar a experiência de aumentarem 3-4Kg. Os doentes são sempre avaliados caso a caso, não há regras sem avaliar um a um.

Exemplo:

< Xkg: Repouso obrigatório no leito, refeições no leito com vigilância, cuidados de higiene fora do leito.

Xkg: Repouso no leito durante o dia excepto as refeições principais, que são feitas no refeitório.

X + 0,2kg: Repouso no leito todo o dia, excepto todas as refeições.

X + 0,4kg: Pode fazer um telefonema por semana.

X + 0,6kg: Repouso de 2h de manhã (10h30-12h30) e de 2h à tarde (13h30-15h30); deitar às 21h e ceia no leito.

X + 0,8kg: Repouso de 2h à tarde, deitar às 21h e ceia no leito.

X + 1kg: Sem repouso obrigatório, deitar às 21h e ceia no leito.

X + 1,2kg: Pode ter uma visita/semana, deitar às 21h e ceia no leito.

X + 1,4kg: Pode fazer dois telefonemas/semana, deitar às 21h e ceia no leito.

X + 1,7kg: Pode frequentar terapia ocupacional, deitar às 21h e ceia no leito.

X + 2,1kg: Pode telefonar todos os dias, deitar às 21h e ceia no leito.

X + 2,4kg: Poder ter duas visitas/semana, deitar às 21h e ceia no leito.

X + 2,7kg: Regime normal do serviço.

O doente tem alta do internamento com o peso mínimo, aceitável, para continuar a progredir ao longo do tempo até chegar ao seu peso saudável e recuperar as funções biológicas paradas (ex: menstruação).

Critérios de hospitalização:

11) Desnutrição severa:

- Índice de massa corporal < a 13.

12) Desidratação.

13) Alterações electrolíticas.

14) Arritmias cardíacas.

15) Inestabilidade fisiológica:

- severa bradicardia

- hipotensão
- hipotermia
- alterações ortostáticas

16) Complicações médicas agudas por malnutrição (ex: síncope, falha cardíaca, pancreatite, convulsões, etc.).
17) Fracasso do tratamento ambulatório.
18) Utilização de laxantes e/ou diuréticos.
19) Urgências psiquiátricas (ideias de suicídio, episódios psicóticos).
20) Incapacidade de contenção familiar.

Sendo o risco de morte em ambulatório um factor determinante para o internamento.

Entre Setembro de 2008 e Março de 2009, tive a possibilidade de contactar com seis adolescentes que estavam internados neste hospital por anorexia nervosa. São do sexo feminino e masculino e têm idades entre os dez e os 17 anos. A média de idades é de 15,2 anos.

	Idade (em anos)	**Tempo de Internamento (em dias)**	**Número de internamentos anteriores**
Caso 1	17	30	2
Caso 2	15	40	1
Caso 3	10	100	1
Caso 4	17	85	2
Caso 5	15	15	2
Caso 6	17	20	2
Média	15,2	48	1,7

TABELA 4: IDADE, TEMPO DE INTERNAMENTO E INTERNAMENTOS ANTERIORES DOS SEIS DOENTES CONTACTADOS NO HSJ

A média de idades é de 15,2 anos. Também se avaliou o tempo de internamento, cuja média é 48 dias. A média de internamentos anteriores é 1,7.

Outro factor estudado foi o IMC (índice de massa corporal). Verifiquei que os IMC à entrada no internamento são em média de 13,5 kg/ m^2, e a média dos IMC à saída é de 14,6 kg/ m^2.

	IMC à entrada em kg/ m^2	**IMC à saída em kg/ m^2**
Caso 1	14	15,3
Caso 2	14,4	15,5
Caso 3	11	12,4
Caso 4	12,1	13,1
Caso 5	16,4	17
Caso 6	13,1	14,3
Média	13,5	14,6

TABELA 5: IMC À ENTRADA E À SAÍDA DOS SEIS DOENTES CONTACTADOS NO HSJ

SEMELHANÇAS E DIFERENÇAS ENTRE OS SERVIÇOS

Este trabalho baseou-se na comparação da experiência com doentes anorécticos no serviço de pediatria do Hospital de Santiago de Compostela, em Espanha, e no serviço de psiquiatria do Hospital de S. João, no Porto, Portugal.

	HUSC	HSJ
Idade (em anos)	14,7	15,2
Tempo de internamento (em dias)	34,8	48
Número de internamentos anteriores	3,5	1,7
IMC à entrada em kg/ m^2	16,3	13,5
IMC à saída em kg/ m^2	18,48	14,6
Ganho de IMC em kg/ m^2	2,18	1,1
Reconhecimento da doença	5	4
Amenorreia	6	4 (os outros dois são rapazes)

TABELA 6: COMPARAÇÃO DAS MÉDIAS E OUTROS VALORES DAS VARIÁVEIS ENTRE OS DOIS HOSPITAIS

- As causas demonstradas para a perda de peso foram semelhantes em ambos os grupos. Os adolescentes deixavam de comer na altura da adolescência, por pressão dos seus pares: "Os meus colegas chamavam-me gorda, diziam que pesava mais que uma vaca"; " Os meus colegas começaram a gozar com a minha fotografia do livro de ponto. Será que me acham gordo?"; "Não gosto das minhas pernas, quero ser como as outras raparigas", por influência de ideias preconcebidas que são transmitidas no meio social: " O colesterol é mau e só bebo água porque emagrece"; por algum tipo de instabilidade em casa: "Quando os meus pais discutiam, eu refugiava-me no quarto e comia doces, e depois, não comia a refeição seguinte. Era uma forma de me compensar"; "os meus pais divorciaram-se e eu fiquei triste".
- Todas as raparigas em idade pós-puberdade apresentaram amenorreia.

- Nenhum doente revelou comportamentos compensatórios e apenas uma doente (caso 2 do HSJ) episódios de voracidade alimentar.
- A maioria admitiu ter uma doença e querer tratá-la, à excepção dos casos 3 e 4 do HSJ e do caso 5 do HUSC, que diziam não entender porque estavam internadas.

Desde logo, trata-se de serviços diferentes - um de psiquiatria e o outro de pediatria -, que têm dinâmicas diferentes. Em pediatria, apesar de haver patologias variadas, a faixa etária é a mesma e, portanto, era notório algum relacionamento entre todos. Em psiquiatria, a faixa etária é muito diversificada, o que levava um relacionamento mais restrito entre os jovens com distúrbios alimentares e os restantes doentes internados no serviço.

Em ambos os serviços, o tratamento em ambulatório é a prioridade. Processa-se numa longa e intensa interacção entre o paciente e o médico, já que a maioria dos doentes, apesar de reconhecerem a necessidade do tratamento, recusam aceitar a gravidade da situação. Daí ser fundamental a abordagem psicológica, para além do tratamento médico. Também a família é um alvo prioritário na ajuda destes doentes.

Os critérios de internamento são semelhantes, à excepção do Índice de Massa Corporal. No Hospital Universitário de Santiago de Compostela (HUSC), o internamento é feito quando o IMC é menor que 17kg/m^2 e no Hospital de São João quando o IMC é menor que 13 kg/m^2.

No HUSC o tratamento é feito de uma forma mais rígida. É baseado num programa de orientação dos doentes com perturbações alimentares, que depois se adapta a cada doente. No HSJ o lema é “ não há regras sem avaliar um a um”. O tratamento realiza-se individualmente a partir de uma base.

Nos seis casos estudados verificou-se que o ganho de IMC no HUSC é superior (2,18 kg/ m^2) ao do HSJ (1,1 kg/ m^2). Já a média de IMC de internamento é muito inferior no HSJ (13,5 kg/ m^2) do que no HUSC (16,3 kg/ m^2). A amostra não é representativa, mas vem confirmar os valores de IMC utilizados nos critérios de internamento. Também se constatou que o número de internamentos anteriores é muito inferior no HSJ do que no HUSC, o que, provavelmente, se justifica por essa diferença de IMC. Sendo o IMC de internamento mais elevado no HUSC, leva a que haja mais internamentos.

A média do tempo de internamento é superior no HSJ (48 dias) em relação ao HUSC (34,8 dias). Esta diferença não é muito significativa e, possivelmente, deve-se apenas ao facto de o caso 3 e o caso 4 serem muito complicados e necessitarem de um tratamento mais prolongado.

Em suma, ambos os serviços utilizam os mesmos critérios de diagnóstico, mas apresentam diferenças, relativamente aos critérios de internamento e de tratamento.

CONCLUSÃO

A ideia deste trabalho surgiu quando, nas aulas práticas de Pediatria no Hospital de Santiago de Compostela (onde estava pelo programa Erasmus), tive a possibilidade de contactar com jovens anorécticas. Desde logo me surpreendeu a quantidade de pacientes internadas com anorexia nervosa. Apesar de saber que a doença existe, não tinha a noção exacta da sua prevalência e da gravidade. Impressionou-me também a idade tão prematura em que ela pode surgir.

A partir daí, surgiu também a possibilidade de contactar jovens anorécticas no Serviço de Psiquiatria do Hospital de S. João. Aqui, a grande surpresa foi o contacto com dois jovens rapazes, visto que a prevalência no sexo masculino é muito menor.

Foram experiências enriquecedoras no contexto médico e também humano. Tive a oportunidade de contactar com duas realidades semelhantes, mas com características diferentes. Ambos os hospitais são centros de referência nos cuidados de transtornos alimentares, nomeadamente a anorexia nervosa. Recebem frequentemente doentes encaminhados de outras unidades de saúde para o tratamento destas patologias.

Este trabalho contribuiu para apreender que a anorexia nervosa é uma doença grave que pode atingir ambos os sexos, idades variáveis e todos os estratos sociais.

Concluindo, nos dois serviços os critérios de diagnóstico são os mesmos, os de internamento são semelhantes e os de tratamento apresentam diferenças. Contudo, sendo o tratamento da anorexia nervosa muito complicado, verificou-se, em ambos os serviços, que o carinho, compreensão e dedicação dos profissionais de saúde se mostrou fundamental, de modo a que os doentes entendam a gravidade da patologia e percebam que têm que se disciplinar a comer para terem uma vida saudável.

BIBLIOGRAFIA:

Am J Psychiatric (1993) American Psychiatric Association, Practice guidelines for eating disorders.; 150:207-28

American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition (DSM-IV). Washington, DC: The American Psychiatric Association Press

Anderson A E. (1985) Three classic papers on anorexia nervosa: the work of Morton, Gull an Lasegue. In : Anderson A E (ed). Practical comprehensive treatment of anorexia nervosa and bulimia. Washington: John Hoppkins University Press

Attia, E; Haiman, C; Walsh, BT et al. (1998) Does fluoxetine augment the impatient treatment of anorexia nervosa? Am. J. Psychiatry 155:548-51

Arnow B (1997) Psychotherapy of anorexia and bulimia. See Ref. 2a, pp. 235-57

Bell, R.M (1985) Holy anorexia. Chicago: University of Chicago Press

Bouça, Dulce (2000) Anorexia nervosa minha amiga. Colecção Compreender a doença: Ambar

Brito, Maria João Sousa (2001) Quem arisca não petisca – Uma interpretação psicanalítica da anorexia nervosa. Almedina.

Bruch H.(1973) Eating disorders: obesity, anorexia nervosa and the person within. New York: Basic Books

Calvo, Mª T Muñoz; Rivero, J Casas; Lobera, I Jáuregui et al (1997) Los trastornos del comportamiento alimentario: aspectos clínicos, orientaciones terapéuticas y sus implicaciones éticas y legales; 53(2): 172-187

Carmo. I (1994) A vida por um fio. Anorexia Nervosa. Lisboa, Relógio d´Água

Carmo I. (1996) A osteoporose na Anorexia Nervosa. Acta reuma port; 78-79: 91-6

Carmo, I; Reis, D; Varandas, P et al (1996) A prevalence of anorexia nervosa: a portuguese population study. Europe eating disorders rev; 4: 144.1-11

David Garner, Paul Garfinkel. (1997) Handbook of treatment for eating disorders. New York, London. The Guilford press

Feighner JP et al (1972) Diagnostic criteria for use in psychiatric research, Arch Gen Psychiatry; 26: 57-63

Ferguson, CP; La Via, MC; Crossan, PJ et al. (1999) Are SSRI´s effective in underweight anorexia nervosa? Int. J. Eating disord. 25:11-17

Freud, Sigmund (1980) Edição Standard Brasileira das obras completas, Rio de Janeiro, Imago Editora, (24 vols)

Giddens, Anthony (1997) Modernidade e identidade pessoal. In: *A trajectória do self*. Celta

Giddens, Anthony (2002) As consequências da modernidade. In: *Confiança*. Celta

Gutiérrez, Elena; Ceñal, Mª Jesús; Nodarse, Rinaldo et al. Programa para la atención de los trastornos de la conducta alimentaria del area sanitaria VIII, Hospital de Móstoles – Servicio de Salud Mental/ Servicio de Pediatria

Haynal, André; Passini, Willy; Archinard, Marc (1998). Medicina psicossomática – perspectivas psicossociais. Lisboa: Climepsi Editores

Herzog DB, Keller MB, Strober M, et al (1992) The current status of treatment for anorexia nervosa and bulimia nervosa. Int. J. Eating disord. 12:215-20

International Organization for Standardization. Documentation and information. Genève ISO (1988) ISBN 92-67-10144-7 (ISO standards handbook 1)

Jimerson DC, Wolfe BE, Metzger ED, et al. (1996) Medications in the treatment of eating disorders. Psychitr. Clin. N. Am. 19: 739-54

Kaye, WH; Weltzin, TE; Hsu, LKG et al. (1991) An open trial of fluoxetina on patients with anorexia nervosa. J. Clin. Psychiatry 155: 548-51

Kaye, W.H. et al. (2005) Anorexia and Bulimia nervosa. Annu. Rev. Med. 51:299-313

Manuila, L; Manuila, A; Lewalle, P; Nicoulin, M. (2003) Dicionário Médico 3ª edição. Climepsi Editores

Ministério da Saúde (2006). Página consultada em 20 de Fevereiro de 2009, disponível em: http://www.hsjoão.min-saude.pt

Morandé, Gonzalo; Celada, Ph. D. Julio; J. Casas, José (1999) Prevalence of eating disorders in a spanish school-age population; 24:212-219

Moreira P, Peres E. (1996) Alimentação de adolescentes. Rev. Alimentação human; II (4): 4-44

Moura, Elysio de (1947) Anorexia mental. Coimbra: Acta Universitatis Conimbrigensis

O`Dwyer AM ; Lucey JV; Russell GFM (1996) Serotonin activity in anorexia nervosa after long term weight restoration: response to D-fenfluramine challenge. Psychol. Med. 26: 353-59

Prabhajaran, Rajani et al (2008) Determinants of height in adolescent girls with anorexia nervosa; 121, 1517-1523

Raich, Rosa Mª (2001) Anorexia e bulimia. McGraw Hill

Rivero, José Casas; Alba, Carmen García; Vicario; Inés Vicario et al (1999) Líneas de actuación en la atención a los trastornos del comportamiento alimentario en la comunidad de Madrid

Sampaio; Daniel (1998) Vivemos livres numa prisão. Lisboa, Caminho

Sampaio, Daniel et al (1999) Doenças do comportamento alimentar – Manual para o clínico geral; prémio bial de medicina clínica

Serviço Galego de Saúde. Página consultada em 20 de Fevereiro de 2009, disponível em: http://chusantiago.sergas.es

Sheehan H L, Summers, U.K.(1949) The syndrome of hypopituitarism. Quartely Journal of Medicine; 18: 319-78

Sienne, Sainte Catherine. (1981) Le livre de Dialogues. Paris: Editions du Seuil

Strober M, Freeman R, Morrell W. (1997) The long-term course of severe anorexia nervosa in adolescents: survival analysis of recovery, relapse and outcome predictors over 10-15 years in a prospective study. Int J Eat Disrod; 22: 339-360

Srober M, Freeman R, DeAntonio M, et al. (1997) Does adjunctive fluoxetine influence the post-hospital course of restricting-type anorexia nervosa? A 24 month prospective, longitudinal follow up and comparison with historical pharmacol. Bull, 33:425-31

Tollefson, GD. (1995) Selective serotonin reuptake inhibitors. In Textbook of Psychopharmacology, ed. AF Schatzberg, CB Nemeroff, pp. 161-82. Washington DC: Am. Psychiatr. Press

Treasure, J; Todd, G; Brolly, M et al. (1995) A pilot study of a randomized trial of cognitive analytical therapy vs educational behavioral therapy for adult anorexia nervosa. Behav. Res. Ther. 33: 363-67

Wilson, Jenny L. et al (2006) A pilot study of pro-eating disorder Web site usage in adolescents with eating disorders; 1635-1643

Woodside, D. Blake (1995) A review of anorexia nervosa and bulimia nervosa. Current problems in pediatrics; 25: 67-89

ANEXOS

Anexo 1

Idade (anos)	Altura (cm)	Peso (Kg)	Nec. médias energéticas (Kcal/dia)
Rapazes			
10-12	144	34,5	2200
12-14	157	44,0	2400
14-16	168	55,5	2650
16-18	176	64,0	2850
Raparigas			
10-12	145	36,0	1950
12.14	157	46,5	2100
14-16	161	52,0	2150
16-18	163	54,0	2150

Adaptado de OMS, 1986

TABELA 1: MEDIANAS DE PESO E ALTURA E RAÇÃO CALÓRICA RECOMENDADA. RETIRADA DE SAMPAIO, DANIEL ET AL (1999) DOENÇAS DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR – MANUAL PARA O CLÍNICO GERAL; PRÉMIO BIAL DE MEDICINA CLÍNICA

Anexo 2

HISTORIA-ENTREVISTA CLINICA PROTOCOLIZADA

I.- SINTOMAS CARACTERISTICOS DE ANOREXIA NERVIOSA

	SI	NO
1.- Rechazo a mantener un peso corporal mínimo (para su edad y talla).....	--	--
2.- Miedo intenso a ganar peso.....	--	--
3.- Negación del peligro que comporta el bajo peso.....	--	--
4.- Alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo.....	--	--
5.- Amenorrea.....	--	--

II.- SUB-TIPOS

Restrictivo :

La pérdida de peso se consigue:

	SI	NO
Haciendo dieta.....	--	--
Ayunando.....	--	--
Descripción de los alimentos que ingirió en los ultimos días:		
Realizando ejercicio intenso.....	--	--

Compulsivo/Purgativo:

Recurre regularmente a:

	SI	NO
atracones episódicos + purgas (vómitos provocados, diuréticos, laxantes, enemas) (subrayar el método usado)	--	--
ingesta pequeñas + purgas.....	--	--
Frecuencia de episodios.....	--- x sm.	

III..- SINTOMAS, SIGNOS Y TRASTORNOS ASOCIADOS:

	SI	NO
1.- Estado de ánimo depresivo.....	--	--
2.- Irritabilidad.....	--	--
3.- Insomnio.....	--	--
4.- Retraimiento social.....	--	--
5.- Pérdida de interés por el sexo.....	--	--
6.- Síntomas obsesivo-compulsivos:		
a.- Relacionados con la comida, silueta corporal o el peso.....	--	- -
b.- No relacionadas con la comida, silueta corporal o el peso.....	--	--
7.- Abuso de alcohol.....	--	- -
8.- Abuso de drogas.....	--	- -
9.- Estreñimiento.....	--	- -
10.- Dolor abdominal.....	--	- -
11.- Intolerancia al frío.....	--	--
12.- Letargia.....	--	- -
13.- Vitalidad excesiva.....	--	- -
14.- Emaciación.....	--	- -
15.- Hipotensión.....	--	--
16.- Hipotermia.....	--	- -
17.- Sequedad de piel.....	--	- -
18.- Lanugo - hirsutismo.....	--	- -
19.- Bradicardia.....	--	- -
20.- Edemas periféricos.....	--	- -
21.- Otros.....	--	- -
.....		

Talla:..... ; Peso:..... ; IMC:.....

Ha perdido Peso; ..... Cuanto: .....

En cuanto tiempo:

Cuanto tiempo hace que se inicio esta conducta:

Juicio Clínico:

A.N.: Subtipo R ó B

B.N.: Subtipo No Purgativo/ Purgativo

Trastorno no especificado: (si no cumple todos los criterios de cada trastorno)

Recomendaciones terapéuticas:

DOCUMENTO 1: HISTÓRIA CLÍNICA UTILIZADA NO HUSC À CHEGADA DOS DOENTES