

*Faculdade de Ciências da Nutrição e
Alimentação da Universidade do Porto*

Anorexia Nervosa

José Carlos Guimarães Duarte

Ano: 2002/2003

Coordenadora: Prof. Doutora. Luíza Kent-Smith

Índice

Lista de Abreviaturas

Resumo

1- Introdução

2- Breve referência histórica

3- Definição

3.1- Critérios de diagnóstico

3.2- Critérios de Feigner

3.2.1- D.M.S. – IV (Manual Estatístico de Desordens Alimentares, 4ª edição)

3.2.2- I.C.D- 10- CM (classificação Internacional de Doenças, 10ª edição, Modificação clínica; Classificação Europeia das Desordens Mentais e Comportamentais – Geneva, 1992)

3.3- Diagnóstico Diferencial

4- Epidemiologia

5- Prognóstico

6- Etiologia

6.1- Factores Predisponentes

6.1.1- Factores Individuais

6.1.1.1- Psicológicos/Personalidade

6.1.1.2- Genéticos

6.1.1.3- Vulnerabilidade Constitucional e Física

6.1.1.4- Anormalidades Neuroendócrinas e Metabólicas

6.1.2- Factores Familiares

1

2

3

6

6

7

8

9

10

13

15

16

16

16

16

19

19

19

20



6.1.3- Culturais	21
6.2- Factores Precipitantes	22
6.3- Factores Perpetuantes	23
7- Prevenção	24
Teste de Comportamento Alimentar	26
8- Características de diagnóstico – sinais	28
8.1- Métodos e Escalas de Avaliação	31
9- Sintomas	35
10- Tratamento	40
11- Restabelecimento	45
12- Onde Obter Ajuda	46
13- Análise Crítica	47
14- Conclusão	48
Bibliografia	
Anexos	

Lista de Abreviaturas

A.N. – Anorexia Nervosa

D.M.S. –Manual Estatístico de Desordens

I.C.D. –Classificação Internacional de Doenças

I.M.C. – Índice de massa corporal

F.S.H. – Hormona folículo-estimulante

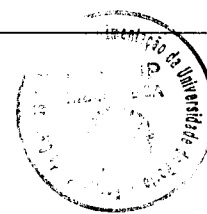
S.I.D.A. – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

E.A.T. – Eating Atitudes Test

E.D.I. – Eating Disorder Inventory

Q.R.S. – Complexo de Ondas Eléctricas

Q.T. – Complexo de Ondas Eléctricas



Resumo

A Anorexia Nervosa (A N.) é uma doença da qual temos conhecimento das primeiras descrições escritas há mais de 300 anos. Como significado da palavra podemos atribuir-lhe «perda de apetite» o que não é correcto, pois o que existe é a recusa em manter o peso corporal, através da consciente diminuição da ingestão de alimentos.

Existem vários critérios de diagnóstico baseados em estudos que têm vindo a ser elaborados principalmente ao longo das últimas décadas. A A.N. tem uma prevalência maior nas sociedades mais avançadas e industrializadas, mas com a interligação de culturas que hoje em dia se verifica, assistimos a um aumento de casos e a uma globalização desta doença.

Sendo predominantemente uma doença do foro psicológico, não se conhecem bem as causas fundamentais. A multiplicidade de factores que a pode desencadear tem sido objecto de estudos que exigem equipas multidisciplinares, nas quais se inclui o nutricionista.

Os novos padrões culturais e sociais, veiculados pelos média, têm sido os grandes responsáveis pelo aumento da prevalência de A.N.

A diversidade dos sintomas que apresenta, todos eles nefastos ao organismo faz com que o restabelecimento não seja fácil. A prevenção desta doença, assim como a ajuda aos pacientes que a contraem, já se encontram implantadas na nossa sociedade, talvez ainda em deficiência de número. Este trabalho procura contribuir para o melhor conhecimento da A.N. em variados aspectos da sua complexidade.

1- Introdução

Desde a segunda metade do século XVII que surgiram em forma de panfletos escritos descrições de casos onde havia restrição auto-imposta de ingestão de alimentos.

Um caso pontual ocorrido em 1667 em Inglaterra com uma rapariga de 18 anos de nome Martha Taylor, provocou o aparecimento da publicação de três livros nos quais era descrita a sua doença com todos os detalhes, por volta de 1670.¹

O termo Anorexia Nervosa (A.N.) apenas foi empregue no século XIX na literatura médica por William Gull e Laségue (1874). Gull definiu a Anorexia como uma privação do apetite, do grego «*Orexis*», privação do desejo em geral.¹

Contudo na Anorexia Nervosa não existe a perda de apetite, para os anorécticos, mas sim uma recusa consciente em se alimentar, que está intimamente ligada a um medo intenso de engordar.^{2, 3} É mais frequente nas mulheres e nestas com maior incidência nas adolescentes dos países mais desenvolvidos.

2- Breve referência histórica

Poderíamos talvez, se tivéssemos documentos comprovativos falar da existência de variantes de A.N. desde os tempos mais remotos das primeiras civilizações.

O jejum a que se remetiam por voto próprio, na sua maioria ligado a crenças religiosas e que por vezes era prolongado, é um exemplo de que poderíamos nalguns casos estar perante uma variante de A.N..

Em 1689, vinte e dois anos após a ocorrência de um caso largamente referenciado de uma rapariga de 18 anos de nome Martha Taylor e que deu origem a várias publicações que descreveram pormenorizadamente a doença. Richard Morton, médico inglês, descreve pela primeira vez um caso de A.N. onde lhe chama «Caquexia nervosa» e descreveu como «atrofia nervosa, consumptiva, sem febre, tosse ou dispneia».

Todo o material utilizado era baseado na sua própria observação clínica, com poucas referências bibliográficas. O primeiro paciente em que observou a doença era uma rapariga de 18 anos que, apesar da evidente emaciação e indiferente ao frio de um Inverno rigoroso, recusava qualquer medicação e por isso acabou por morrer subitamente. O segundo paciente que Morton descreveu era um rapaz de 16 anos, a quem atribuiu a perda de apetite e emagrecimento à dedicação intensa aos estudos.^{1, 4}

Setenta e cinco anos passaram até que em 1764 Robert Whytt, através da publicação de um livro voltou a focar o assunto. O livro de título «*Observations on the nature, causes and cure of those disorders which have been commonly called*

nervous, hypochondriac or hysteric to which are prefixed some remarks on the sympathy of the nerves». Neste livro, whyth descreveu a doença como «atrofia nervosa»¹

Decorridos quase 100 anos sobre este acontecimento, o Dr. Louis-Victor Marce (1860) em Paris, escreveu um artigo titulado «*Note sur une forme de délire hypochondriaque consécutive aux dyspepsies et caractérisée principalement par les refus d'aliments*».¹

Em 1870, William Gull em Inglaterra e Charles Laségue em França, com a redescoberta da doença empregam pela primeira vez o termo «Anorexia nervosa». Gull (1874) realiza a descrição clínica detalhada desta doença na qual relata a ocorrência mais frequente nas mulheres jovens dos 16-23 anos, Na sua opinião a modificação voluntária do apetite tinha a sua origem num estado mental perturbado (histeria).^{1,4}

A partir daqui foram feitas várias referências a esta doença, por variados autores tais como Charcot (psiquiatra) 1885, que reconhece na anorexia, a que chama mental, um sintoma da histeria e inaugura o método terapêutico do isolamento da família. Pela mesma altura Freud, 1893 refere-se à questão da anorexia analisando a história de uma mulher que se tornou anoréctica após o nascimento do primeiro filho e que teve de interromper a amamentação por falta de leite. Os mesmos sintomas reapareceram no nascimento do segundo filho, com vômitos, recusa alimentar e depressão. Freud interpretou a aparição dos sintomas em cada gravidez, como decorrentes de uma relação problemática mãe-bebé, simbolizada na equação comer =amamentar.^{1,4}



Já no século XX (1970) Hilde Bruch e Gerald Russell (1979) levaram a que se verificasse uma completa revolução no entendimento das desordens alimentares.

Hilde Bruch tendo trabalhado durante três décadas com pacientes anorécticas desenvolveu no seu livro «Eating disorders» que a A.N. deve ser compreendida em termos do desenvolvimento de personalidade no contexto individual e familiar, em que a função alimentar se tornou o foco de conflitos psicológicos.^{1,4}

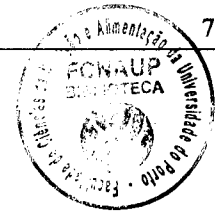
Concluindo, podemos verificar que, nestes 300 anos precedentes, esta incompreendida doença foi descrita variadamente como «Um tumulto nas fêmeas» (Reynolds, 1669), «Uma destruição nervosa» (Morton, 1689), «Uma atrofia nervosa» (whytt, 1764), «Um delírio hipocondrial» (Marcé, 1860), «Uma histeria associada à hipocondrisia» (Laségue, 1873) e «Uma perversão do ego» (Gull, 1874).¹

3- Definição

A A.N., segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico (DMS-IV, 1994) da Associação Americana de Psiquiatria define-se como uma recusa em manter o peso corporal dentro do mínimo esperado para a idade e altura; medo intenso de engordar ou de se tornar obeso (mesmo apresentando déficit e desnutrição); distorção da imagem corporal ou negação da gravidade da sua condição nutricional; Amenorreia Primária ou Secundária. De acordo com o tipo de comportamento alimentar, a A.N. é também dividida nos sub tipos restritivo e purgativo.⁵

3.1.-Critérios de diagnóstico

Existem vários métodos de classificação para a A.N., pois os critérios de diagnóstico desta doença são difíceis de determinar objectivamente.¹ Além disso não se pode diagnosticar sem a existência de outras complicações médicas, tornando-se, por isso, complicado de diagnosticar. É essencial, entretanto que se afastem, de maneira segura, causas orgânicas de desnutrição como por exemplo tumores do Sistema Nervoso Central, Síndromes de má-absorção intestinal, doenças do colagêneo, hipotireoidismo, fibrose cística, diabetes mellitus e infecções, antes de se iniciar a terapêutica nutricional e psiquiátrica.⁵



3.2-Crítérios de Feigner

Os critérios de Feigner e Col (1972) abrem uma nova etapa no estudo da A.N. ao facilitarem uma descrição uniforme e uma consequente possibilidade de comparação, numa grande parte dos trabalhos que lhe são posteriores.^{2, 3, 6}

1- Início antes dos 25 anos

2- Perda de peso de pelo menos 25% em relação ao peso prévio

3- Atitude distanciada e implacável face à alimentação, comida e peso ,

manifestada por:

- aparente prazer em perder peso

- imagem corporal desejada de extrema magreza

- armazenamento e manipulação inabitual de comida

4- Ausência de doença médica justificativa da perda de peso e anorexia

5- Ausência de outras doenças psiquiátricas, particularmente esquizofrenia, doenças afectivas primárias, neurose fóbica e neurose obsessivo-compulsiva

6- Existência de, pelo menos, duas das seguintes manifestações

- Amenorreia

- Lanugo

- Bradicardia (menos de 60 batimentos /minuto)

- Períodos de hiperactividade

- Episódios de Bulimia

- Vômitos voluntários ou não

3.2.1- D.M.S. – IV (Manual Estatístico de Desordens Alimentares, 4ª edição)

Estes critérios apesar de terem alguma relevância não substituíram os critérios de Feigner na generalidade da investigação clínica. A existência deste documento permite haver consenso e quando se fala de uma entidade, todos se referem à mesma situação.

O diagnóstico de A.N. segundo a classificação Americana DSM-IV, 1996, faz-se pelos seguintes critérios:

- 1- Recusa em manter o peso corporal igual ou acima do Normal para a idade e altura, com perda de 15% do peso em relação ao esperado, ou fracasso no ganho ponderal esperado para o período de crescimento
- 2- Medo intenso e persistente de aumentar de peso ou vir a ser gordo, mesmo quando notoriamente emagrecido
- 3- Perturbação da avaliação do peso e imagem corporal que se manifesta na sensação de se ver gordo mesmo quando notoriamente emagrecido e negação da gravidade da situação
- 4- Amenorreia Secundária de pelo menos três ciclos consecutivos ou atraso da menarca, quando a doença se iniciou na puberdade.

Nos rapazes, diminuição da produção de testosterona, diminuição da libido e perda de potência.

Especificação de tipos:

- Tipo restritivo: neste quadro a perda de peso é conseguida à custa da restrição alimentar progressiva, associada ou não a exercício físico

intenso e não recorre regularmente à ingestão compulsiva de alimentos nem a purgantes

- Tipo ingestão compulsiva / tipo purgativo: neste quadro o paciente utiliza manobras adicionais para perder peso, tais como o recurso ao vómito a seguir a uma ingestão menos controlada, ou, nos casos mais graves após todas as refeições mesmo diminutas, utiliza laxantes, diuréticos e enemas. 1, 2, 4, 7, 8, 9

3.2.2- I.C.D- 10- CM (classificação Internacional de Doenças, 10ª edição, Modificação clínica; Classificação Europeia das Desordens Mentais e Comportamentais – Geneva, 1992)

1- O peso é mantido, pelo menos, a 15 % abaixo do peso esperado (por perda ou nunca ganho). O índice de massa corporal (IMC) é igual ou inferior a 17,5 kg/m² (o IMC é calculado dividindo-se o peso em quilogramas pela altura em metros)

Durante o período de crescimento os pacientes podem apresentar uma deficiência no peso ganho esperado.

2- O peso perdido é auto-induzido pela supressão de «comidas gordas» e um ou mais dos seguintes pontos:

- Vômito auto-induzido;
- Purgantes auto-induzidos;
- Exercício excessivo;
- Uso de diuréticos e ou supressores do apetite

- 3- Há uma imagem corporal distorcida na forma de uma psicopatologia específica pelo temor intenso de ganhar peso ou da persistência da obesidade. Com isto o paciente impõe um peso no limiar em si mesmo.
- 4- Existe uma desordem endócrina envolvendo o eixo hipotalâmico - pituitário - gonadal (isto é, devido a uma redução da secreção da hormona Folículo - estimulante (FSH) e hormona luteinizante (LH) pela pituitária que provoca uma baixa secreção de estrogénios) manifestando-se nas mulheres em amenorreia e nos homens na perda do interesse sexual e potência. Também pode haver aumento dos níveis da hormona do crescimento, do cortisol, modificações no metabolismo da hormona tiroideia e anormalidades na secreção de insulina.
- 5- Se o começo da A.N. se verifica no período pré-pubertal, a sequência das modificações da puberdade são atrasadas ou param mesmo (o crescimento pára; nas mulheres os seios não desenvolvem e surge uma amenorreia primária; nos homens os genitais permanecem juvenis). Havendo recuperação, a puberdade é completamente normal mas a menarca atrasa-se.^{2, 3, 4, 5, 6}

3.3- Diagnóstico Diferencial

No diagnóstico diferencial da A.N. devem ser pesquisadas outras causas possíveis para o emagrecimento quando os sintomas forem atípicos (tal como, um início após os 40 anos).

Há também doenças como:

- Gastrointestinais: síndrome de má absorção, úlceras, doenças de Crohn
- Tumores cerebrais

- Neoplasias ocultas^{1, 5, 10} e a SIDA (síndrome de Imunodeficiência adquirida) nos quais pode ocorrer acentuada perda de peso, mas os pacientes com estas doenças não têm habitualmente distorção da imagem corporal e desejo de continuar a emagrecer.

Na esquizofrenia as pessoas podem ter comportamentos alimentares bizarros e ocasionalmente apresentam perda de peso considerável, mas raramente mostram medo em ganhar peso ou distorção da imagem corporal.

Alguns dos sintomas da A.N. são critérios para diagnóstico de Fobia Social, perturbação obsessivo-compulsiva e perturbação dismórfica corporal. Os pacientes podem sentir-se humilhados ou embaraçados em público como na Fobia Social; podem mostrar obsessões e compulsões ligadas à comida - como por exemplo esconder comida pelos armários, dentro das roupas, coleccionar receitas e artigos sobre comidas. A preocupação crescente com a comida faz com que assumam padrões de pensamento pré-mórbidos. Um estilo de raciocínio de tudo-ou-nada leva à conclusão de que uma grama de peso ganho significa a transição do normal para gordo.

Podem também estar preocupadas com um defeito imaginário na aparência corporal como na perturbação dismórfica - os pacientes anorécticos mesmo quando excessivamente magros continuam a olhar para locais do corpo em que acham que deveriam ser ainda mais magros quando por vezes o que existe é só pele e osso.

Por vezes tem de se efectuar um diagnóstico adicional quando por exemplo uma pessoa com A.N. apresenta medo de falar em público, pode indiciar um caso de Fobia Social. Da mesma forma, deve ser estabelecido um diagnóstico adicional de perturbação obsessivo – compulsiva quando as obsessões e compulsões não forem

com a comida mas sim com outras coisas (exemplo medo de contaminação). Já quando a distorção não for relacionada com o tamanho e forma do corpo mas sim com outra coisa (nariz grande, orelhas grandes) deve ser considerado um diagnóstico adicional de perturbação dismórfica.^{2, 10}

Outras causas possíveis para o emagrecimento podem ser causas endócrinas: Hipo e Hiper Tiroidismo, Doença de Addison, Hipopituitarismo, Diabetes Mellitus; causas neurológicas: Neoplasia Hipotalâmica; outras causas: Tuberculose Oculta; Doença Renal Oculta, Tireotoxicose, Insuficiência Adrenal, Disfagia Psicogénica, Toxicofilias – Anfetaminas, cocaína, alcoolismo crónico.¹

anorexia nervosa é caracterizada por uma restrição severa da ingestão de alimentos, resultando em uma perda de peso significativa e em distúrbios da percepção da imagem corporal. A condição é frequentemente associada a obsessões e compulsões relacionadas à comida e ao peso. O diagnóstico é baseado em critérios específicos, incluindo a presença de uma preocupação excessiva com o peso e a forma do corpo, e a ausência de comportamentos compensatórios inadequados para evitar o ganho de peso. A anorexia nervosa pode ter consequências graves para a saúde física e mental, exigindo intervenção médica e psicológica especializada. O tratamento geralmente envolve uma abordagem multidisciplinar, incluindo terapia nutricional, psicoterapia e, em alguns casos, medicamentos para estabilizar o humor e tratar sintomas associados. A recuperação pode ser um processo longo e desafiador, mas com o suporte adequado, muitos indivíduos conseguem alcançar uma melhoria significativa em sua qualidade de vida e saúde.

4- Epidemiologia



A A.N. parece ter uma prevalência maior em sociedades industrializadas, nas quais existe abundância de alimentos e onde especialmente no tocante às mulheres, ser atraente está ligado à magreza. Os pacientes que emigraram de culturas, nas quais o transtorno é raro, para culturas nas quais o transtorno é mais prevalente, podem desenvolver A.N., à medida que assimilam os ideais de elegância ligados à magreza.^{2, 11} Nos Estados Unidos é a terceira doença crónica mais comum entre adolescentes só perdendo para a obesidade e a asma (Fischer et al, 1995).

Estudos Epidemiológicos feitos nos países nos quais existe maior casuística, isto é, na Europa (Suécia, Escócia, Grã-Bretanha, Suíça, Dinamarca, Holanda, Itália e França) e nos Estados Unidos da América mostram que ela ocorre com maior prevalência em:¹²

- pessoas do sexo feminino;^{1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14}
 - a relação é de dez mulheres para um homem^{2, 4, 5, 6}
 - filhos de mães anorécticas e maior taxa de concordância entre gémeos monozigóticos em comparação com os dizigóticos (56% contra 5%)²
 - caucasianos⁷. Contudo devido à penetração cultural, a prevalência nas comunidades negras norte-americanas tem aumentado^{2, 11}
 - adolescentes com a maior prevalência aos 15 anos (prolonga-se até aos vinte e poucos)^{1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 16, 17}
 - actualmente atinge 5% dos adolescentes^{3, 6}
 - há anorécticas crónicas que têm esta doença aos 40/45 anos (mas são raros os casos)^{2, 18, 19}
-

- 87% dos casos aparecem nos 5 anos seguintes à menarca³

- pode surgir na puberdade (10% dos casos)^{2, 20}

- classes médias-altas^{9, 21}

No respeitante à classe social a A.N. começa já a ser observada nas classes mais baixas mas não aparece nas zonas consideradas de pobreza.²¹

- algumas profissões e actividades de risco como modelos, bailarinas, artistas ginastas e praticantes de desportos como corrida, salto em altura ou outros desportos que valorizem a magreza para melhorar o desempenho e a aparência^{2, 17}

- menor prevalência em pessoas com uma formação de base em nutrição, com ensinamentos e programas de educação nutricional²²

5- Prognóstico

A idade média para o início da A.N. é de 17 anos, com alguns dados sugerindo picos aos 14 e aos 18 anos. O curso e a evolução da A.N. são altamente variáveis. Alguns pacientes recuperam-se completamente após um episódio isolado, alguns exibem um padrão flutuante de ganho de peso seguido de recaída e outros vivenciam um curso crónico e deteriorante ao longo de muitos anos. Dos casos de A.N. 15% a 20% evoluem para a doença crónica (com duração superior a 4 anos de evolução). A evolução de A.N. masculina é bastante mais grave e de prognóstico mais reservado do que nas mulheres (tem maior perturbação a nível psicótico). A hospitalização pode ser necessária para a restauração do peso e para a correcção de desequilíbrios hidroelectrolíticos.^{2, 3}

Dos pacientes que dão entrada nos hospitais a mortalidade a longo prazo por A.N. é em torno de 10%.^{2, 13} A morte ocorre com maior frequência, por inanição, suicídio ou desequilíbrio electrolítico.²

Quanto à cura sem tratamento só 15% dos pacientes conseguem recuperar totalmente. Com tratamento 60% a 80% tem cura completa. Contudo ainda que muitos pacientes melhorem da Sintomatologia ao longo do tempo, uma boa parte continua a ter problemas com a imagem corporal, transtornos alimentares e também dificuldades psiquiátricas.⁵

A incidência de A.N. aumentou muito nas últimas décadas.^{2, 6, 11}

6- Etiologia

A A.N. é considerada uma doença multi determinada^{2, 9, 17}. Não se conhecem as causas fundamentais da A.N.. Há autores que evidenciam como causa a interacção sócio-cultural mal adaptada, factores biológicos, mecanismos psicológicos menos específicos e especial vulnerabilidade da personalidade.

6.1- Factores Predisponentes

6.1.1- Factores Individuais

6.1.1.1- Psicológicos/Personalidade

A maioria das pesquisas concluiu que a personalidade pré-mórbida é caracterizada por uma substancial instabilidade emocional. Existiram sérias limitações metodológicas para demonstrar a implicação de factores psicológicos na A.N.. A maior parte dos estudos não utiliza amostras representativas e os traços da personalidade são avaliados tipicamente depois da desordem alimentar estar instalada e desenvolvida. Deste modo, torna-se difícil determinar se o aspecto personalidade é a causa, se mantém, ou se simplesmente resulta da desordem alimentar. Os estudos raramente incluem um grupo de controlo psiquiátrico.¹

No entanto existem traços de personalidade que são mais comuns e que podem predispor à A.N.:

- baixa auto-estima¹⁹
- sentido de inutilidade⁸
- medo de ficar gorda⁴

carácter obsessivo⁴ (capacidade de concentração) muito elevada

- vulnerabilidade emocional (sensibilidade a críticas)

- retracção social (isolamento) (devido a vergonha)

- tristeza (devido a perda de peso)

- dificuldade de autonomia (dependência da família)

- pensamento pouco maleável (rigidez de pensamento)

Contudo pessoas com A.N. tendem a ser exemplares; raramente desobedecem, guardam os seus sentimentos e tendem a ser perfeccionistas, bons estudantes e excelentes atletas, são organizadíssimas (todos os objectos de uso pessoal são muito bem guardados, limpos e de certa maneira conferindo até um certo ritual obsessivo) e um senso de responsabilidade muito apurado. Como tal e ao satisfazer o desejo dos outros e a seguir o que eles preconizam. não aprendem a enfrentar os problemas que são típicos e comuns a todos os adolescentes, tais como:

- O crescimento, a separação da família (por vezes vão estudar para longe), tornar-se independente, o relacionamento com os amigos (que nestas alturas é problemático), a primeira experiência sexual, a rejeição da «paixoneta» do liceu, a entrada na faculdade, a competição pelas notas.

- a) Depressão - Não se conhecem dados suficientes para podermos considerar a A.N. uma variante de depressão. Alguns estudos indicam também que estados depressivos de intensidades variadas poderão condicionar o desenvolvimento e a duração da A.N.. Na depressão com a melhoria de humor, frequentemente segue-se a reabilitação
-

nutricional. Os sintomas de perturbação do humor devem, portanto, ser reavaliados após uma recuperação completa ou parcial do peso.

- b) Ansiedade – Os sintomas mais comuns da ansiedade são os obsessivo-compulsivos. Dentro destes podem-se encontrar obsessões e compulsões relacionadas com alimentos, forma corporal ou peso. Estão assim criadas condições que poderão desencadear A.N.
 - c) Défices Emocionais e Cognitivos – Vários autores têm descrito os anorécticos como sendo pessoas com distúrbios cognitivos. A convicção de que o peso, a forma e a magreza podem servir como referência para a valorização pessoal ou auto-valorização é central na A.N. . Os valores culturais, sociais da nossa sociedade incluem uma atitude negativa face às pessoas que apresentam excesso de peso, que são muitas vezes discriminadas. Estes factos influem a análise cognitiva dos anorécticos.
 - d) Trauma Psicológico ou Físico – O abuso emocional é o trauma mais importante no desenvolvimento da A.N.. Mesmo que o trauma psicológico ou físico não seja a causa, eles podem estar associados à amplitude dos sintomas e devem ser considerados fulcrais para o tratamento.
 - e) O stress – Neste ponto podemos concluir que a vivência actual nas sociedades é por si só stressante e o stress precede a origem da A.N. . No entanto muitos factores ocorrem para que se instale o stress, factores esses que por si só poderiam ajudar a desencadear uma situação de A.N.
-

6.1.1.2- Genéticos

Os estudos de A.N. em gémeos descobriram taxas de concordância para gémeos monozigóticos significativamente maiores do que para gémeos dizigóticos. (56% contra 5%)^{1,25}

Também para os parentes biológicos em primeiro grau de pacientes com A.N. existe um risco aumentado de poderem desenvolver a doença. Aproximadamente 8 vezes mais do que a população em geral.

6.1.1.3- Vulnerabilidade Constitucional e Física

Se existir um quadro de dificuldades gastrointestinais como dores abdominais fortes, úlcera péptica, colite ulcerosa podem predispor ao aparecimento de A.N.

Por vezes também a propensão para a obesidade, que provoque uma maturação precoce, pode desenvolver A.N. numa tentativa de reprimir e reverter o processo de maturação quando foram apanhados de surpresa e não sabem lidar com isso nem estão preparados.

6.1.1.4- Anormalidades Neuroendócrinas e Metabólicas

Sendo o hipotálamo o centro regulador do apetite e da saciedade tem por isso sido largamente estudado na A.N..

A hiperactividade, a alteração da imagem corporal e a manifestação precoce de amenorreia têm sido atribuídos à disfunção hipotalâmica e persistem mesmo após o restabelecimento do peso.

Aspectos biológicos incluem as alterações hormonais que ocorrem durante a puberdade e as disfunções de neuro-transmissores cerebrais, tais como a dopamina, a serotonina, a noradrenalina e dos peptídeos opióides, sabidamente ligados à regulação normal do comportamento alimentar e manutenção do peso.

As gonadotrofinas e os estrogénios estão diminuídos.

6.1.2- Factores Familiares

Segundo alguns especialistas, as famílias de anorécticos apresentam com traço marcante a falta de limites entre membros da mesma, não respeitando as suas individualidades. Especialistas afirmam que na grande maioria das vezes são lares de excelentes condições económicas, com características peculiares de tendências perfeccionistas, preocupações estéticas e de padrões alimentares. A mãe normalmente é ligada a actividades profissionais liberais e possui grande capacidade laborativa. Dentro de casa tem presença marcante, procura ter controlo total de tudo e de todos e dirige as suas preocupações à aparência física que lhe confere dessa forma um papel castrador, inibindo a filha ou o filho de formar a sua própria personalidade. O pai é, geralmente, bem sucedido profissionalmente. Tem participação afectiva discreta ou mesmo ausente no âmbito familiar. Em muitos casos participa de aventuras extraconjugais, o que frustra a mãe, levando-a a buscar na filha ou filho um aliado contra o marido.

A patologia familiar pode também ser o resultado da desordem instalada pela A.N. em vez de ser a causa desta. No entanto, desordens alimentares demonstram actuar como agregantes familiares.

6.1.3- Culturais

A A.N. em adolescentes vem crescendo de maneira assustadora e, talvez, seja essa uma das manifestações que fazem ver mais claramente os reflexos da cultura na sanidade emocional das pessoas.

A ênfase que se dá à magreza feminina como uma expressão de atracção sexual provoca o aumento da incidência de A.N. . Actualmente a sociedade valoriza a atractividade e a magreza em particular, fazendo da obesidade uma condição altamente estigmatizada e rejeitada. A associação de beleza, sucesso e felicidade, com um corpo magro, tem levado as pessoas à prática de dietas abusivas e de outras formas não saudáveis de regular o peso ³.

Desde há muito que a actividade de «modelo-manequim» tem habitado o sonho de meninas e mães não necessariamente nesta ordem. Os estilistas também têm vindo a determinar tiranicamente as medidas antropológicas femininas, de acordo com escalas duvidosas de valores sensuais, sob o risco de condenarem as mulheres de compleição normal a sentirem-se deficientes e deformadas.

E das passerelles, esse falso ideal de beleza passou aos meios de comunicação (cinema, televisão, jornais, revistas), às ruas, aos lares, às escolas e a toda a sociedade em geral.

Estes falsos ideais, aliados a uma propaganda exaustiva a produtos de baixo valor calórico, induzem muitos adolescentes a uma saga interminável que tem como única e exclusiva meta a perda de peso.

Depois de adoptados pelos adolescentes estes ideais constituem já uma forte preocupação em crianças com 7 e 8 anos de idade. De acordo com um estudo realizado na *Behavioural Sciences Unit*, do *Institute of Child Health*, de Londres, muitas das bonecas que as crianças utilizam como brinquedo tem medidas corporais semelhantes a mulheres, anorécticas em fase terminal, embora estes efeitos sejam modelados pela manipulação da forma do corpo.

6.2- Factores Precipitantes

As dietas (cujo rigor se centra frequentemente na diminuição de peso e na redução da quantidade de comida ingerida ao longo do dia) constituem o comportamento mais comum que pode levar à A.N..

Segundo um estudo realizado em Portugal pela Universidade do Minho, cerca de 25% das jovens inquiridas tem um peso inferior ao normal e perto de 5% manifesta ter pânico de engordar. Apesar da maioria ter um peso normal, cerca de 70% das jovens pretende emagrecer. Os sentimentos de insegurança podem induzir a A.N. nas pessoas vulneráveis. Ao aperceber-se da sua gordura por comentários dos outros, ou indução dos familiares preocupados com a aparência, pode precipitá-la a fazer uma dieta.¹⁷

A depressão, a demência, o isolamento social, relativa pobreza, mobilidade reduzida, decréscimo das funções gastrointestinais e diminuição do paladar, podem ser também factores precipitantes em muitos casos de A.N..¹⁸

6.3- Factores Perpetuantes

Há factores psicológicos, interpessoais e culturais que podem manter a desordem. Os sintomas da desordem alimentar podem produzir feedback nos sintomas psicológicos e familiares, ou podem preservar o equilíbrio em qualquer destes sistemas, através do afastamento de outras áreas difíceis.²⁶

A nível orgânico o esvaziamento gástrico retardado, juntamente com a motilidade gástrica reduzida podem aumentar a percepção de enfiamento e assim contribuir para o prolongamento da dieta.

A fome por sua vez também leva a sintomas secundários que tem um papel crítico na perpetuação da doença.

7- Prevenção

Existem diversos meios de actuação preventiva que poderão tornar-se eficazes para impedir o aparecimento de novos casos de A.N.(ver anexo 1). A nível individual torna-se imperativa a aquisição precoce de conhecimentos sobre alimentação e nutrição e a sua importância no desenvolvimento psicossomático do indivíduo.²²

Neste domínio da prevenção os pais têm o papel mais importante pois através do conhecimento da personalidade dos filhos poderão estar atentos a qualquer desvio comportamental que possa surgir.

Algumas recomendações poderão ser úteis:

- devem inculcar valores morais, intelectuais ou culturais que façam compreender a influencia nefasta da cultura do ócio e do consumismo
- ao conduzir os objectivos que pensou para os seus filhos, não lhes transmita falsas ideias em que o êxito está ligado à beleza e a um corpo estilizado
- instrua-os sobre os riscos de regimes alimentares para emagrecimento
- faça-os compreender que a publicidade observada nos meios de comunicação é feita para servir os interesses dos anunciantes e que a imagem corporal utilizada é apenas, por eles, encarada com fins lucrativos
- não faça discriminações por razões de sexo e ofereça a todos as mesmas oportunidades
- potencie o desenvolvimento da auto-estima de todos os membros da família
- esteja atento a conflitos pessoais ou escolares que possam surgir

A nível social e escolar poderiam ser recomendadas medidas tais como:

- implementar políticas na área da educação e saúde, visando prevenir o aparecimento da doença, por meio de campanhas governamentais veiculadas pelos órgãos de comunicação social
 - incluir no currículo o conteúdo programático em nutrição, alimentação, padrões de peso e actividade física desde a pré-escola
 - envolver e sensibilizar as empresas alimentares para veicularem mensagens de alimentação adequada nos rótulos dos alimentos
 - envolver a família dos adolescentes, motivando-os com reuniões e discussões sobre a importância dos hábitos e comportamentos alimentares ³.
-

8- Características de diagnóstico – sinais

Há um grande número de características observadas em anorécticos, umas em fases iniciais, outras já em situações graves e crónicas.

Contudo as características iniciais da A.N. são a recusa do indivíduo em manter um peso corporal na faixa normal mínima ($IMC > 17,5\text{Kg/m}^2$), um temor de intenso de ganhar peso e uma perturbação significativa na percepção da forma ou tamanho do corpo. Além disso, as mulheres pós-menarca com este transtorno são amenorreicas.

Existem alguns factores visíveis ou percussores da A.N., muito importantes para se levar em conta, porque proporcionam um panorama da situação em que a pessoa vive. Em alguns casos o nome do problema parece evidente, mas o diagnóstico preciso deve ser estabelecido por uma equipa profissional especializada.

Dentro desses factores visíveis poderemos dividi-los em três grupos:

⇒ Conduta:

- quantidade de alimentos notavelmente reduzida (jejuns e dietas muito restritas)
 - aparição de novos hábitos alimentares, tais como, esmiuçar os alimentos e separá-los, demorar exageradamente para comer, preparar e servir comida aos outros, mas negar-se a prová-la
 - desculpas para evitar sentar-se à mesa
 - evitar situações sociais em que há comida
-

- vestir-se com várias camadas sobrepostas de roupa, para proteger-se do frio e para ocultar a magreza
- comer às escondidas ou então quantidades exageradas de comida, seguindo-se jejuns
- esconder os alimentos
- ir à casa de banho depois de comer e fazer correr a água ou pôr música para que não se escute que vomita
- consumir laxantes e diuréticos, geralmente de forma encoberta
- praticar actividades físicas de forma exagerada, às vezes às escondidas
- transtornos do sono (tem dificuldade em dormir ou desperta antes do esperado)
- olha-se exageradamente no espelho e experimenta roupas de forma incansável, buscando números cada vez menores
- pesa-se frequentemente
- fala ou pensa muito em comida, calorias ou peso

⇒ Corpo

- notável perda de peso (se se produziu em curto tempo, o risco é maior)
 - nas mulheres, a ausência de menstruação ou amenorreia
 - nos homens, perda de desejo sexual ou impotência
 - intolerância ao frio
 - enjoos e ou desmaios
-

- obstipação
- lanugo (penugem fina que cobre o corpo)
- pele seca
- cansaço durante o dia
- caquexia (em casos extremos)

⇒ Atitudes

- irritabilidade
- mudanças rápidas de humor
- retracção social (isolamento)
- tristeza
- pensamentos constantes a respeito do peso e comida
- dificuldade em concentrar-se e em prestar atenção
- perfeccionismo, rigidez do pensamento, inflexibilidade, forte necessidade de controlar tudo à sua volta
- dúvidas inapropriadas sobre a sua capacidade pessoal
- avareza
- auto-valorização (depende do que tenha ingerido naquele dia)
- distorção da imagem corporal (vê-se sempre gorda, apesar da magreza que apresenta)

8.1- Métodos e Escalas de Avaliação

Devido à origem multifactorial dos transtornos alimentares nos quais se inclui a A.N. são necessários vários tipos de avaliação: mensuração da alimentação, actividade física, imagem corporal e episódios bulímicos. Os autores revisam os diagnósticos clínicos de transtornos alimentares e revêem as diversas formas de abordagens estruturadas desses transtornos.

Durante a última década foram publicados vários tipos de entrevistas estruturadas, das quais as mais usadas são: Questionário de Imagem Corporal (BSQ), Teste de Avaliação Bulímica de Edinburgo (BITE) e o Teste de Atitudes Alimentares (EAT)³¹

Os métodos mais comuns de avaliação são as entrevistas clínicas semi-estruturadas, diários alimentares e instrumentos auto-aplicados.

- Entrevistas clínicas

As entrevistas clínicas foram os primeiros métodos de obtenção de informação utilizados. O desenvolvimento de entrevistas semi-estruturadas representou um grande avanço do conhecimento na área.

O *Eating Disorder Examination* (EDE) é o mais validado e amplamente utilizado para a avaliação de aspectos psicopatológicos fundamentais em 4 escalas (restrição alimentar, preocupação alimentar, forma corporal e preocupação com o

peso) constitui, hoje, o «padrão-ouro» entre as anamneses diagnósticas e apresenta-se sensível a mudanças de tratamento e aos efeitos de tratamento psicológico³¹

- Diários Alimentares

São instrumentos de auto avaliação, nos quais os pacientes são solicitados a oferecer uma visão da sua ingestão alimentar (quantidade, qualidade), mecanismos de controlo compensatórios, cognições e afectos relacionados. Por vezes o controlo pode agir com agente terapêutico diminuindo a frequência do comportamento bulímico e vómitos.

Além disso os diários podem servir como guias nos pontos de intervenções para mudança do comportamento alimentar e para se avaliar o progresso e prognóstico dos pacientes.

Como factor negativo dos diários temos por vezes a falta de aceitação por parte de alguns pacientes e a falta de confiabilidade no relato do paciente.

⇒ Instrumentos de Auto-Aplicação

Questionários de auto-aplicação tem várias utilidades na abordagem de sintomas alimentares e também de outra natureza. Primeiramente, apesar de esses instrumentos não poderem substituir uma entrevista clínica, para se fazer o diagnóstico, eles servem para selecção da presença ou da gravidade dos sintomas alimentares. Em segundo lugar, como a apresentação clínica desses transtornos é

muito heterogénea, servem para identificar os problemas que merecem maior ênfase durante o tratamento. Finalmente como estes instrumentos medem o progresso dos pacientes, podem ser aplicados várias vezes ao longo do tratamento.

Os dois instrumentos mais usados na clínica e pesquisa são o *Eating Attitudes Test* (EAT) e o *Eating Disorders Inventory* (EDI) versão 1 e 2. O EAT foi originalmente desenvolvido para avaliar atitudes e comportamentos típicos de pacientes com A.N.. Essa escala diferencia pacientes anorécticos dos controles e também diferencia pacientes bulímicos dos controles. A análise factorial dos seus 40 itens resultou numa versão resumida, o EAT – 26³¹ (ver anexo 2)

Outro factor importante na abordagem dos transtornos alimentares e particularmente de A.N. está no sintoma de distorção de imagem corporal. Esse sintoma apresenta várias facetas: distorção da imagem corporal, insatisfação corporal e evitamento da imagem corporal.

Vários questionários foram usados desde a publicação de uma das primeiras escalas «*A body cathexis scale*» (Secord and Jourard, 1953). O que irei referenciar o *Body Shape Questionnaire* (BSQ) mede as preocupações com a forma do corpo, auto-depreciação, devido à aparência física e à sensação de estar «gorda». As medidas psicométricas do BSQ são muito promissoras e essa escala é muito útil para pacientes com A.N.. (ver anexo 3)



9- Sintomas

Os sintomas que se verificam em pacientes com A.N. são de largo espectro. O paciente priva o seu organismo da sua fonte de vida e sobrevivência: os alimentos.

É portanto todo o organismo que sofre com essa privação e é todo o organismo que manifesta os sintomas dessa mesma privação. Eles podem ser: metabólicos; cardiovasculares; hematológicos; imunológicos; endócrinos; hepáticos; renais; neurológicos; músculo-esqueléticos; gasterentológicos.

Assim como a anamnese, o exame físico pode contribuir de sobremaneira para detecção das repercussões clínico-nutricionais da A.N..

A Bradicardia (frequência cardíaca menor que 60 bat/min) está presente na maioria dos pacientes e, segundo estudos recentes, 48% daqueles que seguiriam dietas extremamente rígidas e 25% dos que tinham sintomas purgativos, apresentavam frequência cardíaca menor que 40 bat/min. A bradicardia é consequência da diminuição do metabolismo basal, como adaptação à privação de energia e é mediada pela diminuição dos níveis periféricos de catecolaminas e pela diminuição na taxa de conversão de tiroxina em triiodotrionina.⁵ Entre os pacientes 85% apresentam hipotensão, com pressão arterial menor que 90mmHg / 60mmHg, provavelmente devido ao estado de depleção de volume. A expressão clínica geralmente traduz-se por tonturas, hipotensão ortostática e até síncope.

Outro item que merece atenção entre os sinais vitais é a frequência respiratória, que pode estar aumentada nos casos de insuficiência cardíaca congestiva e que pode ocorrer, também, nas fases iniciais da realimentação.

Taquipneia pode estar presente, também, como manifestação de acidose metabólica, que geralmente se associa aos episódios de diarreia secundários, ao uso de medicamentos laxativos.

Frequentemente pode-se detectar sensibilidade dental aumentada quando há ingestão de alimentos quentes ou gelados. Sensação de «enfartamento» (diminuição da velocidade de esvaziamento gástrico) é referido por vários pacientes.

Fraqueza muscular, obstipação alternada com diarreia, poliúria e polidipsia podem ser decorrentes da própria desnutrição e, às vezes, associam-se à hipocalcemia que nos casos mais graves, pode estar acompanhada de arritmias cardíacas.

Dores ósseas devem ser tidas em conta, pois podem corresponder às fracturas causadas por osteopenia.

Edema da Orofaringe pode denotar a prática de provocar vômitos, assim como evidências de refluxo gastroesofágico.

Pacientes que forçam o vômito, no mínimo 3 vezes por semana e por longos períodos costumam apresentar erosão do esmalte dental, com descalcificação das superfícies dos dentes. Nesses pacientes, pode-se notar ainda hemorragia conjuntival, decorrente do esforço para vomitar. Ao nível da pele as alterações mais comuns, provavelmente secundárias à disfunção hipotalâmica e ao estado de hipotiroidismo encontrado nos anorécticos são: pele seca, perda de tecido celular subcutâneo, edema peritibial sem hipoproteinemia, lanugo.

O consumo elevado de alimentos ricos em vitamina A e caroteno, como cenoura, confere à pele de alguns portadores de A.N. coloração amarelada. Além disso pode-se notar calosidades no dorso das mãos dos pacientes que induzem o

vômito – quando os mesmos utilizam as mãos para esse acto. Essas calosidades são chamadas «sinal de Russel» que as descreveu em 1979.⁵

Do ponto de vista cardíaco, verifica-se diminuição de todas as dimensões do coração e do volume sistólico.

No electrocardiograma podem-se encontrar arritmias, alargamento do intervalo QRS (complexo de ondas eléctricas) e encurtamento de QT (complexo de ondas eléctricas) em alguns casos, sendo este último um sinal de perigo, indicando o internamento para monitorização cardíaca contínua.

A desidratação e outros transtornos hidroelctrolíticos e metabólicos agudos são frequentes nos casos graves, principalmente nas A.Ns. do tipo purgativo. Esses estados requerem tratamento hospitalar.

Hipoplasia reversível da medula óssea tem sido observada em quadros graves, assim como alterações do sistema imunológico⁵

Outras manifestações encontradas em alguns casos e que aqui ainda não foram enumeradas mas que por vezes ocorrem com alguma frequência são:

- Metabólicas:^{13, 27}

- Hipomagnesémia (devido à perda de magnésio nas fezes)
- Hipofosfatémia (devido à perda de fósforo nas fezes)
- Hipozincémia (devido à perda de zinco nas fezes)
- Hiponeutrémia (devido à perda de electrólitos)
- hipocloremia (devido à perda de cloro nas fezes)
- diminuição de bicarbonatos

- Vitaminas:

- Vitamina D alterada
-

- Proteínas:^{9, 13}
 - Hipoprotidemia (proteínas totais diminuídas)
 - Hipoalbuminémia
 - Ureia diminuída
 - ácido úrico aumentado
 - Lípidos:¹³
 - Hipopolidemia
 - Hipercolesterolemia
 - Hipertriglicemia – aumento das LDL e ApoB
 - Ácidos gordos livres diminuídos
 - Hidratos de Carbono:¹³
 - Glicemia estável
 - Corpos cetônicos aumentados
 - Hipoglicemia (tolerância à glicose diminuída)
 - Hiperamilasemia
 - Cardiovasculares (ainda não citadas atrás):
 - Resposta atenuada ao exercício
 - Síndrome artério mesentérica superior
 - Neurológicas:^{13 14}
 - Pseudo atrofia do cérebro (electroencefalografia)
 - Dilatação das fissuras corticais e dos sulcos inter-hemisféricos
 - EEG anormal
 - Neurite periférica
 - Compressão dos nervos
-

- Actividade autónoma deteorada
- Hematológicos:^{9, 13}
 - Leucopenia
 - Anemia
 - Diminuição do ferro:
 - Transferrina diminuída
 - Hemoglobina diminuída
 - Hemacrócitos diminuídos

Mais sintomas teriam de se enumerar se adoptássemos uma forma exaustiva para o fazer. Contudo pensamos ter referido os suficientes para uma correcta compreensão do quadro de A.N. não menosprezando os restantes. Um paciente com A.N. provoca no seu organismo uma falência total dos sistemas que na sua fase terminal termina com caquexia e morte.

10- Tratamento

Uma das primeiras dificuldades é a que diz respeito a fazer aderir o paciente ao tratamento, pois como já focamos, a negação da doença é muitas vezes parte integrante do quadro. Os pacientes com A.N. em geral desconfiam dos médicos, os quais para eles são entendidos como inimigos e interessados apenas em realimentá-los, em fazê-los perder a vontade de controlar os seus pesos. Portanto o médico deve encorajar hábitos alimentares normais e recuperação do peso sem que isso se torne o único foco do tratamento².

Para se alcançar os objectivos a proposta pactuada deve ser a de recuperação de peso, evitando utilizar os termos «ganho de peso» e «engordar». Os pacientes devem ser esclarecidos sobre a quantidade de calorias que será oferecida e sobre a restrição às actividades, bem como em relação a algumas outras actividades e práticas dietéticas patológicas. Metas de obtenção de peso devem ser estabelecidas e, quando atingidas, algumas restrições devem ser revistas e repactuadas.

Os objectivos do tratamento devem ser:

- deter o emagrecimento
 - obter lenta mas de forma segura o aumento progressivo de peso
 - restabelecer hábitos alimentares correctos
 - recuperar a percepção de fome e saciedade
 - fixar o peso num valor dentro dos limites normais
 - corrigir as alterações biológicas causadas pela desnutrição
-

- conseguir, a médio prazo, que o paciente seja autónomo e eficaz na sua vida quotidiana.

A A.N. pode ser considerada:

- moderada, se o IMC ronda os 17,5Kg/m²

- severa se for inferior a 15Kg/m²

- crítica, IMC a rondar os 12,5Kg/m² ⁶

Nas pacientes que pararam de menstruar, o peso mínimo aceite é aquele que permite ciclos ovulatórios normais, lembrando que se necessita em torno de 20% de gordura corporal para isso ocorrer.

Nas não amenorreicas, mesmo com peso muito abaixo do esperado para a idade e estatura, aceita-se como mínimo 90% do peso ideal. Nas pré-pubescentes, aceita-se o peso que leva à manutenção do desenvolvimento puberal, que deve ser acompanhado pela velocidade do crescimento e pelo desenvolvimento de caracteres sexuais secundários. ⁵

A oferta calórica inicial deve ser de 30Kcal/Kg/dia – 40Kcal/Kg/dia, que fornece cerca de 1000Kcal/dia a 1600Kcal/dia, promovendo um ganho de peso entre 200g e 500g por semana. A seguir a oferta deve ser aumentada gradualmente até 100Kcal/Kg/dia, até se atingir o peso ideal. Muitas vezes, mesmo após a recuperação do peso, ofertas calóricas altas podem ser necessárias, pois os pacientes mantêm alto consumo energético. Suplementos alimentares são indicados, principalmente cálcio (500mg/dia a 1000mg/dia) e vitaminas em doses baixas. Níveis séricos de fósforo e potássio devem ser monitorizados e quando necessário indica-se a reposição destes. ⁵

Entretanto, deve ser lembrado que a hipofosfatemia pode levar à morte durante a realimentação, pois as reservas de fósforo são levadas à depleção durante a fase de desnutrição e catabolismo.⁵

Na fase de realimentação, ocorre afluxo celular de fósforo com hipofosfatemia grave.⁵

É também na realimentação que a função cardíaca requer mais atenção devido a poder ocorrer insuficiência cardíaca congestiva, secundária ao aumento de peso, pois o volume sistólico não acompanha o aumento do volume das câmaras cardíacas. Isto é potencializado pelo facto da recuperação das reservas miocárdicas ser mais lenta que o aumento das necessidades metabólicas. Também durante a fase de realimentação ocorre edema das extremidades em 25% dos pacientes muito provavelmente devido ao aumento da sensibilidade renal à aldosterona e à acção da insulina nos tubulos renais, levando à retenção hídrica.⁵

Quando as metas de aumento de peso não são atingidas, ou os pacientes não se conseguem alimentar por via oral, passa-se a pensar e a discutir a alimentação por sonda, que deve ser reservada a casos mais graves e refractários ao tratamento. Nesses casos os objectivos mantêm-se e os cuidados para não se promover um aumento excessivo de peso devem estar sempre presentes.⁵

Já a nutrição parenteral total restringe-se aos casos em que o paciente está em estado nutricional muito grave com potencial risco de vida, o que no entanto raramente ocorre.⁵

Há autores como J.A. Flaherty, autor de «Psychotherapy and Bulimia Nervosa» que quanto à necessidade de internamento refere: é necessária a

internação quando houver rápida perda de peso (maior que 30% ao longo de seis meses), severa perda de energia e hipocalémia ou alterações electrocárdiográficas.

Convém salientar que estes tratamentos devem ser efectuados por uma equipa multiprofissional que inclua um clínico, um nutricionista, um psicoterapeuta individual, um psicoterapeuta de grupo (familiar) e um psicofarmacologista.³

Durante todo o processo de recuperação, o nutricionista deve relacionar aspectos psicológicos e nutricionais da A.N., visando estabelecer padrões nutricionais adequados. A mudança em atitudes alimentares é uma medida importante do resultado geral nestes pacientes. Para isso, é fundamental criar um vínculo terapêutico com o paciente e colocar-se como aliado no tratamento, oferecendo ajuda, apoio e orientação. No entanto, o nutricionista não pode esquecer que a terapia para a A.N. é um processo integrado, no qual ele e a equipa trabalham juntos para modificar os comportamentos relacionados ao peso e à alimentação do paciente.

É importante orientar a família. A reeducação nutricional deve ser oferecida juntamente com a terapia, cautelosamente. O objectivo da terapia familiar consiste em alterar o comportamento de toda a família e não apenas do doente com A.N.. Pretende-se ajudar a família a ultrapassar a crise, promover o crescimento dos seus membros, diminuir a aglutinação familiar e facilitar a autonomia de cada um. Está indicado como método terapêutico fundamental, sobretudo nos casos de anorécticas jovens.¹

É difícil tratar os anorécticos com psicoterapia, pois os jovens falam muito pouco e há uma recusa de falar de si próprios. Há psicoterapias adequadas, e só

assim, aliando-se aos antidepressivos convencionais se poderá obter melhores resultados.

A psicofarmacoterapia é indispensável e normalmente faz-se às custas de antidepressivos, nomeadamente com tricíclicos que tenham como efeito colateral também o estímulo do apetite e o aumento de peso, como é o caso da maprotilina, amitriptilina ou clomipranina. Havendo necessidade de utilizar sedativos (quase sempre há), recomenda-se que esta seja feita com neurolépticos e, preferencialmente, com aqueles que também aumentam o apetite, como é o caso da levomepromazina.

...



11- Restabelecimento

Mesmo após a melhora é bom ter em mente que as recaídas são frequentes. No caso do internamento, a taxa de recaída imediata é superior a 25%. Portanto, o acompanhamento dos pacientes com A.N. deve fazer-se por anos. Isto porque ainda que muitos pacientes melhorem ao longo do tempo, uma boa parte continua a ter problemas com a imagem corporal, transtornos alimentares, e também dificuldades psiquiátricas.

É no restabelecimento que a família e os amigos, os colegas e os professores, que pelo prolongado contacto que mantêm diariamente com o paciente têm um papel preponderante na sua recuperação.

Devem promover-se refeições com os amigos e com familiares, sobretudo os menos ansiosos com estas situações, com os quais os pacientes poderão encontrar maior serenidade à volta de refeições simples e partilhadas.⁶

É com grande acompanhamento, compreensão e suave encorajamento que os anorécticos ultrapassarão uma situação marcante das suas vidas. Alguns psicoterapeutas, especialistas em distúrbios alimentares incluem mesmo o acompanhamento no exterior, que tem como objectivo confrontar o individuo com situações reais. A compra de uma peça de roupa pode ser um exercício muito traumatizante para os adolescentes que não conseguem encontrar com facilidade a sua medida. O acompanhamento de um especialista tem aqui uma importância extrema no confronto com a realidade, na aceitação da sua imagem e na descoberta da origem do problema que levou ao distúrbio alimentar.

12- Onde Obter Ajuda

Existem consultas especializadas, nas perturbações do comportamento alimentar, nas Clínicas Psiquiátricas dos Hospitais Universitários:

- Hospital de S. João – Serviço de Psiquiatria; consulta de doenças do comportamento alimentar – Porto

- Hospital de S^{ta}. Maria – Lisboa

- Hospitais da Universidade de Coimbra

E também no:

- Hospital Maria Pia – até aos 18 anos – Departamento de Pedopsiquiatria – Porto

- Hospital Magalhães Lemos – Departamento de Pedopsiquiatria – Porto

A Direcção Geral de Saúde coloca à disposição diversos pontos de atendimento de adolescentes, distribuídos por todo o país, cuja localização e horários se encontram no site:

http://www.dgsaude.pt/cidadao/adol/atend_ado.html

Mediante solicitação por parte das escolas, alguns Centros de Saúde fazem formação de grupo. Estas acções podem ser realizadas no Centro de Saúde ou através da deslocação de técnicos de saúde até à escola.

Com a vulgarização da Internet surgiram alguns sites nos quais se podem obter informações sobre A.N., colocar questões e obter ajuda.

Para mais informações sobre o diagnóstico e tratamento de A.N., consulte o site: http://www.dgsaude.pt/cidadao/adol/atend_ado.html

13- Análise Crítica

A A.N. é uma das doenças dos chamados Transtornos Alimentares. Este transtorno é muitas vezes mal compreendido pelas pessoas que verificam que voluntariamente alguém se propõe a passar fome, quando muitos milhões morrem por não ter que comer. Esta incompreensão faz com que o problema seja agudizado e os indivíduos que padecem de A.N., se fecham em si, tornando mais difícil a percepção dos outros perante um caso que se desenvolve e que quando se manifesta já existem sequelas graves.

A competição social e profissional na nossa sociedade são dos factores mais importantes para a indução de A.N.. O mundo em que vivemos transformou-se numa selva, onde só sobrevivem os mais capazes e aqueles com mais atributos. É aqui nos atributos que surgiu a distorção e a imagem que hoje em dia é fundamental para o sucesso. Mentos menos elucidadas e mais débeis não ultrapassam o facto de se ter institucionalizado a magreza como atributo do sucesso.

É neste aspecto fundamental que deveriam incidir as acções desenvolvidas por Nutricionistas e outros técnicos de saúde, que teriam por finalidade fortalecer a mente com informação e educação alimentar para obter um corpo são.

«MENTE SÃ / CORPO SÃO»

14- Conclusão

Desde o aparecimento das primeiras referências à Anorexia Nervosa que esta foi considerada uma doença difícil de definir e diagnosticar. Dificuldade essa devida à multiplicidade e natureza das suas causas e à dificuldade em se fazer um diagnóstico consistente sem o aparecimento de sintomas evidentes.

Actualmente e nas últimas décadas com a interligação de culturas e com a evolução dos padrões sociais, novos valores e conceitos foram surgindo fazendo com que a prevalência da A.N. tivesse aumentado, atingindo valores consideráveis e preocupantes.

São os órgãos de comunicação social grandes responsáveis pelas deturpações que se passam a considerar normais relativamente à imagem e à valorização das pessoas. Hoje em dia, são valorizadas na razão inversa do seu peso.

Cabe ao nutricionista, como provedor de informação sobre alimentos, nutrição e saúde, identificar o problema e informar outros profissionais da área da saúde e o poder público sobre o perigo das dietas de emagrecimento e uso inadequado de produtos dietéticos e orientar a população a manter padrões saudáveis de peso e métodos adequados para a estabilização do peso



Bibliografia

- 1) Silverman. J.A., M. D. Psychobiology and Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa – Historical Development. Editor Katherine A. Halmi, M. D. 1992
- 2) Ballone G. J. – Anorexia Nervosa, in PsicWeb, Internet, disponível em [HTTP://www.psiqweb.med.br/anorexia.html](http://www.psiqweb.med.br/anorexia.html), revisto em 2003
- 3) Dunker, Lenz K. L. e Philippi, Tucunduva S. Hábitos e Comportamentos Alimentares de Adolescentes com Sintomas de Anorexia Nervosa. Rev. Nutri. [online]. Jan/Mar.2003, Vol.16, nº1 p.51-60 disponível na world wide web: [HTTP://www.scielo.br](http://www.scielo.br)
- 4) Bouça D. Anorexia nervosa minha amiga. Copyright 2000 Ambar-Fev2000 p.135-168
- 5) Oliva C.A. e Fagundes U.. Aspectos clínicos e nutricionais dos transtornos alimentares - disponível em <http://www.google.com/anorexia+nervosa&hl=pt>
- 6) Breda J. Distúrbios do comportamento alimentar: anorexia nervosa e bulimia – disponível <http://www.google.compt/revista/index.ppp%code%D24+anorexia+nervosa>
- 7) Barber N. The slender ideal and eating disorder: na interdisciplinary «telescope» model. International Journal of Eating Disorders 1998; vol23; nº3; Abril: 295-307
- 8) Geller J., Johnston C. . Shape – and weight – Based self – Esteem and the eating disorders. International Journal of Eating Disorders 1998; vol.24;nº3;Novembro: 285-298

- 9) Rigaud D., Apfelbaum M. . Anorexia Mentale: Approche Physio – Pathologique et traitement. Cahiers de Nutrition et de Diététique 1993 ;vol. XXVIII ;n° 3 :181-187
 - 10) Pomeroy C. , Williamson Donald A. , Anderson Drew A. and Greaves David H. . Body image, eating disorders, and obesity an integrative guide for assesment and treatment. APA editor J. Kevin Thompson 2002:1-345
 - 11) Carmo I., Reis D., Varandas P., Bouça D , Santo D. P., Neves A. , André I., Sampaio D., Galvão A., Teles. Prevalência da Anorexia Nervosa: um estudo português da população. Revisão europeia das desordens alimentares, 4 (3), 157-170 (1996) Disponível em <http://www.fm.ul.pt/public/Med-Preventiva/www/obepor2.htm>
 - 12) Strober M., Freeman R., Morrell W.. Atypical Anorexia Nervosa: Separation from typical cases in course and outcome in a long – term prospective study. Internacional Journal of Eating Disorders 1999; vol.25; n°2; Março:135-142
 - 13) Corcos M., Jeammet P.. Anorexia Mental et Bulimie a L'Adolescence. Diagnostic, évolution, traitement. Cahiers de Nutrition et de Dietétique 1995 ;vol.30 ;n°1 :59-64
 - 14) Addolorato G., Taranto C.. A case of marked cerebellas atrophy in a woman with anorexia nervosa and cerebral atrophy and a review of the literature. International Journal of Eating Disorders 1998; vol.24; n°4; Dezembro:443-447
 - 15) Polito A., Cuzzolaro M.. Body Composition Changes in Anorexia Nervosa. Eurpean Journal of Clinical Nutrition 1998; vol 52; n°9; Setembro:655-662
-

- 16) Shisslak C., Renger R., Sharpe T.. Development and Evaluation of the McKnight Risk Factor Survey for Assessing Potential Risk and Protective Factors for Disordered Eating in Preadolescent and Adolescent Girls. *International Journal of Eating Disorders* 1999; vol 25; nº2; Março:195-214
- 17) Taylor C., Sharp T.. Factors Associated with Weight Concerns in Adolescent Girls. *International Journal of Eating Disorders* 1998; vol 24; nº1; Julho:31-42
- 18) Clark D., Wahlqvist M.. Psychological Factors in Nutritional Disorders of the Elderly: Part of the Spectrum of Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders* 1999; vol 25; nº3; Abril:345-348
- 19) Paa H., Larson L.. Predicting Level of Restrained Eating Behavior in Adult Women. *International Journal of Eating Disorders*; 1998;vol 24; nº1; Julho:91-94
- 20) Kelly C., Ricciardelli L.. Problem Eating Attitudes and Behaviors in Yong Children. *International Journal of Eating Disorders* 1999; vol 25;nº3; Abril: 281-286
- 21) Ogden J., Thomas D.. The Role of Familial Values in Understanding. The impact of Social Class on Weight Concern. *International Journal of Eating Disorders* 1999; vol 25; nº3; Abril: 273-279
- 22) Bernard M., Baugies A., Mainhagu P.. L'image du Corps et les Attitudes des Envers L'Alimentation de Différentes Populations Étudiantes. *Cahiers de Nutrition e Diététique* 1996 ; vol 31 ; nº6 : 361-367
- 23) Tyrka Andrey R., Waldron J., Graber J. A., Brooks – Gum J.. Prospective Predictors of the onset of Anorexic and Bulimia Syndromes.



- International Journal of Eating Disorders; vol 32; nº 3; Novembro 2002: 282-290
- 24) Kent A., Wallor G. A.. Greater Role of Emotional than Physical or Sexual Abuse in Predicting Disordered Eating Attitudes: The Role of Mediating Variables. International Journal of Eating Disorders 1999; vol 25;nº2; Março:159-167
- 25) Waugh E., Bulik C.. Offspring of Womens With Eating Disorders. International Journal Of Eating Disorders 1999; vol 25; nº2; Março:123-133
- 26) Serpell L., Treasure J.. Anorexia Nervosa: Friend or Foe? International Journal of Eating Disorders 1999; vol 25; nº2; Março:177-186
- 27) North C., Gowers S.. Anorexia Nervosa, Psychopathology and Outcome. International Journal of Eating Disorders 1999; vol 26; nº4; Dezembro:386-391
- 28) McClelland L., Crisp A.. Anorexia Nervosa and Social Class. International Journal of Eating Disorders 2001; vol 29; nº2; Março:150-156
- 29) Mermelstein H. T., Basu R.. Can you Ever be too old to be too thin ? Anorexia Nervosa in a 92 year – old woman. International Journal of Eating Disorders vol 30;nº1 Julho: 118-122
- 30) Imbierowicz K., Braks K., E. JAcoby G., Gerser F., Conrad R., Schilling G., Liedtke R.. High- Caloric Supplements in Anorexia Treatment. International Journal of Eating Disorders 2002; vol 32; nº2; Setembro:135-145
- 31) Cordas T. A., Neves J. E. P.. Transtornos Alimentares. Revista de Psiquiatria Clínica, edição Internet 1999; vol 26;nº1; Janeiro/Fevereiro/ Disponível em <http://www.usp.br/ipq/revista/r261/index.htm>
-

ANEXOS

ANEXO 1

O teste que se segue e que foi elaborado para ser utilizado nas escolas da zona de Lisboa pode servir para actuar preventivamente sobre o surgimento de casos de A.N..¹¹

TESTE DE COMPORTAMENTO ALIMENTAR

Escola: _____

Ano: _____

Idade: _____ Peso: _____ Altura: _____

Morada: _____

Profissão do Pai: _____

Profissão da Mãe: _____

1- Sentes-te bem com o teu corpo? Sim Não

2- Se não, é porque te sentes gorda? Sim Não

3- Ou sentes-te magra? Sim Não

4- Sentes-te gorda em alguma parte do teu corpo? Sim Não

5- Que peso gostarias de ter? _____

6- Já pensaste em perder peso? Sim Não

7- Quantos quilos? _____

8- Qual foi o teu peso máximo? _____

9- E o mínimo no últimos três anos? _____

10-Sentes «horror em ser pesada»? Sim Não

11-Já estiveste em dieta para perder peso? Sim Não

12-Estás agora em dieta para perder peso? Sim Não

13-Já tiveste o período? Sim Não

14-Desde que idade? Sim Não

15-Quando perdeste peso, falhou o período? Sim Não

16-Por quantos meses? _____

17-Pensaste que estavas doente nesse momento? Sim Não

Se precisares de consultar um médico sobre este assunto, podes ir à consulta de desordens alimentares no Hospital Universitário de Santa Maria.



ANEXO 2

TESTE DE ATITUDES ALIMENTARES

S- Sempre

MF- Muito Frequentemente

F- Frequentemente

AV- Às Vezes

R- Raramente

N- Nunca

S	MF	F	AV	R	N

1- Costumo fazer dieta.

2- Como alimentos dietéticos.

3- Sinto-me mal após comer doces

4- Gosto de experimentar novas comidas que engordam.

5- Evito alimentos que contenham açúcar.

6- Evito particularmente alimentos com alto teor de hidratos de carbono (pão, batata, arroz, etc)

7- Estou preocupado (a) com o desejo de ser mais magro (a).

8- Gosto de estar com o estômago vazio

9- Quando faço exercício penso em queimar calorias.

10- Sinto-me extremamente culpado (a) depois de comer

11- Fico apavorado (a) com o excesso de peso

12- Preocupa-me a possibilidade de ter gordura no meu corpo

ANEXOS

BSQ – QUESTIONÁRIO SOBRE A IMAGEM CORPORAL

Gostaríamos de saber como se tem sentido em relação à sua aparência nas últimas quatro semanas. Por favor leia cada questão e faça uma cruz no número adequado. Use a legenda em baixo.

1- Nunca

2- Raramente

3- Às Vezes

4- Frequentemente

5- Muito Frequentemente

6- Sempre

Por favor, responda a todas as questões.

Nas últimas quatro semanas:

1	2	3	4	5	6	
						1- Estar sem fazer nada faz com que se preocupe com a sua forma física?
						2- Sente-se preocupada com a sua forma física ao ponto de começar a fazer dieta?
						3- Acha que as suas coxas, quadril ou nádegas são grandes demais para o restante do seu corpo?
						4- Sente medo de ficar gorda (ou mais gorda)?
						5- Preocupa-se com o facto do seu corpo não ser suficientemente firme?
						6- Sentir-se satisfeita (por exemplo após ingerir uma grande refeição) faz sentir-se gorda?
						7- Já chegou a chorar por se sentir mal em relação ao seu corpo?
						8- Já evitou correr pelo facto de que o seu corpo poderia

						balançar?
						9- Estar com mulheres magras faz com que se sinta preocupada em relação ao seu físico?
						10- Já se preocupou com o facto das suas coxas poderem espalhar-se quando se senta?
						11- Já se sentiu gorda, mesmo comendo uma quantidade enorme de comida?
						12- Tem reparado no físico de outras mulheres e, ao comparar, sente-se em desvantagem?
						13- Pensar no seu físico interfere na sua capacidade de concentração em outras actividades (por exemplo, enquanto vê televisão, lê ou participa numa conversa)?
						14- Estar nua, por exemplo, durante o banho, faz com que se sinta gorda?
						15- Tem evitado usar roupas que fazem notar formas do seu corpo?
						16- Imagina-se a cortar porções do seu corpo?
						17- Comer doces, bolos, ou outros alimentos ricos em calorias faz com que se sinta gorda?
						18- Deixou de participar em eventos sociais por se sentir mal em relação ao seu físico?
						19- Sente-se excessivamente grande e arredondada?
						20- Já teve vergonha do seu corpo?
						21- A preocupação diante do seu físico leva-a a fazer dieta?
