

PERFIL NUTRICIONAL DE PACIENTES EM TRATAMENTO DE ANOREXIA NERVOSA

Nutritional Profile of Patients in Treatment of Nervous Anorexia

Ana Flávia Melo^{a#}; Wellington Francisco Rodrigues^{b,c#*}, Camila Botelho Miguel^{c#}, Tony de Paiva Paulino^{d#}, Neire Moura de Gouveia^b, Paula Roberta Pivetta Mota^a

^a FAFICA - Instituto Municipal de Ensino Superior de Catanduva, Catanduva, SP, Brasil.

^b Faculdade Mineirense – FAMA, Mineiros, GO, Brasil. wellington.frodrigues@hotmail.com

^c Curso de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, Brasil.

^d CEFORES, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, Brasil.

Contribuído igualmente para este artigo.

RESUMO

A anorexia nervosa (AN) tem se tornado um dos maiores problemas na saúde pública no mundo e sua prevalência tem aumentado consideravelmente. Por isso, este trabalho verificou o perfil nutricional do paciente com AN, investigando a aceitação nutricional deste transtorno durante e após o tratamento, além de verificar se houve melhora em relação ao peso. A avaliação foi realizada através de um questionário aplicado a dez profissionais da área da saúde Psicólogos (70%) e Nutricionistas (30%). Dentre os resultados encontrados, o uso de medicamentos que atuam no SNC se deu por 60% dos pacientes. O tratamento teve duração menor que seis meses (30%), seis meses (20%), um ano (10%) e mais de um ano (40%). Cerca de 50% dos pacientes interromperam o tratamento. Os pacientes fizeram tratamento nutricional e psicológico (90%), os demais somente nutricionais. Quanto à recuperação dos pacientes que fizeram a terapia nutricional e psicológica, cerca de 80% recuperaram e os outros 20% não obtiveram recuperação. A recuperação do peso foi tempo dependente, onde 80 % levaram em torno de 1 a 4 meses para a recuperação do peso, 10% recuperaram o peso em mais de 4 meses e 10% não responderam. Contudo pode se concluir que a constituição de uma equipe multiprofissional é fundamental para o sucesso terapêutico e os profissionais envolvidos (Psicólogo e Nutricionista) devem trabalhar de forma integrada.

Palavras-chave: Anorexia Nervosa, Perfil Nutricional, Multiprofissional.

ABSTRACT

Nervous Anorexia (NA) has become a major problem in public health in the world and its prevalence has increased considerably. Therefore, this study investigated the nutritional profile of patients with NA, investigating the nutritional acceptance of this disorder during and after treatment, and whether there has been improvement in the weight. The evaluation was conducted through a questionnaire applied to ten health professionals psychologists (70%) and Nutritionists (30%). Among the results, the use of drugs that act on the CNS was given by 60% of patients. The treatment duration was less than six months (30%), six months (20%), one year (10%) and more than one year (40%). About 50% of patients discontinued treatment. The patients had nutritional and psychological treatment (90%), the only other nutrition. The patients who had nutritional and psychological therapy had higher percentage of recovery (80%) and the other 20% did not obtain recovery. The weight recovery was time dependent, where 80% took about 1 to 4 months for recovery weight, 10% regained weight more than 4 months and 10% did not respond. However, it can be concluded that the establishment of a multidisciplinary team is critical for therapeutic success and the professionals involved (Psychologist and Nutritionist) should work in an integrated manner.

Keywords: Anorexia Nervosa, Nutritional Profile, Multiprofessional.

INTRODUÇÃO

O termo anorexia é derivado do grego “an” ausência, e “orexis”, apetite, segundo o seu significado seria aversão à comida [1]. A anorexia nervosa (AN) tem se tornado um dos maiores problemas na saúde pública no mundo [2]. Estudos epidemiológicos foram realizados em sua maioria em nos Estados Unidos e Europa, indicando sempre um grande aumento na incidência e prevalência [3]. Estudos demonstram que nas últimas três décadas, houve uma variação da taxa de prevalência de AN de 0 a 0,9% dependendo do tipo de amostra do estudo [4]. Além disso, estudos apontam para um aumento significativo das incidências de distúrbios alimentares nas últimas décadas [5].

Como já mencionado as taxas de prevalência podem e são variáveis dependo de diversos fatores, tais como profissão. Já na década de 80 estudos demonstram a variação dada pela profissão como um fator associado à doença, como demonstrado por trabalho onde a taxa de prevalência de AN entre bailarinos foi de 8,6% e 3,5% dos estudantes de moda, considerando que estas profissões podem ser fatores de risco para o desenvolvimento da doença de AN [6].

Não existe uma única causa para o desenvolvimento da anorexia, pois esta doença mostra várias características como, psicológicas, socioculturais, familiares e biológicas [3].

Nos fatores biológicos deve-se considerar o fator genético, pois entre irmãs de pacientes com AN, em média 6% delas podem desenvolver este transtorno [7]. Já nas características familiares, não há evidências que este fator possa ser considerado a causa do desenvolvimento da AN, mas famílias que tem um sistema rígido, superproteção, pouca motivação para mudanças, envolvimento excessivo entre os membros, pode ser um motivo para o desenvolvimento do transtorno, no entanto a família desempenha um papel central para o tratamento da NA, onde o desempenho família é associado com um melhor prognóstico para a doença [8]. Nas características psicológicas encontram-se indivíduos insatisfeitos, frustrados e raivosos. Estes indivíduos acreditam que existe uma inadequação em relação as suas necessidades [9].

Diante da enorme preocupação com as formas física, peso ou até a perda de peso tem feito com que paciente com AN, mesmo bem emagrecidos sintam-se obesos, o que significa uma distorção da imagem corporal. As modificações feitas estão relacionadas a alterações alimentares com dietas absurdas e até períodos de jejum, também praticam exercícios físicos em excesso e em

alguns casos usam até laxativos, diuréticos e inibidores de apetite [10]. A diminuição de peso deste paciente diminui 15% ou até mais em relação ao esperado para sua idade e altura [3].

Os estudos epidemiológicos indicam que a incidência de AN é de 8 por 100 mil indivíduos para mulheres e de 0,5 por 100 mil para homens [11].

Este transtorno em homens pode ser relacionado à homossexualidade masculina também a estudos deste transtorno ser ainda mais comum entre mulheres caucasianas, comparadas às mulheres da raça negra [12]. E também mulheres com profissões como atletas, bailarinas, modelos têm risco, pois nestas atividades é exigida uma maior pressão sobre a imagem corporal [13].

Estudos mostram que doenças envolvidas com transtornos alimentares têm sido mais frequentes em países desenvolvidos e industrializados, mas por influência de modificações culturais, tem crescido cada vez mais casos desta doença em países nos quais não costumavam acontecer [14]. Há uma relação com o padrão familiar, parentes de primeiro grau têm maior índice da doença [15].

Os transtornos de ansiedade acontecem em 65% dos casos havendo a preponderância de fobias sociais. Já o uso de substâncias leva um número menor não menos importante com um índice de 12% a 18% em paciente com AN [14].

Desta forma, a investigação a aceitação nutricional deste transtorno durante e após o tratamento, além de verificar se houve melhora em relação ao peso associado ao tempo de tratamento, de acordo com o relato dos profissionais, o conhecimento do perfil nutricional dos pacientes em tratamento de AN junto aos profissionais de saúde se torna importante uma vez que permitirá a associação dos achados com outras informações, possibilitando assim adequações nas intervenções associadas a este distúrbio.

MÉTODOS

Aspectos éticos da pesquisa

O trabalho foi encaminhado, apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Catanduva, respeitando todos os critérios presentes na resolução 196/96. Todos os participantes do estudo assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e receberam uma cópia do mesmo conforme a exigência da resolução anteriormente citada.

População

O estudo abordado foi descritivo e transversal. A população estudada foi composta por profissionais da área da saúde (psicólogos e nutricionistas) da instituição IMES CATANDUVA, que atenderam pacientes anoréxicos nos anos de 2009 e 2010.

Critérios de inclusão

Profissionais de nutrição e psicologia que já tenham atendido pacientes anoréxicos por mais de um ano e que tenham ou já tiveram alguma experiência no atendimento com os mesmos.

Instrumento de Avaliação

A avaliação foi realizada através de um questionário aplicado aos profissionais da Psicologia e Nutrição (Nutricionistas). O questionário abordou dados sócios demográfico com dados de identificação, estado civil, data de nascimento, o perfil profissional e os dados clínicos contendo duração do tratamento, recuperação, interrupção do tratamento, utilização de medicamentos, ganho de peso, uso de suplementação, utilização de laxante ou anorexígeno, se houve tratamento nutricional paralelo ao psicológico e vice versa.

Análise de dados

Análise de dados foi realizada por meio de estatística descritiva utilizando média, mediana e desvio padrão (expresso em porcentagem). A correlação entre as variáveis foi realizada por meio de testes específicos paramétricos ou não paramétricos.

RESULTADOS

Características dos profissionais entrevistados

A amostra de profissionais em relação à anorexia nervosa foi composta por 10 profissionais, todos do sexo feminino (Figura 1A), com idade média de 33 anos. Além disso, 80%

dos participantes da pesquisa foram casadas, 10% é divorciadas e os outros 10% solteiras (Figura 1B). Destes 70% dos participantes foram Psicólogos e 30% Nutricionistas (Figura 1C).

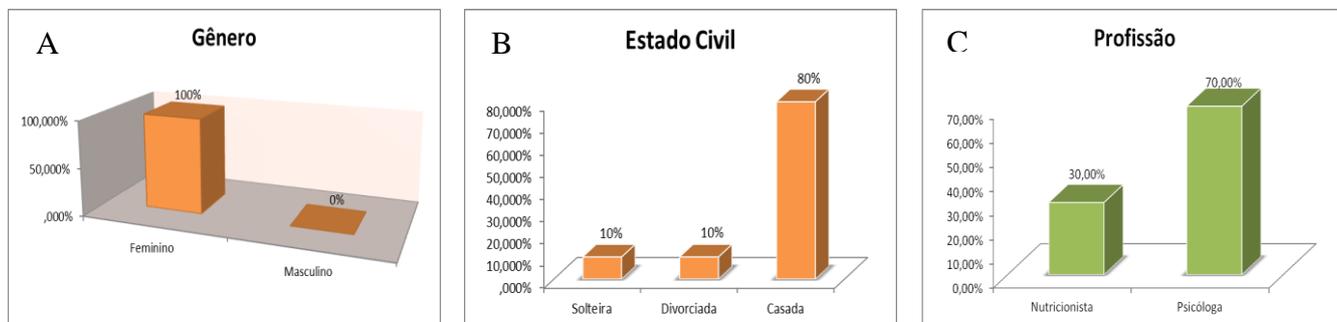


Figura 1 Perfil dos entrevistados.

Verificamos ainda de quem partiu a condução do paciente a busca de tratamento. Em uma distribuição percentual, 70% dos pacientes foram levados a terapia nutricional ou psicológica pela mãe, 20% pelo pai e 10% o próprio paciente procurou ajuda a terapia nutricional e psicológica, ou seja, a ajuda familiar é muito importante. Quanto à avaliação da utilização dos medicamentos pelos pacientes, 60% dos pacientes fizeram uso de medicamentos que possuem atuação no Sistema Nervoso Central (SNC) e os outros 40% não utilizaram este tipo de medicamento (Figura 2A). Em relação à duração do tratamento, cerca de 40% dos tratamentos duraram mais de um ano, ou seja, obteve resultado positivo, 30% teve duração menor de 6 meses, 20% em torno de 6 meses e 10% teve como duração em torno de um ano (Figura 2B). A aderência ao tratamento demonstrou ser um fator crítico, cerca de 50% interromperam o tratamento, e os demais realizaram o tratamento até a obtenção da alta (Figura 2C).

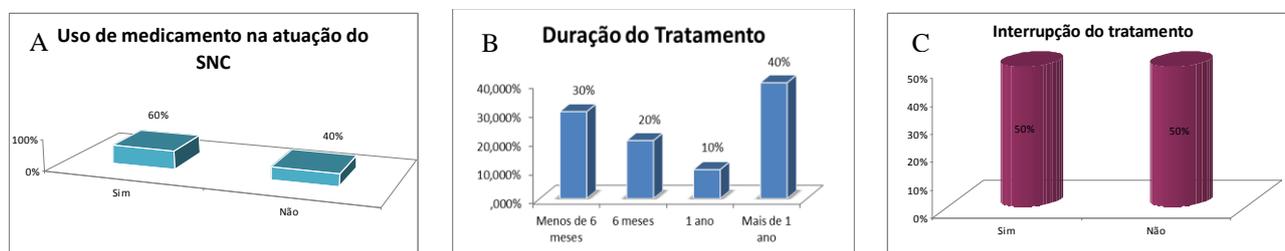


Figura 2 Perfil da aderência medicamentosa.

Complexos vitamínicos são amplamente utilizados em tratamentos nutricionais. O reconhecimento de sinais causados por deficiência ou excesso é fundamental para o tratamento precoce destas situações. Assim avaliamos também o percentual da utilização de suplementação

vitamínica, onde 70% dos participantes fizeram uso de suplementação vitamínica, 20% não utilizam nenhum tipo de suplementação e os outros 10% não responderam a questão (Figura 3A). Da mesma forma, avaliamos a utilização de fármacos para perda de peso, onde observamos que 80% dos participantes fizeram o seu uso, tipos laxativos ou inibidores de apetite, mais os outros 20% revelaram que os pacientes não fizeram uso de medicamentos (Figura 3B).

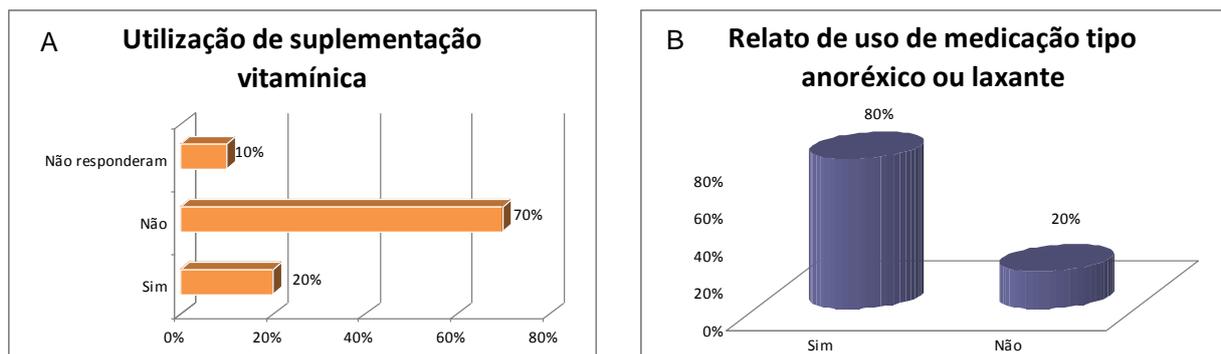


Figura 3 Outros tipos de medicamentos utilizados.

Avaliamos os tratamentos nutricional e psicológico quando aplicados em paralelos. Cerca de 90% do tratamento nutricional foi paralelo ao psicológico, ou seja, é muito importante a equipe multidisciplinar com esses tipos de paciente, 10% não fizeram terapia (Figura 4A). Observamos também a importância do tratamento psicológico junto ao profissional de nutrição, e que obteve o resultado de 100% (Figura 4B).

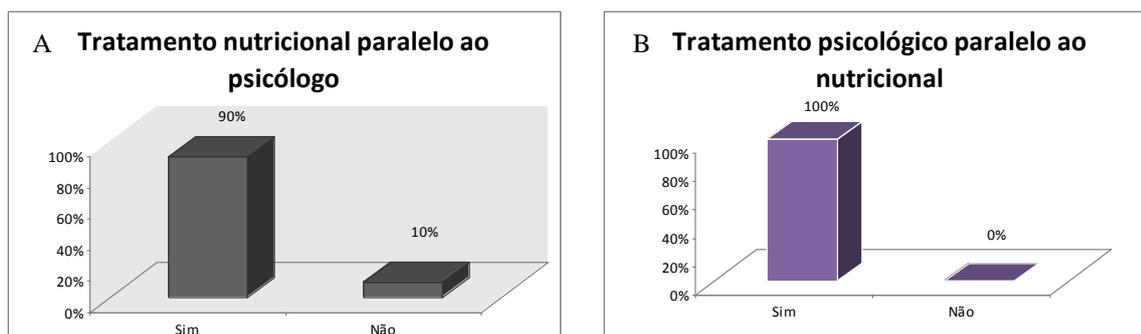


Figura 4 Avaliação dos tratamentos em paralelos.

Na avaliação de possíveis alterações laboratoriais, cerca de 80% obtiveram alterações nos exames (ferritina) por causa de uma má alimentação, 10% não tiveram nenhum tipo de alteração e 10% não responderam a indagação (Figura 5A). Quanto a recuperação dos pacientes que fizeram a terapia nutricional e psicológica, cerca de 80% recuperam e os outros 20% não obtiveram recuperação (Figura 5B). Já em relação à recuperação de peso durante o tratamento demonstrou ser

tempo dependente, onde 80 % levaram em torno de 1 a 4 meses para a recuperação do peso, 10% recuperaram o peso em mais de 4 meses e 10% não responderam. Já com um período inferior a um mês não houve recuperação de peso (Figura 5C).

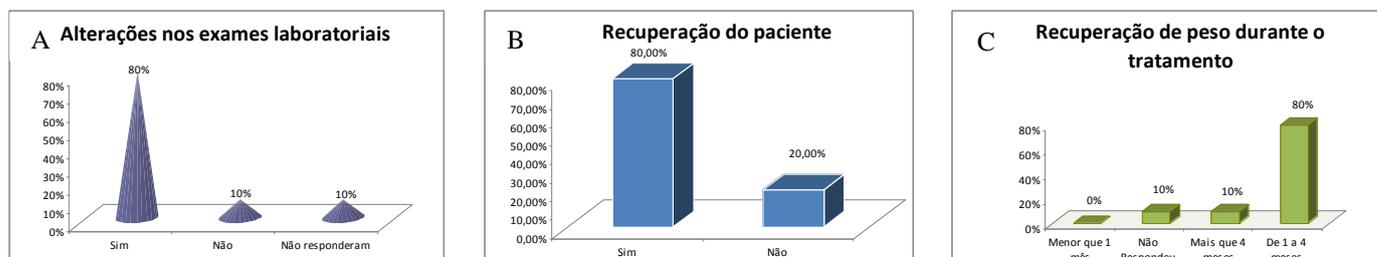


Figura 5 Perfil laboratorial e características de recuperação do paciente.

DISCUSSÃO

Uma anamnese detalhada é muito importante, que se afastem, de maneira segura, causas orgânicas de desnutrição como tumores do sistema nervoso central, hipotireoidismo, fibrose cística, diabetes mellitus e infecções antes de se iniciar a terapêutica psiquiátrica e nutricional [16]. Na abordagem, o início com uma história clínica completa, onde se destacam os aspectos necessários para o preenchimento dos critérios diagnósticos: início do quadro; velocidade da perda de peso; hábitos alimentares; descrição detalhada de ingesta alimentar, utilização de laxativos, diuréticos ou medicações anorexígenas (drogas psicotrópicas são, portanto, aquelas que atuam sobre o nosso cérebro, alterando nossa maneira de pensar, sentir ou agir).

Outros transtornos do comportamento, além da história menstrual, entre outros detalhes importantes como avaliar o nível de atividade física, visando determinar o gasto energético diário de cada paciente [16-18]. Fazer uma avaliação completa, permitindo um diagnóstico correto tanto da desnutrição global quanto dos transtornos nutricionais específicos. Na antropometria, a obtenção do peso, da estatura e a comparação com os padrões de referência de normalidade para idade e sexo são essenciais para verificar a desnutrição, e também para acompanhar a evolução do quadro ao longo do tratamento.

O critério de diagnósticos da AN inclui-se a verificação de IMC menor que 18,5 para adultos ou IMC abaixo de 85% do esperado para idade e sexo. Na parte nutricional nos AN pode ser considerado moderado em adultos, quando em torno de 17,5 kg/m², e grave quando inferior a 15 kg/m². O estado de caquexia impõe tratamento inicial hospitalar devido ao risco de mortalidade

[19] Um dos métodos preciso é a observação do registro da ingestão alimentar. Na prática, tem-se utilizado o inquérito alimentar de três dias. Alguns estudos mostraram que o inquérito alimentar obteve boa aceitação como método, no que se refere à proporção de macronutrientes na dieta e à quantidade ingerida de micronutrientes. No tratamento é importante ser observado, dados no inquérito alimentar com o paciente, abordando as inadequações, mostrando formas, compatíveis com a realidade de vida do paciente, de corrigi-las.

A terapia nutricional para os transtornos alimentares deve ser um processo integrado, no qual o nutricionista e a equipe trabalham juntos para modificar os comportamentos relacionados ao peso e à alimentação [20].

Além disso, a família tem papel fundamental no seguimento do plano alimentar. O tratamento nutricional é feito por nutricionista, a qual avalia o peso e a alimentação atual do paciente, passando conceitos sobre uma alimentação adequada, a fim de desmistificar falsos mitos e crenças. A realimentação é feita de forma gradativa envolvendo diretamente o paciente e seus responsáveis. As combinações são avaliadas pelas informações trazidas no diário alimentar, juntamente com o peso de cada atendimento e através de discussões com a equipe multidisciplinar.

Contudo, pode se concluir que 80% dos pacientes conseguem chegar à recuperação, e que metade destes interrompe o tratamento, sendo necessária a interação medicamentosa para a atuação no sistema nervoso central como parte do tratamento. As maiores partes dos pacientes com relato dos profissionais conseguiram chegar à recuperação do peso entre 1 a 4 meses, independentemente de uso ou não de suplementação vitamínica. Também foram relatados que a maioria desses pacientes fazia uso de medicamentos anorexígenos, inibidores de apetite, laxativos e diuréticos, com alterações nos exames laboratoriais.

Desta maneira, a constituição de uma equipe multiprofissional é fundamental para o sucesso terapêutico e os profissionais envolvidos (Psicólogo e Nutricionista) devem trabalhar de forma integrada.

REFERÊNCIAS

1. Cordása TA, de Medeiros Claudinob A. Transtornos alimentares: fundamentos ranstornos alimentares: fundamentos históricos Eating disorders: historical background. Rev Bras Psiquiatr. 2002;24(Supl III):3-6.

2. Robinson PH, Kukucska R, Guidetti G, Leavey G. Severe and Enduring Anorexia Nervosa (SEED-AN): A Qualitative Study of Patients with 20+ Years of Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review*. 2015;23(4):318-26.
3. Fleitlich BW, Larino MA, Cobelo A, Cordás TA. Anorexia nervosa na adolescência. *Jornal de Pediatria*. 2000;76(3):323-9.
4. Hoek HW, Van Hoeken D. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of eating disorders*. 2003;34(4):383-96.
5. Sancho C, Arija M, Asorey O, Canals J. Epidemiology of eating disorders. *European child & adolescent psychiatry*. 2007;16(8):495-504.
6. Garner DM, Garfinkel PE. Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psychological medicine*. 1980;10(04):647-56.
7. Theander S. Anorexia nervosa: a psychiatric investigation of 94 female patients. *Acta Psychiatr Scand*. 1970:5-194.
8. Cobelo AW, Saikali MO, Schomer EZ. A abordagem familiar no tratamento da anorexia e bulimia nervosa. *Revista de psiquiatria Clínica*. 2004;31(4):184-7.
9. Orbach S. *Hunger strike: The classic account of the social and cultural phenomena underlying anorexia nervosa, bulimia and other eating problems*. Harmondsworth: Penguin Books; 1993.
10. Grando LH. *Representações sociais e transtornos alimentares: as faces do cuidar em enfermagem*: Universidade de São Paulo; 2000.
11. Nielsen S. Epidemiology and mortality of eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*. 2001;24(2):201-14.
12. Bramon-Bosch E, Troop NA, Treasure JL. Eating disorders in males: A comparison with female patients. *European Eating Disorders Review*. 2000;8(4):321-8.
13. Woodside DB, Garfinkel PE, Lin E, Goering P, Kaplan AS, Goldbloom DS, et al. Comparisons of men with full or partial eating disorders, men without eating disorders, and women with eating disorders in the community. *American Journal of Psychiatry*. 2001.
14. Pinzon V, Nogueira FC. Epidemiologia, curso e evolução dos transtornos alimentares. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 2004;31(4):158-60.

15. Kendler KS. Parenting: A genetic-epidemiologic perspective. *American Journal of Psychiatry*. 1996;153(1):11-20.
16. Yager J, Association AP. Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders: American Psychiatric Association Arlington, VA; 2006.
17. Shisslak CM, Crago M, Estes LS. The spectrum of eating disturbances. *International Journal of Eating Disorders*. 1995;18(3):209-19.
18. Spitzer RL, Devlin MJ, Walsh BT, Hasin D, Wing R, Marcus MD, et al. Binge eating disorder: To be or not to be in DSM-IV. *International Journal of Eating Disorders*. 1991;10(6):627-9.
19. Oliva CAG, Fagundes U. Aspectos clínicos e nutricionais dos transtornos alimentares. *Psiquiatria na prática médica*. 2001;34(2):47-53.
20. Association PotAD. Nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and eating disorders not otherwise specified (EDNOS). *J Am Diet Assoc*. 2001;101(7):810-9.