

Características Clínicas da Anorexia Nervosa em Crianças de uma Amostra do Brasil

¹ LUÍZA AMÉLIA CABUS MOREIRA

² ESDRAS CABUS MOREIRA

¹ Departamento de pediatria da Universidade Federal da Bahia, Hospital São Rafael e Clínica Pediátrica do Itaipara

² Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD)

Resumo

Foram estudadas 13 crianças com diagnóstico de anorexia nervosa definido pelos critérios do DSM IV. Onze pacientes (84,6%) eram do sexo feminino e 2 (15,4%) do sexo masculino. A média de idade em anos ao diagnóstico foi de 13,8 (variando de 11,4 a 16,2). O tempo médio entre o início da doença e o diagnóstico foi de 7,9 meses (variando de 6 a 11 meses). A média de IMC ao diagnóstico foi de 15,8 (desvio padrão de +/- 2,4). Cinco pacientes (38,5%) apresentavam o subtipo restritivo da doença e 8 (61,5%) o subtipo bulímico. Dos pacientes acompanhados (n=9), apenas dois apresentaram remissão da sintomatologia inicial. Estes dados estão de acordo com os dados da literatura internacional. Encontramos, ademais, o traço perfeccionista como característica comum a todos os pacientes, levando a considerações sobre o papel deste elemento na etiologia da anorexia nervosa.

Palavra - Chave: anorexia, crianças, Brasil, perfeccionismo

Summary

Clinical Features of Anorexia Nervosa in a Sample of Children from Brazil.

Anorexia nervosa (AN) has received a great deal of media attention and has been the focus of much research. Limited research exists about AN in Brazil. The present study included 13 children who met criteria for AN according to The Diagnostic and Statistical Manual (DSM IV). Eleven patients (84.6%) were female and 2 (15.4%) male. Mean age of children was 13.8 years, with ages ranging between 11.4 and 16.2 years. There was a gap between the first symptoms of the illness and diagnoses of 7.9 months (ranging between 6 and 11 months). Mean body mass index at diagnoses was 15.8 (SD±2.4). Five patients (38.5%) were classified in the restricting subtype and 8 (61.5%) in the bulimic subtype. Only 9 patients had completely remission of the symptoms. This results were similar to that found in other

studies. We have found a strong association with perfectionistic personality subtype. More studies are still necessary in Brazil for more conclusions.

Key-Words: Anorexia, Children, Brazil, Perfectionistic.

Introdução

Entre os transtornos alimentares (TA), a anorexia nervosa (AN) representa o menos comum, porém o mais grave destes¹. A prevalência da AN varia de 0,1 a 1% da população em geral^{2,3}.

A incidência e a prevalência da AN e da bulimia nervosa (BN) têm aumentado significativamente nos últimos 50 anos, embora se acredite que, em parte, isto se deva a uma maior atenção dos médicos e psicólogos com estes diagnósticos⁴. As pacientes com AN geralmente negam a doença e são avaliadas medicamente apenas quando os parentes ou amigos mais próximos observam que há risco iminente de vida⁵, diferente das que têm BN, em que os ciclos de comer compulsivo e mecanismos compensatórios levam a um grande nível de ansiedade. A prevalência dos TA que não preenchem completamente os critérios de AN ou BN é duas vezes maior⁵.

Os dados da frequência desta patologia no Brasil são escassos⁶ e são restritos à população adulta. Diante disto, nosso estudo pretende avaliar as características clínicas dos pacientes com diagnóstico de anorexia nervosa na faixa pediátrica em uma amostra brasileira, como também, descrever a evolução clínica desses indivíduos durante o período do tratamento.

Metodologia

Este estudo foi realizado no período de Janeiro a Fevereiro de 2003, tendo como população de base os

pacientes atendidos por um dos autores (L.A.C.M.) em dois hospitais terciários de Salvador (Hospital São Rafael e Clínica Pediátrica Itaipara). Os critérios de inclusão foram idade inferior ou igual a 18 anos à época da primeira consulta pediátrica e diagnóstico de transtorno alimentar realizado pelo psiquiatra que participou do estudo (E.C.M). Os critérios diagnósticos utilizados foram propostos pelo DSM-IV⁷, manual de classificação psiquiátrica da Associação Psiquiátrica Americana (Tabela I).

Tabela I
Anorexia nervosa: critérios do DSM IV (APA 1994)

Critério	Descrição
A	recusa em manter o peso corporal em relação à altura em 85 % ou falha no ganho de peso durante o período de crescimento
B	medo intenso de ganhar peso ou "tomar-se" gordo, mesmo estando abaixo do peso
C	distúrbio na maneira de avaliar o próprio corpo ou peso ou recusa em admitir a seriedade da desnutrição
D	em mulheres pós menarca, amenorréia por pelo menos 3 meses consecutivos
Tipo específico	
<u>Restritivo</u> : Não há "comer compulsivo" ou comportamentos "compensatórios": indução de vômitos, uso de laxantes, diuréticos ou enemas	
<u>Bulímico</u> : Há episódios de "comer compulsivo" ou comportamentos "compensatórios"]	

Os dados sociodemográficos e antropométricos foram realizados em todos os pacientes, possibilitando o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), definido como o peso do paciente em quilogramas dividido pela altura em metros, ao quadrado ($PESO/ALTURA^2$). Os dados de evolução clínica e dos sintomas psicológicos foram registrados sempre que o paciente realizava nova avaliação clínica e psiquiátrica, independente do tempo entre as avaliações, sendo interrompido nos casos em que o paciente deixava de procurar um dos dois hospitais supra citados.

Resultados

Treze pacientes tiveram o diagnóstico de anorexia nervosa durante o período estudado (Janeiro de 1997 a Fevereiro de 2003). Onze pacientes (84.6 %) foram do sexo feminino e 2 (15,4%) do sexo masculino. A média da idade em anos ao primeiro atendimento foi de 13.1 (variando de 11.4 a 16.2). O tempo desde o início da dieta e o diagnóstico foi em média de 7,9 meses (variando de 6.0 a 11.0 meses).

Nenhum paciente apresentava IMC, antes do início da doença, superior a 24.9. A média de IMC destes pacientes, antes da dieta, foi de 21,9 (DP= +/- 1.7). A média do IMC ao diagnóstico foi de 15,9 (DP= +/- 2.4) e a média de perda de peso em Kg foi de 13.0 (DP= +/- 5.9) (Tabela II e III).

Tabela II
Sumário dos achados de idade, tempo de dieta e antropométricos dos pacientes diagnosticados com AN

	Média	Desvio Padrão
Idade do início da doença (anos)	13,1	1.7
Idade ao diagnóstico (anos)	13.8	1.5
Duração da doença (meses)	7.9	2.0
IMC antes da dieta	21.9	1.7
IMC ao diagnóstico	15.9	2.4
Média de perda de Peso (Kg)	13.0	5.9

Das 11 pacientes do sexo feminino, uma apresentava amenorréia primária e 10, secundária.

Havia relato à primeira consulta de uso de laxantes em dois pacientes, indução de vômitos em 3 e prática excessiva de exercícios em 6. Cinco pacientes (38.5%) foram classificados à primeira consulta como tendo o subtipo restritivo da doença.

Tabela III

Paciente	Tentativa de Suicídio	Uso de Laxantes	Indução de Vômitos	Excesso de Exercícios
1	sim	não	sim	sim
2	sim	sim	não	sim
3	não	não	não	sim
4	não	não	sim	não
5	não	não	não	não
6	não	não	não	não
7	não	não	não	não
8	não	não	não	não
9	não	não	não	não
10	não	não	não	não
11	não	não	sim	não
12	não	não	não	sim
13	não	sim	não	sim

Dos 13 pacientes diagnosticados, 4 fizeram apenas uma consulta. Nove pacientes foram seguidos em ambulatório por uma média em meses de 25.1 (variando de 4 a 72), destes, 5 foram internados pelo menos uma vez (um por uma vez, 2 foram internados por 3 vezes, 2 foram internados por duas vezes). A média de internamento em dias foi de 77 variando de 30 a 200. Duas pacientes tentaram o suicídio com ingestão de ansiolíticos durante o acompanhamento.

Em relação aos dados de comportamento pré-mórbido, todos os pacientes foram descritos pelos seus responsáveis como perfeccionistas. Quanto à história familiar, a mãe de uma das pacientes apresentava um transtorno alimentar não classificado (fazia dieta e usava laxantes com o intuito de

perder peso) e uma outra, tinha o diagnóstico de transtorno bipolar.

Houve relato de um caso de abuso sexual aos 5 anos de idade em uma das pacientes, tendo sido vítima de uma empregada da casa.

Dos 9 pacientes, apenas dois evoluíram para uma remissão completa da sintomatologia inicial, sendo, também, aqueles que apresentaram tempo maior de retenção no tratamento (dois anos). Foi possível uma descrição da evolução de cada paciente durante o acompanhamento e tratamento (Tabela V).

Tabela IV
Evolução dos pacientes acompanhados

Paciente	Evolução Clínica
1	Após 3 internamentos, desenvolveu há 1 ano transtorno do comer compulsivo, está acima do peso ideal para a altura, induz vômitos e toma laxantes. Em acompanhamento
2	Há 15 meses sem usar laxantes ou fazendo dieta. Está com peso adequado para a idade e revela que "às vezes se preocupa se está gorda". Há um ano, retorna a cada 6 meses
3	Mantendo IMC normal. Alguns episódios de comer compulsivo. Em acompanhamento
6	Mantendo IMC normal. Está em acompanhamento. Problemas graves de relacionamento família
7	Há dois anos com IMC normal sem sinais de transtorno alimentar
10	Evoluindo mantendo IMC normal. Em acompanhamento
11	Não alcançou IMC normal. Em acompanhamento
12	Após um ano bem, houve recaída com perda acentuada de peso e exercícios em excesso. No momento, está internada
13	Mantendo IMC baixo. Uso de laxantes. Em acompanhamento

Discussão

No final dos anos 60, a anorexia nervosa tornou-se mais prevalente nas sociedades ocidentais⁵. Mulheres jovens, de classe social média-alta, começaram a jejuar, às vezes até a morte. Na década seguinte, observou-se um novo transtorno alimentar: a bulimia nervosa. De acordo com o DSM IV⁷, os critérios diagnósticos para a AN são a manutenção do peso corporal abaixo de 85 % do esperado para a altura e a idade, um grande medo de engordar (ainda que o indivíduo esteja com baixo peso), alteração da imagem corporal e amenorréia no mínimo 3 ciclos consecutivos.

Nos resultados deste trabalho, observou-se que dos 13 pacientes com diagnóstico de AN, 11 (84,6%) eram do sexo feminino o que é um dado consistente com a literatura, na qual a prevalência dos TA é dez vezes mais comum no sexo feminino⁸. A média da idade em anos ao primeiro atendimento foi de 13,1 (variando de 11,4 a 16,2). Observamos que em todos os pacientes estudados o IMC antes do início da doença era inferior a 24,9, em média.

Contudo, ao diagnóstico, a perda acentuada de peso foi um fator consistente, o que nos preocupa pelos achados na literatura da associação entre peso muito baixo e uma maior mortalidade na anorexia nervosa^{9,10}. Por exemplo, o baixo peso está associado a bradicardia e prolongamento do intervalo QT¹¹. Além disso, nestes pacientes, o risco de arritmias cardíacas ainda é aumentado pelo uso de laxantes (visto em duas pacientes da nossa amostra) que leva à hipocalcemia¹². Uma revisão na mortalidade por doenças mentais encontrou que os transtornos alimentares (TA) estão associados com um dos mais altos riscos de morte prematura¹³. Entre os pacientes com anorexia nervosa (AN) as causas primárias de morte incluíram o suicídio e os efeitos diretos do jejum^{14,15}.

Houve duas causas principais para o internamento dos pacientes avaliados: o peso extremamente baixo e o risco de suicídio. Sabe-se que a restauração do peso está associada com melhora dos sintomas da anorexia e melhora da função física e cognitiva¹⁶. Esta melhora cognitiva permitirá a intervenção psicoterapêutica e psicotrópica. O peso é também um fator crítico nas recaídas e reinternamentos^{17,18}.

Embora nosso período de doença não diagnosticada (tempo entre início da dieta e o diagnóstico de AN) tenha sido de 7,9 meses, é possível pensarmos que um melhor acesso da população geral e dos profissionais de saúde às informações sobre transtornos alimentares, possa levar a uma redução do tempo para o diagnóstico, minimizando os efeitos da dieta prolongada na apresentação clínica e prognóstico da patologia.

Dois pacientes tentaram o suicídio durante o período de acompanhamento que foi relativamente curto e englobou pacientes jovens, que parecem ter um melhor prognóstico^{19,20,21}. Portanto, é possível que, apesar de um melhor prognóstico inicial para a população que inicia o transtorno alimentar mais cedo na sua vida, o risco de suicídio possa ser um fator independente, devendo ser quantificado sempre e durante todo o processo de diagnóstico e tratamento, mesmo nos casos de melhor prognóstico.

Todos os pacientes da nossa amostra foram descritos pelos responsáveis como perfeccionistas, preocupados em tirar boas notas na escola e competitivos em relação aos amigos. Desde as primeiras descrições da anorexia, a presença de sintomas obsessivos e compulsivos foi observada²². O DSM IV explicitamente descreve a super valorização sobre a ideia de ser magro como um dos achados diagnósticos da AN. Estas ideias super-valorizadas poderiam ser entendidas como obsessões acerca do peso associadas a comportamentos ritualistas em relação aos alimentos e a alimentação que, por sua vez, poderiam sugerir uma superposição entre DOC e AN²³. No entanto, muitas das características da personalidade comumente associadas à AN (como perfeccionismo, rigidez e uma necessidade forte por controle) também podem ser consideradas achados de

outra patologia chamada doença de personalidade obsessiva compulsiva.

O que questionamos é o papel do perfeccionismo como mais um factor de risco na construção de uma vulnerabilidade à anorexia nervosa. Poderíamos considerar a influência de tal traço de personalidade na resposta aos apelos midiáticos e familiares para o controle do peso, em idades onde a mediação destes apelos por juízos e conceitos mais abstratos e complexos não são ainda encontrados, favorecendo condutas mais concretas e imediatas frente a solicitações do ambiente. Em duas de nossas pacientes, observamos tal esquema de forma muito evidente: em ambos os casos, o início da dieta se deu por uma necessidade de cumprir uma solicitação directa do médico ou familiar para ter cuidado com o ganho de peso, interpretada como uma necessidade mandatária de restrição alimentar pelas pacientes.

O percentual de pacientes com AN que tem recuperação completa é pequeno²⁴. Uma revisão de estudos feitos em populações hospitalizadas ou referenciadas a serviços terciários, após acompanhamento de no mínimo 4 anos, mostrou que 44 % das pacientes estavam bem (considerando que o peso estivesse dentro de 15 % do recomendado para altura e ciclos menstruais regulares); em cerca de 24 %, a evolução foi ruim (não alcançando 15 % do peso recomendado para a altura e ciclos menstruais ausentes ou irregulares); 28 % estavam em um nível intermediário e 5 % morreram²⁵. Em geral, em torno de 2/3 dos pacientes continuam a ter uma preocupação excessiva com os alimentos e o peso e cerca de 40 % apresentam sintomas bulímicos. Mesmo entre aquelas que apresentam uma boa evolução os sintomas psiquiátricos persistem incluindo distímia, fobia social, sintomas obsessivos compulsivos e abuso de substâncias²⁶. Estes dados são consistentes com os encontrados na avaliação do grupo, em que apenas duas pacientes (as que têm maior tempo de acompanhamento) podem ser consideradas como sem sintomas de transtornos alimentares.

Conclusões

Apesar da possibilidade de criar novas hipóteses e questionamentos para futuras pesquisas e intervenções clínicas, os resultados apresentados por este estudo têm muitas limitações. A amostra de 13 pacientes é pequena, sua selecção pode ter levado à viés de selecção e o tempo de acompanhamento clínico, para alguns dos pacientes da nossa amostra, foi bastante reduzido. Contudo, para o aprimoramento do nosso entendimento sobre esta patologia no Brasil, estudos como o nosso servem para acumular experiência e observações naturalísticas sobre o fenómeno, que servirão de base para o desenho de estudos controlados e de maior complexidade na análise dos dados.

Bibliografia

- Hsu, LKJ. Eating Disorders 1990. New York: Guilford Press.
- Hoe HW. The incidence and prevalence of anorexia nervosa and bulimia nervosa in primary care. *Psychol Med* 1991; 21: 455-60.
- Meadows GN, Palmer RL, Newball EUM, Kenrick JMT. Eating attitudes and disorders in young women: a general practice based survey. *Psychol Med* 1986; 16: 351-7.
- Wakeling A. Epidemiology of anorexia nervosa. *Psychiatry Res* 1996; 62: 3-9.
- Polivy J, Herman CP. Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology* 2002; 53: 187-211.
- Negrão AB, Cordás TA. Clinical characteristics and course of anorexia nervosa in Latin America, a Brazilian sample. *Psychiatry Research* 1996; 62: 17-21.
- Am Psychiatr. Assoc. Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders. Washington, DC: Am Psychiatr Assoc 4th Ed, 1994.
- Striegel-Moore R. Risk factors for eating disorders. *Ann NY Acad Sci* 1997; 817: 193-202.
- Keel PK, Mitchel JE. Outcome in bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 313-21.
- Herzog W, de Zure HC, Fiehn W, Petzold E. Medical findings and predictors of long term physical outcomes in anorexia nervosa: a prospective 12 year follow up study. *Psychol Med* 1997; 27: 269-79.
- Svenne I, Larsson PT. Heart risk associated with weight loss in anorexia nervosa and eating disorders: risk factors for QTc interval prolongation and dispersion. *Acta Paediatr* 1999; 88: 304-9.
- Greenfeld D, Nickey D, Quinlan DM, Roloff P. Hypokalemia in outpatients with eating disorders. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 60-3.
- Harris EC, Barradough B. Excess mortality of mental disorder. *Br J Psychiatry* 1998; 173: 11-53.
- Moller-Madsen S, Nystrup J, Nielsen S. Mortality in anorexia nervosa in Denmark during the period 1970-1987. *Acta Psychiatrica Scand* 1996; 94: 454-9.
- Crisp AH, Callender JS, Halek C, Hsu LKJ. Long term mortality in anorexia nervosa. *Br J Psychiatry* 1992; 94: 104-7.
- Fischer M, Golden NH, Katzman DK, Krupke RE, Schendack J, Sigman G, Anmerman S, Hoberman HM. Eating disorders in adolescents: a background paper. *J Adolesc Health* 1989; 16: 420-37.
- Howard WT, Evans KK, Quitero-Howard CV, Bowers WA, Andersen AE. Predictors of success or failure of transition to day hospital treatment for inpatients with anorexia nervosa. *Am J Psychiatry* 1989; 156: 1697-702.
- Baran SA, Weltzin TE, Kaye WH. Low discharge weight and outcome in anorexia nervosa. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 1070-2.
- Kreipe RE, Churchill BH, Strauss J. Long term outcome of adolescents with anorexia nervosa. *Am J Dis Child* 1989; 43: 1322-7.
- Nussbaum MP, Shenker IR, Baird D, Saracy S. Follow up investigation of patients with anorexia nervosa. *J Pediatr* 1985; 106: 835-40.
- Steiner H, Mazer C, Litt IF. Compliance and outcome in anorexia nervosa. *West J Med* 1990; 153: 133-9.
- Kaye WH. Persistent perfectionism, symmetry, and exactness in anorexia nervosa after long-term recovery. *American Journal of Psychiatry* 1995; 152: 1630-4.
- Serpell L, Livingstone A, Neiderman M, Lask B. Anorexia nervosa: Obsessive compulsive disorder, obsessive-compulsive personality disorder or neither? *Clinical Psychology Review* 2002(22): 647-69.
- Herzog DB, Nussbaum KM, Marmor AK. Comorbidity and outcome in eating disorders. *Psychiatr Clin North America* 1996; 19: 843-59.
- Halmi KA, Eckert E, Marchi P, Sampugnaro V, Apple R, Cohen J. Comorbidity of psychiatry diagnoses in anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 712-8.
- Sullivan PF. Mortality in anorexia nervosa. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 1073-4.