

# Anorexia Nervosa na Adolescência

## Abordagem nos Cuidados de Saúde Primários

Rosário Rodrigues<sup>1</sup>, Ivone Costa<sup>1</sup>, João Ferreira<sup>1</sup>  
USF São João da Talha – ACES Loures-Odivelas



### Introdução e Objetivos

A adolescência é um período crítico do desenvolvimento no qual se pode manifestar a anorexia. Segundo os novos critérios de diagnóstico do DSM-V, esta está subdiagnosticada.

É objectivo deste trabalho rever a abordagem diagnóstica em Cuidados de Saúde Primários

### Metodologia

Revisão clássica, através de pesquisa bibliográfica na Medline/Pubmed, UpToDate e motores de busca genéricos, de artigos publicados nos últimos 10 anos, em Inglês e Português, com os termos “anorexia”, “perturbações do comportamento alimentar”, “pediatria”, “adolescentes” e respetiva tradução para inglês.

### Resultados

<b>Incidência</b>	Pico de incidência entre os 14 e 18 anos ♀10:1♂
<b>Prevalência</b>	Prevalência estimada ♀1.5% ♂1.0%
<b>Etiologia</b>	<div><div>mais de 33% em estudos com gémeos homozigóticos</div><div><div>Hereditariedade</div><div>Personalidade</div><div>Meio social</div></div></div>

### Principais fatores de risco

- Sexo feminino
- Personalidade com temperamento perfeccionista e/ou obsessivo
- Pressões sociais relacionadas com aparência e magreza
- Antecedentes familiares de perturbações do comportamento alimentar
- Cultura ocidental

### Comorbilidade psiquiátrica ao longo da vida

55.2%

- Depressão major
- Fobia social
- Perturbação obsessivo compulsiva
- Perturbação dismórfica corporal
- PHDA
- Perturbação da personalidade
- Abusos de substâncias
- Suicídio (8-27% pelo menos uma tentativa)
- Maior taxa de mortalidade de qualquer doença psiquiátrica nesta faixa etária (5-6%)

### Instrumentos de Rastreio

<b>SCOFF</b>	Curto (5 questões) Específico para perturbações do comportamento alimentar Validado apenas em adultos (possível abordagem em idade pediátrica)
<b>Validados para crianças e adolescentes</b>	The Eating Disorder Examination-Questionnaire EDE-Q Eating Disorder Inventory EDI e Eating Attitudes Test EAT

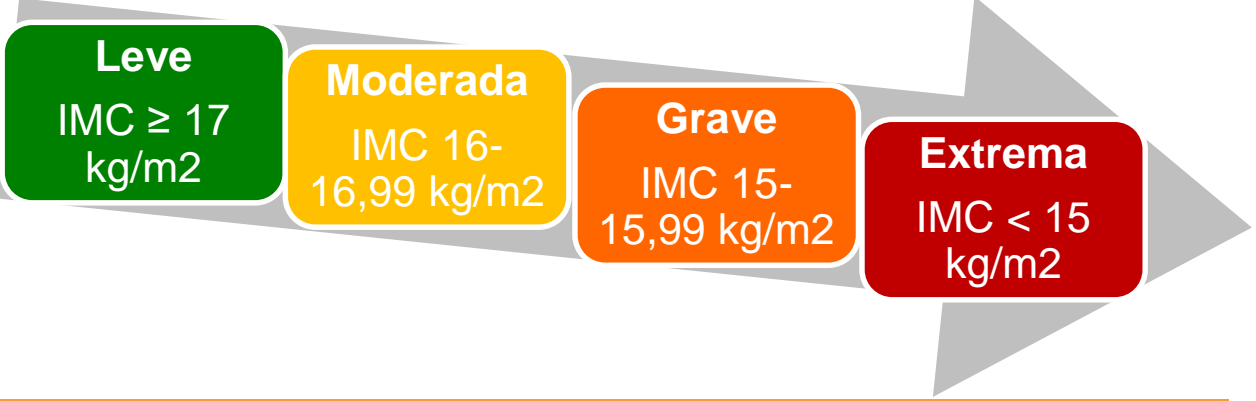
### Critérios de diagnóstico

- A. Restrição do aporte energético** relativamente às necessidades, levando a um baixo peso corporal significativo quanto à idade, sexo, trajetória de desenvolvimento e saúde física. “Baixo peso significativo” é definido para crianças e adolescentes, menor do que minimamente esperado.
- B. Medo intenso em ganhar peso** ou em se tornar gordo, ou comportamento persistente que interfere no ganho ponderal mesmo com baixo peso.
- C. Perturbação no modo de vivenciar o peso**, tamanho ou forma corporais, excessiva influência do peso ou forma corporais na autoavaliação ou persistente falta de reconhecimento da seriedade do atual baixo peso.

### Subtipos

	<b>Restritivo</b>	<b>Compulsivo-purgativo</b>
Episódios recorrentes de comportamentos compulsivos ou purgativos nos últimos 3 meses	X Perda de peso através de Dietas, jejuns, atividade física	✓ Perda de peso através de Vómitos, laxantes, diuréticos, enemas

### Gravidade



### Critérios de Internamento

- FC<50bpm durante o dia; FC<45bpm durante a noite
- TAS <90mmHg
- Alterações do pulso ortostáticas >20bpm ou TA >10mmHg
- Arritmia
- Temperatura <35.5°C
- <75% do peso ideal ou manutenção da perda de peso apesar de terapêutica intensiva
- Gordura corporal <10%
- Recusa alimentar
- Falência de terapêutica em ambulatório

### Opções Terapêuticas

#### Terapia Familiar

- 50% a 60% atinge a remissão completa dentro de 1 ano
- 25% a 35% recuperam parcialmente
- Apenas 15% não responde ao tratamento

#### Psicofármacos (ISRS, antidepressivos tricíclicos, antipsicóticos)

- Poucos estudos em crianças e adolescentes
- Resistência ao tratamento
- Condições pré-morbidas
- Controlo de sintomas compulsivos

#### Re-educação nutricional

### Conclusão

O Médico de Família tem um papel primordial no reconhecimento da anorexia, avaliação e referenciação precoce, sendo esta última responsável por um melhor prognóstico, quer por diminuição das complicações médicas associadas, quer pelo melhor resultado com o tratamento por psicoterapia/terapia familiar.

**Bibliografia:** KENISHA, Campbell, & PEEBLES, Rebecka (2014), Eating Disorders in Children and Adolescents: State of the Art Review, Pediatrics, Volume 134, Number 3. <http://portugal.bestpractice.bmj.com/best-practice/monograph/440.html> . 06 fev. 2015.. FONSECA, Helena (2011), Perturbações do Comportamento Alimentar na adolescência, Revista Portuguesa de Clínica Geral, nº 27, pp. 203-207. American Psychiatric Association. Guideline watch: practice guideline for the treatment of patients with eating disorders, 3rd ed. August 2012. <http://www.psychiatryonline.org/http://bestpractice.bmj.com/best-practice/monograph/441.html> . 03 aug. 2015. Morgan JF, Reid F, Lacey JH. The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. BMJ. 1999;319:1467-1468. MOINHO, Rita, DIAS, Inês, LUZ, Alexandra, MOLEIRO, Pascoal (2016), Perturbações do Comportamento Alimentar num Ambulatório Pediátrico: O Impacto da DSM-5; Acta Pediátrica Portuguesa, 47:3-10. American Psychiatric Association. Treatment of patients with eating disorders, Third Edition. American Psychiatric Association. Am J Psychiatry 2006; 163:4. Academy of Eating Disorders Report 2012, Second Edition. Eating disorders: Critical Points for Early Recognition and Medical Risk Management in the Care of Individuals with Eating Disorders. COTTON, M.-A., BALL, C. and ROBINSON, P. (2003), Four Simple Questions Can Help Screen for Eating Disorders. Journal of General Internal Medicine, 18: 53–56. doi: 10.1046/j.1525-1497.2003.20374.x CASANOVA, Tânia, SANTOS, Paulo, FIGUEIREDO, Carlos, SILVEIRA, Alzira (2009), Anorexia Nervosa: proposta de linhas orientadoras, Acta Pediátrica Portuguesa, 133-135.