

Internamento na Anorexia Nervosa de Tipo Restritivo: um olhar sobre nove anos de experiência

Patrícia Nunes¹, Sofia Duarte Silva², Isabel Brandão³, António Roma Torres⁴

Resumo

As Perturbações do Comportamento Alimentar (PCA) são das doenças psiquiátricas mais intrigantes e desafiantes. Objectivos: O objectivo deste estudo é caracterizar a população de doentes com Anorexia Nervosa de Tipo Restritivo internados no Serviço de Psiquiatria do Hospital de São João entre 2000 e 2008. Métodos: Os dados foram colhidos retrospectivamente dos processos clínicos, e analisados utilizando o Microsoft Office Excel 2007. Resultados: Durante estes nove anos, 103 doentes com PCA foram internados, 65 dos quais com Anorexia Nervosa de Tipo Restritivo (AN-R), na sua maioria jovens adultas (idade média = 18,2) do género feminino (n=60) com valores de IMC baixos: 12,1-13 kg/m² (36%) e 13,1-14 kg/m² (26%). A duração média do tratamento prévio à hospitalização foi de 2,8 meses. O principal critério de admissão foi o baixo peso (n=62). A duração média de internamento foi de 40,3 dias, com 31% de taxa de readmissão. Discussão: os resultados são discutidos à luz do conhecimento actual.

Palavras-chave: anorexia nervosa; tipo restritivo; internamento; modelos de tratamento.

Abstract

Eating disorders (ED) are one of the most intriguing and challenging psychiatric illnesses. Objectives: the aim of this study is to characterize Anorexia Nervosa Restrictive Subtype inpatients admitted in Hospital São João Psychiatry Department between 2000 and 2008. Methods: data were collected retrospectively from clinical records, and analyzed using Microsoft Office Excel 2007. Results: Over these nine years, 103 ED patients were admitted, 65 of them with Anorexia nervosa restrictive subtype (AN-R), mostly female (n=60) young adults (mean age = 18,2) with low body mass index : BMI 12,1-13 kg/m² (36%) and 13,1-14 kg/m² (26%). The mean length of outpatient treatment previous to the admission was 2,8 months. The most common admission criteria was low weight (n=62). The mean length of stay was 40,3 days. 31% was the readmission rate. Discussion: results are discussed in view of current knowledge.

Keywords: anorexia nervosa; restrictive subtype; inpatient treatment; treatment models.

INTRODUÇÃO

As Perturbações do Comportamento Alimentar (PCA) são das doenças psiquiátricas mais intrigantes e desafiantes, sendo a Anorexia Nervosa de Tipo Restritivo (AN-R) a mais paradigmática destas condições clínicas.

Os modelos de tratamento têm sofrido grandes alterações através dos tempos. No entanto, as recomendações continuam a basear-se fortemente nas opiniões dos especialistas nesta área, e não em evidência científica obtida através de ensaios clínicos randomizados. Assim, as respostas às questões de “quando”, “onde” e “como” tratar estes doentes continuam a ser de natureza subjectiva (Vandereycken, 2003).

O projecto de investigação europeu sobre o tratamento das PCA, enquadrado nas acções do *Cooperation on Science and Technology (COST-B6)*, foi criado em 1995 com o intuito de avaliar as diferentes modalidades de tratamento da AN em vigor nos países europeus. Em Portugal, aderiram ao projecto quatro unidades de tratamento, entre as quais se encontrava a do Serviço de Psiquiatria do Hospital de São João (Machado *et. al*, 2004). Os resultados revelaram diferenças consideráveis nas abordagens terapêuticas, nomeadamente na utilização dos diferentes *settings*, e particularmente no que diz respeito ao internamento hospitalar (Gowers *et. al*, 2002).

As *guidelines* de tratamento da Associação Americana de Psiquiatria, publicadas em 2006, estruturam de forma objectiva todos os passos fundamentais da abordagem terapêutica, definindo diferentes níveis de tratamento com base no conjunto dos sintomas físicos, psicológicos e comportamentais, e nas circunstâncias sociais, em vez de ter em conta apenas um parâmetro físico, como o peso. Dos cinco níveis de tratamento propostos, o internamento é considerado o último recurso (APA, 2006).

O Papel do Internamento no Tratamento da Anorexia Nervosa

Independentemente das particularidades dos modelos adoptados, os protocolos de tratamento hospitalar actuais são delineados para resolver problemas médicos agudos, interromper comportamentos compensatórios e possibilitar a reabilitação nutricional.

A decisão de internar é geralmente baseada em múltiplos critérios, nomeadamente médicos (p.

ex. perda de peso acentuada, comorbilidade psiquiátrica significativa), psicoterapêuticos (p.ex. ausência de resposta ao tratamento em ambulatório) e psicossociais (p. ex. perturbação familiar acentuada, distância do local de tratamento).

Por outro lado, o internamento também tem indicações positivas, especialmente quando é proporcionado um milieu terapêutico estimulante e de suporte (Vandereycken & Meermann, 1984).

Assim, a hospitalização não deve ser entendida como um substituto do tratamento em ambulatório, mas como uma experiência inserida no continuum que tem na mira a recuperação a longo prazo.

O Internamento no Modelo de Tratamento do Hospital de São João

O Modelo de Tratamento do Hospital de São João, cujo desenvolvimento inicial remonta a 1978, tem como pressuposto principal que a AN pode ser entendida como a manifestação de um conflito de autonomia individual (Roma-Torres, 1986). Assim, o princípio orientador do tratamento é o da valorização da autonomia e da iniciativa própria do doente, sem menosprezar a importância da recuperação ponderal e o risco de mortalidade inerente a estas situações. É nossa convicção que a hospitalização deve ser decidida não apenas por razões de ordem médica, mas também tendo em conta a dinâmica psicológica e familiar.

Aparentemente, o internamento poderia ser considerado como um paradoxo à luz desta filosofia. No entanto, por detrás da aparente perda de autonomia, inerente à admissão hospitalar, surge a separação da família, que constitui o cenário do dilema de autonomização. A responsabilização do doente pelo seu comportamento alimentar, longe dos olhos atentos dos pais, e o reconhecimento de que o controlo se obtém através da saúde e não da doença, são exemplos de como este conceito é implementado na prática clínica.

a) Reabilitação nutricional

A abordagem nutricional tem por objectivo o estabelecimento de um plano alimentar mínimo (1700Kcal/dia) para a recuperação do peso até ao mínimo compatível com a saúde (IMC=18,5 kg/m²). A ênfase é colocada no controlo deste regime alimentar mínimo, que permite prevenir o excesso bulímico e respeitar o desejo de ser magro.



A entrevista inicial com a dietista permite a elaboração de um plano personalizado, que tem em conta as preferências de cada doente. Com a colaboração da equipa de Enfermagem, as refeições e a relação dos doentes com os alimentos são cuidadosamente observadas e registadas, permitindo o uso posterior no trabalho psicoterapêutico.

A fase de realimentação é assim um terreno fértil para modificar a experiência, servindo de teste às distorções cognitivas sobre o efeito da comida. A psicoterapia centrada no comportamento alimentar e na recuperação ponderal, e não nas emoções, contribui para a diminuição das resistências perante este desafio, evitando acentuar questões de bem-estar subjectivo. Desta forma, valoriza-se o respeito pela força da natureza e não do terapeuta, preservando igualmente o respeito pela autonomia do doente através de um modelo diferente de negociação dos conflitos.

b) **Abordagem cognitiva e comportamental**

Após algumas horas ou dias de permanência na unidade de internamento é estabelecido com o doente um plano de reforços contingentes em relação a patamares de recuperação ponderal que permitirão o acesso a mais actividade e a contactos (telefónicos ou directos) com a família. A *rationale* desta estrutura terapêutica foi inicialmente baseada na lógica comportamentalista, mas deve ter-se em conta que é de toda a importância o setting que se estabelece, em que se respeita a autonomia do doente sem desvalorizar o tratamento da ameaça física que a doença constitui. O plano é uma estrutura securizante, sem “chantagens” ou apelos dramáticos, e a mudança de atitude face à comida, decorre de um modelo de negociação e conflito distinto daquele que geralmente existe nas fases anteriores da experiência do doente e da família.

c) **Abordagem familiar**

Desde as primeiras descrições de Gull e Lasègue (1873-74), de Charcot (1885) e Elysio de Moura (1947), o envolvimento da família na Anorexia Nervosa foi reconhecido e o seu afastamento em fases cruciais do tratamento recomendado. O internamento hospitalar serve estes pressupostos, permitindo ao terapeuta trabalhar a estrutura da família

sem que esta interfira no comportamento alimentar, agora a cargo do doente.

Os diferentes patamares estabelecidos nas tabelas de reforço contingente promovem a aproximação gradual da família, de acordo com o alcance de objectivos pré-definidos.

A parentectomia é aceite pelo doente e pela família no decurso da fase de tratamento anterior à proposta de internamento, e a sua utilização como ferramenta terapêutica diverge de outros modelos de tratamento, em que a família tem um papel de co-terapeuta, podendo até ser interpretada como uma posição “anti-família”. No entanto, e pelo contrário, é a família que dá força ao terapeuta na batalha pela saúde. O reconhecimento de que na base da perturbação do comportamento alimentar está uma doença e não um capricho do jovem, ou um erro na educação por parte dos pais, permite não só aliviar a família de sentimentos de culpa injustificados como também deslocar a responsabilidade pela alimentação exclusivamente para o elemento doente.

Independentemente da lógica comportamental que pode presidir ao plano de reforços contingentes, a verdade é que a proposta de internamento é uma verdadeira intervenção familiar, e o importante é a criação de um *setting* diferente no qual o doente pode desenvolver um comportamento autónomo no contacto com uma equipa de enfermeiros e outros técnicos envolvidos no tratamento, que mantendo uma posição de neutralidade e de respeito pela diferenciação individual e pelo desejo de ser magro garantem a evidência das consequências do comportamento alimentar restritivo, manejando o repouso/actividade do doente (dispêndio de energia) e os contactos telefónicos ou visitas com a família (envolvimento emocional) em função de um plano previamente definido, e que nesse sentido se considera um contracto terapêutico.

OBJECTIVOS e MÉTODOS

O objectivo deste estudo é caracterizar a população de doentes com Anorexia Nervosa de Tipo Restritivo internados no Serviço de Psiquiatria do Hospital de São João entre 2000 e 2008. As variáveis estudadas englobam o género, a idade, a duração de tratamento prévio, o motivo de internamento, a sua duração, o índice de massa corporal na admissão e o número de reinternamentos.

Os diagnósticos foram estabelecidos com base nos critérios do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders -IV-TR*.

Os dados foram colhidos retrospectivamente dos processos clínicos, e analisados utilizando o Microsoft Office Excel 2007.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período entre 2000 e 2008, quinhentos e oitenta e dois doentes foram acompanhados na consulta de Perturbações do Comportamento Alimentar do Serviço de Psiquiatria do Hospital de São João. Os diagnósticos estabelecidos na primeira consulta foram, por ordem decrescente de frequência, Bulimia nervosa (39,5%), Anorexia nervosa de tipo restritivo (30,2%), Perturbação do Comportamento Alimentar sem outra especificação (16,2%) e Anorexia nervosa de tipo purgativo (14,1%).

Total de doentes em tratamento
(n=582)

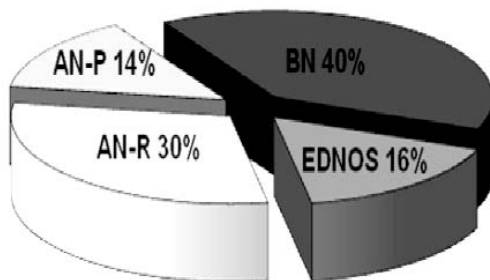


Figura 1: Distribuição dos doentes em tratamento entre 2000 e 2008 por diagnóstico

Estes dados diferem dos apresentados pela maioria dos centros mundiais de tratamento destas patologias, que apontam as Perturbações do Comportamento Alimentar sem outra especificação como o diagnóstico mais representativo no ambulatório. Reflectindo sobre a realidade portuguesa, os autores entendem que a disponibilidade limitada de centros com experiência no tratamento das PCA pode explicar a referenciação em menor número de doentes com quadros menos graves. Outro aspecto a ter em consideração é a dificuldade em reconhecer estes quadros, por um lado porque os doentes têm vergonha dos seus sintomas, por outro porque os clínicos não estão familiarizados com eles, passando

frequentemente despercebidos aos Médicos de Família.

Total de doentes internados
(n=103)

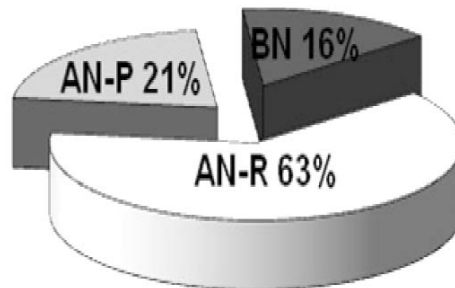


Figura 2: Distribuição dos doentes com PCA internados entre 2000 e 2008 segundo a categoria de diagnóstico (n=103)

Cento e três doentes com PCA foram internados no mesmo período, sessenta e cinco dos quais com AN-R (Fig.2). Se tivermos em conta que, neste período, cento e setenta e seis doentes com este diagnóstico estavam a ser acompanhados em consulta no nosso serviço, é reconhecível que apenas cerca de um terço foram hospitalizados, o que está de acordo com a nossa filosofia de tratamento, em que o regime de internamento constitui a excepção e não a regra na abordagem destes doentes. Mesmo assim, é nossa convicção que este é um recurso valioso que não deve ser menosprezado.

A amostra era constituída na sua maioria por jovens adultas (idade média = 18,2) (Fig.3) do géne-

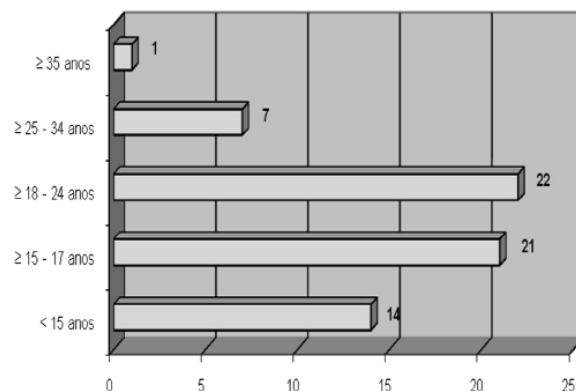


Figura 3: Distribuição dos doentes internados com AN-R por idades.



ro feminino (n=60). À primeira vista poder-se-ia pensar que a idade média é mais elevada do que o esperado, tendo em conta a faixa etária mais comum neste diagnóstico. No entanto, não só é compreensível que se encontrem valores superiores aos de amostras pediátricas, estas com idades médias de 15 anos (Calderon *et al.*, 2007), como se verifica que, comparativamente com resultados de outros centros de tratamento de adultos, esta média etária pode mesmo considerar-se abaixo do esperado (George *et al.*, 1987; McKenzie *et al.*, 1992; Treat *et al.*, 2008).

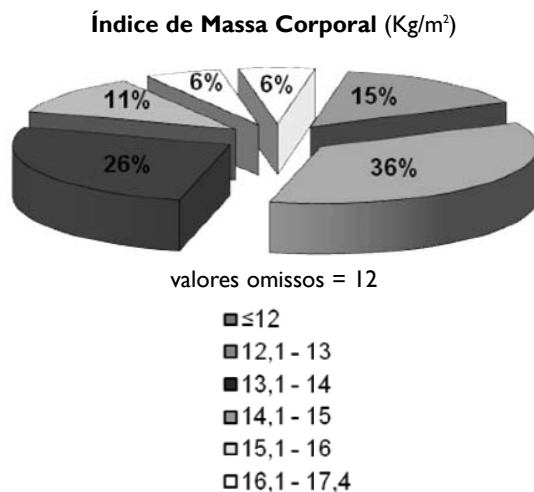


Figura 4: Índice de Massa Corporal (IMC) na admissão

Os valores de Índice de Massa Corporal (IMC) foram baixos, tal como se prevê em amostras de doentes com AN (Fig.4). IMC entre 12,1-13 kg/m² (n=19) e entre 13,1-14 kg/m² (n=14) foram os mais frequentes. Mesmo assim, é notável o número de doentes com IMC ≤12 (n=8). Comparativamente com os de outros estudos publicados, estes valores são consideravelmente mais baixos, verificando-se que os IMC médios geralmente citados rondam os 15-16 kg/m² (Wiseman *et al.*, 2001; Treat *et al.*, 2008).

O critério de admissão mais frequentemente citado foi o baixo peso (n=62), o que vai de encontro aos dados relativos aos IMC. Nas restantes situações, os critérios determinantes do internamento foram a ideação autodestrutiva (n=2) e o consumo abusivo de álcool (n=1).

Curiosamente, a duração média do tratamento em ambulatório na nossa Unidade prévio à hospitalização foi curta (2,8 meses), predominantemente

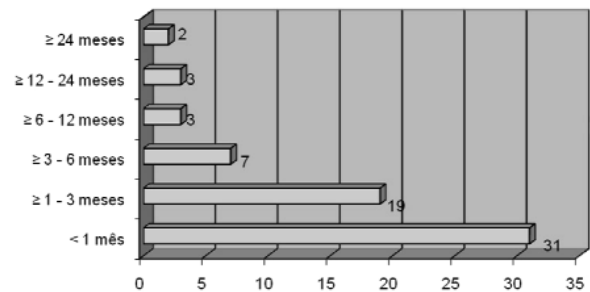


Figura 5: Duração do tratamento prévio ao internamento, em meses

inferior a três meses e, num número significativo de doentes, inferior a um mês (Fig.5). Um olhar menos atento sobre estes resultados poderia sugerir que contrariam a ideia de que um dos principais critérios de internamento é a má evolução durante o acompanhamento em consulta. Uma análise mais aprofundada dos dados sugere no entanto que muitos dos doentes apenas são referenciados para a unidade tardiamente, quando já apresentam doença grave, em virtude da disponibilidade muito limitada de recursos de tratamento destas patologias nos nossos serviços de Psiquiatria. Todavia, apesar do baixo IMC no início do tratamento na nossa Unidade, é significativo que praticamente na generalidade dos casos haja uma tentativa prévia de tratamento em ambulatório.

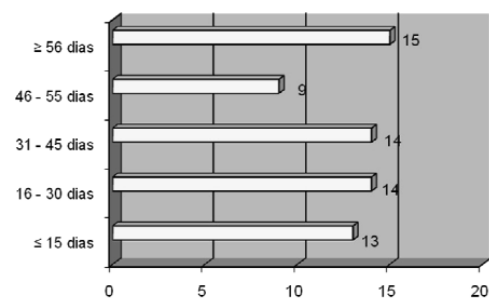


Figura 6: Duração do internamento, em dias

Quase metade da nossa amostra (n=27) teve uma duração de internamento inferior a 30 dias. No entanto, é de salientar que um número significativo de doentes, quase um quarto da nossa amostra, esteve internado por um período superior a 56 dias (n=15), o que explica uma duração média de internamento de 40,3 dias (Fig.6). Nos últimos anos, a grande preocupação com questões de custo-eficácia desencadeou uma diminuição exponencial na duração dos internamentos, que eram habitualmente

muito mais prolongados (meses) na grande maioria das unidades psiquiátricas (Wiseman *et al.*, 2001; Willer *et al.*, 2005). Este não foi o caso no nosso serviço, onde o acompanhamento em ambulatório foi sempre considerado a pedra basilar para um tratamento sólido e bem sucedido, e o internamento, quando necessário, prolongado apenas pelo período mínimo necessário para restabelecer condições para o regresso ao ambulatório.

Apesar de uma relação causa-efeito não poder ser extrapolada a partir destes dados, é frequentemente sugerido na literatura mais actual que internamentos mais curtos acarretam um aumento do número de reinternamentos (Wiseman *et al.*, 2001; Willer *et al.*, 2005). Altas taxas de readmissões também se verificaram na nossa amostra (31%), mas, em nosso entender, não deve ser desvalorizado o factor gravidade da doença quando se analisam estes valores. Os baixos IMC apresentados reforçam esta

possível explicação, e em estudos anteriores verificámos que a evolução não é afectada negativamente pela ocorrência de reinternamentos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo constitui um pequeno passo no longo caminho a percorrer na compreensão do tratamento actualmente oferecido aos doentes com Anorexia Nervosa de Tipo Restritivo. Apesar das limitações inerentes aos estudos retrospectivos, pensamos que este olhar sobre os últimos nove anos nos permite uma auto-avaliação do nosso trabalho, através da análise cuidada dos dados e da sua comparação com os de diferentes centros mundiais. A continuidade deste e doutros estudos no futuro permitir-nos-á obter uma perspectiva evolutiva dos diferentes modelos de tratamento e seus resultados, com benefícios evidentes nos cuidados prestados aos doentes com Anorexia Nervosa.

Referências

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed. Washington, DC.
- American Psychiatric Association (2006). *Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders*, 3rd ed.
- Calderon, R., Stoep, A.V., Collett, B., Garrison, M.M., & Toth, K. (2007). Inpatients with eating disorders: demographic, diagnostic, and service characteristics from a nationwide pediatric sample. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 622-628.
- George, D.T., Weiss, S.R., Gwirtsman, H.E., & Blazer, D. (1987). Hospital treatment of anorexia nervosa: a 25 year retrospective study from 1958 to 1982. *International Journal of Eating Disorders*, 6(2), 321-330.
- Gowers, S.G., Edwards, V.J., Fleminger, S., Massoubre, C., Wallin, U., Canalda, G., Starkova, L., Hannesdottir, H., Almquist, F., Aronen, P., Scholz, M., Höerder, K., Skarderud, F., & Boyadjieva, S. (2002). Treatment aims and philosophy in the treatment of adolescent Anorexia nervosa in Europe. *European Eating Disorders Review*, 10, 271-280.
- Machado, P.P., Soares, I., Sampaio, D., Roma-Torres, A., Pinto-Gouveia, J., Villares-Oliveira, C. & COST B-6 – Portugal. (2004). Perturbações alimentares em Portugal: padrões de utilização dos serviços. *Comportamento Alimentar*, 1(1), 1-8.
- McKenzie, J.M. & Joyce, P.R. (1992). Hospitalization for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 11(2), 235-241.
- Roma-Torres, A. (1986). *Anorexia nervosa e perturbações afins do comportamento alimentar: estudo clínico evolutivo*. Tese de Mestrado em Psiquiatria. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Treat, T.A., McCabe, E.B., Gaskill, J.A., & Marcus, M.D. (2008). Treatment of anorexia nervosa in a specialty care continuum. *International Journal of Eating Disorders*, 41, 564-572.
- Vandereycken, W. (2003). The place of inpatient care in the treatment of anorexia nervosa: questions to be answered. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 409-422.
- Vandereycken, W., & Meermann, R. (1984). *Anorexia nervosa: a clinician's guide to treatment*. Berlin; New York: de Gruyter.
- Willer, M.G., Thuras, P., & Crow, S.J. (2005). Implications of the changing use of hospitalization to treat anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 162, 2374-2376.
- Wiseman, C.V., Sunday, S.R., Klapper, F., Harris, W.A., & Halmi, K.A. (2001). Changing patterns of hospitalization in eating disorder patients. *International Journal of Eating Disorders*, 30, 69-74.



Autores

- 1 Patricia Nunes
Interna Complementar de Psiquiatria do Serviço de Psiquiatria do Hospital de São João, E.P.E.
- 2 Sofia Duarte Silva
Psicóloga Clínica da Unidade de Psiquiatria do Jovem e da Família do Serviço de Psiquiatria do Hospital de São João, E.P.E.
- 3 Isabel Brandão
Psiquiatra, Responsável da Unidade de Psiquiatria do Jovem e da Família do Serviço de Psiquiatria do Hospital de São João, E.P.E.
- 4 António Roma Torres
Psiquiatra, Director do Serviço de Psiquiatria do Hospital de São João, E.P.E.

Contactos

patricialopesnunes@gmail.com
sofia.duarte.silva@sapo.pt
isabelbrandao@netcabo.pt
aroma@hsjoao.min-saude.pt

Serviço de Psiquiatria do Hospital de São João E.P.E.
Alameda Prof. Hernâni Monteiro
4200-319 Porto, Portugal