

Universidade Federal do Paraná

Eduardo Alves Guilherme

Plasticofagia e Plasticotezoar
Transtornos Alimentares SOE:
Relato de Caso e Revisão de Literatura

Curitiba

2014

EDUARDO ALVES GUILHERME

**PLASTICOFAGIA E PLASTICOBEOZAR – TRANSTORNOS ALIMENTARES SOE:
RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Pós-Graduação em Psiquiatria do Departamento de Psiquiatria e Medicina Forense da Universidade Federal do Paraná, para obtenção do título de Especialista.

Orientador: Prof. Dr. Roberto Ratzke

CURITIBA

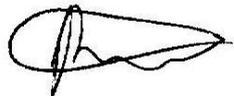
2014

EDUARDO ALVES GUILHERME

**PLASTICOFAGIA E PLASTICOBEOZAR – TRANSTORNOS ALIMENTARES SOE:
RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Pós-Graduação em Psiquiatria do Departamento de Psiquiatria e Medicina Forense da Universidade Federal do Paraná, para obtenção do título de Especialista.

Banca Examinadora:

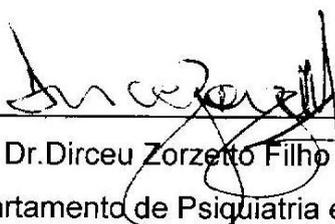


Orientador:

Prof.Dr. Roberto Ratzke

Departamento de Psiquiatria e Medicina Forense da UFPR

Membro:



Prof. Dr. Dirceu Zorzeto Filho

Departamento de Psiquiatria e Medicina Forense da UFPR

Membro:



Prof. Dr. Salmo Zugman

Departamento de Psiquiatria e Medicina Forense da UFPR

Curitiba, 01 de Fevereiro de 2014.

Aos meus pais Luiz Guilherme e Maria
Auxiliadora por me ensinarem os valores do
exercício da profissão médica, ao meu irmão
Fernando por me despertar para a pesquisa
médico-científica.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos Professores Dr. Dirceu Zorzetto Filho e Dr. Roberto Ratzke, exemplos de Psiquiatras, pelos ensinamentos e valores transmitidos nestes três anos; pela orientação e apoio à pesquisa científica ética.

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo demonstrar através de um caso clínico, um caso de Transtorno Alimentar sem outra especificação (TASOE) o qual foi solicitado parecer da psiquiatria na enfermaria de clínica médica, após paciente dar entrada no Pronto Socorro com queixas dispépticas e após dois dias de investigação diagnóstica, referir que havia ingerido sete sacolas plásticas com intuito de emagrecer, após tentativas frustradas de perda de peso através de comportamento bulímico na forma de vômitos auto-induzidos. O paciente evoluiu com abdome agudo e consequente piora do estado geral. Após a terceira tentativa por Endoscopia Digestiva Alta (EDA) as sacolas plásticas foram retiradas, sendo o paciente encaminhado para internação psiquiátrica; no momento, segue em acompanhamento no ambulatório de saúde mental..

Palavras-chave: Transtorno Alimentar SOE, Plasticofagia, Plasticobezoar

ABSTRACT

This study aims to demonstrate through a clinical case, a patient of diagnostic of eating disorder not otherwise specified (EDNOS) which was requested opinion of psychiatry in medical award, after giving the patient arrived in the Emergency room with dyspeptic symptoms and after two days of diagnostic investigation, mention that had ingested seven plastic bags aiming to slim down after failed attempts at weight loss through bulimic behavior as self- induced vomiting. The patient presented with acute abdomen and consequent worsening of the condition. After the third attempt by Upper Digestive Endoscopy (UDE) the plastic bags were removed, and the patient was referred for psychiatric hospitalization, at the time, it goes up in outpatient mental health.

Keywords: Eating Disorder NOS, plasticophagy, plasticobezoar

1 INTRODUÇÃO	8
2 CONCEITOS	9
2.1 BEZOAR.....	9
2.2 TRANSTORNOS ALIMENTARES.....	10
3 PREVALÊNCIA	12
4 DIAGNÓSTICO	13
5 QUADRO CLÍNICO	14
6 COMORBIDADE TRANSTORNO ALIMENTAR E DEPENDÊNCIA QUÍMICA	16
7 PROPOSTAS PARA O DSM-5	17
8 DISCUSSÃO	19
REFERÊNCIAS	21
ANEXO - RELATO DE CASO.....	23

1 INTRODUÇÃO

O radical *fagia*, de origem grega explica a noção de ingestão ou hábito alimentar como, plumbofagia (ingestão de chumbo), geofagia (ingestão de areia, terra), onicofagia (ingestão de unhas), fitofagia (ingestão de plantas) e plasticofagia (ingestão de plástico). Relatos de ingestão de substâncias bizarras incluem: barro, cinzas, pontas de cigarros, gelo, pó de café, madeira, cola e pedras.

Pica é o hábito de ingerir substâncias não nutritivas por pelo menos um mês. O termo tem origem no latim e significa pega, uma espécie de pombo do hemisfério norte que recebeu este apelido por possuir o hábito de colecionar e comer objetos não comestíveis. A incidência não é conhecida, porém, é comum em quadros de anemia por deficiência de ferro; quadros de retardo mental e alguns transtornos psiquiátricos também podem cursar com sintomas de pica.

2 CONCEITOS

2.1 BEZOAR

Os bezoares têm sido descritos desde o século 12 A.C. O termo de origem árabe "*bad- zehr*" ou persa "*pad- zehr*" significa antídoto. Tidos por quem os possuía valor inestimável, até meados do século 18 eram listados na farmacopeia de Londres como remédio para todos os males e pragas. Bezoares eram conhecidos antes da era cristã, guardando consigo um grande misticismo. Encontrados frequentemente no trato digestivo de ruminantes eram tidos como talismãs ou antídotos capazes de proteger o seu portador contra pragas, envenenamentos, epilepsia, hanseníase e outras doenças. À medida que a medicina foi evoluindo, seus poderes mágicos foram gradativamente se perdendo. Do ponto de vista médico, no entanto, os bezoares humanos adquiriram importância clínica por serem agentes causadores de várias patologias digestivas, incluindo obstruções, intussuscepções, sangramentos, perfurações, além de enteropatias, pancreatites, apendicites, icterícia obstrutiva e outras.

Baudamant foi quem primeiro descreveu-os em 1779, num achado ocasional de autópsia em uma paciente portadora de tricobezoar. Coube a Quain, em 1854, a descrição do primeiro caso clínico vivo em um paciente doente mental portador de um fitobezoar, originado a partir da ingestão de fibras do coco. A primeira intervenção cirúrgica para a retirada de um bezoar, no entanto, foi realizada em 1883 por Schonborn. Apesar do valor histórico dessas observações, coube a De Bakey e Ochsner o mérito de relatarem a primeira revisão mundial de bezoares, com um total de 303 casos levantados até 1938, acrescidos de mais oito casos de suas experiências pessoais. Coube aos autores, também, a classificação até hoje adotada por todo o mundo para os três tipos fundamentais de bezoares, os tricobezoares, os fitobezoares e os tricofitobezoares, designações posteriormente ampliadas na dependência da grande variedade de substâncias ingeridas. Entre os bezoares, os mais comuns são os fitobezoares. Usualmente são observados em pacientes idosos com mastigação deficiente por ausência de dentes, rápida deglutição, em pacientes com cirurgias gástricas progressas, distúrbios de motilidade

gástrica e portadores de várias outras patologias como: diabetes, hipotireoidismo, distrofia muscular, câncer gástrico, ou mesmo em uso crônico de cimetidina.

A sintomatologia dos bezoares é inespecífica, insidiosa e gradual e, não raro, intermitente, guardando estreita relação sintomática com a localização. À medida que avolumam-se os bezoares podem causar anorexia, perda de peso e desconforto abdominal relacionado às refeições. Quando a obstrução surge, vômitos e episódios de cólicas abdominais são os principais sintomas. Sempre que possível, os bezoares devem ser tratados conservadoramente. O método de escolha eletivo é a endoscopia, que além de diagnóstica pode ser terapêutica. Todavia, a endoscopia acha-se reservada apenas aos pequenos ou médios bezoares, onde ainda é possível a fragmentação da massa e a sua remoção com pinças do tipo Fórceps ou com alças de polipectomia. Rider et al têm proposto a utilização de jatos d'água pulsáteis (sistemas "waterpik") no intuito de fragmentar e aspirar bezoares formadas por concreções mucóides pequenas, sementes e outros materiais insolúveis. Há porém, quem contraindique a fragmentação dos bezoares, dado ao elevado índice de complicações secundárias à migração. A utilização de soluções enzimáticas, contendo papaina, celulase, acetilcisteína, tripsina, quimiotripsina e outras, administradas por via oral ou por gavagem, podem ser eficazes no tratamento dos fitobezoares, principalmente após a fragmentação endoscópica. Winkler e Saleh têm preconizado a utilização de metoclopramida (10 mg, 1 hora antes das refeições e ao deitar) associada à papaina e à fragmentação, como medicação coadjuvante no tratamento dos bezoares e, também, na sua recorrência. Quando a dissolução enzimática ou a fragmentação endoscópica não resolvem, Naveau et al, têm recomendado a utilização da laserterapia, na tentativa de evitar-se a laparotomia.

2.2 TRANSTORNOS ALIMENTARES

Os Transtornos Alimentares são de interesse à saúde pública, pois, são associados a sérios problemas clínicos e psiquiátricos, sendo geralmente mal-diagnosticados e maltratados. O *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision* (DSM-IV-TR) inclui três tipos de Transtornos Alimentares:

- Anorexia Nervosa (AN)– com padrão de restrição alimentar e padrão de compulsão/purgação;
- Bulimia Nervosa (BN) – subtipo purgativo e não purgativo.
- Transtorno Alimentar sem outra especificação (TASOE)

A prevalência e heterogenicidade dos TASOE na prática clínica é problemática e pode limitar a utilidade dos critérios diagnósticos para transtornos alimentares do DSM-IV. Estudos preliminares para o DSM-5 têm levado a uma reavaliação do significado da classificação atual especialmente para a categoria TASOE.

O Transtorno Alimentar sem outra especificação no DSM-IV-TR tipicamente é um grupo de indivíduos que não entra nas principais categorias diagnósticas. Consequentemente, TASOE tem recebido menos atenção, o que leva a um menor conhecimento sobre a prevalência e características clínicas dos TASOE.

3 PREVALÊNCIA

Apesar de ainda serem poucos, o estudo mais importante sobre a prevalência dos TASOE é o *National Comorbidity Survey Adolescent Supplement* (MERIKANGAS *et al.*, 2009), o qual descreve a prevalência de AN, BN e TASOE em duas grandes populações: adolescentes e adultos nos Estados Unidos, realizadas através de entrevistas com 10.123 adolescentes e 2.980 adultos.

	Adolescentes	Adultos
Anorexia Nervosa	4,87%	9,46%
Bulimia Nervosa	14,17%	15,16%
Transtornos Alimentares SOE	80,90%	75,38%

FONTE: ADAPTADO DE HUDSON *et al.* (2010) e SWANSON *et al.* (2010)

Outros estudos corroboram com a maior prevalência dos TASOE dentre os Transtornos alimentares na população adulta:

	Tamanho da amostra	Anorexia Nervosa %	Bulimia Nervosa%	Transtorno Alimentar SOE %
Martin <i>et al.</i> (2000)	175	19,4	22,9	57,7
Riccaet <i>al.</i> (2001)	189	24,9	24,9	50,3
Turner and Bryant - Waugh (2004)	190	5,8	23,7	70,5

FONTE: ADAPTADO DE HUDSON *et al.* (2010) e SWANSON *et al.* (2010)

A prevalência dos TASOE na comunidade é variável e incerta, principalmente porque não há critérios diagnósticos positivos e não há concordância entre os autores sobre o que se constitui um “caso”.

4 DIAGNÓSTICO

Os critérios diagnósticos atuais do DSM-IV-TR para TASOE possuem muitas limitações, sob a denominação SOE são descritos vários quadros clínicos das mais variadas gravidades. Anorexia nervosa e bulimia nervosa são os mais conhecidos e estudados dentre os TA, todavia, a maioria das pessoas que procuram atendimento devido a um transtorno alimentar não possuem estes diagnósticos.

O Transtorno alimentar sem outra especificação é um diagnóstico de exclusão, heterogêneo, quando não estão satisfeitos critérios diagnósticos para AN e BN; de acordo com o DSM-IV-TR os critérios são os seguintes:

Critérios diagnósticos sugeridos pelo DSM-IV-TR
1. Preenche critérios para AN exceto amenorreia
2. Preenche critérios para AN com perda de peso, mas ainda dentro da faixa normal
3. Preenche critérios para BN exceto pela frequência e cronicidade
4. Comportamento purgativo após ingestão de pequena quantidade de comida
5. Mastiga e cospe os alimentos
6. Transtorno de compulsão alimentar periódica

QUADRO 1 - TRANSTORNO ALIMENTAR SEM OUTRA ESPECIFICAÇÃO (TASOE)

5 QUADRO CLÍNICO

Muitos casos possuem características semelhantes com AN e BN, (FAIRBURN;WALSH, 2002) dividindo os TASOE em dois subgrupos:

- Casos parecidos com AN ou BN mas, não preenchem todos critérios diagnósticos, por exemplo, o peso está acima do limite para AN ou a frequência da purgação é muito baixa para o diagnóstico de BN. Estes casos podem ser chamados de “Limítrofes”
- Casos com características clínicas da AN e BN combinados. Chamados de “Mistos”

O percentual de TASOE pode ser reduzido com o acréscimo de uma terceira síndrome aos Transtornos Alimentares: o Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica, caracterizado por episódios recorrentes de compulsão alimentar, com duas características principais: o **excesso** alimentar (para o tempo de duração da ingestão) e a perda de controle.

Crítérios diagnósticos sugeridos pelo DSM-IV-TR (apêndice B)
Episódios recorrentes de compulsão alimentar periódica (excesso alimentar + perda de controle)
Comportamentos associados à compulsão alimentar : (pelo menos três)
1. Comer rapidamente
2. Comer até sentir-se cheio
3. Comer grandes quantidades de comida mesmo sem estar com fome
4. Comer sozinho por embaraço pela quantidade de comida
5. Sentir repulsa por si mesmo, depressão ou demasiada culpa após a compulsão
Acentuada angústia pela compulsão alimentar
Frequência e duração da compulsão alimentar : média de dois dias/semana por seis meses
Não se utiliza de métodos compensatórios inadequados (ex. Purgação)

QUADRO 2 - COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA

Adolescentes com o diagnóstico de TASOE em comparação com AN e BN tendem a ter mais comorbidades **psiquiátricas** e comportamentos suicidas (LE GRANGE *et al.*, 2012). Quando **comparados** exclusivamente com AN, adolescentes com TASOE são diagnosticados **com mais** transtornos do humor, transtornos de ansiedade e planejamento suicida; **não** há diferença para transtornos de personalidade, abuso de substâncias e tentativa de suicídio. Quando comparados

exclusivamente com BN, adolescentes com TASOE não apresentam maior prevalência de alterações de comportamento ou comorbidades psiquiátricas.

Os adultos com diagnóstico de TASOE reportaram mais planejamentos suicidas que os adultos com AN, mas não houve diferença estatisticamente significativa com psicopatologias comórbidas e tentativas de suicídio. Adultos exclusivamente com BN reportaram mais comorbidades que os adultos com TASOE especialmente: transtornos do humor, transtornos de ansiedade e transtornos de personalidade; no entanto, não havia diferença estatisticamente relevante em relação às tentativas de suicídio e abuso de substâncias.

6 COMORBIDADE TRANSTORNO ALIMENTAR E DEPENDÊNCIA QUÍMICA

A comorbidade apresentada neste caso entre transtorno alimentar e dependência química de cafeína e tabaco, tem sido objeto de estudo nos últimos 30 anos, devido ao crescente aumento desta comorbidade, contudo, a substância de abuso mais encontrada nas amostras deste subgrupo, seja o álcool (GRILO, 2012). Um dos estudos de maior relevância sobre este tema foi conduzido por Blinderet *al.*, (2000), baseado nas taxas de prevalência de transtornos alimentares de 2,5% e transtornos relacionados ao uso de substâncias de 3 % na população geral feminina, concluíram que: entre as mulheres com transtornos alimentares, 25,7% apresentavam transtornos relacionados ao uso de substâncias, ou seja, oito vezes mais que a população geral; a taxa de transtornos alimentares em mulheres dependentes de substâncias psicoativas era de 16,3 % - isto é, cinco vezes mais que a encontrada na população geral.

Em pacientes dependentes de substâncias psicoativas, a associação nem sempre ocorre com Anorexia e Bulimia, mas com as síndromes alimentares parciais ou subclínicas ou mesmo com os TASOE. Grilo *et al.* (2012) afirmam que este resultado nem sempre fica evidente, pois a maioria das pesquisas tende a excluir os transtornos alimentares não formais.

Em um estudo brasileiro conduzido por Brasiliano (2005) com 80 mulheres dependentes de substâncias psicoativas que procuraram tratamento em um programa especificamente dirigido para elas, observou-se que 33,75% tinham comorbidade com transtorno alimentar. No entanto, a maioria delas (63%) tinha transtorno alimentar sem outra especificação.

7 PROPOSTAS PARA O DSM-5

A alta prevalência de TASOE deve-se muito aos restritos critérios diagnósticos para Anorexia Nervosa e Bulimia; caso estes critérios fossem menos rígidos, muitos pacientes com diagnóstico de TASOE poderiam ser agrupados com o diagnóstico de AN ou BN. Por isso, há uma insatisfação com os atuais critérios diagnósticos para Transtornos Alimentares que são confusos, arbitrários, de exclusão mais do que de inclusão. A esperança é que o DSM-5 traga uma maior utilidade clínica a estes critérios, informando por exemplo, recomendações para o tratamento e desfecho clínico.

Em relação à AN, uma das propostas é a exclusão do critério diagnóstico de Amenorréia; outra proposta é que a “essência da psicopatologia” deve ser redefinida, para incluir estados em que a supervalorização do controle alimentar em si, seja critério diagnóstico, sem a necessidade de ser acompanhada da preocupação sobre o peso e aparência. Em relação a BN a frequência de duas vezes por semana talvez possa ser inapropriada para alguns pacientes; propostas para reduzir esta frequência têm sido aventadas.

Alguns casos de Transtornos alimentares alocados como TASOE possuem características tanto de AN como de BN, para estes casos pode ser criada uma nova categoria chamada: “Transtornos Alimentares Mistos” (RICCA, 2001).

Walsh e Sysko (2009) propuseram um conjunto amplo de categorias para o diagnóstico dos transtornos alimentares, reduzindo o número de casos TASOE e mantendo as diferenças diagnósticas tradicionais. Este conjunto é dividido em três transtornos: Anorexia Nervosa e Transtornos Similares do Comportamento, Bulimia Nervosa e Transtornos Similares do Comportamento, Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica e Transtornos Similares do Comportamento este último inclui casos residuais da categoria TASOE.

A Associação Americana de Psiquiatria realizou um esboço preliminar do DSM-5 em que revisou os critérios diagnósticos atuais dos Transtornos Alimentares. As alterações propostas incluem:

- Eliminar a exigência de amenorréia para o diagnóstico de Anorexia Nervosa;

- Reduzir a frequência de episódios recorrentes de compulsão alimentar e inadequados comportamentos compensatórios para duas ou uma vez por semana nos últimos três meses;
- Reconhecer formalmente o Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica como um Transtorno Alimentar isolado.

Este esboço do DSM-5, também, propõe a mudança da designação TASOE para TAN-NCOC (Transtorno Alimentar e Nutricional Não Classificado em Outra Categoria), Pica e Ruminação que pertenciam aos Transtornos identificados pela primeira vez na infância e adolescência no DSM-IV, poderiam fazer parte no DSM-5 dos TAN-NCOC.

8 DISCUSSÃO

Esta revisão procurou alertar a negligência do DSM-IV no diagnóstico dos TASOE. Dois pontos chave ajudam a manter os TASOE esquecidos dentro dos TA.

- 1) Falsa crença que os TASOE são menos graves que AN e BN;
- 2) Falsa crença que os TASOE são infrequentes.

Está claro que os pacientes com TASOE necessitam da atenção que eles merecem; com a inclusão dos novos critérios diagnósticos no DSM-5 o número de casos de TASOE diminuirá e os casos residuais serão mais fidedignos, todavia, ainda haverá muitos casos residuais, especialmente nos mais jovens.

Nas comparações entre os diagnósticos, pacientes com TASOE possuem algumas características semelhantes aos pacientes com AN e BN em relação à idade, estado civil, ocupação e composição étnica (TURNER, 2010). Entretanto, não houve diferença em relação a psicopatologia, avaliada pela escala: *Eating Disorder Examination* (EDE), version 15 (COOPER;FAIRBURN, 1987).

Em relação às comorbidades, não houve diferença entre AN, BN e TASOE quanto a gravidade dos episódios depressivos e não houve diferença entre BN e TASOE em relação a qualidade de vida e funcionamento global.

Disposição para mudança poderia estar incluído em qualquer sistema de classificação, da mesma forma que a Escala de avaliação e funcionamento global (APA,1994) é usada em outras doenças, no intuito de fornecer aos Psiquiatras Clínicos qual o grau que se encontra a doença, qual a melhor escolha de tratamento para o sintoma-alvo e a avaliação da motivação para o tratamento.

Qualquer sistema de classificação possui seus pontos positivos e negativos, embora, a proposta de um sistema baseado em categorias para os transtornos alimentares melhore muitas limitações do DSM-IV, este sistema não é perfeito. Por exemplo, é possível que a proposta de divisão em oito categorias seja menos fidedigna que a divisão atual em quatro categorias; também são necessários maiores estudos para aplicação deste novo conceito em crianças e adolescentes. As alterações do comportamento alimentar de T.B. se iniciaram quando houve uma série de fatores estressores em relação a sua imagem física, como as críticas e ofensas proferidas por familiares. Nesta época de acordo com seu IMC ele estava

em sobrepeso, todavia, T.B. deu ênfase excessiva a estes comentários alterando sua auto-avaliação e auto-estima; critério diagnóstico para transtorno alimentar.

Caso considerássemos os plásticos como equivalentes à purgação, não teríamos o diagnóstico de bulimia, pois, de acordo com o DSM-IV-TR, as manifestações essenciais da bulimia nervosa são: episódios recorrentes de compulsão alimentar; um sentimento de falta de controle sobre o comer durante esses episódios; vômitos auto-induzidos, mau uso de laxantes ou diuréticos, jejum ou exercício excessivo para evitar o aumento de peso; e auto-avaliação persistente indevidamente influenciada pela forma e pelo peso corporal. No caso clínico exposto, os plásticos poderiam ser equivalentes à purgação, no entanto, o paciente não apresentou episódios de compulsão alimentar, não configurando o diagnóstico de bulimia na atual classificação, ou seja, o Critério A - episódios recorrentes de consumo alimentar compulsivo, não foi caracterizado.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Text Revision (DSM-IV-TR)**. 4.ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
- BRASILIANO, S. **Comorbidade entre dependência de substâncias psicoativas e transtornos alimentares: perfil e evolução de mulheres em um tratamento específico para dependência química**. 2005. Tese - Faculdade de medicina da USP, São Paulo, 2005.
- BRAVENDER, T.; BRYANT-WAUGH, R, HERZOG, D. *et al.* Workgroup for Classification of Eating Disorders in Children and Adolescents (WCEDCA). Classification of eating disturbance in children and adolescents: Proposed changes for the DSM-V. **Eur. Eat.Disord.Rev.**, v.18, p.79-89, 2010.
- BUTTON, E.J.; BENSON, E.; NOLLETT, C. *et al.* Don't forget EDNOS (eating disorder not otherwise specified): Patterns of service use in an eating disorders service. **Psychiatric. Bull**,v.1, n.29, p.134-136, 2005.
- CHARLES, A.H.;JEFFREY, P.L. Bezoars: Classification, Pathophysiology, and Treatment. **Am. J.Gastroenterol.**, n.83, p.476-478,1988.
- EDDY, K.T.; DORER, D.J.; FRANKO, D.L., *et al.* Diagnostic crossover in anorexia nervosa and bulimia nervosa: Implications for DSM-V. **Am. J. Psychiatry**,n.165, p. 245-250, 2008.
- FAIRBURN, C.G.; Cooper Z, Bohn K, O'Connor ME, Doll HA, Palmer RL. The severity and status of eating disorder NOS: Implications for DSM-V. **Behav. Res. Therapy.**, n.45. p.1705-1715, 2007.
- GRILO, C.M. Eating disorders and alcohol use disorders. **Alcoholism Research and Health**. 2002. Disponível em: <<http://niaa.nih.gov/publications>> Acesso em: 12/12/2013.
- KESSLER, R.C.; AVENEVOLI, S.; COSTELLO, E.J. *et al.* Design and field procedures in the US National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement (NCS-A).**Int. J. Methods Psychiatr. Res.**,n.18, p.69-83, 2009.

KESSLER, R.C.; BERGLUND, P.; CHIU, W.T. *et al.* The US National Comorbidity Survey Replication (NCSR): Design and field procedures. **Int. J. Methods Psychiatric Res.**, n.13, p. 69-92, 2004.

LE GRANGE, D.; LOEB, K.L.; VAN ORMAN, S. *et al.* Bulimia nervosa in adolescents: A disorder in evolution? **Arch. Pediatr. Adolesc. Med.**, n.158, p 478-482, 2004.

RICCA, V.; MANNUCCI, E.; MEZZANI, B. *et al.* Psychopathological and clinical features of outpatients with an eating disorder not otherwise specified. **Eating Weight Disorders**, v.1, n.6, p.157-165, 2001.

SWANSON, S.; CROW, S.; LE GRANGE, D. *et al.* Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents: results from the national comorbidity survey replication adolescents supplement. **Arch. Gen. Psychiatry**, n.67, p.1025-1032, 2010.

ANEXO - RELATO DE CASO

Identificação: T.B , masculino, 21 anos, solteiro.

Escolaridade: 6º.ano ensino fundamental.

Etnia: branca.

Natural e Procedente: zona rural de Papanduva-SC

Profissão: Trabalhador Rural – plantação de fumo, em auxílio-doença há 6 meses pela doença psiquiátrica.

Religião: católico, não praticante.

Obs: Reside em casa de alvenaria com a mãe.

Motivo da consulta: Interconsulta psiquiátrica na enfermaria de Clínica médica.

QP: “Comi sacolas plásticas porque quero emagrecer”

HDA: Paciente referiu que há três anos quando pesava 99 kg (atualmente 90 kg), decidiu emagrecer em virtude das críticas e ofensas proferidas por seus tios e primos no ambiente de trabalho (lavoura).

Nesta época, T.B. disse ter observado que duas tias tabagistas engordaram após a cessação do tabagismo; por esse motivo, disse ele, iniciou uso de tabaco e café com finalidades anorexígenas; rapidamente estava fazendo uso de 60 cigarros/dia e consumindo 5 litros de café diários. Seis meses após início do tabagismo, como não perdera peso satisfatoriamente, iniciou comportamento purgativo pós-prandial durante seis meses — informou ter observado esse comportamento em programa de televisão. Naquele período conseguiu perder 15 kg, porém, interrompeu este comportamento em virtude de sintomas dispépticos.

Como recuperou o peso novamente e as críticas tornavam-se insuportáveis, informa ter planejado suicídio — amarrando uma corda em um galpão, sendo impedido pela mãe que viu a corda amarrada. Após este episódio, por aproximadamente um ano, a família evitou críticas em relação ao peso de T.B.

Em Jul/2010, novamente após incessantes críticas e dificuldade em perder peso, T.B. observou, segundo disse, que durante algumas semanas, três vacas que pastavam próximo a seu domicílio vieram a óbito após emagrecerem significativamente. Comunicou, ainda, ter observado que aquelas vacas ingeriram sacolas plásticas que estavam jogadas no pasto, correlacionando o emagrecimento das vacas ao consumo das sacolas plásticas.

Informou que neste mesmo mês, iniciou o consumo de sacolas plásticas com o intuito de emagrecer. Para não correr o risco de vir a óbito tal como ocorreu com as vacas, ingeriu as sacolas plásticas em pequenos pedaços na quantidade de uma sacola ao dia, durante sete dias. No 11º dia, após o consumo da primeira sacola plástica, segundo relatou, iniciou quadro de vômitos, dor abdominal e tontura, ficou sem evacuar por sete dias. Foi levado ao P.S. de sua cidade, e, como não houve melhora após medicação sintomática foi encaminhado ao Hospital de Clínicas – Universidade Federal do Paraná (HC-UFPR) por suspeita de abdome agudo.

Deu entrada no P.S. do Hospital de Clínicas – Universidade Federal do Paraná (HC-UFPR) em 17-06-2010, ao exame, segundo registros em prontuário: Regular estado geral (REG), eutrófico, deambulando, verbalizando, normocorado, hidratado, sinais vitais estáveis, apresentando dor à palpação profunda em hipogástrio, ruídos hidroaéreos diminuídos, sem sinais de peritonite.

Segundo o mesmo prontuário, no dia da admissão houve piora do quadro geral do paciente, apresentando vômitos, hiporexia, ausência de evacuações, sem melhora com medicação sintomática. No dia seguinte como o quadro permanecia inalterado, T.B. disse ter revelado à equipe médica o histórico recente de ingestão de sacolas plásticas; sendo submetido à Endoscopia Digestiva Alta (E.D.A.) e solicitado a interconsulta psiquiátrica.

- 1ª. E.D.A: Erosões lineares <5 mm na transição esôfago-gástrica, algumas erosões de antro cobertas com hematina. Presença de corpo estranho em região pilórica sem formação de massa rígida cecal.
- Hipótese Diagnóstica: registrada em prontuário da Gastroenterologia: Gastrite erosiva plana moderada de antro, bezoar, sub-oclusão intestinal.
- Atendimento mediante interconsulta psiquiátrica: A primeira avaliação do psiquismo e do comportamento ocorreu na enfermaria de Clínica Médica do H.C. pela equipe de interconsulta psiquiátrica dois dias após a admissão do paciente.

O paciente encontrava-se sentado ao leito, com roupas do hospital, recebendo a equipe de forma cordial, após saudações.

Na primeira entrevista T.B. não se mostrava arrependido pelo ocorrido, pois afirmou ter atingido seu objetivo: perdera 10 kg até então. Relatou o intenso conflito familiar motivado pela área de zona rural deixada como herança por seu pai que

falecera quando T.B. tinha 13 anos, também manifestou desejo de submeter-se a cirurgia bariátrica ou lipoaspiração após a alta.

T.B. negou sentir-se triste, incapaz de sentir prazer, de não estar motivado ou de manifestar ideação suicida. Negou vivenciar alucinações, não verbalizou crenças delirantes, negou também, alguma vez ter apresentado agitação psicomotora, estupor ou catatonia, após lhe explicar o que significavam tais termos. Arguido, informou jamais ter se sentido com aumento de energia, com pensamentos rápidos, tanto no passado quanto no presente. No entanto, manifestou desejo acentuado por cigarro, e, para isso utilizou o termo “fissura” por cigarro.

- Antecedentes Pessoais:

Segundo informações do paciente, na infância realizou acompanhamento no ambulatório de Cardiologia do Hospital de Clínicas – Universidade Federal do Paraná (HC-UFPR), onde foi diagnosticado como portador de comunicação interatrial. Aos 9 anos após Traumatismo crânio-encefálico (T.C.E.), T.B. iniciou episódios caracterizados como crises convulsivas, segundo o paciente, com remissão após o uso de Ácido Valpróico, no entanto, seu rendimento escolar piorou, não conseguindo desenvolver as atividades escolares satisfatoriamente (ler e escrever) abandonando a escola 7 anos após o TCE, aos 16 anos.

- História do Desenvolvimento:

Nada significativo no período gestacional e puerpério. Recebeu aleitamento materno até os 13 meses de vida; desenvolvimento neuropsicomotor sem alterações até o Traumatismo crânio-encefálico (T.C.E.) aos 9 anos de idade, então, houve piora do rendimento escolar e abandono dos estudos aos 16 anos.

- Antecedentes familiares:

- Linhagem paterna: Avô e pai com problemas pelo uso de álcool.
- Linhagem materna: Avó com problemas pelo uso de álcool.
- Irmãos: filho único.

- Condições e Hábitos de Vida:

Vive com a mãe em zona rural do estado de Santa Catarina. O pai faleceu quando o paciente tinha 10 anos de idade. Trabalha em lavoura de fumo, momento em que encontra os demais familiares: tios, primos, aproximadamente oito pessoas com os quais mantêm relacionamento conflitante. Não possui bom relacionamento com a mãe, acredita que ela só o critica e defende os parentes. Faz uso de 100 cigarros/dia e 5 litros de café/dia há três anos. Não fazia uso de medicação até o

momento da entrevista. Realizava três refeições diárias: café-da-manhã: pão e café; almoço: arroz, feijão, macarrão, batata e carne; jantar: o mesmo cardápio do almoço.

Nega uso de drogas ilícitas, refere abuso de álcool aos finais de semana (três garrafas cerveja aos sábados)

- Sono e outros ritmos biológicos:

Sono de aproximadamente 5 horas, não reparador, sente-se sonolento durante o dia. Dorme às 21h e acorda às 3h, do período em que desperta até o café-da-manhã, refere ficar pensando sobre as críticas da família.

- Revisão de sistemas: nada digno de nota.

EXAME PSÍQUICO

O paciente é entrevistado ao leito da enfermaria de clínica médica, é apresentado à equipe e responde educadamente aos cumprimentos. Veste roupas próprias em alinhamento e informa corretamente os dados pessoais, assim como o local em que se encontra, a data e o motivo de sua presença ali. Não apresenta discrepância entre idade cronológica e idade aparente, atitude colaborativa frente à entrevista.

T.B. refere sentir tristeza quando relembra das críticas de seus parentes em relação a seu peso, refere sorrir e ficar feliz quando está em Curitiba pois lhe agrada uma cidade "agitada". Apresenta dificuldade em interpretar ditados populares, bem como dificuldade em transmitir sua experiência em palavras. Quando fala de sua queixa principal, por vezes deixa sentenças incompletas, mas termina por fazer-se compreender, e aborda o assunto de forma superficial no entendimento do examinador.

Solicitado a falar de sua vida, refere sofrer com as críticas de seus parentes em relação a seu peso. Não fala de outros fatos da sua infância, a não ser com alguma insistência do entrevistador. Diz que espera continuar a perder peso embora reconheça que está sofrendo no ambiente hospitalar.

Seu discurso passa de uma ideia para outra sem alteração de velocidade, não apresenta argumentos plausíveis sobre sua necessidade de redução de peso; T.B. apresenta dificuldade na leitura e escreve com diversos erros gramaticais, comparece à consulta semanal em Curitiba por vezes sozinho, trazido pelo

transporte da secretaria de saúde de seu município, refere não ter dificuldade motora nas atividades de higiene e alimentação diárias.

Nega ouvir, sentir e ver o que outros não o fazem, nega em alguma época ter sentido como se não fosse a mesma pessoa ou como se estivesse dividido.

Atenção espontânea à entrevista, responde corretamente sobre o ambiente onde está e a data da entrevista.

SÚMULA PSICOPATOLÓGICA

- Aparência: vestido adequadamente, higienizado
- Abordabilidade: abordável
- Atitude: colaboradora, mas reticente em suas respostas
- Afetividade: humor eufímico
- Respostas afetivas: adequadas, intensidade sem particularidades, modulando.
- Pensamento:
 - 1) Curso (fluxo): linear
 - 2) Forma: empobrecido, concreto
 - 3) Conteúdo: ideias obsessivas de emagrecer
 - 4) Juízo: crítica pobre sobre a doença
 - 5) Inteligência: limítrofe
- Consciência:
 - 1) Consciência-vigilância: sem alterações
 - 2) Consciência do "EU": preservada
- Atenção:
 - 1) Tenacidade: normotenaz
 - 2) Vigilância: normovigil
- Orientação. Orientado auto e alopsiquicamente
- Senso-percepção: sem alterações
- Volição: sem alteração
- Psicomotricidade: sem alteração
- Sono e outros ritmos biológicos: sono não reparador

- Hipóteses diagnósticas:
 - Diagnóstico sindrômico: Transtorno Alimentar SOE, síndrome de abstinência de nicotina.
 - Diagnóstico em relação à inteligência: Retardo Mental Leve
 - Diagnóstico da medicina somática: Traumatismo crânio-encefálico
 - Diagnóstico nosológico: outros transtornos da alimentação - PICA
- Conduta ou programa terapêutico: Iniciado Fluoxetina 20 mg/dia + Diazepam 5 mg/ 8-8 h
- Evolução no atendimento hospitalar:

No 6º. DI foi submetido a nova E.D.A. p/ tentativa de retirada do corpo estranho sem sucesso. Nova E.D.A. seria realizada, caso novo insucesso T.B. seria submetido a cirurgia. No 13º. DI foram retiradas as sacolas plásticas por E.D.A., realizada radiografia contrastada de intestino delgado sem alterações. Nos dias subsequentes o paciente apresentou boa evolução do quadro clínico, com alta no 25º.DI para seguimento nos ambulatórios de: Nutrição, Obesidade, Gastroenterologia, Psiquiatria, Psicologia e Terapia Ocupacional.

- Evolução no atendimento ambulatorial:

Seis meses após a alta, T.B. apresentou ideação e planejamento suicida, pseudo-alucinações visuais, heteroagressividade, sendo encaminhado a internação psiquiátrica integral onde permaneceu por 2 meses.

Na 1ª. Semana após a alta, por sugestão de um paciente do hospital psiquiátrico, houve nova tentativa de emagrecimento: ingeriu 4 copos de água sanitária. Foi levado ao P.S. de sua cidade com intensas queixas dispépticas, sendo encaminhado ao H.C.-UFPR, após estabilização do quadro gástrico, houve nova indicação de internação em hospital psiquiátrico, não aceita pela família.

Atualmente o paciente apresenta sintomas ansiosos, melhora da impulsividade, nega pensamentos obsessivos de emagrecer, tabagista 2 cigarros/dia, 4 xícaras de café/dia, motivado a permanecer a abstinente de ambos.

Faz uso de: Risperidona 2mg/dia, Topiramato 200 mg/dia, Zolpidem 10 mg/dia e Propranolol 80 mg/dia. Segue em acompanhamento psiquiátrico semanal.