

De acordo com o DSM-IV, sistema classificativo das Perturbações Mentais e do Desenvolvimento proposto pela Associação Americana de Psiquiatria, as perturbações do comportamento alimentar englobam diferentes entidades nosológicas (doenças), como a Anorexia Nervosa, a Bulimia Nervosa e outras patologias diagnosticadas na infância (a Pica, o Mericismo e os Vômitos Cíclicos).

Anorexia Nervosa

Os critérios clínicos que fundamentam diagnóstico de Anorexia Nervosa são, basicamente, os seguintes: recusa do indivíduo em manter um peso corporal normal para a idade e altura; medo intenso de ganhar peso ou de ficar gordo, mesmo quando muito magro; perturbação na apreciação do peso e da forma corporal (o indivíduo sente-se gordo, mesmo quando muito emagrecido ou acredita que uma área do corpo está gorda, apesar de ser obviamente magra); e, nas raparigas após a menarca (primeira menstruação), a amenorreia (ausência de, pelo menos, três ciclos menstruais consecutivos). Muitas vezes, são indivíduos fisicamente hiperactivos e bons alunos.

Existem dois tipos principais de Anorexia Nervosa: restritivo (sem ingestão compulsiva de alimentos ou de purgantes) e purgativo/ingestão compulsiva (com comportamentos bulímicos ou purgativos).

A etiologia (causa) da Anorexia Nervosa é complexa, envolvendo componentes biológicas, psicológicas e sócio-culturais. A maioria das manifestações clínicas resulta do jejum, da utilização de purgantes e de outros comportamentos inapropriados. A preocupação da cultura ocidental com a condição física das pessoas e a recente ênfase no sucesso e na realização da mulher têm tido, sem dúvida, um papel de relevo no aumento das perturbações do comportamento alimentar, verificado nas últimas décadas.

As crianças com maior susceptibilidade para a ocorrência desta doença têm sido descritas como obsessivo-compulsivas, isoladas, excessivamente dependentes e imaturas. As famílias têm sido descritas como muito protectoras, intrusivas e com grande capacidade para evitar conflitos. Existe uma evidência indirecta de que factores biológicos estão implicados no desenvolvimento da Anorexia Nervosa: maior incidência da perturbação em familiares directos, designadamente gémeos monozigóticos ("gémeos verdadeiros").

A ocorrência da anorexia nervosa parece coincidir com períodos de transição do *desenvolvimento, em que o/a jovem é confrontado, para além de muitas pressões psico-sociais, com exigências de auto-confiança, de autonomia e com situações de *stress* familiar (separação, por exemplo).

Nos Estados unidos da América, onde esta perturbação tem sido melhor estudada, calcula-se que uma em cada cem raparigas, com idades compreendidas entre os dezasseis e os dezoito anos, sofra de Anorexia Nervosa. Parece haver uma distribuição bimodal, com um pico pelos quatorze

anos e meio e outro pelos dezoito anos. 25% das pessoas afectadas têm menos de treze anos. Um aumento da incidência da Anorexia Nervosa foi documentado nas sociedades ocidentais. A incidência da Anorexia Nervosa parece ser maior nos estratos sócio-económicos mais elevados e é mais frequente na raça branca, embora nos Estados Unidos a doença possa ser observada em todos os estratos sociais e culturais e em todas as raças e idades. No âmbito das doenças psiquiátricas, a Anorexia Nervosa apresenta uma das mais elevadas taxas de mortalidade.

De uma forma simples, existem quatro princípios básicos que devem nortear a abordagem e a terapêutica desta situação: estabelecimento de uma relação de confiança; restauração do estado metabólico e nutricional; envolvimento da família; e dinamização de uma intervenção pluridisciplinar.

Bulimia Nervosa

A Bulimia Nervosa define-se como a ingestão compulsiva de alimentos, associada à utilização de métodos compensatórios inapropriados para impedir o aumento de peso. A auto-avaliação das pessoas com esta perturbação também está excessivamente influenciada pela forma e peso corporais. As pessoas com Bulimia Nervosa têm, tipicamente, um peso normal.

A sua etiologia (causa) também é complexa, e envolve os mesmos componentes da Anorexia Nervosa.

Existem dois subtipos: o purgativo (em que a pessoa regularmente vomita ou usa purgantes) e o não purgativo (em que se pratica o jejum ou exercício físico excessivo).

Estima-se que, pelo menos, 90% das pessoas com Bulimia Nervosa são do sexo feminino. A prevalência entre adolescentes e mulheres jovens é de aproximadamente 1 a 3%; a taxa de ocorrência nos homens é dez vezes inferior à das mulheres. Parece haver uma tendência familiar.

Com frequência, tem o seu início no fim da adolescência. Os episódios de ingestão compulsiva começam durante ou após uma dieta. A evolução pode ser crónica ou intermitente. A evolução a longo prazo é desconhecida.

A abordagem terapêutica na Bulimia Nervosa assenta, grosseiramente, em princípios idênticos aos propostos para a Anorexia Nervosa.

Pica

A Pica define-se como a ingestão persistente de substâncias não nutritivas, inadequada ao nível de desenvolvimento e não fazendo parte de práticas culturalmente sancionadas.

As substâncias ingeridas variam com a idade. Por exemplo, nas crianças mais jovens, as substâncias mais comumente ingeridas são a tinta, o gesso, o

cordel, o cabelo ou a roupa. As crianças mais velhas comem, tipicamente, excrementos de animais, areia, insectos, folhas ou pedras.

A Pica pode ter o seu início na infância (1 a 2 anos). Em muitos casos, a perturbação tem a duração de alguns meses e depois remite, podendo, ocasionalmente, permanecer até à adolescência ou idade adulta.

Existe um risco acrescido de intoxicação pelo chumbo e de infecções parasitárias.

Os dados epidemiológicos são escassos. Pensa-se que a perturbação não seja rara em idades pré-escolares. Em indivíduos com deficiência mental, o comportamento parece aumentar com a gravidade do défice cognitivo.

A pobreza, a negligência, a falta de supervisão parental e o atraso de desenvolvimento são factores predisponentes.

Mericismo/Ruminação

O mericismo caracteriza-se pela regurgitação e mastigação repetidas de alimentos parcialmente digeridos, sem náuseas, vômitos, repugnância ou outras perturbações gastrointestinais associadas.

Estas crianças apresentam uma postura característica, estirando e arqueando o dorso, com a cabeça inclinada para trás, e efectuando movimentos de sucção com a língua. Estes episódios podem, também, ser provocados pelas chupetas ou pelos dedos.

As crianças com mericismo demonstram irritabilidade e fome entre os períodos de regurgitação. Ainda que a criança ingira grandes quantidades de alimentos, pode apresentar-se malnutrida, já que a regurgitação ocorre imediatamente a seguir à ingestão alimentar. Pode existir, concomitantemente, perda de peso ou ausência dos aumentos ponderais esperados.

Existem dois tipos de mericismo: psicogénico e auto-estimulatório. O mericismo psicogénico é raro e ocorre principalmente em crianças do sexo masculino, com idades compreendidas entre os três e os quatorze meses. O seu desenvolvimento é normal e pensa-se que a perda de peso e o atraso de crescimento estejam ligados a perturbações relacionais (pais-filho, designadamente). O mericismo auto-estimulatório é mais frequente e ocorre em indivíduos com deficiência mental de qualquer idade, sem uma relação evidente com a qualidade do ambiente familiar. Pode ainda ocorrer em indivíduos que apresentem Anorexia Nervosa ou Bulimia Nervosa.

A etiologia é desconhecida. A taxa de mortalidade pode atingir os 25%.

Deve ser efectuada uma avaliação da dinâmica familiar, de forma a ajuizar-se sobre a necessidade de apoio psicológico. Pode ainda ser necessária terapêutica médica, por forma a evitar-se o refluxo gastro-esofágico e, nos casos de crianças não responsivas às terapias médica e psiquiátrica, pode ser necessária cirurgia.

Vómitos Cíclicos

Esta entidade, descrito pela primeira vez em 1882, caracteriza-se por vômitos cíclicos, periódicos ou recorrentes, muitas vezes com início súbito durante a noite. A sua etiologia (causa) é desconhecida, embora se suspeite tratar-se de uma forma de epilepsia, de uma manifestação alérgica, de uma perturbação psicológica ou de um equivalente da enxaqueca. A perturbação é muitas vezes grave e pode provocar uma desidratação (literalmente, perda de parte da água corporal). Os episódios podem ser separados por intervalos variáveis de duas ou mais semanas, em que a criança ou adolescente aparenta estar completamente bem. A duração destes episódios varia entre seis e 48 horas, e os vômitos podem estar associados a náuseas e a dores abdominais. O exame físico, a avaliação neurológica e os estudos radiológicos não se apresentam alterados.

À medida que a criança cresce, estes episódios podem ser substituídos por enxaquecas típicas.

A prevalência desta perturbação é desconhecida.

A prevenção assenta, basicamente, no conhecimento dos factores precipitantes dos vômitos, de forma a poder evitar-se a sua ocorrência. Nos casos em que exista uma incontornável componente psicológica, será necessário programar uma intervenção a nível familiar. Nas suspeitas de equivalente de enxaqueca, uma terapêutica adequada a esta situação poderá ser proposta.