

Secretaria de Saúde do Distrito Federal  
Hospital São Vicente de Paulo  
Residência Médica em Psiquiatria da Infância e Adolescência

Autor: Ingrid Coutinho Chaves de Oliveira  
Pesquisadora Assistente: Rafaella Oliveira de Almeida  
Orientadora: Rosa Maria Melloni Horita

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E AVALIAÇÃO DO SERVIÇO DE  
ATENDIMENTO AMBULATORIAL DE TRANSTORNOS ALIMENTARES DO  
COMPP**

Pesquisa referente à monografia para conclusão do  
programa de residência médica de psiquiatria da  
infância e da adolescência do Hospital São Vicente  
de Paulo

Brasília, DF

2013

**Ingrid Coutinho Chaves de Oliveira**

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E AVALIAÇÃO DO  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL DE  
TRANSTORNOS ALIMENTARES DO COMPP: Pesquisa  
referente à monografia para conclusão do programa de residência  
médica de psiquiatria da infância e da adolescência do Hospital  
São Vicente de Paulo**

Monografia apresentada ao supervisor do programa de residência do Hospital São Vicente de Paulo da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Psiquiatria da Infância e Adolescência sob orientação da preceptora Dr<sup>a</sup> Rosa Maria Melloni Horita e co-orientação da Dr<sup>a</sup> Rafaella Oliveira de Almeida.

Brasília, DF

2013

O48p

Oliveira, Ingrid Coutinho Chaves de.

Perfil sociodemográfico e avaliação do serviço de  
atendimento ambulatorial de transtornos alimentares do COMPP /

Ingrid Coutinho Chaves de Oliveira. – Brasília, 2013.

32 f.: il.

Orientadora: Rosa Maria Melloni Horita

Pesquisadora Assistente: Rafaela Oliveira de Almeida

Monografia (residência médica)

Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Hospital São Vicente de  
Paulo. Residência Médica em Psiquiatria da Infância e Adolescência.

1. Transtornos alimentares. 2. Anorexia nervosa. 3. Bulimia nervosa.

I. Oliveira, Ingrid Coutinho Chaves de. II. Título.

CDU - 616.89-008.441.42

## Ingrid Coutinho Chaves de Oliveira

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E AVALIAÇÃO DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL DE TRANSTORNOS ALIMENTARES DO COMPP: Pesquisa referente à monografia para conclusão do programa de residência médica de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Hospital São Vicente de Paulo

Monografia apresentada ao Supervisor do Programa de Residência no Hospital São Vicente de Paulo da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Psiquiatria da Infância e Adolescência sob orientação do (a) preceptora (a) Dr<sup>a</sup> Rosa Maria Melloni Horita e co-orientação da dr<sup>a</sup> Rafaella Oliveira de Almeida.

Data de aprovação: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do preceptor/orientador

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do membro que representa a comunidade

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do 3º membro da Banca Examinadora

Brasília, DF

2013

Dedico a todos os profissionais da saúde mental que  
prestam assistência aos portadores de transtornos  
alimentares.

**Agradecimentos:**

Aos meus pais Marúcia e Celson Luís pelo amor e torcida durante minha vida de eterna estudante, ao meu irmão pelo seu respeito e carinho, aos meus amigos do trabalho pela colaboração, a meu namorado Eduardo Alexandrino pelo companheirismo e a paciência, a minhas amigas psiquiátricas e instrutoras Rafaella e Ana Lúcia pela confiança e a Dra Rosa Maria pela sua experiência, dedicação, empolgação, amor ao trabalho e sua sabedoria inspiradora.

“Vossos filhos não são vossos filhos...  
E embora vivam convosco, não vos pertencem.  
Podeis outorgar-lhes vosso amor, mas não vossos pensamentos,  
Porque eles têm seus próprios pensamentos.  
Podeis abrigar seus corpos, mas não suas almas...”

Gibran Khalil

## RESUMO

Objetivos: realizar um perfil dos pacientes atendidos no COMPP, na faixa etária de 0 a 21 anos, em ambulatório especializado em transtorno alimentar e traçar um panorama dos atendimentos. Material e Métodos: estudo descritivo e retrospectivo, com base na revisão de prontuários dos pacientes com alterações alimentares atendidos do período de janeiro de 2012 a janeiro de 2013. Dados coletados a partir de formulários específicos e no relato de cada profissional registrados nos prontuários. Foram avaliados fatores sócio-demográficos e o padrão internacional o índice de massa corporal (IMC) e para análise foi utilizada classificação por percentil adequado para o sexo e a idade segundo o centro norte-americano de controle e prevenção de doenças (CDC). Resultados: A faixa etária dos atendidos foi dos 9 (nove) aos 20 anos de idade. Distribuída em 60% (n=26) feminina e 40% (n=17) masculina. O maior número de indivíduos dentro do Distrito Federal corresponde a Taguatinga (n=5), Samambaia (n=5) e Ceilândia (n=5). Dois outros estados brasileiros Minas Gerais (MG) e Goiás (GO) se evidenciaram. Destes o estado de GO tem o número de indivíduos assistidos (n=6) superior até do que as regiões distritais separadamente. A proporção foi 84% são procedentes do DF, 14% de GO e 2% de MG. Quanto a terapia de grupo, 88% do total de pacientes atendidos participaram. 12% (n=5) não participou de nenhum grupo. Participação dos genitores: 16 pacientes tiveram pais participando, com uma média de 8,68 participações. A média de participação dos pacientes nos grupos foi 17,94 comparecimentos em um ano. Numa proporção comparativa entre pais e filhos de 1:2 participações. A anorexia nervosa (AN), a obesidade e o TCAP tiveram o mesmo número de representantes (n = 5). A maioria recebeu diagnóstico de transtorno alimentar não especificado (TANE) n = 16 e Pica n = 1. E uma parcela significativa recebeu outro diagnóstico principal que não foi o transtorno alimentar - TA (n = 8). Do total, 3 (três) precisaram de internação em hospital geral pela gravidade, todos do gênero masculino. Tais pacientes representam 6,9% da amostra. Do primeiro contato ao serviço até a primeira avaliação psiquiátrica: tivemos uma média de 945 dias (média de 2,58 anos) até receber algum diagnóstico por meio de avaliação psiquiátrica. Separando os indivíduos que tiveram diagnóstico principal de transtornos mentais diversos do TA, encontramos comorbidades, 4 com obesidade e um indivíduo com baixo peso. Destacando a AN e BN, conseguimos ter uma evolução do desenvolvimento dos parâmetros peso e altura. Conclusão: A avaliação aponta o impacto do Grupo de Atendimento para Transtorno Alimentar no tratamento de crianças e adolescentes, mostra um perfil heterogêneo de pacientes nesta amostra pequena, que reafirma a importância de uma equipe multidisciplinar especializada para conduzir as peculiaridades dos diversos transtornos alimentares. Há limitações e pontos a serem reorganizados para melhor atender o público infanto-juvenil, além de necessitar de um suporte maior da rede pública no que implica o atendimento destes casos, aponta a necessidade de novas pesquisas e desenvolvimento de políticas públicas que visem melhor qualidade de vida e recuperação.

## DESCRITORES

Transtornos alimentares. Anorexia nervosa. Bulimia nervosa.

## ABSTRACT

**Objectives:** To conduct a profile of patients treated in COMPP, aged 0-21 years, in an ambulatory specialized in eating disorder, and give an overview of care. **Material and Methods:** A retrospective descriptive study based on chart review of patients treated with dietary changes from January 2012 to January 2013. Data collected from specific forms and reporting of each professional recorded in the charts. We assessed socio-demographic factors and the international standard body mass index (BMI), and, for analysis, was used classification by percentile for sex and age according to the U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). **Results:** The age range of the serviced was nine (9) at 20 years of age. Distributed in 60% (n = 26) female and 40% (n = 17) male. The largest number of individuals within the Federal District corresponds to Taguatinga (n = 5), Samambaia (n = 5) and Ceilândia (n = 5). Two other states, Minas Gerais (MG) and Goiás (GO) were more evident. Of these, the Goiás state has the number of individuals assisted (n = 6) higher up than the district regions separately. The proportion was 84% coming from DF, 14% from GO and 2% from MG. As to group therapy, 88% of patients treated participated. 12% (n = 5) did not participate in any group. Parents' participation: 16 patients had parents participating, with an average of 8.68 shares. The average participation of patients in the groups was 17.94 attendances in a year. A ratio comparing parents and children participations was 1:2. Anorexia nervosa (AN), obesity and TCAP have the same number of representatives (n = 5). Most received a diagnosis of eating disorder not otherwise specified (EDNOS) n = 16 and Pica n = 1. And a significant portion received another major diagnosis that was not the eating disorder - TA (n = 8). Three (3) participants required hospitalization of the total in a general hospital by gravity, all males. These patients represent 6.9% of the sample. From the first contact to the service until the first psychiatric evaluation: we had an average of 945 days (mean 2.58 years) to receive a diagnosis by means of psychiatric evaluation. Separating individuals who had a primary diagnosis of mental disorders other than TA, we found comorbidities, 4 obese and 1 underweight individual. Highlighting the AN and BN, we reached an evolution of the development of weight and height parameters. **Conclusion:** The evaluation demonstrates the impact of Group Care for Eating Disorders in the treatment of children and adolescents, shows a heterogeneous patient profile in this small sample, which reaffirms the importance of a multidisciplinary specialized team to conduct the peculiarities of the various eating disorders. There are limitations and points to be reorganized to better serve the children and youth, as well as requiring more support from the public system concerning attendance to these cases, indicates the need for further research and development of public policies that aims to improve quality life and recovery.

## KEYWORDS

Eating disorders. Anorexia nervosa. Bulimia nervosa.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. MATERIAL/MÉTODOS	17
3. RESULTADOS	19
4. DISCUSSÃO	24
5. CONCLUSÃO	28
6. REFERÊNCIAS	29
7. APÊNDICES	30

## 1. Introdução

Este trabalho aborda um campo peculiar da psiquiatria, os transtornos alimentares - TA, com um olhar dirigido especialmente as crianças e aos adolescentes. Tais patologias se destacam pela grande interseção entre a clínica médica e a psiquiatria.

A pesquisa tem como objetivo realizar um perfil dos pacientes atendidos no serviço especializado em TA do Centro de Orientação Psicopedagógica - COMPP e traçar um panorama dos atendimentos. Desta maneira, analisa o conjunto de crianças e adolescentes acompanhadas no período de janeiro de 2012 a janeiro de 2013.

### 1.1 Transtornos Alimentares (TA)

São patologias graves que costumam ocorrer na adolescência e em adultos jovens. Podem ser crônicas, recorrentes e frequentemente evidenciam comorbidades psiquiátricas. Nas últimas décadas, tem se estudado principalmente a anorexia nervosa (AN) e a bulimia nervosa (BN). Tais transtornos têm como características comuns preocupações com o peso, a alimentação e a forma física (2).

A anorexia nervosa foi descrita inicialmente por Lasègue e por Gull, no século XIX, como uma nova condição médica, enquanto que a bulimia nervosa foi descrita mais recentemente, na década de 70 do século XX, por Russell. Posteriormente, em 1980, foi reconhecida a existência de outros transtornos alimentares, vistos como síndromes parciais, como o transtorno de compulsão alimentar (2,3) e os transtornos alimentares sem especificação.

Há ainda dois transtornos de início usualmente nas crianças menores, como a pica na infância e o transtorno de alimentação na infância – seletividade alimentar (11).

Para justificar o diagnóstico de AN, o DSM-IV-TR descreve como critérios: A. recusa de manter o peso corporal no padrão normal ou falha no

ganho de peso esperado durante o período de crescimento; B. medo exagerado de ganhar peso ou de ficar gordo, mesmo estando abaixo do peso; C. distorção na percepção do peso ou da forma corporal, influência excessiva destes na autoavaliação ou negação da gravidade do próprio peso baixo; D. nas mulheres pós-menarca, a ausência de três ciclos menstruais consecutivos. Podendo ainda ser classificada nos subtipos: restritivo ou compulsão alimentar periódica/purgativo.

Os critérios para BN, de acordo com o DSM-IV-TR, são: A. períodos de compulsão alimentar periódicos em curtos períodos de tempo e em quantidade maior se comparada à maioria das pessoas, tendo sensação de perda de controle; B. comportamento compensatório recorrente como vômitos, laxantes, diuréticos, enema ou outros medicamentos, jejum ou excesso de exercícios; C. os item A e B ocorrem ao menos duas vezes por semana por três meses; D. peso e imagem corporal influenciam excessivamente a autoavaliação; E. tais episódios não ocorrem durante a anorexia nervosa. Se classifica em tipo purgativo e não-purgativo.

Os estudos de prevalência mostram que a idade mais comum de início da AN é entre os 14 aos 18 anos, enquanto a BN acontece mais tardiamente, entre a adolescência e o início da vida adulta, e costuma ser mais prevalente (10). Dados epidemiológicos demonstram que a ocorrência aproximada destas patologias são 0,5% e 1% respectivamente na população geral (3).

A obesidade, que em geral se associa ao comportamento do comer em demasia e frequentemente envolve sentimentos de insegurança e timidez, para alguns autores também pode ser considerada como um transtorno alimentar, tendo em vista que já é uma condição médica geral segundo a classificação internacional de doenças - CID-10 (7). Para aqueles acima de 18 anos, segue o padrão internacional o índice de massa corporal (IMC), classificando como sobrepeso aqueles com 25-29,9 Kg/m<sup>2</sup> de IMC e obesidade a partir de 30 Kg/m<sup>2</sup>. Na infância e adolescência, utiliza o IMC adequado para o sexo e a idade, que são comparados com dados compilados internacionalmente segundo o centro norte-americano de controle e prevenção de doenças (CDC) e classificados segundo o percentil. Sendo assim, o percentil superior a 85 é considerado sobrepeso e igual ou acima de 95 indica obesidade (3,16).

A Pica é uma patologia definida como um comportamento repetitivo de comer substâncias não nutritivas com duração de pelo menos 1 mês, considerando que estas são inapropriadas como alimento para o nível de desenvolvimento e não é parte das práticas culturais vigentes (4).

O transtorno de alimentação da infância, cuja apresentação é variável, define-se como um comportamento que envolve recusa alimentar mesmo com um fornecimento adequado de comida por meio de alguém capaz e sem que a criança tenha doença orgânica. Regurgitações repetitivas podem estar presentes. As dificuldades devem ser claramente anormais e a criança tem o padrão de peso corporal comprometido, não ganhando ou perdendo (11).

Apesar de vários fatores estarem sendo estudados como etiologia do desenvolvimento destes transtornos, ainda não foi confirmado nenhum fator causal específico, sendo assim proposto um modelo multifatorial (4). Trata-se de uma associação de condições ambientais, psicossociais, genéticas e neurobiológicas (3).

### 1.1 Programas de tratamento dos Transtornos Alimentares

Existem inúmeros modelos de conduta para os TA, mas raros são os dados comparativos entre eles, principalmente quanto a eficácia (2). Em parte isto se deve à pequena quantidade de pesquisas sobre o assunto (5).

O primeiro programa específico e exclusivo para tais transtornos foi iniciado em 1985 em Toronto: composto por com uma equipe multidisciplinar, com base em atendimentos grupais e tendo como objetivo normalizar hábitos alimentares e aumentar o peso corporal quando necessário (5).

Várias experiências de programas mostram a importância de uma equipe formada por psiquiatra, nutricionista, equipe de enfermagem e diversos outros terapeutas. As terapias, em geral, são em grupo direcionadas aos pacientes e por vezes para o suporte dos familiares ou pessoas próximas ao paciente (5).

No Brasil, os centros de assistência em TA se concentram nos estados do Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro e São Paulo (3). Infelizmente a rede de

atendimento brasileira é pouco significativa em número, havendo poucos dados estatísticos oficiais segundo o Ministério da Saúde (17).

O ambulatório de bulimia e transtornos alimentares (AMBULIM) do Instituto de Psiquiatria do HC-FM/USP, além do acompanhamento ambulatorial, tem um programa estruturado em hospital-dia (HD). Seu objetivo é reduzir o número de internações e recaídas, sendo estabelecido o tratamento de até quatro pacientes em HD, durante 12 semanas, funcionando de segunda a sexta-feira, das 10 às 18 horas. Os componentes da equipe são psiquiatras, psicólogos, nutricionista, arteterapeuta, enfermeiros e acompanhante terapêutico. Trabalham tanto atendimentos individuais como em grupos (5). Neste instituto, também foi iniciado o primeiro programa brasileiro para TA voltado para o atendimento exclusivo de crianças e adolescentes, o PROTAD, que começou a funcionar em 2001 (9).

O Programa de Atenção aos Transtornos Alimentares (PROATA) da Universidade Federal de São Paulo tem uma equipe interdisciplinar que atende principalmente a nível ambulatorial, mas quando necessário conta com a retaguarda do Hospital São Paulo com vagas clínicas ou psiquiátricas em enfermaria (11).

No estado do Rio de Janeiro, diferentemente, iniciou suas atividades a partir de um hospital geral e em enfermarias não psiquiátricas, nos serviços de endocrinologia e doenças metabólicas (3).

Alguns serviços de atendimento especializados brasileiros:

<i>Sigla</i>	<i>Significado</i>	<i>Cidade</i>
<i>GATDA</i>	<i>Grupo de Apoio e Tratamento dos Distúrbios Alimentares.</i>	<i>São Paulo</i>
<i>AMBULIM</i>	<i>Ambulatório de Bulimia e TA da Faculdade de Medicina da USP.</i>	<i>São Paulo</i>
<i>PROATA</i>	<i>Programa de Orientação e Assistência aos Pacientes com TA da UNIFESP.</i>	<i>São Paulo</i>
<i>GRATA</i>	<i>Grupo de Assistência em TA.</i>	<i>Ribeirão Preto</i>

<i>GETA</i>	<i>Grupo Interdisciplinar de Assistência e Estudos em Transtornos Alimentares da FMC-UNICAMP.</i>	<i>Campinas</i>
<i>NUTTRA</i>	<i>Núcleo de TA e Obesidade da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro.</i>	<i>Rio de Janeiro</i>
<i>GOTA</i>	<i>Grupo de Obesidade e Transtornos Alimentares</i>	<i>Rio de Janeiro</i>
<i>GEATA</i>	<i>Grupo de Estudo e Assistência em TA</i>	<i>Porto Alegre</i>
	<i>Ambulatório de TA da Clínica de Psicologia da Faculdade de Ciências Biológicas e de Saúde.</i>	<i>Curitiba</i>
	<i>Programa de Transtornos Alimentares da FAMEMA – Faculdade de Medicina de Marília.</i>	<i>Marília</i>
<i>CETRATA</i>	<i>Centro de Estudos e Tratamento em TA.</i>	<i>Fortaleza</i>
<i>NEATA</i>	<i>Núcleo de Estudo e Atendimento aos TA do Hospital de Saúde de Messejana</i>	<i>Fortaleza</i>
<i>G.O.T.A.</i>	<i>Grupo Interdisciplinar de Obesidade e Transtornos Alimentares - do Hospital SOCOR</i>	<i>Belo Horizonte</i>

*TA - transtornos alimentares. Dados atualizados da fonte: Girão, Ana Cecília Maia. Distúrbios alimentares praticantes de balé e suas repercussões nutricionais. Dissertação (mestrado) – Universidade de Fortaleza, 2008.*

## 1.2 Indicação de internação hospitalar

Existe uma tendência atual a evitar a internação em nível hospitalar, mas algumas vezes é imperativo. Diante disto, deve haver critérios estabelecidos previamente para indicar acompanhamento em ambulatório, internação parcial ou total.

Segundo o serviço especializado AMBULIM do instituto de psiquiatria da faculdade de medicina de São Paulo (FMUSP), os critérios de internação são separados de acordo com o tipo de TA.

No caso dos pacientes com AN, são critérios para indicar internação: o peso menor que 75% do mínimo esperado, o índice de massa corpórea abaixo da faixa de 13 a 14 kg/m<sup>2</sup>, alterações do estado metabólico e alterações físicas que sinalizem para a ameaça imediata à sobrevivência, além da existência de condições psiquiátricas e psicossociais que determinam o tratamento hospitalar (3,6).

Quando consideramos a bulimia nervosa (BN), em geral, os portadores deste transtorno raramente necessitam de atendimento em enfermarias. As principais indicações são quando o comportamento purgativo é persistente a ponto de causar desequilíbrio hemodinâmico, convulsões e hipocalemia. Quando há o risco de suicídio, baixa resposta ao tratamento ambulatorial e necessidade de supervisão constante de uma equipe para diminuir as purgações, também está indicada hospitalização (3,6).

### 1.3 Centro de Orientação Psicopedagógica

Em 1969, foi criado no Distrito Federal o Centro de Orientação Psicopedagógica com a finalidade de fornecer diagnóstico médico, psicológico, social e pedagógico de crianças e adolescentes. O COMPP foi estruturado a partir de um convênio entre a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), a Secretaria de Serviços Sociais e a Secretária de Educação. Sua proposta desde a fundação é oferecer um atendimento multidisciplinar específico e exclusivo à população infanto-juvenil (1).

No COMPP, a população atendida é acolhida e avaliada por um profissional da saúde. Constatada alteração dos hábitos alimentares, os mesmos são encaminhados para avaliação por um profissional da equipe multidisciplinar específica para Transtornos Alimentares. Sendo diagnosticado algum transtorno alimentar os pacientes da faixa etária de 0 a 21 anos ficam inseridos no programa de atendimento específico.

### 1.4 Grupo de atendimento a transtornos alimentares (GATA)

Tal serviço foi criado dentro do COMPP para o atendimento a crianças ou adolescentes portadores de transtorno alimentar e suas famílias (18). No período da realização do nosso estudo, a equipe era formada por nutricionista, psiquiatras, residentes de psiquiatria da infância e da adolescência, psicólogas, enfermeira, e educadora física. Suas ações e estratégias são estabelecidas por um fluxograma.

Inicialmente ocorre o acolhimento, em seguida o paciente é encaminhado para uma triagem que seleciona os que são elegíveis para o grupo.

Os eleitos passam à anamnese interdisciplinar que funciona como entrevista inicial para a entrada do paciente no tratamento em equipe. Tem como objetivo aplicar questionários específicos para transtornos alimentares e encaminhar para avaliações complementares e as terapias em grupo.

Os atendimentos grupais se dividem e se diferem em diversos aspectos, sendo a distribuição dos pacientes determinada no estudo de caso feito pela equipe. Desta maneira, cada paciente é avaliado e encaminhado ao grupo disponível mais compatível com seu diagnóstico e suas necessidades no momento.

O “Grupo Sobrepeso” é dividido em duas partes, em grupo terapêutico e oficina de nutrição, tem número limitado de componentes (6-8 pessoas) e duração de 4(quatro) meses. O “Grupo Terapêutico para Adolescentes” engloba indivíduos a partir do 13 anos de idade com AN, BN, TANE, obesidade e comportamento compulsivo, não tem duração estabelecida. O “Grupo dos Inapetentes” atende crianças de 7-12 anos com restrição alimentar e também sem data de término estabelecida. O “Grupo de Estimulação e AVD” também não tem duração pré-estabelecida, assiste aqueles que tenham TA com retardo mental e/ou Síndrome de Prader-Willi, sendo coordenado pela enfermeira e pela professora de educação física. O “Grupo de Pais” é aberto a todos os familiares dos pacientes assistidos pelo GATA e é conduzido pelos mesmos profissionais que atendem seus filhos, tem como objetivo capacitar os pais no manejo do comportamento destes. Com exceção do primeiro grupo, todos são abertos, ou seja, a qualquer momento pode ser inserido um novo integrante. Estes têm como

objetivo geral promover a mudança do comportamento alimentar e adequação do peso corporal.

Todos os grupos acontecem uma vez por semana, com duração que varia de duas horas a um turno (matutino ou vespertino) com intervalo para um lanche. Não há um gerenciador determinado previamente por cada grupo, que em geral funcionam com dois profissionais de áreas diferentes, cada um aplica a metodologia de sua preferência. As bases metodológicas utilizadas no período da pesquisa são: a análise de comportamento, a psicanálise e a terapia familiar.

De acordo com a necessidade, os participantes podem ser encaminhados para unidades terciárias de internação e outras especialidades médicas, através do sistema único de saúde (SUS).

O estabelecimento do plano terapêutico não é previamente elaborado, sendo constituído à medida que a equipe discute cada caso, podendo ser adaptado e reformulado periodicamente. A alta do serviço é decidida com equipe, seus familiares e o paciente. Desta forma, os critérios de alta e de retorno ao serviço não ficam claros segundo na descrição programática por esta em constante reformulação.

## 2. Material e métodos

Trata-se de um estudo descritivo e retrospectivo, com base na revisão de dados de prontuários de todos os pacientes atendidos dentro do período de janeiro de 2012 a janeiro de 2013 no COMPP e que foram encaminhados ao GATA por queixas relacionadas a alimentação inadequada.

Os dados foram coletados a partir de formulários específicos e do relato de profissionais presentes no prontuário destes pacientes durante sua permanência como integrante do grupo de atendimento multidisciplinar específico.

Foram revisados manualmente 48 prontuários que passaram pelo acolhimento específico do GATA e foram selecionados. Destes, 1 (um) foi excluído porque foi redirecionado ao ambulatório de psiquiatria, 2 (dois) por não terem diagnóstico relacionado a TA e 2 (dois) por terem sido atendidos exclusivamente fora do

período da pesquisa. Todos os prontuários são preenchidos à mão, pois o COMPP não dispõe de prontuários digitais.

Portanto, foram contabilizados 43 prontuários que passaram pelo atendimento da equipe no período estudado. Cada um foi avaliado segundo os aspectos sociodemográficos e os tipos de atendimentos que obtiveram do serviço.

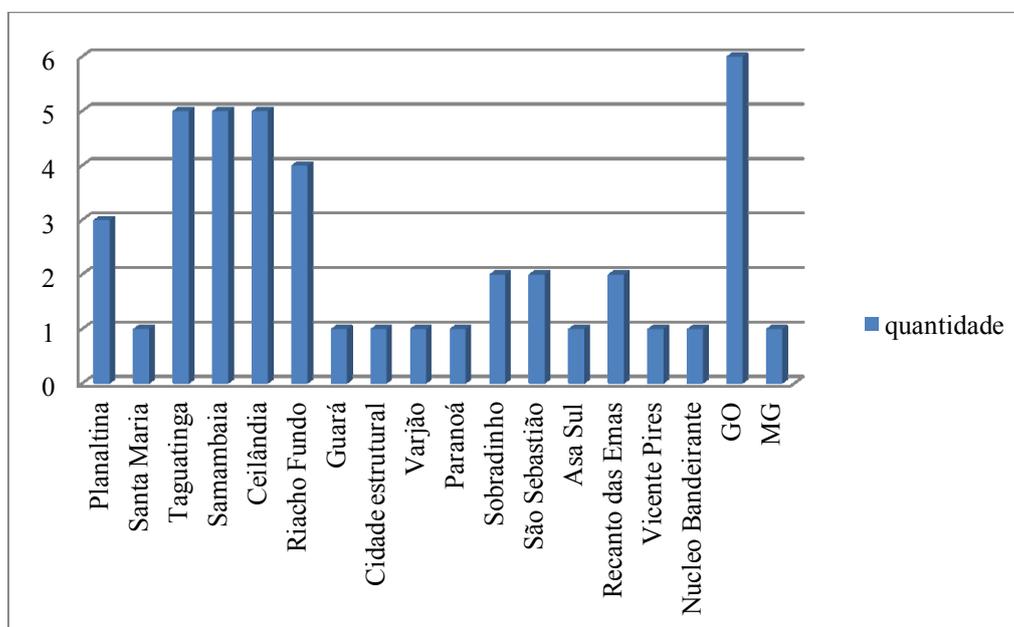
### 3. Resultados

A faixa etária dos pacientes atendidos no serviço de janeiro de 2012 a janeiro de 2013 foi dos 9 (nove) aos 20 anos de idade.

Foi observado que a população se distribuiu em 60% (n=26) feminina e 40% (n=17) masculina.

Dos componentes da pesquisa, 3 (três) indivíduos tiveram alta registrada por evasão do programa ambulatorial.

Gráfico 1 – Distribuição por número de pacientes segundo a procedência.

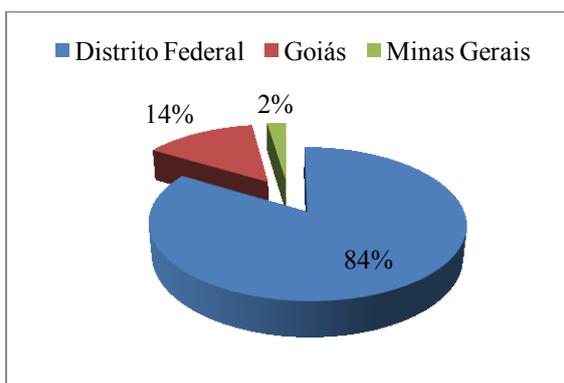


Como observado no Gráfico 1, dos 43 prontuários avaliados, coletamos a procedência dos pacientes. No Distrito Federal, o número maior de indivíduos corresponde a Taguatinga (n=5), Samambaia (n=5) e Ceilândia (n=5), regiões próximas geograficamente.

Vemos também dois outros estados brasileiros atendidos pelo GATA, estes fazem fronteira com o DF, Minas Gerais (MG) e Goiás (GO). Destes o estado de GO tem o maior número de indivíduos assistidos (n=6) dentro serviço, mostrando ser superior até do que as regiões distritais separadamente. As cidades goianas identificadas neste estudo são Planaltina, Cidade Ocidental, Novo Gama, Alexânia e Santo Antônio do Descoberto.

Os dados mostram, então, que 84% são procedentes do DF, 14% de GO e 2% de MG, como exposto no gráfico 2.

Gráfico 2 – Distribuição populacional da amostra por estado de procedência.



Foram observados que a assistência aos pacientes era dividida em atendimentos individuais e em grupo. Os atendimentos foram discriminados como: anamnese, acolhimento, grupo de pais, grupos terapêuticos, consulta psiquiátrica e atendimento nutricional.

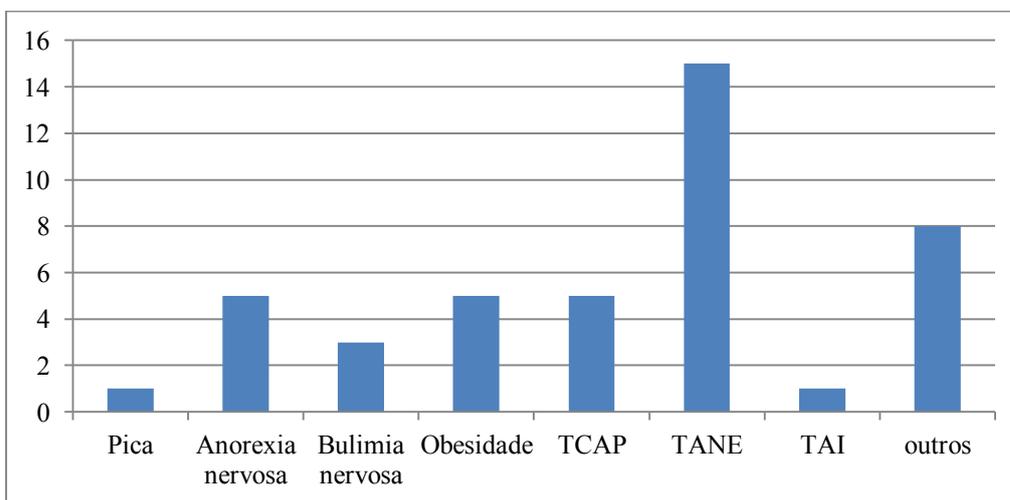
Quanto ao atendimento nutricional, dos 43 indivíduos, 3 não passaram por tal avaliação. Tendo uma grande variação no número de consultas por pessoa, desde uma única vez até o máximo de 24 vezes.

Quanto à terapia de grupo, 38 (trinta e oito) participaram de terapias grupais, representando 88% do total de pacientes atendidos. O restante equivalente a 12% (n=5) não participou de nenhum grupo terapêutico e não havia registros do motivo.

No que se refere a participação de algum dos genitores: 16 pacientes tiveram seus pais participando de grupos, com uma média de 8,68 participações. Dois pacientes tiveram pais que frequentaram o atendimento de grupo, enquanto os próprios não participaram. A média de participação dos pacientes nos grupos foi 17,94 comparecimentos em um ano. Numa proporção comparativa entre pais e filhos de 1:2 participações.

Destacando o diagnóstico, a anorexia nervosa, a obesidade e o TCAP tiveram o mesmo número de representantes, cada um com n = 5. O maior número de pacientes foi diagnosticado como transtorno alimentar não especificado (TANE) n = 16 e um único participante estava no programa por ter sintomatologia de Pica.

Gráfico 3 – Classificação diagnóstica dos pacientes atendidos no serviço GATA.



Nota: TAI – transtorno alimentar da infância, TANE – transtorno alimentar não especificado, TCAP – transtorno da compulsão alimentar periódica.

Como se destaca no Gráfico 3, ainda ocorreu um número relevante de outros transtornos psiquiátricos como diagnóstico principal (n = 8). Estes foram descritos

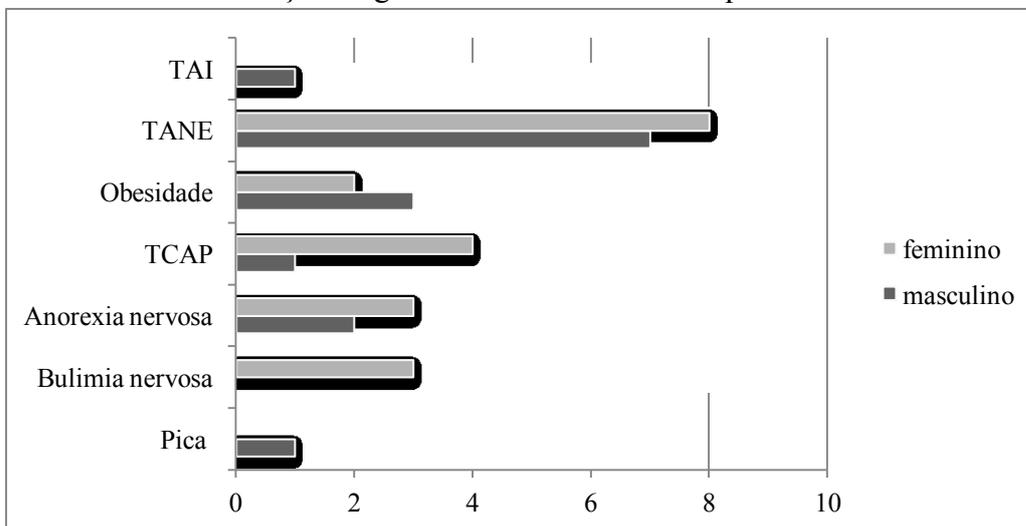
como depressão, transtorno ansioso generalizado, transtorno hiper-cinético, retardo mental e epilepsia.

Ao distribuir os diagnósticos por sexo no Gráfico 4, notou-se que o grupo feminino é maioria dentro dos transtornos alimentares, com exceção dos diagnósticos de TANE, Pica e o transtorno alimentar da infância.

Analisando separadamente, segundo o CID-10, os indivíduos que receberam outros diagnósticos e suas comorbidades: 3 (três) tinham depressão e eram obesos, 1 (um) era deprimido e baixo peso, 1 (um) tinha retardo mental e epilepsia além de obesidade, 3 (três) tinham apenas o diagnóstico principal (depressão, transtorno hiper-cinético e TAG) sem qualquer TA classificável.

Dentre os 43 casos, 3 (três) precisaram de internação em hospital geral pela gravidade, todos do gênero masculino, 2 (dois) por desnutrição grave associada a sintomas clínicos e o outro possuía alteração de comportamento e autoagressões. Tais pacientes representam 6,9% da amostra.

Gráfico 4 – Classificação diagnóstica de TA distribuída por sexo.



Nota: TAI – transtorno alimentar da infância, TANE – transtorno alimentar não especificado, TCAP – transtorno da compulsão alimentar periódica.

Quanto ao tempo do acolhimento até a primeira avaliação psiquiátrica: tivemos uma média de 945 dias, uma espera aproximada de 2,58 anos desde a entrada no COMPP até receber algum diagnóstico por meio de avaliação psiquiátrica. Vale

ressaltar que todos os 43 pacientes tiveram acompanhamento psiquiátrico durante o período estabelecido da pesquisa, mas alguns tiveram sua primeira avaliação psiquiátrica antes de janeiro de 2012 e continuaram em seguimento dentro do período estudado. Foram em média 8,3 consultas psiquiátricas por paciente.

Não foi possível expor dados comparativos quanto a evolução do peso de todos os componentes da pesquisa devido a carência de registros regulares quanto a peso e altura.

Tabela 1 – Demonstrativo da classificação baseada no percentil.

Faixa de percentis	Classificação	Quantidade	Porcentagem
P% ≤ 5	baixo peso	8	32,55%
P% 5 - 85	peso normal	14	18,60%
P% > 85 - 95	sobrepeso	3	6,97%
≥ P% 95	obesidade	18	41,86%

Nota: percentil (P%)

A coleta permitiu estabelecer um IMC primário dos componentes da pesquisa e fazer uma análise segundo o padrão normativo do CDC. Segundo o percentil como mostra a Tabela 1, foram 18 com obesidade, 3 (três) com sobrepeso, 8 (oito) com baixo peso e 14 com peso normal.

Tabela 2 – Outros diagnósticos principais e suas comorbidades assistidos no GATA.

Paciente	Diagnóstico Principal	Comorbidade
1.	F32	Obesidade
2.	F32	Obesidade
3.	F32	-
4.	F32	Baixo peso
5.	F41.1	-
6.	F90	-
7.	F72 + G40	Obesidade
8.	F32 + Bullying	Obesidade

Segundo o CID-10: depressão - F32, transtorno de ansiedade generalizada - F41.1, transtorno hiper-cinético - F90, retardo mental grave - F72 e epilepsia - G40.

Estes dados foram cruzados com os diagnósticos primários exibidos na Gráfico 3. Separando os indivíduos que tiveram diagnóstico principal de transtornos mentais

diversos do TA, encontramos 4 com obesidade (percentil > 95) e um indivíduo com baixo peso e 3 tiveram peso normal (entre o percentil 5 e o percentil 85) – Tabela 2.

Destacando a AN e BN, conseguimos ter uma evolução dos parâmetros peso e altura, principalmente quando se refere a anorexia nervosa, como mostra a Tabela 3.

Tabela 3 – Evolução do IMC dos pacientes com anorexia nervosa e bulimia nervosa.

Paciente	Primeiro IMC	Ultimo IMC	Idade (anos)
<i>Anorexia nervosa</i>			
A	11,82	17,55	15
B	14,79	20,49	14
C	16,24	15,80	15
D	15,41	19,87	15
E	14,43	17,99	12
<i>Bulimia nervosa</i>			
F	17,56	-	16
G	21,12	19,98	20
H	19,94	16,73	19

*Nota: Índice de massa corporal (IMC) valor mensurado em kg/m<sup>2</sup>.*

#### 4. Discussão

Segundo estimativa do IBGE, divulgada em 31 de agosto de 2012, a população de Brasília é cerca de 2.6 milhões habitantes em 2012, sendo a quarta cidade brasileira mais populosa (14). Mesmo diante desse número, não dispomos de ambulatório especializado para transtorno alimentar para adultos, seja em hospitais gerais, seja a nível ambulatorial.

Quando se trata de crianças e adolescentes a referência para tais transtornos é o GATA, serviço este que funciona no horário de 7h às 19h, de segunda à sexta-feira e, por tanto, sem atendimento nos fins de semana. Desta forma, esta população não tem onde procurar um pronto atendimento especializado em TA em caso de necessidade.

Ao avaliarmos a distribuição por procedência vemos serem representativas as regiões administrativas como Ceilândia, Taguatinga e Samambaia. Regiões que concentram grande parte da população do DF, mas que carecem de suporte básico a saúde. São regiões próximas umas da outras que distam entre 20 à 28 quilômetros do Plano Piloto, onde se localiza o serviço avaliado. É de fato um dado que mostra a

dificuldade de tratamento para uma grande parcela dos acometidos com TA, indivíduos que devem ter uma assistência com mais frequência para evitar recaídas e piora.

Chama atenção, também, o fato do atendimento se estender a outras regiões brasileiras que torna visível a falta de suporte as crianças e adolescentes em cidades do estado de Goiás e Minas Gerais próximos de Brasília. Considerando o GATA como único programa do DF especializado, é plausível que tenha limitações para atendimento de toda a população mencionada.

Como mencionado na introdução, o início do AN e BN se dá numa faixa etária precoce com tendência a cronicidade, desta forma é importante o apoio especializado até a fase adulta quando necessário. Nosso estudo mostra que o GATA atende justamente tal faixa de idade mais prevalente, porém assiste também os maiores de 18 anos até seus 21 anos. Segundo compromisso firmado pelo ambulatório, se o paciente já tiver iniciado suas atividades no COMPP na menor idade (<18anos) pode permanecer até os 21 anos, mas pelo o exposto neste estudo não há como continuar seu tratamento um serviço específico para TA na fase adulta.

Nossa amostra foi pequena (n=43), menor ainda quando classificamos em diagnósticos de TA com todos os critérios. Apesar desta limitação, vemos a importância do estudo, já que se trata de patologias raras e com quantidade reduzida de pesquisas de modo geral.

De acordo com a literatura é sabido que a prevalência de AN vem aumentando e que muitos não apresentam todos os critérios para tal, tendo um subdiagnóstico ou diagnóstico parcial, porém isto não descarta a necessidade de intervenção (13). Temos no estudo, um número maior de transtornos alimentares não especificados (TANE), com acometimento igual para ambos os sexos, que necessitaram de atendimento específico do GATA.

Apesar da maioria dos pacientes com TA da amostra ser formada de pacientes do sexo feminino, o que está de acordo com a literatura, o sexo masculino teve representatividade de 40%, chegando a ter uma proporção maior quando analisamos isoladamente a patologia obesidade, além do fato de que todos os que necessitaram de internação hospitalar foram meninos. Estes dados demonstram que este público tem suas necessidades diferenciadas tanto pela gravidade como pelo fato de ser minoria.

Considerando os casos mais graves, aqueles com indicação de internação, é indispensável o encaminhamento para hospitais gerais como Hospital Regional da Asa Norte (HRAN) e Hospital de Base do Distrito Federal, onde serão novamente reavaliado quanto às indicações de internação. Esta reavaliação pode ser feita tanto por um clínico geral e/ou psiquiatra que trabalhe no local. Em geral são profissionais que não tem formação em psiquiatria infantil e não tem experiência ou formação específica em TA, o que dificulta o processo de internação e, além disso, quando internados há carência de uma equipe multidisciplinar com experiência.

Segundo o estudo, aqueles que apresentaram critérios para internação, ou seja, de gravidade e riscos, correspondem ao percentual de 6,97%, significativo dentro da amostra (n=43). Tal constatação é importante diante do risco de morte que está presente nos pacientes que restringem sua alimentação ou que tenham comportamento de risco à sua integridade física.

A literatura fala de inúmeros modelos para conduzir os transtornos alimentares em adultos, mas pouco se sabe da eficácia comparativa entre eles. É relevante o fato de que o psiquiatra deve ter experiência com TA, além da necessidade de apoio de outros médicos clínicos na condução de possíveis complicações médicas comumente associadas ao TA. Em relação às crianças e adolescentes, a abordagem grupal é fundamental, sendo a coesão da equipe, a clara distribuição de funções e a comunicação entre os profissionais a base da condução do paciente (2). Enfim, os pacientes com transtornos alimentares necessitam de tratamento específico.

O cronograma de atividades estabelece que o GATA, apresenta diferentes grupos terapêuticos. O “Grupo Terapêutico para Adolescentes” abrange diversos transtornos alimentares e dificulta a filtragem do real objetivo do grupo, vendo que a evolução comparativa de cada doença é diferente. É evidente o benefício de grupos terapêuticos e muitas vezes não importa a rigidez de separação quanto ao diagnóstico no tratamento (8), porém torna difícil estabelecer uma análise de eficácia tanto qualitativa quanto quantitativa dos grupos e medir melhora se os seus componentes tem metas diferentes, o anoréxico deve ganhar peso e enquanto o bulímico deve controlar suas compulsões do comer em demasia. O grupo dirigido aos pais dos pacientes apresenta aspectos intrigantes e evidentes no estudo. Os coordenadores são os mesmos dos grupos dos seus filhos, o que pode trazer vieses

nas pontuações terapêuticas e além do fato abranger todos os pais, impedindo intervenções específicas importantes para cada tipo de patologia.

Como a maioria dos grupos são abertos, ou seja, pacientes em fases diferentes de recuperação podem entrar e sair da terapia em qualquer tempo, gera um impasse porque não há uma programação que estabelece o início e o fim destas propostas de tratamento. O que é relevante quando se objetiva a recuperação do indivíduo com TA. Quando se tenta analisar pondo o foco na metodologia, fica ainda mais comprometida a avaliação, já que cada grupo segue a metodologia preferida do profissional do serviço e que este não necessariamente é o gerenciador. Não foi possível, desta forma, mensurar as respostas positivas quanto a influência na recuperação e reabilitação, pois não ficou claro o enfoque dos grupos quanto ao TA que se dispuseram a acolher. Não há registros regulares de peso, aferição do IMC e melhora ou piora dos sintomas alimentares segundo cada patologia.

Fica mais difícil ainda uma análise da eficácia na recuperação do TA pela inconsistência das metas e objetivos no plano terapêutico, que por estar em constante construção, isto é mudanças, não permite estabelecer um limite para avaliação.

Foi relevante a constatação de que a grande maioria participou de algum grupo, com uma média de participação cerca de duas vezes maior que seus pais nos seus respectivos grupos. Isto mostra uma evidente diferença na motivação dos genitores em relação à prole, mas não foi possível qualificá-la.

Ao analisarmos aqueles que não participaram dos grupos, se destaca o fato de dois (paciente A e B na Tabela 3) terem tido o diagnóstico de AN e com boa resposta quanto ao melhora do ganho de peso. Isto tem destaque porque a pesquisa teve um número pequeno de diagnóstico de AN.

Quanto ao tempo decorrido entre o acolhimento e o primeiro contato médico psiquiátrico, foi longo, tendo uma média maior que 2 anos. Diante deste período os transtornos mentais podem mudar bastante, inclusive piorar. Isto é relevante diante do prognóstico das patologias alimentares e suas comorbidades.

Considerando que a média de atendimento foi 8,3 consultas psiquiátricas por paciente e que a pesquisa durou 13 meses, vemos a necessidade da disponibilidade de atendimento psiquiátrico especializado para este público.

## 5. Conclusão

A avaliação por meio deste trabalho do impacto do GATA no tratamento de crianças e adolescentes do Distrito Federal mostra um perfil heterogêneo de pacientes mesmo nesta amostra pequena. Reafirma a importância de uma equipe multidisciplinar especializada para conduzir as peculiaridades dos diversos transtornos alimentares.

O serviço avaliado tem limitações e pontos a serem reorganizados para melhor atender o público infanto-juvenil, além de necessitar de um suporte maior da rede pública no que implica o atendimento aos casos graves.

Este estudo, por fim, aponta a necessidade de novas pesquisas e desenvolvimento de políticas públicas para o atendimento dos pacientes com transtornos alimentares.

## 6. Referências

1. SANTIAGO MA. Panorama da saúde mental pública no Distrito Federal de 1987 a 2007: um estudo exploratório sobre a reforma psiquiátrica no DF. Dissertação de Mestrado da DPC-IP-UnB Brasília 2009.
2. YAGER, Joel; POWERS, Pauline S. Manual clínico de transtornos da alimentação. Porto Alegre : 2010.
3. NUNES, Maria Angélica et al. Transtornos alimentares e obesidade. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.
4. MARTIN, Andrés; VOLKMAR, *Fred R.* Lewis's child and adolescent psychiatry: a comprehensive textbook. 4. ed. *Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia, 2007.*
5. SALZANO, Fábio Tapia; CORDAS, Tâki Athanássios. Hospital-dia (HD) para transtornos alimentares: revisão da literatura e primeiras impressões do HD do ambulatório de bulimia e transtornos alimentares do IPqHCFMUSP (AMBULIM). *Rev. psiquiatr. clín.* 2003, vol.30, n.3, pp. 86-94. ISSN 0101-6083.
6. GUIMARÃES, Daniel Boleira Sieiro; SALZANO, Fábio Tápia; Abreu, Cristiano Nabuco de. Indicações para internação hospitalar completa ou parcial. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 24: 60-62, GRA, TAB. 2002 Dec.
7. LAMBERT, Kelly; KINSLEY, Craig Howard. Neurociência clínica: as bases neurobiológicas da saúde. Porto Alegre: 2006. P391-392
8. JAEGER, Maria Amelia da Silva; SEMINOTTI, Nedio and FALCETO, Olga Garcia. O grupo multifamiliar como recurso no tratamento dos transtornos alimentares. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul* [online]. 2011, vol.33, n.1, pp. 20-27. Epub Apr 15, 2011. ISSN 0101-8108.

9. PINZON, Vanessa et al. Peculiaridades do tratamento da anorexia e da bulimia nervosa na adolescência: a experiência do PROTAD. *Rev. psiquiatr. clín.* [online]. 2004, vol.31, n.4, pp. 167-169. ISSN 0101-6083.
10. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4ª ed. Texto revisado. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
11. Classificação de Transtornos mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas – Coord. Organiz. Mund. Da Saúde; trad. Dorgival Caetano. – Porto Alegre: Artmed,1993.
12. Disponível em: <http://www.psiquiatria.unifesp.br/d/proata/historico/>
13. Cordás, Táki Athanássios. Transtornos alimentares em discussão. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, Dez 2001, vol.23, no.4, p.178-179. ISSN 1516-4446
14. Kohn M, Golden NH. Eating disorders in children and adolescents: epidemiology,diagnosis and treatment. *Paediatr Drugs*. 2001;3(2):91-9.
15. Disponível em: [www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2012](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2012)
16. Disponível em: <http://apps.nccd.cdc.gov/dnpabmi/>
17. GIRÃO, Ana Cecilia Maia. Distúrbios alimentares praticantes de balé e suas repercussões nutricionais. Dissertação (mestrado) – Universidade de Fortaleza, 2008.
18. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/sobre-a-secretaria/hospitais-e-regionais/506-centro-de-orientacao-medico-psicopedagogica-compp.html>



