

**CURSO DE NUTRIÇÃO E METABOLISMO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**

TEREZA CURI MARCONDES DE SOUZA

**Abordagem nutricional em paciente com anorexia nervosa, desnutrição grave e lesão
por pressão: relato de caso**

**RIBEIRÃO PRETO
2021**

TEREZA CURI MARCONDES DE SOUZA

**Abordagem nutricional em paciente com anorexia nervosa, desnutrição grave e lesão
por pressão: relato de caso**

Trabalho apresentado à disciplina de RNM4509 -
Trabalho de Conclusão de Curso, para graduação no
Curso de Nutrição e Metabolismo da Faculdade de
Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São
Paulo.

**Orientadora: Profa. Dra. Vivian Marques
Miguel Suen**

RIBEIRÃO PRETO
2021

Autorizo a reprodução e divulgação total deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

A inclusão deste trabalho foi aprovada pela Comissão Coordenadora do Curso em sua 161ª Sessão Ordinária, realizada em 11/02/2022.

RIBEIRÃO PRETO
2021

Resumo

A anorexia nervosa (AN) é um tipo de transtorno alimentar de etiologia multifatorial. Os critérios diagnósticos incluem: restrição calórica que leva um peso corporal abaixo do peso mínimo normal, medo intenso do ganho de peso ou comportamento persistente que interfere no ganho de peso e perturbação da percepção da imagem corporal. A desnutrição energética proteica (DEP) é uma das principais consequências da AN, pois pode levar ao prejuízo do funcionamento adequado de diversos sistemas. A falta de nutrientes e a imobilização são consideradas fatores de risco para o surgimento de lesões por pressão (LPP). Este estudo tem como objetivo descrever através de relato de caso, a conduta e a abordagem nutricional em uma paciente com quadro grave de anorexia nervosa e lesão por pressão em estágio IV. Foram coletados dados relativos às anotações nutricionais durante as internações, e também sintomas e queixas relacionados à alimentação e ao estado nutricional encontrados no prontuário eletrônico da paciente, no Serviço de Arquivo Médico do HCFMRP-USP. Nas internações iniciais a paciente se encontrava em um ciclo vicioso de recuperação de peso durante a internação e perda de peso na alta hospitalar. Em sua última internação, o foco era a recuperação do estado nutricional e avaliação da possibilidade de cirurgia plástica para correção da LPP. A paciente conseguiu manter o peso e então em novembro foi realizado a cirurgia plástica da LPP, seguida da alta hospitalar. Além de complicações clínicas, altas taxas de insucesso do tratamento da AN se dão pela falta de desejo de melhora por parte do paciente, altos índices de abandono do tratamento e pela perda do peso recuperado de forma intencional. A internação prolongada, por propiciar um ambiente controlado pelo cuidado multidisciplinar com a combinação de terapia nutricional enteral e oral parece ser uma boa alternativa para tratar casos graves e crônicos de AN, e podem ser atribuídos ao sucesso da recuperação do estado nutricional da paciente do presente relato de caso.

Palavras-chave: Anorexia nervosa. Abordagem nutricional. Desnutrição. Lesão por pressão

Sumário

1. INTRODUÇÃO	5
2. OBJETIVOS	7
2.1. OBJETIVO GERAL	7
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	7
3. PACIENTE E MÉTODOS	8
3.1. PACIENTE	8
3.2. MÉTODOS	8
3.3. DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO	8
4. RESULTADOS	8
4.1. PRIMEIRAS INTERNAÇÕES E DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL	8
4.2. ÚLTIMA INTERNAÇÃO E EVOLUÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL	10
5. DISCUSSÃO	13
6. CONCLUSÃO	17
7. REFERÊNCIAS	18

1. INTRODUÇÃO

Transtornos alimentares são transtornos que acometem a alimentação ou o comportamento alimentar de forma a prejudicar a saúde física e/ou psicossocial do indivíduo. A anorexia nervosa (AN) é um tipo de transtorno alimentar de etiologia multifatorial. De acordo com o manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais desenvolvido pela Associação Americana de Psiquiatria, existem 3 critérios diagnósticos, considerados características essenciais, para a anorexia nervosa (AN), sendo eles: restrição calórica que leva a um peso corporal abaixo do peso mínimo normal, medo intenso do ganho de peso ou comportamento persistente que interfere no ganho de peso e perturbação da percepção da imagem corporal, que seria a representação mental que cada indivíduo faz de seu próprio corpo. (*AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION*, 2013).

A gravidade da AN é classificada majoritariamente conforme valores do índice de massa corporal (IMC) pré estabelecidos pela Organização mundial da saúde (OMS), sendo considerada grave quando o IMC se encontra na faixa de 15 a 15,99 kg/m² e extrema quando o IMC é abaixo de 15 kg/m² (WHO, 1995) e pode ser classificada em 2 subtipos: restritivo (não acompanha comportamentos purgativos nos últimos 3 meses) ou compulsão alimentar purgativa (acompanha comportamento purgativo nos últimos 3 meses) (*AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION*, 2013).

A estimativa de prevalência de AN para mulheres jovens é de 4%, embora este número possa estar subestimado devido a diversos vieses que permeiam estudos de prevalência de transtornos alimentares como a forma de avaliar o diagnóstico, a seleção voluntária e não randomizada dos participantes e o viés de memorização (GALMICHE et al., 2019; HILBERT et al., 2017).

A privação calórica resultante da semi-inanição, e eventualmente em conjunto com comportamentos purgativos associados à AN, leva, além da perda de peso, a uma desnutrição energética proteica (DEP), que é uma condição altamente determinante das taxas de mortalidade da AN. A DEP altera o metabolismo de maneira global na tentativa de adaptar o indivíduo à falta de nutrientes, alterando o funcionamento normal do sistema endócrino,

músculo esquelético, gastrointestinal, cardíaco, pulmonar, hematológico, neurológico e dermatológico (*AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION*, 2013; GALMICHE et al., 2019; WESTMORELAND et al., 2015). Tais alterações, principalmente endócrinas e no metabolismo de neurotransmissores podem levar também a outras comorbidades psicológicas, entre elas o transtorno de personalidade *borderline* (WESTMORELAND et al., 2015). Um quarto das mulheres com AN observadas em um estudo prospectivo longitudinal foram diagnosticadas também com algum transtorno de personalidade (MÜLLER et al., 2001).

Outras condições clínicas possíveis de serem observadas na AN e na DEP decorrente são: leucopenia, anemia, amenorreia, desidratação, hipercolesterolemia, elevação de enzimas hepáticas, níveis de hormônios tireoidianos e sexuais anormais, bradicardia sinusal, baixa densidade mineral óssea, perda de tecido muscular e adiposo, entre outros (*AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION*, 2013; WESTMORELAND et al., 2015).

A reunião de algumas dessas condições, como as deficiências nutricionais e alterações neurológicas e musculoesqueléticas que podem trazer limitações de movimento e imobilidade são fatores de risco para o desenvolvimento de lesões por pressão (LPP) que são ferimentos ocasionados na pele em resultado de uma constante pressão e força de cisalhamento localizada, sendo a imobilidade o mais influente deles (*AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION*, 2013; GILLESPIE et al., 2020). O surgimento de uma LPP em pacientes com AN é uma situação desafiadora visto que a nutrição adequada de macro e micronutrientes para reparo da ferida é uma importante aliada no tratamento (MUNOZ et al., 2020).

Pacientes com DEP grave estão sob risco de síndrome de realimentação. Devido a troca da predominância da gliconeogênese durante a inanição com a secreção de insulina induzida pelo carboidrato durante a alimentação, as células passam a receber um alto fluxo de potássio, fósforo e magnésio, provocando uma queda nos níveis plasmáticos desses micronutrientes, além de outras possíveis consequências como edema, convulsões, falência cardíaca e eventos cardiovasculares (LIMA et al., 2010).

Portanto faz parte do tratamento nutricional da AN evitar a síndrome e respeitar as etapas das medidas clínicas, sendo que o primeiro momento é encarado como fase de estabilização, podendo ser admitido vias de alimentação alternativas a depender da gravidade do caso, e onde o objetivo do tratamento nutricional é alcançar uma estabilização clínica -

metabólica, não sendo suportada a administração de grandes volumes e por vezes sendo necessária a reposição de micronutrientes. (LIMA et al., 2010; ZIPFEL et al., 2015).

O tratamento nutricional, portanto, da AN é voltado para o restabelecimento do peso e comportamento saudável em relação à alimentação e deve ser planejado conforme gravidade da doença e gradualmente conforme evolução e progressos das abordagens nutricionais e psicoterapêuticas. Porém, o sucesso das intervenções são altamente dependentes da motivação do indivíduo em ceder à mudanças de comportamentos (*AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION*, 2006). É comum que a resistência ao tratamento seja uma das principais barreiras no manejo de transtornos alimentares. A literatura sugere uma faixa de porcentagem de 20 a 51% de pacientes internados com AN que rejeitam ou abandonam o tratamento. Esse insucesso de adesão se dá principalmente pela falta de desejo de melhora, ocasionada pela egossintonia que alimenta a doença (FASSINO E ABBATE-DAGA, 2013).

Portanto os desafios enfrentados na terapia nutricional de um paciente com AN grave são grandes, principalmente quando outras condições clínicas decorrentes ou não da AN coexistem e, embora bem estabelecidas as metas do tratamento nutricional, os estudos explorando casos de AN na literatura são escassos. O objetivo do presente estudo foi abordar o manejo dietético durante o tratamento de um caso clínico de AN grave, de longa evolução e com a coexistência de outras complicações e que se teve sucesso no tratamento por meio de uma internação hospitalar, intervenção multiprofissional por meio de relato de caso.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Descrever através de relato de caso, a conduta e a abordagem nutricional em uma paciente com quadro grave de anorexia nervosa e lesão por pressão em estágio IV.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Descrever o diagnóstico da anorexia nervosa;
- b) Descrever a terapia nutricional indicada para essa situação clínica;

- c) Descrever evolução clínica-nutricional após seu diagnóstico.

3. PACIENTE E MÉTODOS

3.1. PACIENTE

M.P., 38 anos, sexo feminino, diagnosticada com encefalomielite em 2001 e anorexia nervosa em 2007. Referenciada ao Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto para tratamento de osteomielite crônica e paralelamente tratamento da desnutrição energético proteica crônica em 2015.

3.2. MÉTODOS

Foi realizada análise das anotações médicas e nutricionais do prontuário eletrônico da paciente, encontrados no Serviço de Arquivo Médico do Hospital das Clínicas da FMRP-USP. O estudo de caso foi elaborado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HC-FMRP), no período de fevereiro de 2015 a março de 2019, com enfoque na última internação da paciente (março de 2018 a março de 2019).

3.3. DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO

Foram coletados dados relativos às anotações nutricionais durante as internações, como peso; estatura; IMC; pregas cutâneas e aceitação da dieta. Também foram levantados sintomas e queixas relacionados à alimentação e ao estado nutricional relatados pela paciente, e aspectos psicológicos relacionados ao seu diagnóstico nutricional.

4. RESULTADOS

4.1. PRIMEIRAS INTERNAÇÕES E DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL

A paciente M.P. de 38 anos, foi diagnosticada em 2001 com encefalomielite e AN em 2007 e faz acompanhamento multiprofissional no HC-FMRP desde 2015, com os diagnósticos de AN, DEP, úlcera de pressão, osteomielite crônica e transtorno de personalidade emocionalmente instável (TPEI). Em decorrência da encefalomielite, também é paraplégica. Desde então, paciente passou por 5 internações no local referente nos períodos de fevereiro a março de 2015 (1ª internação), março a abril de 2016 (2ª internação), março a abril de 2017 (3ª internação), agosto de 2017 (4ª internação) e março de 2018 a março de 2019 (5ª e última internação, a qual será dado enfoque neste presente relato de caso) com seguimento ambulatorial entre todas as internações. Nos atendimentos ambulatoriais, a paciente sempre trazia a questão de ter o objetivo de perder o peso recuperado durante a internação, adotando medidas purgativas e de automutilação, sem reconhecimento da gravidade do seu caso e sem cumprir com as negociações em relação à alimentação feita com a nutricionista. Nas internações iniciais, o foco do tratamento era a osteomielite crônica e a DEP. O diagnóstico nutricional da paciente na primeira internação foi de desnutrição grau III de acordo com o IMC ($12,8 \text{ kg/m}^2$) realizado com a altura estimada já que a paciente é paraplégica. Tal diagnóstico se manteve até a última internação. De acordo com dados do prontuário eletrônico do paciente (PEP), ao longo das 3 primeiras internações, a paciente se alimentava parcialmente por via oral (aceitação média de 30 a 50%) e parcialmente por via alternativa através de sonda nasogástrica (SNG). Durante as internações, a paciente sempre relatava o desejo de sacar a sonda, e por vezes recusava alguns horários de administração. Mesmo sem aceitação completa por nenhuma das vias de alimentação, a paciente sempre recuperava um pouco de peso antes da alta hospitalar, recebia orientações de dieta oral geral de forma qualitativa, porém sempre nos períodos em domicílio perdia peso novamente, fazendo-se necessário consequentes internações para recuperação, retratando um ciclo vicioso de: internação, recuperação de peso, alta hospitalar, perda de peso, necessidade de reinternação.

Após a 3ª internação e atendimentos ambulatoriais consequentes, a paciente foi internada pela 4ª vez para passagem de sonda nasoentérica por conta da perda de peso progressiva e insucesso das abordagens ambulatoriais do período e após 4 dias recebeu alta com orientações de dieta enteral artesanal (para caso não fosse possível adquirir a dieta enteral industrializada por motivos burocráticos) de forma concomitante com alimentação via oral. Durante o período, relatou dificuldades com a administração da sonda em domicílio,

referiu sentimentos de confusão e medo em relação à alimentação por via alternativa, vômitos involuntários, não recuperou o peso perdido e foi necessária a 5ª internação, com a possibilidade de cirurgia plástica para correção da LPP na região sacral.

4.2. ÚLTIMA INTERNAÇÃO E EVOLUÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL

Em março de 2018, a paciente foi reinternada para recuperação do estado nutricional e avaliação da possibilidade de cirurgia plástica para correção da LPP. Apresentava peso de 31,6 kg no início da internação e estatura relatada de 1,64m resultando em um IMC de 11,7 kg/m² caracterizando desnutrição grau III segundo a OMS. Iniciou a terapia nutricional recebendo 300ml de dieta enteral padrão de 1 cal/ml fracionada em 6 volumes de 50ml e progrediu para o volume de 100ml em 3 dias. Conforme dados do PEP, paciente queixava-se muito da progressão da dieta, exigindo um trabalho de acolhimento por parte dos profissionais. A alimentação por via oral também estava prescrita de forma individual de acordo com preferências da paciente, porém a aceitação estimada era menor que 25% do total ofertado. A internação prolongou-se pois a cirurgia plástica para correção de LPP não era indicada no momento.

As necessidades nutricionais da paciente foram calculadas usando a fórmula de bolso para ganho de peso de 30 a 35 kcal/kg utilizando o peso ajustado de 38,6 kg para o cálculo, portanto a necessidade energética da paciente era de 1158 a 1351 kcal/dia. A progressão da dieta foi pensada em alcançar as necessidades calóricas sem alterar muito o volume para conforto da paciente, já que as progressões das dietas geravam sempre muita angústia. Os dados da progressão da nutrição enteral estão descritos na tabela 1.

Tabela 1. Dados referentes à progressão da terapia nutricional enteral durante a 5ª internação

Data	Fórmula	Fracionamento e volume	Total de energia e proteína ofertada
29/03/2018	Dieta padrão 1 kcal/ml	6 horários com 50ml cada	300 kcal e 10,8g
02/04/2018	Dieta padrão 1 kcal/ml	6 horários com 100ml cada	600 kcal e 21,6g

03/04/2018	Dieta padrão 1 kcal/ml	6 horários com 150ml cada	900 kcal e 32,4g
16/04/2018	Dieta padrão 1,5 kcal/ml	6 horários com 150ml cada	1350 kcal e 58,5g
23/04/2018	Dieta padrão 1,5 kcal/ml	5 horários com 200ml cada	1500 kcal e 65g
09/05/2018	Dieta padrão 1,5 kcal/ml	6 horários com 150ml cada	1350 kcal e 58,5g
28/05/2018	Dieta padrão 1,5 kcal/ml	5 horários com 200ml cada	1500 kcal e 65g
04/06/2018	Dieta padrão 1,5 kcal/ml	6 horários com 150ml cada	1350 kcal e 58,5g
01/10/2018	Dieta padrão 1,5 kcal/ml	4 horários com 150ml cada + 300ml de solução proteica a 10%	1020 kcal e 73,3g
25/02/2019	Dieta padrão 1,5 kcal/ml	4 horários com 150ml cada + 500ml de solução proteica a 10%	1100 kcal e 93,3g

Fonte: da autora

Em relação às complicações clínicas associadas com a AN, a paciente apresentava bradicardia, hipotensão, anemia, hipofosfatemia e hipocalcemia.

Em relação ao hábito intestinal, a paciente transitava entre vários dias sem evacuar e episódios de diarreia. Em relação à ingestão hídrica, o volume total de água ingerido era resultante apenas da passagem de água pela sonda e para tomar as medicações via oral, pois sempre apresentou resistência para se hidratar, o que refletia nos hábitos urinários, que se apresentavam sempre com urina turva ou escura e com forte odor, e histórico de infecções de urina.

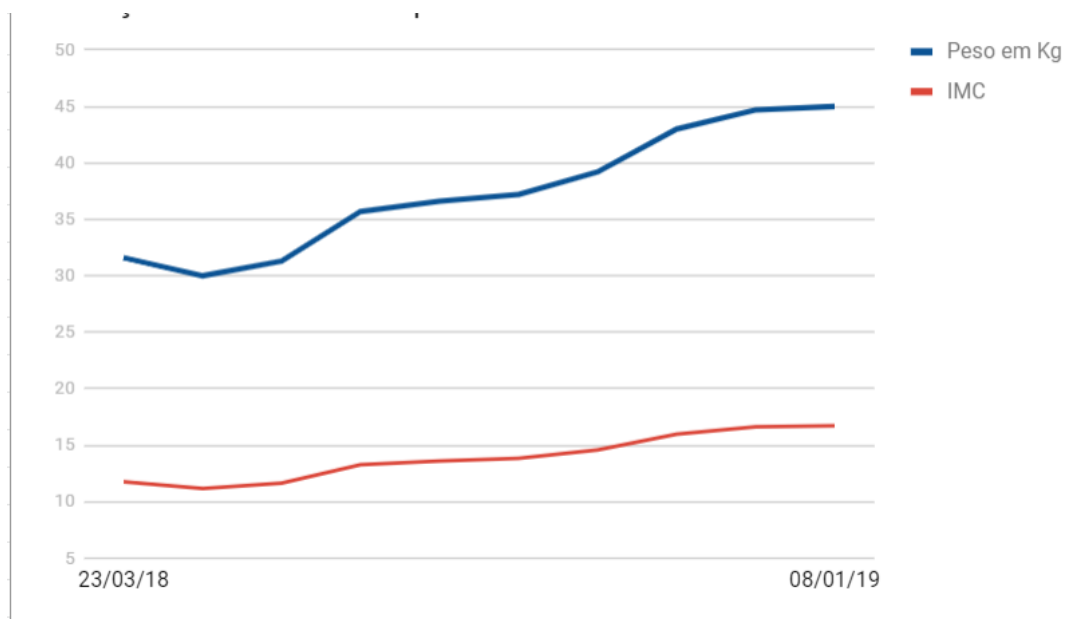
Conforme progressão da dieta ao longo da internação paciente passou a apresentar aumento importante das medidas antropométricas como circunferência do braço (inicialmente com 23,5 cm em março de 2018 e 26 cm em julho de 2018) e prega cutânea tricipital (10 mm em março de 2018 e 16 mm em julho de 2018), entrando no percentil entre 50 e 75 de acordo com Frisancho (1990), mesmo mantendo aceitação da dieta por via oral abaixo de 25% ao longo de toda a internação. Os dados da progressão da nutrição enteral estão descritos na tabela 2, e dados da evolução de peso e do IMC estão descritos no gráfico 1.

Tabela 2. Dados referentes à evolução das pregas cutâneas da paciente durante a 5ª internação

Data	Circunferência do braço	Prega cutânea tricipital	Circunferência muscular do braço
27/03/2018	23,3 cm	10 mm	20,16 cm
02/05/2018	24,9 cm	12,4 mm	21 cm
09/05/2018	24,9 cm	12,5 mm	21 cm
15/05/2018	24,9 cm	9 mm	22 cm
22/05/2018	25 cm	10 mm	24,58 cm
29/05/2018	25,5 cm	11 mm	22 cm
05/06/2018	24,6 cm	11 mm	21,1 cm
12/06/2018	25,1 cm	14,6 mm	20,5 cm
27/06/2018	26,2 cm	14,7 mm	21,59 cm
10/07/2018	26 cm	16 mm	20,98 cm

Fonte: da autora

Gráfico 1. Variações de peso e IMC durante a última internação



Relatos da paciente frente a esta evolução de peso evidenciaram muito desconforto e disparos de comportamentos e emoções negativas, que por vezes foram reforçados pela mãe da paciente ao se queixar para a equipe que a filha ficaria muito pesada para carregar (SIC), já que a paciente é cadeirante. Somado a esta postura da mãe da paciente, sua relação com a equipe era outro desafio, já que a mãe era uma reforçadora do distúrbio de imagem corporal da filha e sustentava a ideia de que ganhar peso não era desejado.

Com evolução importante de medidas antropométricas a equipe de cirurgia plástica programou a realização do protocolo de decúbito ventral com programação de 30 dias para encaminhamento da paciente para cirurgia plástica. Em meio a este período, em julho de 2018, a paciente alcançou o IMC de 16 kg/m² ao evoluir para 43 kg, mudando seu diagnóstico nutricional para desnutrição grau II. Em agosto, foi introduzida a dieta líquida sem resíduos para preparação para a cirurgia no dia seguinte.

Devido a intercorrência da LPP estar infectada e com profundidade maior do que o esperado a cirurgia não foi realizada e foi adiada. Durante este adiamento, a paciente recebeu 2 altas licenças e foi negociado que paciente fizesse um esforço para manter o peso para que a sua cirurgia não fosse adiada novamente. Durante a segunda alta licença, a paciente sacou a sonda nasogástrica, que foi recolocada ao voltar para o hospital. Ao voltar do curto período em domicílio, a paciente demonstrava-se insatisfeita e irritada com a percepção de ter ganhado peso ao longo da internação e manifestou o desejo de emagrecer e “voltar a ser o que era” (SIC). Também relatou conflitos interpessoais com colegas de seu convívio, alegando que

uma delas a ofendeu ao chamá-la de “gordinha”, conforme relato. Seguido destes conflitos, a paciente apresentava ao retorno da alta licença sinais de automutilação.

Paciente conseguiu manter o peso e em novembro foi realizado o desbridamento superficial da LPP e adicionado curativo por pressão subatmosférica no centro cirúrgico com a equipe de cirurgia plástica. Em janeiro de 2019, a paciente alcançou o IMC de 17,4 kg/m² caracterizando uma desnutrição leve ao atingir 47 kg, com melhora também de parâmetros bioquímicos evidenciando melhora do estado nutricional. Passou a receber 2 horários com 250ml de solução de proteína a 10%, apresentou evoluções em relação ao comportamento frente a comida ao passar a ingerir água de forma oral, melhorou hábitos intestinais com a presença de evacuações diárias e se alimentou bem durante a alta licença que teve no período sem perder muito peso, tendo sua alta hospitalar em março de 2019.

5. DISCUSSÃO

O presente relato de caso trouxe o caso de uma paciente com quadro de AN de longa evolução e muito grave que teve um sucesso no tratamento por meio de uma internação hospitalar e intervenção multiprofissional com recuperação de peso, sucesso na cirurgia da lesão por pressão e mostra as dificuldades no tratamento de um quadro tão grave.

As condições observadas na paciente dificultam primeiramente a avaliação da antropometria. A encefalomielite é uma doença caracterizada pela disfunção autônoma, imune e cognitiva, e em alguns casos, como o do presente relato de caso, pode levar o paciente à necessidade de ficar acamado e perder a mobilização de membros (WORMGOOR e RODENBURG, 2021). Por este motivo, a altura registrada no PEP da paciente não é fidedigna, pois não foi possível aferi-la, portanto foi usada altura relatada. Uma forma mais adequada de se obter a altura da paciente seria através da aferição da meia-envergadura para que fosse calculada a estatura estimada através das equações preditivas de Rabito e colaboradores (2008) respectivamente. A estimativa da altura de forma mais precisa impacta diretamente no diagnóstico nutricional, já que está envolvida na classificação do IMC que é utilizado para prever a gravidade da AN e da DEP (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013; WESTMORELAND et al., 2016).

A última internação da paciente que foi o enfoque deste relato de caso foi motivada, além da recuperação do estado nutricional, pela possibilidade de correção cirúrgica da LPP. A

presença da escara na região sacral de difícil tratamento era uma via de mão dupla para a paciente com AN: ao tempo em que a desnutrição tem associação com o desenvolvimento da LPP, o seu tratamento requer a nutrição adequada para cicatrização, o que era difícil de ser alcançado por conta da AN (MUNOZ et al.,2020).

A presença da LPP aumenta as necessidades energéticas e proteicas. A proteína sendo o nutriente protagonista no reparo de tecido precisa fundamentalmente estar adequada em conjunto com a adequação de energia, já que o déficit calórico força o organismo a utilizar a proteína como substrato energético, desviando seu papel otimizado na recuperação da ferida (MUNOZ et al.,2020). Os *guidelines* mais recentes recomendam a ingestão de calorias na faixa de 30 a 35 kcal/kg e de proteínas na faixa de 1,25 a 1,5g/kg/dia para pacientes com LPP e que estejam desnutridos (MUNOZ et al.,2020). Ambas as recomendações (calórica e proteica) foram seguidas pela equipe.

Enquanto hospitalizada, a paciente teve uma boa evolução de peso, parâmetros bioquímicos e de medidas antropométricas. Em relação ao peso, a paciente teve um ganho de peso de 13,4 kg durante toda a internação, que durou aproximadamente 1 ano. O ganho de peso é um parâmetro considerado preditor da recuperação da AN e estudos mostram que é mais fácil que esta recuperação de peso aconteça no ambiente controlado da hospitalização (KATZMAN, 2005).

O tratamento da AN varia entre diferentes níveis de tratamento: pacientes ambulatoriais, semi residencial, internalizados, unidades intensivas de tratamento e etc. É comum a necessidade de internação quando o tratamento ambulatorial falha (GRAVINA et al., 2018). O desafio primordial da equipe frente o sucesso do tratamento da paciente enquanto internada eram as disfunções perante sua imagem corporal e a dificuldade da paciente em identificar a gravidade de seu caso, o que a fazia desejar perder o peso recuperado durante os curtos períodos em domicílio durante as altas licenças.

O sucesso do tratamento da paciente pode ser atribuído à longa duração da hospitalização, embora a paciente do presente relato de caso apresenta comportamentos indicativos de abandono do tratamento segundo Roux e colaboradores (2016) como falta de percepção da doença (AN), resistência em ganhar peso durante a hospitalização e baixo IMC. O presente relato de caso sugere que internações mais longas possivelmente são mais efetivas na recuperação de um caso de AN, corroborando com a hipótese levantada por outros estudos

que avaliaram a duração da internação hospitalar com a necessidade de reinternação por conta de perda de peso (BARAN et al., 1995).

Em relação ao IMC, o marcador antropométrico utilizado como classificador da gravidade da AN, a paciente foi admitida na última internação com o IMC de 11,7 kg/m², classificando-a com AN extrema e com o IMC de 16,7 kg/m² classificando-a com AN moderada na data da sua alta hospitalar. Estudos que também acompanharam a evolução do IMC em pacientes com AN hospitalizadas também mostraram aumento importante do IMC. O estudo de Popiolek e colaboradores (2019) mostrou um aumento de IMC de 15,9 para 17,6 kg/m² em 6 semanas.

Embora o IMC seja o parâmetro antropométrico de maior foco de atenção, outras medidas antropométricas também podem e devem ser analisadas (POPIOLEK et al., 2019). Os principais parâmetros antropométricos disponíveis nas evoluções da paciente foram: prega cutânea tricipital, circunferência do braço e circunferência muscular do braço. A evolução dos parâmetros supracitados está associada com a evolução do IMC segundo Popiolek e colaboradores (2019). Embora o presente estudo não analisou estatisticamente a associação entre os parâmetros, é possível observar a progressão concomitante dos parâmetros antropométricos, peso e IMC.

A combinação de ingestão via oral com enteral se mostrou mais efetiva em comparação somente com via oral na recuperação de peso, o que foi seguido e suportado pelo presente estudo de caso (SUÁREZ-PINILLA et al., 2015). Em adição, o mesmo estudo mostrou que houve um maior tempo sem recaídas após a alta hospitalar quando foi combinada a terapia enteral com a oral. Uma revisão sistemática sobre o uso da terapia nutricional enteral por sonda nasogástrica em pacientes com AN sugeriu que há uma média de ganho de peso entre 1,06 a 2,12 kg/semana, porém também sugere que em pacientes admitidos com IMC menor que 12 kg/m² este ganho é menor (RIZZO et al., 2019). Esta mesma revisão também traz evidências suportando a combinação de TNE concomitante com a via oral para recuperação de peso na AN. Mesmo que a ingestão por via oral da paciente se manteve abaixo de 25% do ofertado durante toda a internação, e que as necessidades nutricionais foram alcançadas majoritariamente pela via alternativa de alimentação, é importante que a ingestão via oral fosse mantida e encorajada, para manter as funções de órgãos otimizadas (McCLAVE et al., 2009).

Como supracitado, entre os transtornos alimentares, a AN é o que representa maiores taxas de mortalidade. As complicações clínicas associadas com a AN são apontadas como a principal causa de mortalidade. Durante sua última internação, a paciente apresentava bradicardia, hipotensão, anemia, hipofosfatemia e hipocalcemia, que são apontadas como importantes complicações clínicas (*AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION*, 2013; GRAVINA et al., 2018). Um recente estudo sugere que a amplitude das recentes perdas de peso de pacientes com AN são bons preditores de tais complicações (WHITELAW et al., 2018). O presente relato de caso expõe que previamente à última internação, a paciente apresentava flutuações de peso com perdas importantes, que podem ter impactado nas complicações clínicas observadas.

Dados do PEP sobre a estrutura familiar e social da paciente são escassos, mas é possível notar um ambiente com relações interpessoais prejudicadas ao levar em consideração queixas da mãe ao notar o ganho de peso da filha por conta da dificuldade de carregá-la, demonstrando falta de encorajamento à recuperação nutricional e reforços em relação ao distúrbio de imagem corporal da filha, e conflitos relatados pela paciente entre ela e colegas do dia a dia. A deficiência física (paraplegia) somada aos déficits de cognição social presentes na AN juntamente com traços do transtorno de personalidade limítrofe também diagnosticado na paciente representam grandes barreiras na saúde social do presente caso (KUŁAKOWSKA et al., 2014).

Segundo Granieri e colaboradores (2014), transtornos alimentares também podem ser interpretados como uma forma de “tomar conta de si mesmo, uma busca por um senso de subjetividade e eficácia interpessoal através do controle do comportamento alimentar”, e tendo isso em vista juntamente com a precariedade das condições sociais e relações interpessoais prejudicadas da paciente, o sucesso de recuperação do estado nutricional durante a hospitalização pode ser algo temporário se questões influentes como estas não forem o alvo do tratamento visando a recuperação sustentável, integral e a longo prazo.

A presença do transtorno de personalidade limítrofe (ou *borderline*) vivenciado pela paciente do presente relato contribui para as dificuldades do tratamento. Biberdzic e colaboradores (2021) sugerem que dificuldades de regulação de emoções, impulsividade e distúrbios de identidade, que são traços do transtorno *borderline* (GUNDERSON et al., 2018), desempenham um papel importante no desenvolvimento e tratamento da AN e outros

transtornos alimentares e todos eles devem ser foco de atenção no tratamento psicoterapêutico (BIBERDZIC et al., 2021).

Os cuidados, portanto, que devem ser encorajados pela equipe multidisciplinar ao prestar tratamento para o paciente com AN devem integrar as melhores evidências científicas disponíveis para cada área juntamente com a postura adequada ao lidar com o paciente e seus acompanhantes para sustentar uma boa evolução física e psíquica (TOLEDO, RAMOS, WOPEREIS, 2011).

De acordo com um relato de experiência de tratamento de AN de uma equipe de enfermagem, a postura que a equipe pode adotar frente a queixas verbalizadas sobre o distúrbio de imagem deve ser embasada em esclarecimentos sobre a doença, enfocando a imagem corporal e sempre incentivando a verbalizar os sentimentos. Em relação a padrões alimentares caracterizado por déficit importante em relação às necessidades nutricionais (padrão apresentado pela paciente do presente caso) é importante trabalhar o esclarecimento sobre grupos alimentares e processo de digestão, além de ser importante o processo de supervisão da refeição e do pós refeição. Em relação a práticas purgativas, por vezes adotadas pela paciente, é importante não demonstrar atitudes que levem o paciente a se sentir pressionado, e oferecer um ambiente acolhedor e de escuta, buscando entender sentimentos envolvidos durante o ato e encorajando paciente a se lembrar de momentos bem sucedidos de controle de problemas (TOLEDO, RAMOS, WOPEREIS, 2011).

Em decorrência da complexidade dos sinais e sintomas enfrentados no tratamento da AN, é necessário encorajar mais estudos explorando casos graves e elucidando as melhores formas de tratamento que abrangem a recuperação do estado nutricional e da saúde de forma integral do paciente com AN com complicações decorrentes ou não, e contribuir para o avanço do estado da arte dessa patologia tão complexa.

6. CONCLUSÃO

A AN é um importante transtorno alimentar que pode cursar com várias complicações clínicas e seu tratamento é ainda mais desafiador quando ocorre concomitantemente com outras doenças. A internação hospitalar proporcionando um ambiente controlado e supervisionado por uma equipe multidisciplinar e a terapia nutricional enteral combinada com a ingestão via oral possibilitam a recuperação do estado nutricional de pacientes com

AN. Além da recuperação do estado nutricional, fatores psicossociais devem ser o enfoque do tratamento para que o sucesso do tratamento seja sustentável e duradouro.

7. REFERÊNCIAS

1. American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: Nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and other eating disorders. *J Am Diet Assoc.* v. 106, n. 12, p. 2073-82, 2006
2. American Psychiatric Association. DSM-5, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5th ed. 2013, Elsevier Masson, France
3. Baran SA, Weltzin TE, Kaye WH. Low discharge weight and outcome in anorexia nervosa. *Am J Psychiatry.* v.152, n.(7):1070, p.2, 1995
4. Biberdzic M, Tang J, Tan J. Beyond difficulties in self-regulation: the role of identity integration and personality functioning in young women with disordered eating behaviours. *J Eat Disord.* v.31, n.9(1), p. 93, 2021
5. Fassino S, Abbate-Daga G. Resistance to treatment in eating disorders: a critical challenge. *BMC Psychiatry.* v.7, n.13, p.282, 2013
6. Frisancho AR. Anthropometric standards for the assessment of growth and nutritional status. Ann Arbor, Michigan: University of Michigan Press, 1990.
7. Galmiche M, Déchelotte P, Lambert G, Tavalacci MP. Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: a systematic literature review. *Am J Clin Nutr.* v. 109, n. 5, p.1402-1413, 2019
8. Gillespie BM, Walker RM, Latimer SL, Thalib L, Whitty JA, McInnes E, Chaboyer WP. Repositioning for pressure injury prevention in adults. *Cochrane Database Syst Ver.* v. 2, n. 6, p.6, 2020
9. Granieri A, Schimmenti A. Mind–body splitting and eating disorders: a psychoanalytic perspective. *Psychoanal Psychother.* v.28, n.(1), p.52–70, 2014

10. Gravina G, Milano W, Nebbiai G, Piccione C, Capasso A. Medical Complications in Anorexia and Bulimia Nervosa. *Endocr Metab Immune Disord Drug Targets*. v.8, n.(5), p.477-488, 2018
11. Gunderson JG, Herpertz SC, Skodol AE, Torgersen S, Zanarini MC. Borderline personality disorder. *Nat Rev Dis Primers*. v.24, n.4, p. 18029, 2018
12. Hilbert A, Hoek HW, Schmidt R. Evidence-based clinical guidelines for eating disorders. *Current Opinion In Psychiatry*, [S.L.], v. 30, n. 6, p. 423-437, nov. 2017
13. Katzman DK. Medical complications in adolescents with anorexia nervosa: a review of the literature. *Int J Eat Disord*. v.37, n.(suppl), p. S52- S59, 2005
14. Kułakowska D, Biernacka K, Wilkos E, Rybakowski F, Kucharska-Pietura K. Deficyty neuropoznawcze i społecznego poznania u pacjentów z jadłowstretem psychicznym [Neurocognitive and social cognition deficits in patients with anorexia nervosa]. *Psychiatr Pol*. v. 48, n.(3), p. 465-75, 2014
15. Lima AM, Gamallo SMM, Oliveira F LC. Desnutrição energético-proteica grave durante a hospitalização: aspectos fisiopatológicos e terapêuticos. *Revista Paulista de Pediatria*, [S.L.], v. 28, n. 3, p. 353-361, 2010
16. McClave SA, Martindale RG, Vanek VW, McCarthy M, Roberts P, Taylor B, Ochoa JB, Napolitano L, Cresci G; A.S.P.E.N. Board of Directors; American College of Critical Care Medicine; Society of Critical Care Medicine. Guidelines for the Provision and Assessment of Nutrition Support Therapy in the Adult Critically Ill Patient: Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.). *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. v.33, n.(3), p.277-316, 2009
17. Müller B, Wewetzer C, Jans T, Holtkamp K, Herpertz SC, Warnke A, Remschmidt H, Herpertz-Dahlmann B. Persönlichkeitsstörungen und psychiatrische Komorbidität im Verlauf der Zwangsstörung und der Anorexia nervosa. Vergleich zweier 10-Jahres-Katamnesen [Personality disorders and psychiatric comorbidity in obsessive-compulsive disorder and anorexia nervosa]. *Fortschr Neurol Psychiatr*. v. 69, n.8, p.379-87, 2001
18. Munoz N, Posthauer ME, Cereda E, Schols JMGA, Haesler E. The Role of Nutrition for Pressure Injury Prevention and Healing: The 2019 International

Clinical Practice Guideline Recommendations. *Adv Skin Wound Care*. v. 33, n.3, p.123-136, 2020

19. Popiołek J, Teter M, Kozak G, Powrózek T, Mlak R, Karakuła-Juchnowicz H, Małecka-Massalska T. Anthropometrical and Bioelectrical Impedance Analysis Parameters in Anorexia Nervosa Patients' Nutritional Status Assessment. *Medicina (Kaunas)*. v.3, n.55(10), p.671, 2019
20. Popiołek J, Teter M, Kozak G, Powrózek T, Mlak R, Karakuła-Juchnowicz H, Małecka-Massalska T. Anthropometrical and Bioelectrical Impedance Analysis Parameters in Anorexia Nervosa Patients' Nutritional Status Assessment. *Medicina (Kaunas)*. v.3, n.55(10), p.671, 2019
21. Rabito EI, Mialich MS, Martínez EZ, García RW, Jordao AA Jr, Marchini JS. Validation of predictive equations for weight and height using a metric tape. *Nutr Hosp*. v.23, n.(6), p.614-8, 2008
22. Rizzo SM, Douglas JW, Lawrence JC. Enteral Nutrition via Nasogastric Tube for Refeeding Patients With Anorexia Nervosa: A Systematic Review. *Nutr Clin Pract*. v.34, n.(3), p.359-370, 2019
23. Roux H, Ali A, Lambert S, Radon L, Huas C, Curt F, Berthoz S, Godart N; EVHAN Group. Predictive factors of dropout from inpatient treatment for anorexia nervosa. *BMC Psychiatry*. v.30, n.16(1), p.339, 2016
24. Suárez-Pinilla P, Peña-Pérez C, Arbaizar-Barrenechea B, Crespo-Facorro B, Del Barrio JA, Treasure J, Llorca-Díaz J. Inpatient treatment for anorexia nervosa: a systematic review of randomized controlled trials. *J Psychiatr Pract*. v.21, n.(1), p.49-59, 2015
25. Toledo VP, Ramos NA, Wopereis F. Processo de Enfermagem para pacientes com Anorexia Nervosa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, [S.L.], v. 64, n. 1, p. 193-197, 2011.
26. Westmoreland P, Krantz MJ, Mehler PS. Medical Complications of Anorexia Nervosa and Bulimia. *Am J Med*. v. 129, n.1, p. 30-7, 2016
27. Whitelaw M, Lee KJ, Gilbertson H, Sawyer SM. Predictors of Complications in Anorexia Nervosa and Atypical Anorexia Nervosa: Degree of Underweight or Extent and Recency of Weight Loss? *J Adolesc Health*. v.63, n.(6), p.717-723, 2018

28. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). WHO Expert Committee. WHO Technical Report Series: Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva, 1995.
29. Wormgoor MEA, Rodenburg SC. The evidence base for physiotherapy in myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome when considering post-exertional malaise: a systematic review and narrative synthesis. J Transl Med. v. 4, n.19(1), p.1, 2021