

## **Processo de enfermagem em atendimento pré-hospitalar de paciente com anorexia e bulimia**

**Nursing process in prehospital care of a patient with anorexia and bulimia**

### **Carolina Caruccio Montanari**

Bacharela Enfermeira. Doutora e Mestre em Medicina: Ciências Médicas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professora adjunta da Faculdade de Ciências da Saúde Moinhos de Vento.

E-mail: carolmontanari@gmail.com

ORCID: 0000-0003-2769-5407

### **Resumo**

Este estudo teve como objetivo apresentar o caso de uma adolescente, diagnosticada com anorexia nervosa e bulimia, e descrever o manejo realizado durante dois atendimentos pré-hospitalares até a sua internação. Trata-se de um relato de caso com a descrição da conduta efetivada durante dois atendimentos por uma equipe de atendimento pré-hospitalar, em duas visitas domiciliares, realizadas antes da internação hospitalar da paciente. Adolescente, 18 anos, apresenta anorexia nervosa e bulimia. Peso 37kg e altura 1,67m. Histórico de dietas restritivas há pelo menos 4 anos. Alteração da avaliação da imagem corporal. O transtorno alimentar se agravou durante o puerpério, com a perda de 17 quilos em 4 meses, chegando a um índice de massa corporal de 13kg/m<sup>2</sup>. Mau relacionamento com os pais e parentes. Negligência em relação à filha de 4 meses. Necessitava de internação hospitalar devido ao seu quadro geral, porém não aceitava nenhuma conduta terapêutica alguma. Os profissionais que trabalham no atendimento pré-hospitalar devem aprofundar o conhecimento sobre as manifestações clínicas, as consequências e o manejo com pacientes que apresentam transtornos alimentares. Dessa forma, é possível que a implementação de medidas terapêuticas se defina com maior facilidade, favorecendo o prognóstico e o tratamento da doença.

**Palavras-chave:** Enfermagem; Anorexia; Saúde Mental.

### **Abstract**

Aimed to introduce a report of an adolescent with nervous anorexia and bulimia and describe the management conducted during two pre-hospital cares to the hospital. This is a case report and description of the conduct carried out for two visits by a prehospital care team. Two home visits were carried out until the time of hospitalization of the patient. Teen, 18 years, nervous anorexia, bulimia, 37kg weight and height 1,67m. History of restrictive diets for at least 4 years. Changing the assessment of body image. The eating disorder worsened during the postpartum period, with the loss of 17 kilos in four months, reaching a body mass index of 13kg/m<sup>2</sup>. Bad relationship with parents. Neglect the daughter of 4 months. Needing hospitalization because of its general framework, but did not accept any therapeutic approach. Professionals working with prehospital should deepen understanding of the clinical manifestations, consequences and management with

patients with eating disorders. Thus, it is possible that the implementation of therapeutic measures is set more easily favoring the prognosis and treatment of disease.

**Keywords:** Nursing; Anorexia; Mental health.

## Introdução

Anorexia nervosa (AN) e bulimia nervosa (BN) são consideradas transtornos psiquiátricos. AN é definida pela perda de peso superior a 15% ou pelo índice de massa corporal (IMC) igual ou abaixo de 17,5kg/m<sup>2</sup>. BN caracteriza-se por episódios de compulsão alimentar, seguidos de sentimento de culpa e falta de controle em relação ao comportamento alimentar. Transtornos alimentares são comuns na adolescência e, em mais de 90% dos casos, acometem mulheres.

As principais condutas dos anoréxicos e bulímicos são: preocupação em ganhar peso, insatisfação corporal, baixa autoestima, elevada ansiedade e dificuldade no relacionamento interpessoal, . Ser jovem, apresentar comportamento alimentar restritivo, emagrecimento, amenorreia, instabilidade emocional, isolamento social e hiperatividade, são fatores que levam a suspeita.

Não há uma causa específica para desenvolver transtornos alimentares. A etiologia é multifatorial, porém acredita-se que os principais fatores de risco envolvidos estão relacionados à dinâmica familiar, meio sociocultural e características de personalidade, 5. O estereótipo de magreza, influenciado muitas vezes pela mídia, ambiente social e familiar em que o indivíduo vive, também, pode contribuir.

Tanto AN quanto BN são doenças preocupantes e, a longo prazo, podem trazer consequências graves. Em estágios avançados provocam alterações neurológicas, endócrinas e dos parâmetros clínicos, . Esses fatores podem ser reversíveis com tratamento medicamentoso e terapêutico. Porém, em alguns casos, quando a adesão do paciente ao tratamento é insuficiente, a hospitalização se faz necessária e indispensável.

O último estágio da doença é a morte, consequência de arritmias cardíacas pela desnutrição. Outra causa de morte é por suicídio, forma encontrada para eliminação do sofrimento.

Transtornos alimentares são identificáveis e o tratamento reverte o quadro estabelecido. A problemática surge quando, mesmo os indivíduos estando caquéticos e em situações clínicas graves, a alteração da imagem corporal, o medo de ganhar peso e a negação da doença superam as possibilidades de adesão ao tratamento, o que torna o manejo terapêutico muito difícil.

Portanto, este trabalho tem como objetivo apresentar um relato de caso do atendimento pré-hospitalar de um indivíduo com transtornos alimentares. Além disso, pretendeu-se descrever o manejo realizado como forma de oportunizar o leitor a uma maior compreensão e aprofundamento sobre como deve ser a conduta com indivíduos com AN e BN.

## Relato De Caso

Paciente C. S., 18 anos, sexo feminino, branca, evangélica, casada e tem uma filha de 4 meses. Residente de uma cidade localizada no interior do Rio Grande do Sul. Casa de alvenaria, com saneamento básico e água encanada. Mora com o marido e a filha. É dona de casa e o marido trabalha como ajudante de granja. Condições econômicas regulares para suprir suas necessidades.

Apresenta diagnóstico médico de AN e BN. Realiza acompanhamento na unidade de saúde de sua cidade onde havia consultado com psiquiatra há uma semana. Recebeu orientações para internação em ala psiquiátrica e encaminhamento, porém não aceitou nenhum tratamento.

Primeiro Atendimento: Avaliação e Conduta

Realizou o primeiro contato telefônico com a equipe de atendimento pré-hospitalar por apresentar fraqueza e dificuldade para respirar. Referiu não conseguir levantar-se da cama, estar sem se alimentar e sem ingerir água há mais de 2 dias.

A equipe deslocou-se para a residência da paciente. Chegando ao local, C. S. refere muita dor abdominal e fraqueza. Conhece seu diagnóstico de AN. Mencionou que no momento pesava cerca de 37kg e media 1,67m (IMC: 13,3kg/m<sup>2</sup>). Disse que sua maior perda de peso foi durante o puerpério (emagreceu mais de 15kg nos últimos 4 meses). Histórico de dietas restritivas e não ingere alimentos salgados ou com sal há mais de 2 anos. Alimenta-se de frutas, de preferência melancia ou maçã. Apresenta grave alteração da avaliação da imagem corporal. Considera-se gorda e acredita que tudo que come a faz engordar. Quando come algum alimento compulsivamente provoca o vômito ou utiliza laxantes para eliminar o que ingeriu. Eliminações vesicais diminuídas e intestinais de três em três dias.

Apresenta mau relacionamento com os pais e parentes, ambos residem em outra cidade. Expressa indiferença com essa relação. Relaciona-se socialmente apenas com a família do esposo. Apresenta negligência em relação à filha de 4 meses, que é cuidada pela avó paterna. Utiliza sites da internet como ferramenta de incentivo a AN.

No primeiro atendimento domiciliar, ao exame, encontrei C. S. acamada, em decúbito dorsal e imóvel na cama. Acompanhada pelo marido, sogra e filha. Com fadiga, caquexia, hipotonia, apatia, descuido pessoal, higiene prejudicada e vestimentas desalinhas. Levantava-se da cama com auxílio, não conseguia manter o peso sobre as pernas para caminhar. Postura curvada, ombros caídos, hipotrofia muscular geral. Desnutrida, hipocorada e desidratada. Pele seca e escamosa. Sem alterações neurológicas, oculares ou auditivas. Cabelos em queda, quebradiços, sem brilho e secos. Conjuntiva e mucosas pálidas. Boa dentição e unhas íntegras. Humor deprimido. Disartria e dispneia, respirando em ar ambiente. Ausculta pulmonar com murmúrios vesiculares presentes, sem sibilos ou crepitações, respiração curta, frequência respiratória 16 movimentos por minuto e saturação de oxigênio 98%. Ausculta cardíaca com ritmo regular, dois tempos, bulhas normofonéticas e sem sopro. Pressão arterial sistólica 90 mmHg e diastólica 50 mmHg, frequência cardíaca 56 batimentos por minuto, pulso fino, enchimento capilar lento e glicemia capilar igual a 48mg/dL. Abdome plano, ruídos adventícios diminuídos em todo abdome. Diminuição dos caracteres sexuais secundários, perda dos contornos do quadril e glúteos.

Após avaliação, orientei paciente a comer algo ou a ingerir bebida doce. Ofereci alimentos presentes na residência, sem obter sucesso. Informe sobre a importância da alimentação para manter as funções básicas do seu corpo como respiração, batimentos cardíacos, movimentos. e que suas funções estavam alteradas. Conversei sobre sua doença, causas e consequências e sobre sua alimentação restritiva e pobre em nutrientes. A paciente apenas ouviu, sem realizar qualquer expressão. Insisti dizendo que seu caso era grave e que ela necessitava de uma avaliação médica, já que seu corpo estava expressando sinais e sintomas de que sua doença estava avançando. Reforcei dizendo que ela precisava se manter saudável para criar sua filha e vê-la crescer e que se ela não tomasse uma atitude poderia sofrer consequências irreparáveis, como a morte.

Após mais de uma hora de manejo verbal a paciente aceitou ser levada para uma avaliação médica.

Com a ajuda do socorrista, transferimos a paciente da cama para a maca e desta para a ambulância, e nos direcionamos para o serviço de pronto atendimento. Durante o percurso, a paciente referiu que gostaria de comer uma maçã. Paramos em um mercado no caminho. O marido comprou uma sacola de maçãs e entregou à esposa. No caminho até o local onde seria o atendimento médico a paciente comeu 5 maçãs. Perguntei a ela se a compulsão e ingestão de tantas maçãs era prática comum e a resposta foi que “sim”. Perguntei se nesses momentos ela sentia vontade de vomitar ou se costumava forçar o vômito. Novamente a resposta foi “sim”.

Chegando ao serviço de pronto atendimento, a glicemia capilar da paciente estava 137mg/dL. O médico a avaliou, e durante a consulta, referiu que ela teria que ser internada em uma ala psiquiátrica e que seu estado físico era muito debilitado. A paciente entrou em pânico, começou a gritar dizendo que não queria ser internada. O médico deixou a paciente em observação. Após, conversei com a paciente e ela referiu que queria ir pra sua casa e que não iria para o hospital. Novamente conversei sobre pontos discutidos anteriormente. Falei sobre seu tratamento e que ela precisava de uma internação. Reforcei que ela precisava do tratamento para cuidar de sua filha e vê-la crescer e realizei uma reflexão através de sua autoimagem com o auxílio de fotos (Imagem 1). Pactuei com a paciente que a levaria de volta para casa com a condição de que ela pensaria na possibilidade de internação.

#### Segundo Atendimento: Avaliação e Conduta

Sete dias após o primeiro atendimento, C. S. realizou o segundo contato telefônico com a equipe de atendimento pré-hospitalar por apresentar aumento da fraqueza e dificuldade para respirar. Sem se alimentar e sem ingerir água há mais de 3 dias.

A equipe deslocou-se novamente para a residência da paciente. Ao chegar, a adolescente referiu que durante a semana que passou pediu aos seus familiares que a levassem ao hospital. Porém, ao chegar à porta de entrada da emergência não teve coragem de entrar e voltou para casa.

Conversei com a paciente sobre a necessidade de ela ser internada para receber tratamento. A paciente expôs a vontade de pesar-se. Transporte a paciente de ambulância até a unidade de saúde da cidade. A paciente encontrava-se com 37,4kg (IMC: 13,4kg/m<sup>2</sup>). Realizei nova reflexão através de sua autoimagem com o auxílio de fotos (Imagem 2). A paciente entrou em desespero, já que havia ganhado 0,4kg em menos de uma semana. Conversei com a paciente sobre pacto realizado no último contato. Reforcei dizendo que as pessoas que a amavam gostariam de vê-la em tratamento e lutando pela vida. Conversei sobre a necessidade de ser forte e corajosa para enfrentar a situação. Reforcei a necessidade de encarar o tratamento para conseguir cuidar de sua filha.

A paciente foi embora caminhando. Disse que ia pensar na possibilidade de internação para tratamento. Passaram-se algumas horas e a adolescente chegou à base do atendimento pré-hospitalar, carregando malas e referindo que estava pronta para fazer o tratamento. Levei a paciente para a emergência do hospital geral da região, onde a paciente foi internada.

#### História da Doença Progressiva

Sem antecedentes pessoais de doenças psiquiátricas ou clínicas. Única internação para realização de parto natural há 4 meses. Desconhecia histórico de doenças na família.

#### Parecer do Esposo

J. S. 24 anos, branco, ajudante de granja. Em conversa, as informações relatadas eram convergentes com as da paciente. Referiu que a esposa não aceitava ajuda, que a convivência entre eles estava

muito difícil, que ela negligenciava a filha, que a família dela não participava do cuidado ou ajuda, que ela provocava o vômito sempre que comia e que seguidamente desmaiava. Referiu que o bebê nasceu prematuro, com baixo peso e ficou 2 meses internado em uma UTI neonatal, mas que, no momento, estava com peso adequado e alimentando-se com bebida láctea de complementação. Apresentava humor deprimido, apatia, sentimento de desesperança e cansaço frente à situação vivida. Conversei e realizei escuta qualificada. Orientei que procurasse auxílio psicológico na unidade de saúde de sua comunidade para enfrentar a situação com a esposa. Indiquei que buscasse apoio espiritual, familiares e amigos.

## Discussão

O relato descreve o caso de uma adolescente de 18 anos que, no puerpério, assumiu um comportamento característico de AN e BN. Recusa a alimentação e apresenta grande distorção da imagem corporal. Alimenta-se compulsivamente de frutas e, logo após a ingestão, provoca o vômito. Tem uma filha de 4 meses que negligencia. Sem apoio familiar, somente do esposo. Possivelmente esse quadro já existia antes da gravidez, porém foi agravado devido a mudanças biológicas e psicológicas relacionadas à gravidez e ao nascimento da filha.

O emagrecimento extremo e a caquexia são condizentes com um quadro de desnutrição grave. Fatores como anemia, deficiência nutricional, desnutrição, instabilidade emocional e familiar, observados no caso, estão associados a complicações gestacionais, e atribuem vulnerabilidades e riscos. A desnutrição, provocada pela anorexia, somada ao fator idade, podem ter diminuído o fluxo transplacentário, provocado o retardo no crescimento intrauterino e o baixo peso ao nascer do lactente. A alimentação é uma necessidade humana básica e qualquer problema associado a ela deve ser identificado pelos enfermeiros para que um plano terapêutico seja instaurado de maneira a reverter situações de saúde futuras, tanto da adolescente, quanto da sua filha, .

A negligência da paciente com relação à filha demonstra o distanciamento afetivo que é frequente em casos com AN. Os relacionamentos afetivos em casos de AN são substituídos por sentimentos negativos que, por muitas vezes, são incontroláveis. Essas emoções provocam inquietação e ansiedade, com posterior isolamento social, também, vivenciados pela adolescente.

A alteração da imagem corporal da paciente ultrapassa a realidade. Geralmente os anoréxicos buscam alternativas como uso de sites na internet para incentivo de práticas de indução ao vômito, reforço do emagrecimento e estímulo da queima calórica. Esses fatores acabam fortalecendo a ideia de negação da doença e de recusa do tratamento, comuns em casos de transtornos alimentares. A queima de calorias, através de atividades físicas, em casos de anorexia deve ser cautelosa, já que há pouca reserva calórica.

Estudos sobre cuidado pré-hospitalar em caso de transtorno alimentar e geralmente são inexistentes, porém, geralmente, são esses atendimentos que se exigem maior sensibilidade e conhecimento para a identificação de casos graves e o manejo adequado. Algumas alterações clínicas apresentadas neste caso são determinantes da AN: ressecamento da pele, alopecia, episódios de síncope, diminuição da motilidade intestinal e diminuição dos caracteres sexuais secundários, dentre outras. A internação hospitalar é imprescindível para se reestabelecer os padrões clínicos em casos como o da adolescente apresentada. A hospitalização deve ser breve quando presentes parâmetros como: IMC menor que 14 kg/m<sup>2</sup>, hipotensão arterial grave, bradicardia, hipoglicemia, desidratação e desnutrição grave. Ao identificar esses sinais, devem-se avaliar também alguns determinantes de ordem psíquica, desde a falta de adesão ao tratamento

ambulatorial, até quadros como depressão, risco de suicídio ou autoagressão .

Em casos como o descrito, a enfermeira está em uma posição importante para orientar os pacientes sobre escolhas alimentares saudáveis ou para adquirir um peso adequado. Assim, serão identificados os problemas existentes e, posteriormente, será desenvolvido um plano de intervenções. A identificação precoce de problemas potenciais ou reais é a melhor maneira de evitar problemas graves no futuro.

No primeiro momento, as informações devem ser reunidas através da avaliação inicial e do exame físico, assim como no caso apresentado. Após esta avaliação inicial, a enfermeira é capaz de levantar os diagnósticos que direcionarão o plano de intervenções. Para o estudo de caso em discussão foi possível identificar os diagnósticos de enfermagem: 1. Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais; 2. Déficit no autocuidado para alimentação; e 3. Processos familiares disfuncionais

Quando o problema alimentar está além da prática da enfermagem, é necessário consultar com um médico. Se o problema pode ser resolvido, o enfermeiro pode dar continuidade ao plano em colaboração com um nutricionista e um psicólogo, selecionando as intervenções de enfermagem adequadas e mantendo o monitoramento do paciente para avaliar a eficácia do plano de cuidados. Em caso de desnutrição grave, o paciente necessitará de tratamento com um médico, que poderá prescrever medidas que garantam a nutrição adequada, como a alimentação por sonda enteral, por exemplo. Na fase de planejamento, serão selecionadas intervenções de enfermagem coerentes com o caso para maximizar a capacidade funcional da paciente e promover sua nutrição ideal. Outros profissionais de saúde serão consultados para adotar intervenções que reflitam as necessidades da paciente e a família será envolvida em todas as etapas .

No caso em discussão, as intervenções de enfermagem para o controle dos distúrbios alimentares incluem: 1) Orientações para a paciente: realizar a alimentação sentada e acompanhada, cheirar os alimentos antes das refeições para estimular o apetite, ingerir água após os alimentos, realizar as refeições lentamente, postergar a alimentação ao sentir-se fatigada, fixar um peso-alvo, estabelecer a quantidade desejada de aumento diário de peso, consultar um psicólogo e realizar acompanhamento, consultar um nutricionista para determinar a ingestão calórica diária necessária para atingir e/ou manter o peso-alvo, monitorar o peso, a ingestão, a eliminação de líquidos e alimentos. 2) Orientações para a família: observar a paciente durante e após as refeições para garantir que foi alcançada e mantida a ingestão adequada, acompanhar a paciente ao banheiro após as refeições, limitar o tempo no banheiro durante os períodos em que não está em observação, criar um ambiente agradável para a paciente durante as refeições e preparar os alimentos conforme a preferência da paciente. 3) Atitudes desenvolvidas pela enfermeira: ensinar e reforçar conceitos de uma boa nutrição, construir uma relação de apoio, estabelecer um acordo comportamental para provocar o aumento de peso desejado, usar técnicas de modificação do comportamento para promover comportamentos que contribuam para aumentar o peso e limitar comportamentos de perda de peso, tomar providências remediadoras em resposta à perda de peso ou ausência de aumento de peso, oferecer apoio à medida que a paciente integra novos comportamentos (alimentares, imagem corporal e estilo de vida), limitar a atividade física, providenciar um programa supervisionado de exercícios, auxiliar a paciente a desenvolver uma autoestima compatível com um peso corporal saudável, instituir um programa de tratamento e atendimento de acompanhamento a ser aplicado em casa .

Ainda, algumas orientações nutricionais à paciente para o ganho de peso incluem: comer frequentemente pequenas porções e alimentos, comer junto a outras pessoas, ingerir alimentos ricos em calorias, ingerir alimentos nutritivos entre as refeições (como queijos duros, batidas com

leite e castanhas), disfarçar as calorias extras enriquecendo os alimentos com leite em pó, suco de carne e molhos, enfeitar os alimentos com queijo ralado ou em pequenos pedaços, iscas de carne, castanhas ou uvas e descansar após consumir alimentos .

Além das intervenções para o controle de distúrbios alimentares e as orientações nutricionais, o sistema de apoio também deverá ser reforçado. Por isso, algumas intervenções de enfermagem incluirão ações como: determinar a adequação das redes sociais de apoio existentes, identificar o grau de apoio da família e o suporte financeiro da família, determinar os sistemas de apoio em uso, bem como as barreiras ao uso do sistema de apoio, encorajar as relações com pessoas com interesses e metas em comum, encaminhar a grupo de autoajuda, oferecer serviços de maneira carinhosa e apoiadora, envolver a família e/ou pessoas importantes no planejamento e no cuidado<sup>19</sup>.

Geralmente, o tratamento da AN é muito difícil, pois consiste em fazer com que a pessoa se estabilize em um peso saudável e que faça acompanhamento psicológico para tratar os problemas de origem. Não há um modelo adequado para se restabelecer o estado clínico, nutricional e psicológico do paciente. O tratamento exige que se busquem estratégias e modelos terapêuticos adequados à singularidade de cada caso com a integração dos familiares. Existem diversos modelos de programas que serão do tipo impositivo ou tolerante e o manejo será conduzido por uma equipe multidisciplinar , .

O suporte terapêutico será realizado através da terapia cognitivo comportamental, terapia familiar ou terapia de grupo . Nos grupos de apoio, os pacientes compartilham suas experiências vividas durante a doença. Nestes espaços, a abordagem da equipe multidisciplinar deve estabelecer um espaço seguro para as novas experiências e vivências corporais que acompanham o restabelecimento dos limites .

A garantia de sucesso no cuidado ao indivíduo com AN e BN está no relacionamento com o profissional, que se caracteriza como elemento essencial para a adesão aos atendimentos. É importante que se estabeleça vínculo de confiança entre profissional e paciente, relação próxima e de não julgamento , que deve ser iniciada principalmente no primeiro contato, ou seja, no atendimento pré-hospitalar. Alguns cuidados oferecidos pelo profissional são essenciais para o tratamento, como: a atenção, o respeito, a empatia e a escuta . Os pacientes, a família e a equipe necessitam ter paciência e persistência. O estímulo através de palavras que tragam esperança também serão fatores terapêuticos de apoio fundamentais . O reconhecimento de que existem caminhos possíveis para atenuar ou solucionar os problemas produz alívio do sofrimento e incrementa a autoestima rebaixada.

### **Conclusão**

O presente estudo apresenta um caso de atendimento pré-hospitalar de uma adolescente com transtornos alimentares e fornece evidências do quão difícil é o manejo e o quanto os transtornos alimentares podem desencadear problemas importantes.

Para o perfil de paciente apresentado é muito importante que se estabeleça um forte elo profissional-paciente que tem de ser estabelecido, muitas vezes, em apenas um contato. Em casos de atendimento pré-hospitalar à paciente com transtorno alimentar, após o estabelecimento do vínculo, a avaliação inicial e o exame físico, o profissional deve ser capaz de identificar os diagnósticos de enfermagem e desenvolver um plano de intervenções junto ao paciente e seus familiares. Os casos graves e que necessitam de internação hospitalar devem ser identificados com agilidade para minimizar as consequências.

As intervenções de enfermagem permearão temáticas como a alimentação e a nutrição saudável e a fortificação da rede de apoio. Esses cuidados deverão ser introduzidos gradualmente na vida da paciente.

Os profissionais de enfermagem que trabalham com atendimento pré-hospitalar devem compreender e aprofundar o conhecimento sobre as manifestações clínicas, as consequências e o manejo dos pacientes com transtornos alimentares, para que a implementação de medidas terapêuticas se definam com maior facilidade, favorecendo assim o prognóstico e o tratamento da doença.

## Referências

- <sup>1</sup> Organização Mundial de Saúde. CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.
- <sup>2</sup> Hay PJ. Understanding bulimia. *Australian Family Physician* 2007;36(9):708-31.
- <sup>3</sup> American Psychiatric Association. Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (DSM - IV). Lisboa: Climepsi, 1996.
- <sup>4</sup> Keski-Rahkonen A, Hoek HW, Linna MS, Raevuori A, Shivola E, Bilik CM et al. Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. *Am J Psychiatry*. 2007;164(8):1259-65.
- <sup>5</sup> Dupont ME; Corcos M. Psychopathology in eating disorders: new trends. *La Revue du Praticien*, 2008;58(2):141-9.
- <sup>6</sup> Schmidt E; Mata GF. Anorexia nervosa: uma revisão. *Fractal : Revista de Psicologia*, 2008;20(2),387-400.
- <sup>7</sup> Oliveira EA; Santos MA. Perfil psicológico de pacientes com anorexia e bulimia nervosas: a ótica do psicodigagnóstico. *Medicina*, 2006;39(3):353-60.
- <sup>8</sup> Gonçalves JÁ; Moreira EAM; Trindade EBSM; Fiates GMR. Transtornos alimentares na infância e na adolescência. *Revista Paulista de Pediatria*, 2013;31(1):96-103.
- <sup>9</sup> Bomba M, Riva A, Veggo F, Grimaldi M, Morzenti S, Neri F, et al. Impact of speed and magnitude of weight loss on the development of brain trophic changes in adolescents with anorexia nervosa: a case control study. *Ital J Pediatr*. 2013;19;39:14.
- <sup>10</sup> Assumpcao CL; Cabral MD. Complicações clínicas da anorexia nervosa e bulimia nervosa. *Rev. Bras. Psiquiatr*. 2002;24(3)29-33.
- <sup>11</sup> Palma R; Fernanda M; Santos JE; Ribeiro RPP. Hospitalização integral para tratamento dos transtornos alimentares: a experiência de um serviço especializado. *J. Bras. Psiquiatr*. 2013;62(1):31-7.
- <sup>12</sup> Miller KK, Grinspoon SK, Ciampa J, Hier J, Herzog D, Kimbamki A. Medical findings in outpatients with anorexia nervosa. *Arch Intern Med*. 2005;165(5):561-6.
- <sup>13</sup> Aquino-Cunha M; Queiroz-Andrade M; Tavares-Neto J; Andrade T. Gestaçao na Adolescência: Relaçao com o Baixo Peso ao Nascer. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*. 2002;24(8):513-9.



- <sup>14</sup> Hoque M, Hoque S. Comparison of perinatal and obstetrics outcomes among early adolescents, late adolescents and adult pregnant women from rural South Africa. *East Afr J Public Health*. 2010;7(2):171-6.
- <sup>15</sup> World Health Organization (WHO). Young people's health: a challenge for society. Report of WHO Study Group on young people and "health for all by the year 2000". Geneva: WHO; 1986. (Technical Report Series; 731)
- <sup>16</sup> Queiroz SS, Nóbrega FJ. Desnutrição intra-uterina. In: Nóbrega FJ. Distúrbios da nutrição. Rio de Janeiro: Revinter; 1998.
- <sup>17</sup> Nery FG; Teixeira-Jr AL; Miranda GV; Daker MV. Anorexia nervosa e gravidez: relato de caso. *Rev. Bras. Psiquiatr*. 2002;24(4):186-8.
- <sup>18</sup> Nery FG, Teixeira-Jr AL, Miranda GV, Daker MV. Anorexia nervosa e gravidez: relato de caso. *Rev. Bras. Psiquiatr*. 2002;24(4):186-8.
- <sup>19</sup> Oliveira-Cardoso EA; Santos MA. Avaliação psicológica de pacientes com anorexia e bulimia nervosas: indicadores do Método de Rorschach. *Fractal: Revista de Psicologia*, 2012;24(1):159-74.
- <sup>20</sup> Cosenza, D. (2008). *Il muro dell'anoressia*. Roma: Ubaldini.
- <sup>21</sup> Moreira LC. Anorexia nervosa e exercícios: questões éticas envolvendo profissionais de educação física. *Rev. Bioét*. 2014;22(1):145-51.
- <sup>22</sup> Saito JT; Fagundes-Neto U. Anorexia Nervosa. *The Electronic Journal of Pediatric, Gastroenterology, Nutrition and Liver Diseases*, 2004;8(3).
- <sup>23</sup> Potter P. Fundamentos de enfermagem. Elsevier Brasil, 8ª Edição, 2014.
- <sup>24</sup> Bulechek GM; Butcher HK; Dochterman JM. NIC Classificação das intervenções de enfermagem. Elsevier Health Sciences Brazil, 5ª Edição, 2010.
- <sup>25</sup> Vitolo MR. Nutrição—da gestação ao envelhecimento. Editora Rubio, 2014.
- <sup>26</sup> Val AC; Cunha CF; Ferreira RA; Carvalho MB. Um caso de anorexia nervosa: a condução do tratamento. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam*. 2014;17(3):485-500.
- <sup>27</sup> Fairburn CG. Evidence-based treatment of anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*. 2005; 37 Suppl:S26-30; discussion S41-2.
- <sup>28</sup> Vilanova A; Figueiredo AC. 'La Comunitá La Vela': a psychoanalytically oriented approach to eating disorders. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam*. 2012;15(3):704-17.
- <sup>29</sup> Alvarenga M; Larino MA. Terapia nutricional na anorexia e bulimia nervosas. *Rev. Bras. Psiquiatr*. 2002;24(3):39-43.
- <sup>30</sup> Cañete MCV; Vitalle MSS; Silva FC. Anorexia nervosa: estudo de caso com uma abordagem de sucesso. *Fractal : Revista de Psicologia*, 2008;20(2):377-86.
- <sup>31</sup> Campana ANNB; Tavares MCGCF, Garcia JC. Preocupação e insatisfação com o corpo, checagem e evitação corporal em pessoas com transtornos alimentares. *Paidéia*, 2012;22(53):375-81.

<sup>32</sup> Walker S; Lloyd C. Issues experienced by service users with an eating disorder: A qualitative investigation. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 2011;18(10):542-50.

<sup>33</sup> Williams M; Leichner P. More training needed in eating disorders: A time cohort comparison study of Canadian psychiatry residents. *Eating Disorders*, 2006;14(4):323-34.

<sup>34</sup> Santos MA; Scorsolini-Comin F; Gazignato ECS. Aconselhamento em saúde: fatores terapêuticos em grupo de apoio psicológico para transtornos alimentares. *Estud. psicol. (Campinas)* 2014;31(3):393-403.

### Apêndices

**Imagem 1.** Primeiro atendimento. Observa-se caquexia, ressecamento da pele e proeminências ósseas.



Fonte: autora

**Imagem 2.** Segundo atendimento. Observa-se caquexia e ressecamento da pele. Quando comparada a Imagem 1, observamos maior visualização de proeminências ósseas.



Fonte: autora

**Submissão: 11/09/2020**

**Aceite: 10/07/2021**