

# Perturbações Alimentares em Portugal: Padrões de Utilização dos Serviços

Paulo P. P. Machado \*

Isabel Soares \*

Daniel Sampaio \*\*

António Roma Torres \*\*\*

José Pinto Gouveia \*\*\*\*

Cristina Villares Oliveira \*\*\*\*\*

&

COST B-6 - Portugal <sup>(1)</sup>

## Resumo

As perturbações alimentares (anorexia nervosa e bulimia nervosa) são problemas psicopatológicos sérios que afectam principalmente as mulheres jovens. Neste âmbito, Portugal participou num projecto de investigação de europeu, enquadrado nas acções do COST — Cooperation on Science and Technology, sobre a eficácia da psicoterapia das perturbações alimentares, a Acção COST-B6.

O presente artigo apresenta uma caracterização dos utentes que recorreram a um destes centros de tratamento especializado no Norte, Centro ou Sul do país, durante o período do estudo. Durante o estudo 170 pacientes do sexo feminino, diagnosticados com uma Anorexia Nervosa ou Bulimia Nervosa de acordo com os critérios de diagnóstico do DSM-IV, iniciaram o tratamento neste período. Os pacientes responderam a vários instrumentos de avaliação clínica antes do início do tratamento. Os resultados mostraram que uma proporção considerável dos utentes é jovem e que os índices de gravidade dos sintomas demonstram um considerável comprometimento do nível de funcionamento esperado. Tal como esperado os pacientes com perturbação do comportamento alimentar apresentam resultados, nas escalas de avaliação das perturbações alimentares, superiores aos da população normal, confirmando a gravidade dos sintomas no momento da amissão ao tratamento. Curiosamente, os pacientes bulímicos tendem a apresentar resultados mais elevados nestas escalas clínicas, sugerindo um nível mais elevado nível de sofrimento subjectivo. Por último, a proporção dos pacientes com bulimia nervosa e anorexia nervosa que se apresentaram ao tratamento são semelhantes, o que poderá sugerir que um número significativo de pacientes bulímicos não recebe tratamento especializado.

## Introdução

As perturbações alimentares (anorexia nervosa e bulimia nervosa) são problemas psicopatológicos sérios que afectam principalmente as mulheres jovens. O DSM-IV (APA, 1994) estima uma prevalência da anorexia nervosa entre 0,5 a 1% para mulheres no final da adolescência e jovens adultas. Uma revisão recente da literatura (Hoek, 2002) aponta como dados prováveis para a incidência da anorexia nervosa pelo menos 8 por 100000/ano e para a bulimia nervosa 13 por 100000/ano. A taxa de incidência em mulheres dos 15 aos 24 anos, o grupo de maior risco, tem aumentado ao longo dos últimos 50 anos. Estudos realizados sobre a prevalência destas perturbações em vários países Europeus apresentam dados de admissão hospitalar de, aproximadamente, 5 por cada 100 000 habitantes (COST B6, 1994). Investigações com populações de risco — habitualmente estudantes do sexo feminino — estimam uma frequência de 10% para bulimia nervosa e aproximadamente 1% para anorexia nervosa.

Os dados epidemiológicos em Portugal são escassos (c.f., Machado, 2003). O primeiro estudo publicado em Portugal foi realizado Azevedo e Ferreira (1992) nos Açores. Os autores entrevistaram 580 homens e 654 mulheres estudantes dos 12 aos 20. Os autores relataram 2 casos de Bulimia Nervosa e 6 casos de Bulimia Nervosa e concluíram que a prevalência de perturbações do comportamento alimentar nos Açores era muito baixa tendo estimado uma prevalência total de 0,64% quando os síndromes parciais eram considerados.

Um outro estudo realizado por Carmo e colaboradores (1996) utilizou um questionário para avaliar 2,422 mulheres da área de Lisboa com idades compreendidas entre os 103 os 21 anos. Baseados nas respostas dos sujeitos, os autores estimaram uma prevalência de 0,4% para anorexia nervosa e 12,6% para síndromes parciais. Um estudo semelhante junto da população universitária feminina (735 estudantes) revelou a presença de Bulimia Nervosa em 3% das estudantes. Mais recentemente, Carmo e colaboradores (1999) num estudo junto de 2,398 alunas do ensino secundário das áreas de Lisboa e Setúbal estimaram a prevalência de 0,37% para a Anorexia Nervosa e 12,6% para síndromes parciais.

Pocinho (1999) avaliou 549 estudantes do ensino secundário e superior (224 homens e 325 mulheres) com idades compreendidas entre os 12 e os 22 anos, da área de Coimbra. Baseado nas respostas de auto-relato das participantes do sexo feminino o autor estimou uma prevalência de 0,6% para a anorexia nervosa, 1,2% para a bulimia nervosa e 19% para perturbações do comportamento alimentar sem outra especificação.

Por fim, um estudo realizado no norte do país junto de 486 estudantes universitárias em dois *campus* universitários revelou que 25% das participantes apresentavam um peso inferior ao normal. O desejo de perder peso caracterizava 70% das participantes, destas apenas 7% tinha um peso superior ao normal e 19% tinha um peso inferior ao normal. Quando foi inquirida a presença de possíveis casos de perturbação alimentar 29 participantes relatavam cumprir os critérios de diagnóstico para a bulimia nervosa, 50 de perturbação de ingestão alimentar compulsiva e 1 caso parcial de anorexia nervosa (Machado, et al., no prelo)

Embora todos os estudos referidos anteriormente tenham algumas limitações metodológicas, nomeadamente, ausência de amostras representativas a nível nacional, entrevistas para confirmação de diagnóstico, os dados parecem apontar para números semelhantes aos de outros países europeus. Paralelamente, os três principais centros de tratamento de perturbações do comportamento alimentar relatam um número crescente de casos atendidos ao longo dos anos noventa.

Um estudo mais recente realizado em duas etapas junto de uma amostra representativa da população escolar portuguesa entre os 13 e os 18 anos aponta para dados de prevalência da anorexia nervosa comparáveis aos encontrados em outros países ocidentais (c.f., Machado, et al., 2003).

Neste contexto, Portugal participou numa investigação de âmbito europeu e transnacional, enquadrado nas acções do COST — Cooperation on Science and Technology (c.f., Machado & Soares, 2000). O COST constitui uma estrutura para a cooperação científica e tecnológica na Europa, que é apoiada pela União Europeia. No âmbito das várias linhas de acção do COST, a linha B é destinada a apoiar a investigação científica no domínio das ciências da saúde. O projecto de investigação sobre



a eficácia da psicoterapia das perturbações alimentares constitui a Acção B6.

A Acção B6 envolveu o desenvolvimento de instrumentos standardizados para avaliar a sintomatologia das perturbações alimentares num primeiro momento e ao longo de um período de dois anos e meio e, para além destes outros, destinados a medir os componentes da gestão e intervenção clínicas. Em particular, esta Acção está dirigida para os seguintes alvos: avaliar os efeitos da psicoterapia; modelar estatisticamente a relação entre esforço terapêutico (custo) e sucesso da intervenção; identificar factores relativos à quantidade de tratamento que os pacientes necessitam; identificar factores de risco para a evolução a longo prazo das perturbações.

Para além destes objectivos gerais, o incentivo à cooperação científica transnacional na União Europeia constitui uma dimensão organizadora da Acção. Neste sentido, este projecto pretende constituir-se como uma oportunidade para o desenvolvimento da investigação científica dentro de cada país, em particular, através da realização concertada de estudos ao nível nacional.

A Acção B6 procurou estimular a investigação que está a ser conduzida nos várias unidades de tratamento das perturbações alimentares de cada país, através da introdução de um modelo de avaliação sistemática e concertada quer da psicopatologia, quer das formas de tratamento oferecidas nas instituições. Desta forma, procura-se incentivar a investigação multi-centro e multi-disciplinar das perturbações do comportamento alimentar.

No início da Acção B6 do COST, em 1994, estavam integrados oito países — Alemanha, Inglaterra, Finlândia, República Checa, França, Espanha, Itália e Hungria. Ao longo dos anos seguintes, outros países passaram a participar, designadamente, Suécia, Holanda, Suíça, Dinamarca, Bélgica, Roménia, Polónia, Bulgária, Islândia, Noruega e Portugal. Em 1997, com a adesão de Portugal e da Noruega, o projecto passou a integrar 19 países.

Em Portugal, aderiram ao projecto quatro unidades de tratamento das perturbações alimentares, embora também essa adesão tenha ocorrido em tempos diferentes. Os dados começaram a ser recolhidos pela equipa de Lisboa, depois no Porto e, por último nas duas unidades de Coimbra. Estas

quatro equipas representam as unidades hospitalares de referência no tratamento das perturbações alimentares em Portugal.

O presente artigo apresenta uma caracterização dos utentes que recorreram a um destes centros de tratamento especializado no Norte, Centro ou Sul do país, num determinado espaço de tempo.

## Método

### Sujeitos

Durante o estudo 170 pacientes do sexo feminino, diagnosticados com uma Anorexia Nervosa ou Bulimia Nervosa de acordo com os critérios de diagnóstico do DSM-IV, iniciaram o tratamento entre o período compreendido entre Outubro de 1997 e Dezembro de 1999. Todos os sujeitos foram diagnosticados por um dos membros da equipa de especialistas, e deram consentimento informado para participação no estudo.

### Instrumentos

Eating Disorders Inventory (EDI; Garner, Olmsted & Polivy, 1983): O EDI é um instrumento de 64 itens para medir atitudes e comportamentos relacionados com a alimentação. Os sujeitos respondem a um formato de escolha forçada de 6 opções determinando até que ponto cada item se aplica ao seu caso. As opções variam entre "sempre" e "nunca". A resposta mais extrema que se aproxima da perturbação alimentar recebe uma cotação de 3, a anterior 2, e a próxima 1. As outras respostas não recebem cotação. Os resultados das sub-escalas são obtidos somando as cotações dos itens respectivos. A versão portuguesa do EDI foi traduzida para efeitos de investigação pela equipa do Hospital de Santa Maria em Lisboa e demonstrou ter características psicométricas ajustadas (c.f., Machado, Gonçalves, Martins & Soares, 2001).

Symptom Checklist 90-R (Derogatis, 1977) é uma medida de auto-relato desenvolvida para avaliar padrões de sintomas psicológicos junto de indivíduos com vários tipos de psicopatologia. Compreende três escalas globais (i.e., Índice de Gravidade Geral, Índice de Perturbação Sintomática Positiva, e Total de Sintomas Positivos) e nove escalas de sintomas (i.e., somatização, obsessão-compulsão, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade,

hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranoide e psicoticismo). A escala demonstrou excelente fiabilidade, validade e sensibilidade numa variedade de contextos nomeadamente em intervenções psicoterapêuticas.

**Questionário do Paciente (PQB-COST-B6):** é um questionário de auto relato sobre sintomas e características associadas às perturbações do comportamento alimentar desenvolvido no contexto do projecto europeu sobre a eficiência dos tratamentos psicoterapêuticos para as perturbações alimentares no qual Portugal participou (c.f., Machado & Soares, 2000).

**Procedimento**

Todos os pacientes, que recorreram a um dos centros durante o período do estudo, responderam inicialmente a uma folha de triagem. Esta folha tinha como objectivo de documentar todos os potenciais candidatos para o estudo que procuraram ajuda

profissional numa certa instituição durante um certo período de tempo. Foram critérios de inclusão no estudo os pacientes apresentarem sintomas considerados pelo DSM-IV como relevantes para o diagnóstico de bulimia ou anorexia nervosa durante os três meses anteriores à entrevista, e não apresenta perturbação mental que impedisse de completar os questionários. Os restantes instrumentos foram preenchidos completos não mais de uma semana após o início do tratamento.

**Resultados**

Dos 170 participantes diagnosticados com uma perturbação do comportamento alimentar, 75 tinham um diagnóstico de Anorexia Nervosa (36 em Lisboa, 30 no Porto e 9 em Coimbra) e 87 tinham um diagnóstico de Bulimia Nervosa (55 em Lisboa, 24 no Porto, e 8 em Coimbra), e 8 apresentavam uma perturbação do comportamento alimentar sem outra especificação (6 no Porto e 2 em

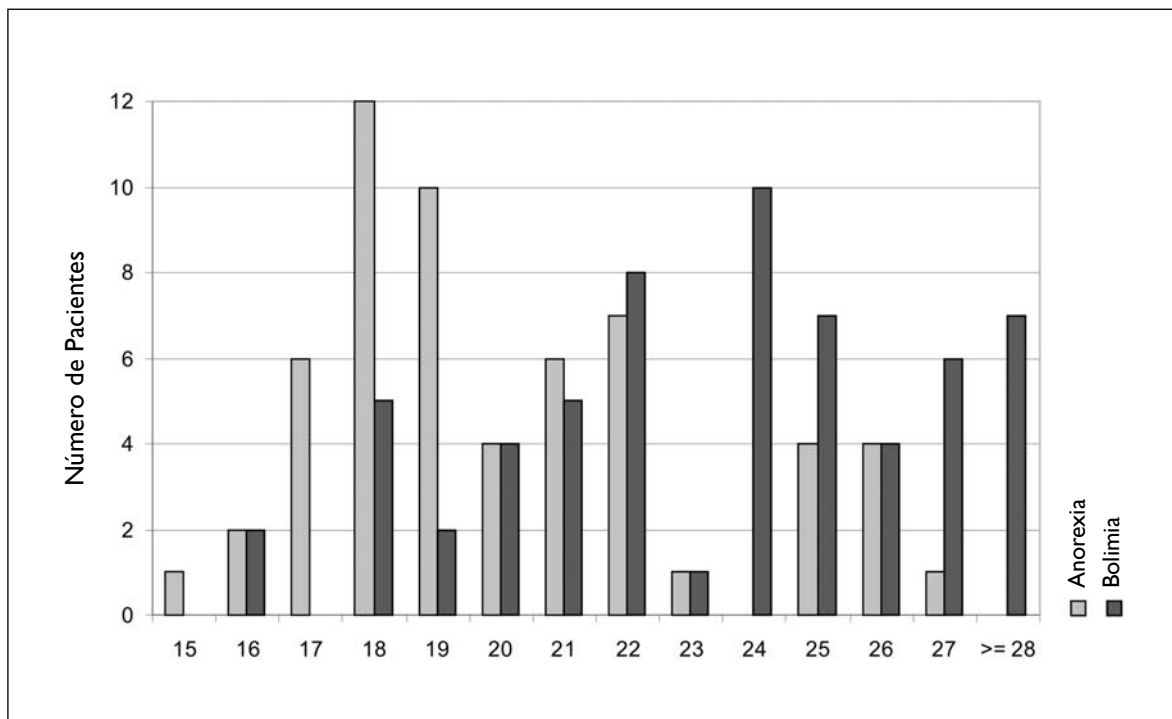


Figura 1: Distribuição das idades dos sujeitos que recorreram a tratamento segundo categoria de diagnóstico



Coimbra). Dos 75 casos (41,7%) diagnosticados com Anorexia Nervosa, 59 (32,8%) eram de subtipo restritivo e 16 (8%) de subtipo ingestão compulsiva purga; dos 87 (48,3%) diagnosticados com Bulimia Nervosa, 78 (43,3%) eram de subtipo purgativo e 9 (5%) de subtipo não-purgativo.

A figura 1 apresenta a distribuição da idade dos sujeitos, na altura da primeira consulta, em função do diagnóstico clínico.

Dos 75 pacientes anorécticos, 27 (36%) tinham recebido tratamento anterior para alguma dificuldade psicológica, e duas já tinham recebido tratamento anteriormente para uma perturbação do comportamento alimentar; 14 (18,7%) relataram terem estado incapacitadas para trabalho no ano anterior ao da admissão e 10 (13,3%) tiveram uma tentativa de suicídio enquanto que 11 (14,7%) relataram comportamento de auto-mutilação.

Dos 87 pacientes bulímicos, 38 (43,7%) já tinham recebido tratamento anteriormente para alguma dificuldade psicológica, e 17 (19,5%) tinham recebido

tratamento anterior para uma perturbação do comportamento alimentar; 18 (20,7%) referiram ter estado incapacitadas para trabalho no ano anterior ao da admissão, 15 (17,2%) relataram uma tentativa de suicídio enquanto que 27 (31%) descreveram comportamentos de auto-mutilação.

A Tabela 1 apresenta os resultados médios do Inventário das Perturbações Alimentares (EDI) obtidos pelos pacientes no momento da admissão em função do diagnóstico. Os pacientes com perturbação do comportamento alimentar obtiveram resultados mais elevados do que a população não clínica em todas as subescalas ( $p < 0,05$ ) e os pacientes com bulimia nervosa tendem a ter resultados mais elevados do que os pacientes com anorexia nervosa nas sub-escalas de Impulso para a Magreza, Bulimia e Insatisfação Corporal.

A Tabela 2 apresenta os resultados médios do SCL-90-R obtidos pelas pacientes no momento de admissão ao tratamento. Os resultados médios obtidos pelos dois grupo de diagnóstico não se diferenciam significativamente.

Tabela 1: Resultados das sub-escalas e totais dos pacientes com Anorexia e Bulimia Nervosa. Os dados da população não clínica são apresentados para efeito de comparação

Sub escala EDI	Anorexia Nervosa M (SD)	Bulimia Nervosa M (SD)	Amostra feminina não clínica * M (SD)
Impulso para magreza	11,6 (7,9)	17,2 (6)	3,2 (4,7)
Bulimia	2,1 (3,8)	11,2 (6,2)	1,1 (2,2)
Insatisfação corporal	11,5 (6,8)	15,5 (8,1)	5,7 (6,3)
Ineficácia	8,5 (7)	11,5 (8,2)	1,6 (2,7)
Perfeccionismo	6,1 (3,8)	6,8 (4,2)	4,6 (3,6)
Desconfiança Interpessoal	6,4 (4,3)	5,5 (4,6)	2,9 (3,1)
Consciência Interoceptiva	9 (6,6)	10,6 (5,4)	3,1 (4,1)
Medo da maturidade	8,1 (5,1)	6 (4,9)	4,8 (3,7)
Total	63,2 (30,4)	84,4 (29,4)	26,9 (18,6)

\* Machado et al. 2001

Tabela 2: Resultados das sub-escalas e totais dos pacientes com Anorexia e Bulimia Nervosa.

Sub escala SCL 90-R	Anorexia Nervosa M (SD)	Bulimia Nervosa M (SD)
Somatização	1,5 (0,8)	1,9 (0,8)
Obsessivo compulsivo	1,7 (0,8)	2,1 (0,8)
Sensibilidade interpessoal	2 (0,8)	2,1 (0,9)
Depressão	1,9 (0,8)	2,1 (0,7)
Ansiedade	1,5 (0,9)	2 (0,8)
Hostilidade	1,7 (1)	1,8 (0,9)
Ansiedade fóbica	0,9 (0,8)	1 (0,8)
Ideação paranoíde	1,4 (0,8)	1,8 (0,8)
Psicoticismo	1,3 (0,6)	1,5 (0,8)
Índice de gravidade geral (GSI)	1,6 (0,7)	1,9 (0,7)

### Discussão

Uma análise das características demográficas dos pacientes observados permite-nos concluir que 50% de todos os pacientes que recorrem aos serviços de tratamento especializado em perturbações do comportamento alimentar têm entre 15 e 19 anos, tornando-se, assim, o grupo mais jovem de utilizadores de serviços de saúde mental. A proporção de pacientes anorécticos e bulímicos é muito semelhante embora os pacientes anorécticos sejam mais jovens que os bulímicos. Uma análise da distribuição das idades dos pacientes mostra um pico para a anorexia aos 18 anos e um pico para a bulimia aos 24 anos.

Os dados relativos ao número de tratamentos anteriores, incapacidade relatada para o trabalho, número de tentativas de suicídio e comportamentos de auto-mutilação indicam um nível elevado de comprometimento funcional destes pacientes.

Relativamente aos sintomas característicos das perturbações do comportamento alimentar, e tal como esperado, os episódios de ingestão alimentar

compulsiva são mais frequentes nos pacientes bulímicos, tal como o são a utilização do vómito e o abuso de laxantes como estratégia de compensação. Em contraste, os pacientes anorécticos utilizam a dieta restritiva e o exercício físico excessivo como mecanismos de controlo do peso.

Tal como esperado os pacientes com perturbação do comportamento alimentar apresentam resultados no EDI superiores aos da população normal, confirmando a gravidade dos sintomas no momento da amissão ao tratamento. Curiosamente, os pacientes bulímicos tendem a apresentar resultados mais elevados nas escalas clínicas do EDI, sugerindo um nível mais elevado nível de sofrimento subjectivo. Ou seja, é possível que os pacientes com bulimia nervosa se sintam mais afectados com os sintomas da perturbação do que os pacientes com anorexia nervosa.

Por último, a proporção dos pacientes com bulimia nervosa e anorexia nervosa que se apresentaram ao tratamento são semelhantes. Se considerarmos que os dados epidemiológicos apontam para uma prevalência claramente superior da bulimia em



relação à anorexia, poderemos especular que um número significativo de pacientes bulímicos não recebe tratamento especializado. Uma explicação alternativa seria que apenas os casos mais graves de bulimia recorrerem a estes centros, enquanto que os menos graves seriam eventualmente tratados noutros locais, ou não receberiam tratamento. Esta alternativa poderia explicar também os resultados mais elevados dos pacientes bulímicos nas escalas de avaliação psicopatológica. Ou seja enquanto que os pacientes anorécticos representam relativamente bem a amostra comunitária os pacientes bulímicos que recorrem a este serviço tendem a estar colocados no extremo superior do contínuo de gravidade dos sintomas.

Em resumo, este estudo enfatiza a gravidade clínica da grande maioria dos pacientes com per-

turbações do comportamento alimentar que recorrem a centros e serviços de tratamento especializado. A distribuição dos diversos diagnósticos clínicos e os resultados obtidos nas escolas de avaliação clínica sugere que apenas os casos mais graves recebam ajuda ou tratamento especializado. A idade média dos pacientes sugere tratar-se do grupo mais jovem dentro dos utilizadores de serviços de saúde mental, se aliarmos este dado ao grau de gravidade do comprometimento funcional estamos provavelmente face a um dos mais graves problemas de saúde pública dentro desta faixa etária. No entanto, são necessários estudos epidemiológicos a nível nacional, para se poder ter uma clara visão da extensão do problema e planear a adequação dos serviços às reais necessidades da população.

## Referências

- Azevedo, M. H. P. d., & Ferreira, C. P. (1992). Anorexia nervosa and bulimia: A prevalence study. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 86, 432-436.
- Carmo, I. d., Reis, D., Varandas, P., Bouça, D., Santo, D. P., Neves, A., André, I., D. Sampaio, & Galvão-Teles, A. (1996). Prevalence of anorexia nervosa: a Portuguese population study. *European eating disorders review*, 4, 157-170.
- Carmo, I., Reis, D., Varandas, P., Bouça, D., Padre-Santo, D., Neves, A., André, I., Sampaio, D., & Galvão-Teles, A. (1999). Epidemiologia da anorexia nervosa: Prevalência da Anorexia Nervosa em adolescentes do sexo feminino nos distritos de Lisboa e Setúbal. *Acta Médica Portuguesa*, 12, 301-316.
- Derogatis, (1977): *The SCL-90 Manual*. Baltimore, MD: John Hopkins University
- Garner, D. M., Olmsted, M. P. & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional Eating Disorder Inventory wfor anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorder*, 2, 15-34.
- Gonçalves, S., Machado, P. P., Martins, C., & Soares (1999, Junho). *The prevalence of eating disorders in a Portuguese female college population*. Poster presented at the 30th annual meeting of the Society for Psychotherapy Research, Braga, Portugal
- Hoek, H. W. (2002) *Distribution of eating disorders*. In C. G. Fairburn & K. D. Brownell (Eds.) *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook* (2nd Ed). New York: Guilford.
- Machado P. P. (2003). *Eating Disorders in Portugal: Contribution of possible cultural correlates*. In G. Ruggiero (Ed.) *Eating Disorders in Mediterranean area: An exploration in transcultural psychology*. New York: NOVA.
- Machado, P. P., & Soares, I. (2000). Avaliação das perturbações do comportamento alimentar: Acção COST b-6 & Akquasi. *Psicologia: Teoria, investigação e prática*, 5, 161-169.
- Machado, P. P., Gonçalves, S., Martins, C., & Soares (2001). Portuguese version of the eating disorders inventory: Evaluation of its psychometric properties. *European Eating Disorders Review*, 9, 43-52.
- Machado, B. C., Gonçalves, S., & Machado P. P. (2003, Outubro). *A two stage epidemiological study of eating disorders in Portugal*. Poster apresentado ao Encontro da Eating Disorders Research Society, Ravello, Itália.
- Machado, P. P., Lameiras, M., Gonçalves, S., Martins, C., Calado, M., Machado, B. C., Rodriguez, C., & Prieto, M. (no prelo). *Eating related problems amongst Iberian female college students*. *International Journal of Clinical and Health Psychology*.
- Pocinho, M. (1999). *Peso, insatisfação corporal, dietas e patologia alimentar*. Tese de Mestrado não publicada. Instituto Miguel Torga.

\* Universidade do Minho, \*\* Universidade de Lisboa, \*\*\* Hospital S. João, Porto, \*\*\*\* HUC - Universidade de Coimbra, \*\*\*\*\* Centro Hospitalar de Coimbra

NOTAS:

(1) As quatro unidades referidas são as seguintes: Núcleo de Doenças do Comportamento Alimentar do Hospital Santa Maria, Lisboa, através da participação de Daniel Sampaio, Isabel do Carmo, Dulce Bouça, António Neves, Teresa Garcia e Maria João Brito; Consulta de Perturbações do Comportamento Alimentar do Departamento de Psiquiatria do Hospital de S. João/FMP-UP com a participação de António Roma Torres, e Isabel Brandão; Consulta de Psicoterapia Cognitivo-Comportamental Coimbra com a participação de José Pinto Gouveia e Ana Paula Matos; Consulta de Perturbações do Comportamento Alimentar do Departamento de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do Centro Hospitalar de Coimbra onde participam Cristina Villares Oliveira, Pio Abreu, Maria José Penzol e Ana Marquiegui.

Este estudo foi parcialmente apoiado por uma bolsa de investigação da Fundação para a Ciência e a Tecnologia (PRAXIS/PCSH/P/PSI/85/96) ao primeiro autor.

---

A correspondência relativa a este artigo deve ser enviada para:

Paulo P. P. Machado, Ph.D.,  
Departamento de Psicologia, Universidade do Minho,  
Campus de Gualtar,  
4700 BRAGA, PORTUGAL,  
email: pmachado@iep.uminho.pt