

Cirurgia plástica e transtornos alimentares

Plastic surgery and eating disorders

Sr. Editor,

A busca por cirurgia plástica e tratamentos médicos cosméticos cresceu nas últimas décadas. Em 2002, 6,6 milhões de americanos buscaram procedimentos estéticos, cirúrgicos ou não, um aumento de 1.600% em uma década. Aumento da mama e rinoplastia cresceram mais de 700% e lipoaspiração 600%, no mesmo período.¹

Contrastando com a importância clínica e estatística, poucos estudos psiquiátricos existem sobre essa população. Napoleon, investigando alterações psiquiátricas em uma população de 133 candidatos à cirurgia plástica, encontrou em cerca de 20% com critérios para diagnósticos do eixo 1 e 70% para eixo 2.² Ao menos um diagnóstico psiquiátrico foi encontrado em 48% dos 415 pacientes japoneses submetidos à cirurgia plástica.³

Esses e outros estudos sugerem que indivíduos que buscam cirurgias plásticas apresentam elevada prevalência de psicopatologia, embora a falta de grupo controle torne os dados pouco conclusivos. A importância do peso e aparência para mulheres permite prever que uma insatisfação corporal terá influência sobre a auto-estima e conseqüente busca de cirurgias cosméticas.⁴ Igualmente, evidencia-se uma estreita correlação entre auto-estima, peso e preocupações com a aparência, com hábitos e transtornos alimentares (TA).

Apesar dessas superposições teóricas, pouca atenção é dada sobre a procura de procedimentos estéticos cirúrgicos por pacientes com TA. A seguir, relatamos um caso de paciente onde esta questão mostrou-se relevante.

Paciente do sexo feminino, 19 anos, trazida por familiares em função de seu comportamento alimentar restritivo e baixo peso há cerca de três anos (1,74 m e 52 quilos, IMC = 17,2). Refere a paciente que conta as calorias de todos os alimentos e, por achar-se obesa, se pesa várias vezes ao dia e faz frequentes consultas ao espelho. Amenorréia há dois anos. Queixa-se da intromissão familiar e irrita-se afirmando que não poderia iniciar tratamento, pois se prepara para uma cirurgia plástica. Submeteu-se a duas lipoaspirações no ano anterior, sendo que na última retirou cerca de 1 litro da região abdominal, pernas e quadril.

Familiares acreditavam que a realização das cirurgias oferecesse o benefício de satisfazer a paciente em relação à sua forma corporal, opinião corroborada pelo cirurgião plástico, apesar do evidente baixo-peso da paciente. A paciente recebeu o diagnóstico de anorexia nervosa e iniciou tratamento multidisciplinar.

Relatos clínicos sugerem que mulheres que buscam cirurgias cosméticas por insatisfação com sua aparência podem apresentar uma melhoria na avaliação da imagem corporal, sintomas depressivos e ansiosos no pós-operatório.⁵ A paciente descrita, porém, mostrava-se insatisfeita com as cirurgias prévias e preparava-se para uma nova lipoaspiração, com a intenção de reduzir o volume abdominal e dos quadris.

Aspecto relevante encontrado é o apoio dos familiares, imaginando que a queixa estética da paciente fosse o real problema e que sua correção cirúrgica levasse à resolução da queixa.

Igualmente curioso que a questão ligada à busca de procedimentos estéticos por pacientes com TA não tenha sido ainda explorada no sentido de diagnosticar o quadro psiquiátrico e evitar cirurgias abusivas, não obstante TA e cirurgias estéticas compartilhem pelo menos dois aspectos – predomínio de mulheres e preocupação com a imagem corporal.

Táki Athanássios Cordás

Ambulatório de Bulimia e Transtornos Alimentares (AMBULIM), Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo (SP), Brasil

Financiamento: Inexistente

Conflito de interesses: Inexistente

Referências

1. American Society for Aesthetic Plastic Surgeons. Cosmetic surgery national data bank - 2002 statistic. New York, NY; 2003.
2. Napoleon A. The presentation of personalities in plastic surgery. *Ann Plast Surg.* 1993;31(3):193-208.
3. Ishigooka J, Iwao M, Suzuki M, Fukuyama Y, Murasaki M, Miura S. Demographic features of patients seeking cosmetic surgery. *Psychiatry Clin Neurosci.* 1998;52(3):283-7.
4. Tiggemann M. Body dissatisfaction and adolescent self-esteem: prospective findings. *Body Image.* 2005;(2):129-35.
5. Sarwer DB, Crerand CE. Body image and cosmetic medical treatment. *Body Image.* 2004;1(1):99-111.

Visita domiciliar no tratamento de pacientes dependentes de álcool: dados preliminares

Home visit in the treatment of alcohol dependent patients: preliminary data

Sr. Editor,

Diante da baixa adesão de dependentes de álcool ao tratamento e do elevado índice de abandono (75%),¹ propomos a Visita Domiciliar (VD) como uma nova intervenção na área de dependência química.

A VD é uma prática utilizada por diversas áreas ligadas à saúde. Pode auxiliar no engajamento de pacientes psiquiátricos em tratamentos convencionais, sendo eficaz também para aqueles resistentes ao tratamento.²⁻⁴

Apresentaremos resultados preliminares quanto às variações no padrão de consumo em uma amostra de 70 pacientes com dependência primária de álcool em início de tratamento ambulatorial, divididos em grupo experimental (GE, que recebeu as VDs) e grupo controle (GC, que não as recebeu). Até o momento, 42 destes 70 participantes já terminaram o tratamento proposto.

Os participantes foram avaliados em três momentos distintos: após a desintoxicação (tempo 1), após a conclusão da décima sessão de grupo de prevenção de recaída (tempo 2) e, posteriormente, após a vigésima e última sessão de grupo (tempo 3).

Os pacientes sorteados na randomização (GE) receberam quatro VDs durante as 10 primeiras sessões de grupo. Essas VDs foram realizadas por duplas de psicólogo e assistente social, capacitadas para utilizarem os princípios e estratégias da Entrevista Motivacional.⁵

A amostra apresentou prevalência do sexo masculino (85,9%), idade média de 43 anos (25-59), cor branca (74,3%), casados (41,4%), ensino fundamental incompleto (34,3%), renda de 3 à 5 salários-mínimos (42,2%) e dependência alcoólica grave (80,0%).

Na avaliação dos resultados preliminares, foi percebida redução significativa no padrão de consumo em ambos os grupos (Tabela 1). O GE atingiu 76,7% de abstinência no tempo 2 (momento da realização das quatro VDs), enquanto, no

mesmo período, o GC apresentou 65,2% de abstinência. No tempo 3, os índices de abstinência foram equivalentes nos dois grupos, sendo 78,3% no GE e 78,9% no GC.

Por se tratar de dados preliminares, não podemos afirmar que a redução do padrão de consumo apresentada pelo GE nas primeiras 10 sessões de grupo seja decorrente da intervenção VD. No entanto, os resultados mostram que o índice de abstinência apresentado pelo GE após 10 sessões de grupo e quatro visitas domiciliares só foi alcançado pelo GC após 20 sessões de grupo, o que pode indicar, ainda que de forma prematura, a efetividade da intervenção proposta.

Esses resultados nos remetem, também, à possibilidade de um programa de tratamento mais breve ser tão efetivo quanto o aqui proposto (20 sessões), propiciando uma redução de tempo e custos e, conseqüentemente, um maior número de pacientes dependentes de álcool beneficiados.

Aguardamos a finalização da amostra inicialmente programada para podermos avaliar o impacto das VDs no tratamento de dependentes de álcool. Porém, enquanto isso, já nos chamou atenção o fato de que, em ambos os grupos, GE e GC, uma resposta robusta ao tratamento foi obtida em 20 semanas ou menos, fato que por si só motivou esta comunicação antecipada de resultados preliminares.

Este dado parece subsidiar os argumentos em favor da eficácia de intervenções breves no tratamento da dependência de álcool. A elevada prevalência desses transtornos determina que a oferta de tratamento estará sempre aquém da demanda. A intervenção breve poderá ajudar na redução desse desequilíbrio ao propiciar economia de recursos e agilidade no atendimento desses pacientes.

Acreditamos que, ao final deste estudo, poderemos contar com dados mais conclusivos sobre a efetividade não só das intervenções breves, como também da Visita Domiciliar no tratamento de pacientes dependentes de álcool.

Agradecimentos

À equipe responsável pelos atendimentos e visitas domiciliares; à UNIFESP-EPM; à UNIAD e à FAPESP.

Edilaine Moraes

Departamento de Psiquiatria, Escola Paulista de Medicina,
Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP),
São Paulo (SP), Brasil

Geraldo Mendes de Campos, Soraia Paganini da
Silva, Neliana Buzi Figlie, Ronaldo Laranjeira

Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (UNIAD),
Departamento de Psiquiatria, Escola Paulista de Medicina,
Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP),
São Paulo (SP), Brasil

Pesquisa realizada na Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (UNIAD), Departamento de Psiquiatria, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo.

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP.

CEP Nº 0271/03

Financiamento: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo - FAPESP (processo nº. 04/15062-2).

Conflito de interesses: Inexistente

Referências

1. Mann NC. Improving adherence behaviour with treatment regimens. Galveston: University of Texas Medical Branch; 2000. [Behavioural Science Learning Modules].
2. Kanter J, editor. Clinical studies in case management. New directions for mental health services. San Francisco: Jossey - Bass; 1995. v. 65
3. Kanter J. Case management with longterm patients: a comprehensive approach. In: Soreff S, editor. Handbook for the treatment of the seriously mentally ill. Seattle: Hogrefe & Huber; 1996.
4. Zellmer D, Maurer CL, Kanter JS. Treating the whole elephant: delivering comprehensive services to the chronic mentally ill. In: Kanter J, editor. New directions for mental health services. San Francisco: Jossey - Bass; 1985. v. 25.
5. Miller WR, Rollnick S, Caleffi A, Dornelles C Entrevista motivacional – preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos. Porto Alegre: Artes Médicas; 2001.

Tabela 1 – Variação no padrão de consumo alcoólico da amostra do estudo, apresentados por grupo experimental e grupo controle

	Experimental		Controle		Total	
	n	%	n	%	n	%
Tempo 1 (n = 70)						
Abstinente	0	0	1	2,9	1	2,9
Ocasional	4	11,1	9	26,4	13	18,7
Beber pesado	3	8,3	4	11,8	7	10,0
Diariamente	29	80,5	20	58,8	49	69,6
Tempo 2 (n = 53)						
Abstinente	23	76,7	15	65,2	38	70,9
Ocasional	5	16,7	4	17,3	9	17,0
Beber pesado	1	3,3	1	4,3	2	3,8
Diariamente	1	3,3	3	13,0	4	8,1
Tempo 3 (n = 42)						
Abstinente	18	78,3	15	78,9	33	78,6
Ocasional	5	21,7	3	15,8	8	18,7
Beber pesado	0	0	0	0	0	0
Diariamente	0	0	1	5,3	1	5,3