

DOENÇAS DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR E DIABETES MELLITUS TIPO 1

Márcia ALVES, Dírcea RODRIGUES, José Pinto GOUVEIA, Margarida BASTOS,
Manuela CARVALHEIRO

RESUMO

A Diabetes mellitus tipo 1 é uma doença crónica, frequentemente diagnosticada em jovens e associada a perturbações psicológicas, familiares e sociais importantes. O seu tratamento intensivo com insulina e modificações dos hábitos alimentares é factor de stress numa etapa da vida já por si complicada. Esta vulnerabilidade, associada à baixa auto-estima e factores psicológicos próprios das idades jovens, torna as doenças do comportamento alimentar duas vezes mais frequentes em raparigas jovens com diabetes tipo 1. A omissão de insulina é o comportamento purgativo exclusivo utilizado para perder peso, culminando num deficiente controlo glicémico e aumento de complicações agudas e crónicas. O tratamento procura atingir objectivos específicos, dependentes da patologia psiquiátrica associada. Pela sua frequência, o clínico deve estar alerta para as manifestações precoces desta associação. Apresentam-se 4 casos clínicos de jovens com diabetes tipo 1 e doenças do comportamento alimentar, que demonstram a complexidade da abordagem e acompanhamento destas doentes.

SUMMARY

EATING DISORDERS AND TYPE 1 DIABETES About 4 clinical reports

Type 1 Diabetes mellitus is a chronic disease, often diagnosed in youth and associated with important psychological, familial and social disorders. Its intensive treatment with insulin and dietary changes is an extra stress factor in a stage of life already complicated. This vulnerability, coupled with low self-esteem and psychological factors typical of the youth, makes eating disorders twice as common in young girls with type 1 diabetes. The omission of insulin is the sole purging behavior used to lose weight, culminating in a poor glycemic control and increased acute and chronic complications. The treatment seeks to achieve specific objectives, depending on the associated psychiatric pathology. Because of its frequency, the clinician should be alert to early manifestations of this association. We present four clinical cases of young people with type 1 diabetes and eating disorders, which show the complexity of the approach and monitoring of these patients.

M.A., D.R., M.B., M.C.: Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo. Hospitais da Universidade de Coimbra. Coimbra. Portugal

J.P.G.: Serviço de Psiquiatria, Unidade de Distúrbios Alimentares. Hospitais da Universidade de Coimbra. Coimbra. Portugal

INTRODUÇÃO

A Diabetes mellitus tipo 1 (DM1) é uma doença crónica, com uma prevalência estimada de 0.1% na população em geral¹. O diagnóstico é frequentemente realizado antes da idade adulta e condiciona alterações psicológicas, familiares e sociais importantes.

O tratamento da diabetes é constituído por insulinoterapia intensiva com múltiplas administrações diárias ou bomba de perfusão de insulina, auto-vigilância das glicemias, modificações dos hábitos alimentares e exercício físico regular. Os objectivos são o bom controlo metabólico e a manutenção de um peso normal. Estas medidas terapêuticas são factores de stress acrescido numa idade em que se busca a autonomia e independência pessoal, com necessidade de aceitação e aprovação pelos pares². Frequentemente, as questões de emancipação e autonomia são anuladas por pais protectores que interferem e dominam a gestão da doença³. A falta de adesão à terapêutica e o deficiente controlo metabólico em adultos jovens com diabetes estão associados a interacções familiares problemáticas caracterizadas por ambiente de conflito, baixa coesão, falta de comunicação, limites familiares mal definidos, crítica ou rejeição parental da criança portadora de diabetes⁴.

As Doenças do Comportamento Alimentar (DCA) são muito prevalentes na adolescência, atingindo 0,5% a 3% das mulheres adultas jovens, com uma razão de mulheres para homens de 10:1².

Estas doenças, assim como as suas perturbações subclínicas, são cerca de duas vezes mais comuns em mulheres adolescentes com diabetes tipo 1 que nas sem diabetes. A prevalência de *Quadro 1 – Critérios Diagnósticos das Doenças do Comportamento Alimentar*

DCA em raparigas adolescentes e adultas jovens com DM1 é de 7-11%⁵, dependendo dos critérios de diagnóstico utilizados⁶. A classificação, de acordo com os critérios diagnósticos do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* ou DSM-IV (quadro 1), divide estas perturbações em Anorexia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN) e Perturbação do Comportamento Alimentar Sem Outra Especificação (PCASOE). A maioria dos casos de DCA em diabéticas tipo 1 corresponde a BN e suas variantes, e a PCASOE, variante ingestão compulsiva⁷, sendo menos frequente a ocorrência de AN.

Estudos prospectivos demonstraram que jovens diabéticas tipo 1 com Índice de Massa Corporal (IMC) prévio aumentado, preocupação exagerada com o peso e a imagem corporal, baixa auto-estima e sintomas depressivos desenvolvem mais frequentemente distúrbios alimentares⁸.

MECANISMOS FISIOPATOLÓGICOS

Aspectos específicos da diabetes e da sua gestão, como o aumento de peso associado à insulina, a terapêutica intensiva, as modificações alimentares e a baixa auto-estima, amplificam a insatisfação corporal, a restrição dietética e o desejo de emagrecer. Factores familiares e sociais contribuem para baixar o limiar de expressão destas perturbações alimentares⁷.

Assim, as doentes adoptam comportamentos alterados como as dietas de emagrecimento, a ingestão alimentar compulsiva e a omissão de insulina como meio purgativo para o controlo de peso. Estas atitudes resultam em maior dificuldade no controlo metabólico da diabetes, com valores de HbA1c elevados, e aumento do risco de complicações, em especial as microvasculares (Figura 1).

Critérios Diagnósticos de Doenças do Comportamento Alimentar (adaptado de DSM-IV)

Anorexia Nervosa

- Recusa em manter um peso corporal igual ou acima do mínimo normal para a idade e altura
- Medo intenso de ganhar peso ou engordar, apesar de ter peso abaixo do normal
- Perturbação no modo de vivenciar o peso ou a forma do corpo, influência indevida do peso ou da forma do corpo sobre a auto-avaliação, ou negação do baixo peso corporal
- Amenorreia nas jovens pós-menarca (ausência de ≥ 3 ciclos menstruais consecutivos)

Tipos específicos:

- **Tipo restritivo** – durante o episódio actual não ocorrem comportamentos regulares de ingestão compulsiva ou atitudes purgativas
- **Tipo ingestão compulsiva/tipo purgativo** – durante o episódio actual ocorrem comportamentos regulares de ingestão alimentar compulsiva ou atitudes purgativas

Bulimia Nervosa

- Episódios recorrentes de ingestão alimentar compulsiva e comportamentos compensatórios desadequados para prevenir o aumento de peso, ocorrendo ≥ 2 vezes/semana por um período mínimo de 3 meses
- Auto-avaliação inapropriadamente influenciada pela forma e peso corporal
- Perturbação que não ocorre exclusivamente durante episódios de anorexia

Tipos específicos:

- **Tipo purgativo** – durante o episódio actual ocorrem comportamentos regulares de indução do vômito, abuso de laxantes, diuréticos ou enemas
- **Tipo não purgativo** – durante o episódio actual ocorrem outros comportamentos compensatórios inadequados, como o jejum ou exercício intenso, sem uso regular de indução do vômito, laxantes, diuréticos ou enemas

Perturbação do Comportamento Alimentar Sem Outra Especificação

- Todos os critérios de anorexia nervosa, excepto amenorreia
- Todos os critérios de anorexia nervosa, excepto distorção da imagem corporal ou medo intenso de aumentar de peso
- Todos os critérios de anorexia nervosa, excepto o peso estar dentro do normal para a idade e altura, apesar de perda ponderal significativa
- Todos os critérios de bulimia nervosa, excepto a auto-avaliação inapropriadamente influenciada pela forma e peso corporal
- Todos os critérios de bulimia nervosa, excepto a frequência de episódios de ingestão compulsiva e comportamentos purgativos que é menor que 2 vezes/semana em 3 meses
- Comportamentos purgativos isolados ou de ingestão compulsiva isolada

O termo *perturbação do comportamento alimentar* abrange comportamentos de controlo alimentar mais ou menos extremos, episódios de compulsão alimentar e comportamentos compensatórios para controlo do peso. Compulsão alimentar define-se pela ingestão de uma grande quantidade de alimentos num curto período de tempo, associada a uma sensação de perda de controlo⁹. Por vezes é desencadeada por episódios de hipoglicemia⁷. Os comportamentos compensatórios para controlo do peso incluem comportamentos purgativos, tais como a indução do vómito, o abuso de laxantes, diuréticos e enemas, assim como comportamentos não purgativos como o jejum, uso de fármacos anorexígenos e exercício físico excessivo. Os indivíduos com diabetes tipo 1 têm acesso a um comportamento purgativo adicional e particularmente perigoso para promover a perda de peso: a omissão de insulina¹⁰. A diminuição da dose, atraso na toma ou omissão completa da dose fisiologicamente necessária de insulina induz hiperglicemia e consequente glicosúria, com perda de calorías pela urina. Exceptuando as dietas de emagrecimento, este é o método de controlo ponderal mais utilizado pelas adolescentes e jovens com DM1, pela sua facilidade e disponibilidade. À medida que estas adolescentes passam para jovens adultas, o problema ganha maior importância, tornando-se ainda mais frequente⁷.

Num estudo que incluiu raparigas adolescentes entre os 12 e os 18 anos com diabetes tipo 1, demonstrou-se que 45% admitiam ingestão alimentar compulsiva, 38% faziam dieta para controlo do peso, 8% induziam o vómito e 2% abusavam de laxantes. Neste grupo, 14% admitiram omitir a administração de insulina com o objectivo de controlar o peso^{7,11}. O mesmo grupo foi reavaliado quatro anos após o estudo inicial, tendo-se verificado um aumento significativo na percentagem de jovens que admitiram comportamentos alimentares perturbados, quer ingestão compulsiva (53%), omissão de insulina (34%), ou dietas de emagrecimento (54%)⁷.

Ao contrário da diabetes mellitus tipo 1, não existe uma associação clara entre diabetes tipo 2 e perturbações do comportamento alimentar, existindo menos estudos nesta área. Este tipo de diabetes, habitualmente desenvolve-se anos após a idade de maior prevalência das DCA. Quando ocorrem em simultâneo, a ingestão compulsiva é o distúrbio alimentar mais comum, pela associação de ambas as patologias ao excesso de peso¹⁰.

REPERCUSSÕES CLÍNICAS

O controlo metabólico, avaliado pelo valor de hemoglobina A1c (A1c), tende a deteriorar-se durante a adolescência, mais frequentemente em raparigas do que em rapazes, devido a alterações hormonais dessa fase da vida. Além disso, este também o período da vida de maior risco para perturbações alimentares, pelo que se coloca a hipótese de que, num proporcão considerável de jovens com DM1, o mau controlo se deve, pelo menos em parte, a perturbações do comportamento alimentar com tentativas de emagrecimento⁷.

Num estudo de prevalência de perturbações alimentares em

356 adolescentes com diabetes tipo 1⁶, verificou-se que aquelas que preencheram os critérios para doença do comportamento alimentar, de acordo com o DSM-IV, apresentaram valores significativamente mais elevados de HbA1c do que aquelas sem perturbação alimentar (9.4% vs. 8,6 %, respectivamente. $P = 0,04$). Os valores de HbA1c para jovens com um distúrbio subclínico foram intermédios entre os do grupo com doença e o grupo controlo (9,1%).

Além das complicações médicas inerentes às perturbações alimentares isoladas, clínicas ou subclínicas (alterações hidro-electrolíticas, anomalias da condução cardíaca, complicações gastro-intestinais), em doentes que associam as duas patologias existe um aumento do risco de complicações metabólicas, a curto e a longo prazo. As complicações metabólicas mais frequentes são:

- A curto prazo – hiperglicemia e cetoacidose diabética (frequentemente causadas por omissão de insulina), hipoglicemia (por restrição alimentar) e internamento por descompensação da diabetes. Pode ainda ocorrer atraso no desenvolvimento normal e pubertário e diminuição da massa mineral óssea, condicionando osteopenia ou osteoporose a médio prazo;
- A longo prazo – aumento significativo do risco de complicações microvasculares, particularmente de retinopatia e neuropatia diabéticas, pelo mau controlo metabólico persistente¹¹.

TRATAMENTO

O tratamento destas doentes é realizado, idealmente, por uma equipa multidisciplinar com formação na área da diabetes e doenças do comportamento alimentar. A equipa deverá incluir um Endocrinologista, um Psiquiatra, um Enfermeiro educador, um Nutricionista e um Psicólogo. A presença de um psiquiatra para avaliação e tratamento psicofarmacológico depende da gravidade dos sintomas psiquiátricos que o doente apresenta¹⁰. O seguimento destes doentes deve ser frequente e realizado por toda a equipa terapêutica, dependendo das necessidades do doente.

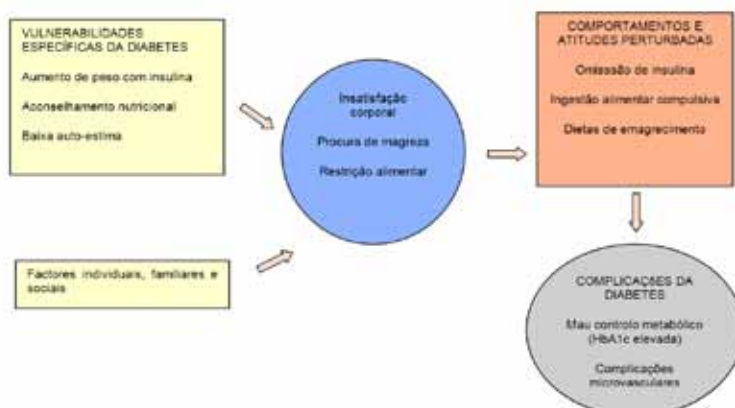


Fig. 1 - Modelo de interação entre diabetes tipo 1 e distúrbios alimentares (adaptado de Daneman, *Diabetes Spectrum* 2001, vol.15)

Quadro 2 – Objectivos terapêuticos de acordo com a perturbação do comportamento alimentar

Doença do comportamento alimentar	Objectivos nutricionais	Objectivos na diabetes
Anorexia Nervosa	<p>◇<u>Curto prazo</u></p> <ul style="list-style-type: none"> •IMC>19Kg/m2 com base num plano alimentar adaptado •3 refeições/3 lanches 	<p>◇<u>Curto prazo</u></p> <ul style="list-style-type: none"> •HbA1c em valores seguros
	<p>◇<u>Longo prazo</u></p> <ul style="list-style-type: none"> •Hábitos alimentares intuitivos 	<p>◇<u>Longo prazo</u></p> <ul style="list-style-type: none"> •Monitorização de glicemias e administração de insulina adequada •HbA1c <7%
Bulimia Nervosa	<p>◇<u>Curto prazo</u></p> <ul style="list-style-type: none"> •Calendarizar o horário das refeições, diminuindo o tempo de intervalo entre elas •3 refeições/3 lanches, com um plano alimentar adaptado •IMC>19Kg/m2 	<p>◇<u>Curto prazo</u></p> <ul style="list-style-type: none"> •Calendarizar as refeições •Ajuste adequado de insulino terapia •Administração pré-prandial de insulina
	<p>◇<u>Longo prazo</u></p> <ul style="list-style-type: none"> •Hábitos alimentares intuitivos com administração de insulina adequada 	<p>◇<u>Longo prazo</u></p> <ul style="list-style-type: none"> •Monitorização de glicemias e administração de insulina adequada •HbA1c <7%
Perturbação do Comportamento Alimentar Sem Outra Especificação (PCASOE)	<p>◇<u>Curto prazo</u></p> <ul style="list-style-type: none"> •IMC>19Kg/m2 •3 refeições com administração pré-prandial de insulina 	<p>◇<u>Curto prazo</u></p> <ul style="list-style-type: none"> •Glicemias controladas e ausência de cetose •HbA1c em valores seguros
	<p>◇<u>Longo prazo</u></p> <ul style="list-style-type: none"> •Hábitos alimentares intuitivos com administração adequada de insulina 	<p>◇<u>Longo prazo</u></p> <ul style="list-style-type: none"> •Determinação de glicemias e administração de insulina de forma adequada •HbA1c <7%

(adapt. Crieiro, Diabetes Spectrum, 2009, vol. 22)

O aspecto mais importante do tratamento é a relação estabelecida entre a equipa terapêutica e o doente, que deve ser positiva e não de julgamento. O doente deve sentir confiança, compreensão e aceitação por parte de todos os membros da equipa terapêutica, comprometendo-se a cumprir os objectivos propostos.

Estes objectivos devem ser graduais e progressivos, começando com pequenos passos, como evitar episódios de cetoadicose e hipoglicemia grave (quadro 2).

O ganho de 0.5-1 Kg por semana nos doentes com baixo peso (IMC <18.5 Kg/m2), ou a estabilidade do peso naqueles com peso normal (IMC ≥18,5 e <25 Kg/m2) ou elevado (IMC >25 Kg/m2), é um dos objectivos a alcançar, avaliado pela pesagem frequente (inicialmente semanal, depois com maiores intervalos de tempo). O exame físico destes doentes deve ser dirigido às complicações da restrição alimentar e da diabetes.

Em doentes que já possuem complicações, uma recuperação demasiado rápida do controlo glicémico pode agravar os sintomas visuais, gastro-intestinais e neurológicos, motivo pelo qual deve ser evitada. O controlo intensivo da glicemia, com múltiplas administrações de insulina ou bomba perfusora de insulina é um factor de stress acrescido, devendo preferir-se esquemas de insulina mais simples na fase inicial do tratamento. Para evitar recaídas e abandono do tratamento, os objectivos devem ser gradualmente ajustados, com aumento das doses de insulina e da ingestão alimentar, maior flexibilidade no plano alimentar e maior regularidade no horário das refeições e na obtenção de glicemias capilares¹⁰.

Tratamentos psiquiátricos recomendados incluem a terapia cognitivo-comportamental, terapia interpessoal e psicanálise, psicopedagogia, terapia de grupo; farmacoterapia; hospital de dia e internamento¹².

Apesar da terapia a longo prazo para estes doentes ocorrer, maioritariamente, em regime ambulatorio, aqueles que estão medicamente ou psiquiatricamente instáveis necessitam de internamento hospitalar¹⁰. Os motivos de internamento são habitualmente a hiperglicemia, desequilíbrios hidro-electrolíticos e cetoacidose diabética. Após a admissão, deve ser realizada uma avaliação médica completa, incluindo a avaliação de complicações agudas e crónicas da diabetes e da perturbação do comportamento alimentar em causa. A avaliação psiquiátrica inicial permite estabelecer o nível necessário de cuidados e avaliar o risco de suicídio e auto-agressão¹⁰.

Durante o internamento os objectivos terapêuticos são os mesmos que em ambulatorio: definir objectivos glicémicos razoáveis, com controlo gradual da diabetes, evitando as hipoglicemias. A monitorização de glicemias e administração de insulina deve ser realizada inicialmente pela equipa terapêutica e, gradualmente dada a responsabilidade do tratamento ao doente, sempre sob vigilância.

Neste período deve ser reforçada a educação terapêutica do doente e da sua família.

A prevenção de recaídas é um elemento importante em todas as fases do tratamento, assim como a gestão das co-morbilidades psiquiátricas existentes.

SINAIS DE ALERTA

Como foi descrito, as perturbações do comportamento alimentar podem manifestar-se precocemente e são prevalentes em adolescentes e mulheres adultas jovens com diabetes tipo 1. Assim, a equipa terapêutica de diabetes deve estar atenta a várias manifestações clínicas, já descritas como indicadoras de uma perturbação do comportamento alimentar em doentes com diabetes tipo 1 (quadro 3)⁷. O rastreio dessas manifestações permite o diagnóstico e actuação terapêutica atempados nestas doentes.

CASOS CLÍNICOS

Descrevemos quatro casos clínicos de jovens com diagnóstico de Diabetes tipo 1 e Doenças do Comportamento Alimentar, internadas e seguidas no Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo (SEDM) dos Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE.

Caso N° 1 – PCABN, sexo feminino, com diabetes mellitus tipo 1 desde os 20 anos de idade, sob terapêutica intensiva com insulina (2 administrações de insulina de acção intermédia e 3 administrações de insulina de acção curta, perfazendo 56U/dia). Na altura do diagnóstico de diabetes o IMC era de 26 Kg/m² e a A1c de 7.9%. Destacam-se os antecedentes pessoais de abuso sexual na infância, com perturbação depressiva e várias tentativas de suicídio. Em consulta de rotina, 6 anos após o diagnóstico de diabetes, a doente apresentava uma perda de peso superior a 10 Kg (IMC 22 Kg/m²), com hábitos alimentares vegetarianos e mau controlo glicémico (A1c entre 9 e 11%). Apresentava ainda amenorreia secundária e um medo intenso de ganhar peso. Foi realizado o diagnóstico de Anorexia Nervosa, com integração da doente na consulta de Distúrbios Alimentares do SEDM. Apesar do seguimento em ambulatorio por uma equipa multidisciplinar de distúrbios alimentares, com consultas frequentes, a perda de peso intensificou-se (IMC 19 Kg/m²), assim como o deficiente controlo glicémico (A1c 13.1%). Os comportamentos de compulsão alimentar e purgação com vômitos induzidos e omissão de insulina tornaram-se frequentes, conduzindo a hipoglicemias severas e episódios de hiperglicemia que motivaram vários internamentos no SEDM. As complicações da anorexia nervosa como osteoporose e dislipidemia, assim como as da diabetes, como a neuropatia periférica, manifestaram-se nesta altura. Durante os internamentos verificou-se um aumento ponderal com recuperação do controlo metabólico, havendo necessidade de medicação com antidepressivos e antipsicóticos. Actualmente, 18 anos após o diagnóstico de diabetes e 12 anos após o diagnóstico de anorexia nervosa, a doente mantém o

Quadro 3 – Manifestações comuns de perturbações alimentares em jovens com diabetes mellitus tipo 1

<i>Manifestações de omissão de insulina</i>	<ul style="list-style-type: none"> 1 – Mau controlo metabólico (HbA1c elevada) 2 – Níveis elevados de lípidos em circulação 3 – Episódios recorrentes de cetoacidose diabética 4 – Recusa em permitir que os pais ou outras pessoas testemunhem a administração de insulina 5 – Admissão da omissão de insulina ou da manipulação da sua dose, com o objectivo de controlar o peso
<i>Manifestações de insatisfação e manipulação alimentar</i>	<ul style="list-style-type: none"> 1 – Admissão de dieta para controlo do peso 2 – Admissão de episódios de ingestão compulsiva 3 – Frequentes solicitações de alteração do plano de refeições (pobre em hidratos de carbono, pobre em gorduras, vegetariana, vegan, outras)
<i>Manifestações de insatisfação corporal</i>	<ul style="list-style-type: none"> 1 – Recusa em ser pesada nas consultas 2 – Ansiedade ou preocupação ao ser pesada 3 – Queixas frequentes sobre o peso e forma corporal
<i>Manifestações de disfunção familiar</i>	<ul style="list-style-type: none"> 1 – Elevado nível de conflito, baixa coesão e fraca organização familiar 2 – Preocupação materna com a forma e peso corporal
<i>Outras manifestações</i>	<ul style="list-style-type: none"> 1 – Incumprimento mantido de um ou vários aspectos do tratamento da diabetes, levando a mau controlo metabólico 2 – Tabagismo ou abuso de outras substâncias 3 – Baixa assiduidade às consultas 4 – Internamentos frequentes 5 – Doença microvascular de início precoce (retinopatia, nefropatia)

(adapt. de Daneman, Diabetes Spectrum 2002; vol. 15)

seguimento mensal em consultas de Distúrbios Alimentares, recorrendo frequentemente ao Hospital de Dia de Diabetes para ajuste terapêutico. Apresenta uma melhoria do controlo glicémico, apesar do baixo peso (IMC 14 Kg/m²) e manutenção de dieta vegetariana e distúrbios do comportamento alimentar (restrição alimentar, ingestão compulsiva, vômitos induzidos e omissão de insulina). A amenorreia secundária, neuropatia periférica e osteoporose mantêm-se, assim como os episódios de hipoglicemia, apesar de menos frequentes.

Caso Nº 2 – SBR, uma jovem do sexo feminino com diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1 aos 10 anos de idade, em tratamento com bomba de perfusão subcutânea de insulina desde os 14 anos. Na altura do diagnóstico de diabetes apresentava 50 Kg de peso e IMC de 19.5 Kg/m², com valores de A1c entre os 7 e 9%. Cinco anos após, houve uma diminuição considerável de peso (IMC 17.1 Kg/m²), com agravamento do controlo glicémico (A1c 10.1%) e amenorreia primária. A doente admitiu omitir os bólus de insulina com o objectivo de perda de peso. Foi, entretanto, integrada na consulta multidisciplinar de Distúrbios Alimentares por Anorexia Nervosa. Após um ano de terapêutica médica e psicológica em ambulatório, a doente mantinha um baixo peso (IMC 17 Kg/m²), mau controlo glicémico (A1c 14%) e amenorreia primária, com agravamento dos comportamentos alimentares inadequados. Nesta altura, além da omissão dos bólus de insulina estava a diminuir os débitos basais da perfusão. Actualmente, seis anos após o diagnóstico de AN e 11 anos após o diagnóstico de DM1, a doente apresenta uma recuperação ponderal (IMC 21 Kg/m²), apesar do mau controlo metabólico, com valores de A1c de 12%. A perfusão subcutânea de insulina mantém-se e a doente nega omissão de insulina ou comportamentos alimentares perturbados. Até ao momento, não apresenta complicações da diabetes.

Caso Nº 3 – SBG, sexo feminino, 22 anos, com Diabetes tipo 1 e Anorexia Nervosa do tipo purgativo diagnosticadas desde os 11 anos de idade. Enviada do Hospital de Leiria por perda de peso significativa (35 Kg em 2 anos; IMC prévio de 23 Kg/m², actual de 16.5 Kg/m²) associada a agravamento do controlo glicémico (A1c prévia de 6.4%, actual de 8.5%). A doente estava medicada com antidepressivos, antipsicóticos e insulino-terapia (insulina pré-misturada em duas administrações diárias). Admitia não administrar a insulina e apenas realizar auto-vigilância das glicemias uma vez por semana, apresentando episódios frequentes de hipoglicemia. Ficou internada no SEDM, onde foi diagnosticada anemia, hiponatremia e osteopenia da coluna lombar e fémur. Foi referenciada à consulta de Distúrbios Alimentares e progressivamente introduziu-se a terapêutica insulínica intensiva. Actualmente, 4 anos depois, a doente apresenta um peso dentro da normalidade (IMC 21 Kg/m²) e bom controlo glicémico (A1c 5.8%), sem complicações da diabetes.

Caso Nº 4 – CSAC, sexo feminino, 16 anos, com diabetes tipo 1 desde os oito anos, medicada com insulino-terapia (2 administrações de pré-misturada e 1 administração de insulina de acção curta). A doente apresentava evolução de 1 ano de vômitos pós-prandiais induzidos e omissão da toma de insulina, com amenorreia secundária e hipoglicemias frequentes. O peso estava

dentro do normal, com IMC 22 Kg/m² e o controlo glicémico era deficiente (A1c 8.5%), com hipoglicemias frequentes. A doente foi referenciada à consulta de Distúrbios Alimentares e esteve internada para introdução de insulino-terapia intensiva. Após 2 anos de diagnóstico, apesar do controlo glicémico aceitável, o peso estava a decrescer, com IMC 18.5 Kg/m² e a doente mantinha os comportamentos alimentares perturbados. Actualmente, oito anos após o diagnóstico de Anorexia Nervosa, com vários períodos de abandono da consulta de Distúrbios Alimentares, apresenta mau controlo glicémico (A1c 8.1%) e baixo peso (IMC 17 Kg/m²). No entanto, não manifesta ainda complicações da diabetes, recusando seguimento em consulta multidisciplinar de Distúrbios Alimentares.

CONCLUSÃO

Tendo em conta que as doenças do comportamento alimentar são mais frequentes em doentes do sexo feminino com DM1, é necessário estar alerta para as suas manifestações precoces, que incluem, invariavelmente, perturbações alimentares associadas a um deficiente controlo glicémico. A complexidade desta associação patológica dificulta o seu controlo e orientação, com necessidade de acompanhamento prolongado e intensivo. Apesar dos esforços de uma equipa multidisciplinar, o prognóstico é reservado.

Conflito de interesses:

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

Fontes de financiamento:

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

REFERÊNCIAS

1. CROW et al: Eating disorders and insulin-dependent diabetes mellitus. *Psychosomatics* 1998;39: 233-243
2. BEAUVAIS NK: Disordered eating in adolescent women with type 1 diabetes. *Advance for physician assistants* 2009; 9:41
3. BARBER CJ, LOWES L: Eating disorders and adolescent diabetes: is there a link? *Br J Nurs* 1998;7:398-402
4. MAHARAJ SI, RODIN GM, OLMSTED MP, DANEMAN D: Eating disturbances, diabetes and the family: an empirical study. *J Psychosom Res* 1998;44:479-490
5. JONES JM, LAWSON ML, DANEMAN D, OLMSTED MP, RODIN G: Eating disorders in adolescent females with and without type 1 diabetes: cross sectional study. *Br Med J* 2000;320:1563-6
6. YOUNG-HYMAN DL, DAVIS CL: Disordered eating behavior in individuals with diabetes – Importance of context, evaluation and classification. *Diabetes Care* 2010;33:683-9
7. DANEMAN D, RODIN G, JONES J et al: Eating disorders in adolescent girls and young adult women with type 1 diabetes. *Diabetes Spectrum* 2002;15:83-105
8. OLMSTED MP, COLTON PA, DANEMAN D, RYDALLA, RODIN GM: Prediction of the onset of disturbed eating behavior in adolescent girls with type 1 diabetes. *Diabetes Care* 2008;31:1978-82
9. American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th edition. Washington, D.C.: Am Psychiatr Assoc 2000
10. CRIEGO A, CROW S, GOEBEL-FABBRÍ A et al: Eating disorders and diabetes. *Diabetes Spectrum* 2009;22:135-158
11. RYDALL AC, RODIN GM, OLMSTED MP, DEVENYI RG, DANEMAN D: Disordered eating behavior and microvascular complications in young women with insulin-dependent diabetes mellitus. *N Engl J Med* 1997;336:1849-1854
12. GARNER DM, GARFINKEL PE: Handbook of treatment for eating disorders. New York, Guilford Press 1997