VANESSA DENTZIEN PINZON

**Impacto de comorbidades psiquiátricas e de
outros fatores de risco na resposta ao tratamento de
crianças e adolescentes com transtornos alimentares**

(Versão corrigida. Resolução CoPGr 5890, de 20 de dezembro de 2010.
A versão original está disponível na Biblioteca FMUSP)

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Ciências

Programa de Fisiopatologia Experimental

Orientadora: Profa. Dra. Bacy Fleitlich-Bilyk

São Paulo

2012

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Pinzon, Vanessa Dentzien

Impacto de comorbidades psiquiátricas e de outros fatores de risco na resposta ao tratamento de crianças e adolescentes com transtornos alimentares / Vanessa Dentzien Pinzon. -- São Paulo, 2012.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Programa de Fisiopatologia Experimental.
Orientadora: Bacy Fleitlich-Bilyk.

Descritores: 1.Adolescência 2.Transtornos alimentares 3.Anorexia nervosa
4.Bulimia nervosa 5.Prognóstico 6.Resultado de tratamento

USP/FM/DBD-203/12

Para Maria de Lourdes, minha avó:
doçura, amor incondicional e porto seguro.

Agradecimentos

A meu marido, César Luckei, parceiro de todos os momentos, pelo incentivo, compreensão e paciência durante todo o processo de realização deste projeto.

A meus pais e minha família, pelo apoio e exemplo de luta, determinação e coragem, diante de obstáculos oferecidos pela vida rotineiramente.

A Bacy Fleitlich-Bilyk, pela amizade, pela oportunidade de integrar o PROTAD, pelo estímulo à busca de aperfeiçoamento profissional no trabalho com crianças e adolescentes e pelo apoio durante todo o longo processo que envolveu este estudo.

A Alícia Cobelo, Ana Paula Gonzaga e toda equipe do PROTAD, pelo acolhimento, ensinamentos preciosos e convívio prazeroso, desde o início de minha vida profissional em São Paulo.

Ao professor Táki Athanássios Cordás, por ter me recebido no AMBULIM em minha chegada a São Paulo, e apresentar-me o fascinante mundo dos transtornos alimentares.

A Tatiana Moya, pela amizade que nasceu do companheirismo e incentivo a desbravar o aprendizado dos transtornos alimentares.

A todos os pacientes e suas famílias, pela generosidade de me permitirem participar de momentos tão delicados de suas vidas. Às crianças e adolescentes, que tão prematuramente conhecem dores muito profundas, pelo exemplo de coragem e esperança e pela oportunidade instigante de acompanhá-los na trajetória rumo à saúde e ao desenvolvimento.

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Júlia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3ª ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

Sumário

Lista de abreviaturas	
Lista de símbolos	
Lista de siglas	
Lista de tabelas	
Lista de figuras	
Resumo	
<i>Summary</i>	
Capítulo 1 - Introdução	1
Capítulo 2 - Revisão da literatura.....	5
2.1 Diagnóstico dos TAs na infância e adolescência.....	6
2.2 Apresentação clínica dos TAs na infância e adolescência	13
2.3 Epidemiologia dos TAs	16
2.4 Comorbidades psiquiátricas nos TAs	19
2.5 Tratamento dos TAs na infância e adolescência	22
2.6 Resposta ao tratamento	26
2.7 Prognóstico e impacto dos TAs na infância e adolescência	29
Capítulo 3 - Estudo Transversal: Perfil Descritivo da Amostra de Pacientes Admitidos no PROTAD	34
3.1 Objetivos.....	35
3.2 Métodos.....	36
3.2.1 Desenho	36
3.2.2 Amostra	36
3.2.3 Local do estudo	38
3.2.4 Instrumentos	38
3.2.5 Procedimentos	41
3.2.6 Resultados	51
3.2.7 Discussão.....	65
a) Discussão dos resultados	65
b) Limitações do estudo	76
c) Conclusão	76
d) Considerações finais.....	77

Capítulo 4 - Estudo Longitudinal: Impacto de Comorbidades Psiquiátricas e de Outros Fatores de Risco na Resposta ao Tratamento de Crianças e Adolescentes com Transtornos Alimentares Atendidos no PROTAD	79
4.1 Objetivos.....	80
4.2 Métodos.....	81
4.2.1 Desenho.....	81
4.2.2 Amostra	81
4.2.3 Local do estudo	83
4.2.4 Instrumentos	83
4.2.5 Procedimentos	84
4.2.6 Resultados	93
4.2.7 Discussão.....	111
a) Discussão dos resultados	110
b) Limitações do estudo	120
c) Conclusões	121
d) Considerações finais.....	122
Capítulo 5 Anexos.....	124
Capítulo 6 Referências	136

Listas

LISTA DAS ABREVIATURAS

AN	anorexia nervosa
BN	bulimia nervosa
FS	fobia social
FE	fobia específica
Fund.	ensino fundamental
IMC	índice de massa corporal
TA	transtorno alimentar
TAG	transtorno de ansiedade generalizada
TANE	transtorno alimentar não-especificado ou sem outra especificação
TAs	transtornos alimentares
TAns	transtornos ansiosos ou transtornos de ansiedade
TC	transtorno de conduta
TCC	terapia cognitivo-comportamental
TDAH	transtorno de déficit de atenção/hiperatividade
TDC	transtorno dismórfico corporal
TEPT	transtorno de estresse pós-traumático
TH	transtornos do humor
TH + TAns	transtornos do humor e transtornos ansiosos ou de ansiedade
TOD	transtorno desafiador opositivo
TP	transtorno do pânico
TOC	transtorno obsessivo-compulsivo
Tto	tratamento

LISTA DE SÍMBOLOS

β	beta
IC	intervalo de confiança
=	igual a
kg	quilograma
kg/m ²	quilograma por metro quadrado
<	menor que
>	maior que
≤	menor ou igual que
≥	maior ou igual que
m	metro
N	número de pacientes
nº	número
OR	<i>odds ratio</i> ou razão de chances
%	porcentagem
p	significância estatística
T0	entrada no tratamento
T1	saída do tratamento

LISTA DAS SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
AGF	Avaliação Global do Funcionamento
AMBULIM	Ambulatório de Bulimia e Transtornos Alimentares
CAPPesq	Comissão de Ética Médica para Análise de Projetos de Pesquisa
CCEB	Critério de Classificação Econômica Brasil
CGAS	Escala de Avaliação Global de Crianças (<i>Children's Global Assessment Scale</i>)
DALYs	<i>Disability-Adjusted Life Years</i>
DAWBA	Levantamento Sobre o Desenvolvimento e Bem-Estar de Crianças e Adolescentes (<i>Development and Well-being Assessment</i>)
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
DSM IV-TR	Quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
EAT	<i>Eating Attitudes Test</i>
EDE	<i>Eating Disorder Examination</i>
EDI	<i>Eating Disorder Inventory</i>
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
HC	Hospital das Clínicas de São Paulo
IPq	Instituto de Psiquiatria
K-SADS-PL	<i>Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia School-Age Children/Present and Lifetime Version</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
PROTAD	Programa de Atendimento, Ensino e Pesquisa de Transtornos Alimentares na Infância e Adolescência
QSE	Questionário Sócio-Econômico

SEPIA	Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i> (programa de computador)
WCEDCA	Grupo para Classificação dos Transtornos Alimentares em Crianças e Adolescentes do DSM (<i>Workgroup for Classification of Eating Disorders in Children and Adolescents</i>)

LISTAS DE TABELAS

Tabela 1	Critérios diagnósticos da anorexia nervosa (DSM IV – TR)	8
Tabela 2	Critérios diagnósticos da bulimia nervosa (DSM IV – TR).....	9
Tabela 3	Critérios diagnósticos dos transtornos alimentares não-especificados (DSM IV – TR).....	10
Tabela 4	Critérios de hospitalização dos TAs.....	26
Tabela 5	Idade em anos dos pacientes da amostra	51
Tabela 6	Perfil sociodemográfico da amostra	52
Tabela 7	Características familiares.....	53
Tabela 8	Diagnósticos de TAs	54
Tabela 9	Idade de início e duração dos TAs	55
Tabela 10	Distribuição de pacientes por modalidade de tratamento.....	55
Tabela 11	Características clínicas dos TAs.....	56
Tabela 12	Perfil nutricional da amostra	57
Tabela 13	Sintomas dos TAs.....	58
Tabela 14	Prevalência de comorbidades psiquiátricas.....	59
Tabela 15	Perfil de comorbidades psiquiátricas	60
Tabela 16	Relação temporal entre comorbidades psiquiátricas e os TAs.....	61
Tabela 17	Impacto dos TAs com e sem comorbidades psiquiátricas no funcionamento global dos pacientes.....	62
Tabela 18	Classe econômica, diagnóstico de TA e comorbidades psiquiátricas por modalidade de tratamento	63
Tabela 19	Idade, IMC e duração dos TAs por modalidade de tratamento	64
Tabela 20	Impacto dos TAs no funcionamento global dos pacientes por modalidade de tratamento	64
Tabela 21	Fatores preditivos do estudo longitudinal por desfecho.....	88
Tabela 22	Comparação das características da amostra total e dos abandonos	94

Tabela 23	Idade, IMC e duração dos TAs da amostra total e dos abandonos	95
Tabela 24	Impacto dos TAs no funcionamento global na amostra total e dos abandonos	95
Tabela 25	Idade em anos dos pacientes da amostra em T1	96
Tabela 26	Perfil nutricional da amostra em T1	96
Tabela 27	Sintomas dos TAs em T1.....	97
Tabela 28	Comorbidades psiquiátricas em T1	98
Tabela 29	Impacto dos Tas, com e sem comorbidades psiquiátricas, no funcionamento global dos pacientes em T1	99
Tabela 30	Resposta ao tratamento.....	99
Tabela 31	Análise de regressão de Cox (Modelo Forward)	100
Tabela 32	Relação entre a idade e os três tipos de resposta ao tratamento.....	103
Tabela 33	Relação do gênero e classe econômica e os tipos de resposta ao tratamento.....	104
Tabela 34	Relação dos fatores preditivos familiares e os tipos de resposta ao tratamento	105
Tabela 35	Relação do peso e IMC e os tipos de resposta ao tratamento	106
Tabela 36	Relação dos fatores clínicos e os tipos de resposta ao tratamento.....	107
Tabela 37	Relação entre o tempo de TA em meses e os três tipos de resposta ao tratamento	108
Tabela 38	Relação entre as comorbidades psiquiátricas e os tipos de resposta ao tratamento	109
Tabela 39	Relação do tempo de tratamento em meses e os três tipos de resposta ao tratamento	110

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Curvas de sobrevida	102
-----------------	---------------------------	-----

Resumo

Pinzon VD. *Impacto de comorbidades psiquiátricas e de outros fatores de risco na resposta ao tratamento de crianças e adolescentes com transtornos alimentares* [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2012.

INTRODUÇÃO: Os transtornos alimentares (TA) incluem os diagnósticos de anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN) e transtorno alimentar não-especificado (TANE). Apresentam altas morbidade e mortalidade. Acometem indivíduos jovens, afetando amplamente o seu desenvolvimento. Na infância e adolescência, os TA possuem peculiaridades epidemiológicas, diagnósticas e clínicas que ainda são pouco conhecidas em pacientes jovens brasileiros. As comorbidades psiquiátricas podem interferir no curso do tratamento e na evolução dos TA, podendo aumentar sua letalidade. Outros fatores prognósticos dos TA também têm sido investigados e seu papel permanece indefinido. Os objetivos deste estudo foram investigar o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes com TA; identificar a prevalência de comorbidades psiquiátricas; investigar o impacto de comorbidades psiquiátricas e de outros fatores de risco na resposta ao tratamento de pacientes com TA que receberam o mesmo tratamento.

MÉTODOS: Estudo realizado em um serviço multidisciplinar especializado no tratamento de crianças e adolescentes com TA (PROTAD – IPq/HC-FMUSP). A amostra consistiu de 100 pacientes de ambos os sexos, com idade até 18 anos e diagnóstico de TA, síndromes totais e parciais, segundo critérios do DSM IV - TR. Os dados foram coletados à entrada e à saída do tratamento. Os três tipos de resposta ao tratamento foram Alta Clínica, Abandono e Falha de Tratamento. Foram testados, também, quais fatores preditivos influenciaram no tempo de tratamento até a alta clínica dos pacientes pela análise de sobrevida. O nível de significância considerado em todos os testes estatísticos foi de 5%.

RESULTADOS: A idade média dos pacientes foi de 15,41 anos, a média de idade de início dos TA foi de 13,5 anos e o tempo médio de duração do TA foi de 21,06 meses. Características da amostra: 82% de mulheres, 84% brancas, 64% das classes econômicas A e B; 69% de famílias tradicionais; 43% com diagnóstico de AN, 17% de BN e 41% de TANE; 56,8% admitidos na internação; 66% com tratamentos prévios; 88% cuidados pela mãe durante o tratamento; 75,7% com transtornos do humor (TH) que, em 81% dos casos, iniciaram durante os TA, e 54% com transtornos ansiosos que, em 75% das vezes, começaram antes dos TA; 60% com grande impacto dos TA, segundo a Escala de Avaliação Global de Crianças. Os pacientes do grupo AN eram mais jovens, pesavam menos, tinham menos tempo de TA, procuraram mais tratamentos prévios, apresentavam menos obesidade prévia, usavam mais os exercícios físicos excessivos como compensação e tinham mais amenorreia do que aqueles do grupo BN. Os sujeitos da enfermaria apresentaram menor índice de massa corporal, mais tempo de TA e maior impacto dos TA do que os do ambulatório. Na análise de sobrevida, os pacientes sem TH tiveram quase 3 vezes a chance de alta clínica do que aqueles que tinham TH. Os pacientes cuidados por suas mães apresentaram 4 vezes a chance de alta clínica do que os indivíduos que foram cuidados por outras pessoas. Pacientes do

grupo abandono eram 12 meses mais velhos do que os dos outros grupos de resposta ao tratamento. O grau de instrução dos responsáveis pelos grupos abandono e falha de tratamento era maior do que do grupo alta clínica. Os outros fatores prognósticos investigados não tiveram impacto no tipo de resposta ao tratamento. **CONCLUSÃO:** Os pacientes jovens brasileiros com TA apresentaram características epidemiológicas e sintomatológicas muito semelhantes aos dados da literatura científica na mesma população, inclusive da alta prevalência de comorbidades psiquiátricas. A maior frequência das síndromes totais dos TA, o predomínio de quadros de início precoce, o longo tempo de duração até iniciar tratamento especializado e a maior gravidade dos pacientes da enfermaria, evidenciados nessa amostra, chamaram atenção por serem indicadores de maior gravidade em TA. A presença de TH e ausência de cuidados maternos aumentaram significativamente o tempo de tratamento até a remissão dos pacientes com TA. A idade mais avançada dos pacientes e maior nível educacional dos responsáveis estiveram associados com maior risco de abandono de tratamento. Os outros fatores preditivos investigados não tiveram impacto na resposta ao tratamento e no tempo de tratamento até a remissão. Os resultados podem contribuir para a estruturação de novos serviços direcionados às crianças e aos adolescentes brasileiros com TA e para o desenvolvimento de estratégias mais racionais e eficazes de diagnóstico e tratamento.

Descritores: Adolescência, Transtornos alimentares, Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Prognóstico, Resultado de tratamento.

Summary

Pinzon VD. *The impact of psychiatric comorbidities and other risk factors on the response of children and adolescents with eating disorders to treatment* [Dissertation]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2012.

INTRODUCTION: Eating disorders (ED), which present high morbidity and mortality, include anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN) and non-specific eating disorder (EDNOS), and affect youth, greatly impacting their development. ED in childhood and adolescence, which involve epidemiological, diagnostic and clinical peculiarities, have been little studied among young Brazilians. Psychiatric comorbidities may also interfere with the treatment and progress of ED, and may increase their lethality. Other prognostic factors for ED have also been investigated, and their role remains undefined. The objectives of this study were to 1) investigate the socio-demographic and clinical profile of ED patients, 2) to identify the prevalence of psychiatric comorbidities, 3) to investigate the impact of such comorbidities on patient treatment response in comparison to that of patients without comorbidities under the same treatment conditions, and 4) to determine the impact of other risk factors on patient response to ED treatment. **METHODS:** The study was conducted at a multidisciplinary service specializing in the treatment of children and adolescents with ED (PROTAD – IPq/HC-FMUSP). The sample consisted of 100 patients of both genders up to 18 years old who had been diagnosed with ED (either total or partial syndromes) according to DSM IV - TR criteria. The data were collected upon admission and at discharge from treatment. The three types of treatment response were: clinical discharge, abandonment and treatment failure. Based on the survival analysis, the patients were also tested regarding which predictive factors influenced patient treatment time until clinical discharge. A significance level of 5% was adopted for all statistical tests. **RESULTS:** The mean patient age was 15.41 years; the mean time since ED onset was 13.5 years and the mean duration of ED was 21.06 months. Sample characteristics: 82% female, 84% white, 64% from socioeconomic classes A and B; 69% from traditional families; 43% diagnosed with AN, 17% with BN and 41% with EDNOS; 56.8% admitted via hospital admission; 66% had previous treatment; 88% were assisted by the mother during treatment; 75.7% had mood disorders (MD) which, in 81% of the cases, began during the ED, and 54% had anxiety disorders that, in 75% of the cases, began before the ED ; 60% of patients had a great impact by the ED. Patients in the AN group were younger, weighed less, had less time of ED, had sought previous treatment more frequently, presented less previous obesity, more frequently resorted to excessive physical exercise as compensation and had more amenorrhea than those in the BN group. The patients from the hospital ward had a lower body mass index, longer time with ED and were more impacted by the ED than patients from the clinic. In the survival analysis, patients without MD were almost three times as likely to receive a clinical discharge as those with MD. Patients assisted by their mothers were four times as likely to receive a clinical discharge as those assisted by others. Patients from the abandonment group were an average of 12 months older than those in the

other treatment response groups. The educational level of guardians in the abandonment and treatment failure groups was higher than that of parent/guardians in the clinical discharge group. The other investigated prognostic factors had no impact on treatment response type. **CONCLUSION:** Young Brazilian patients with ED present epidemiological and symptomatic characteristics very similar to those found in the scientific literature regarding similar populations, including a high prevalence of psychiatric comorbidities. The higher frequency of total ED syndromes, the predominance of cases with an early beginning, the long delay in beginning a specialized treatment and the more severe state of patients from the hospital ward attracted attention because these factors differed from what has been reported in reference studies and indicated greater ED severity. The presence of MD and the absence of maternal care significantly increased treatment time for ED. Greater patient age and higher guardian educational level were associated with higher risk of treatment abandonment. The other predictive factors investigated had no impact on treatment response or on treatment time until discharge. These results can contribute to the structuring of new services for Brazilian children and adolescents with ED and to the development of more rational and efficient strategies for diagnosing and treating ED.

Key words: Adolescence, Eating disorders, Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Prognosis, Treatment.

Capítulo 1 - Introdução

Os transtornos alimentares (TAs) caracterizam-se por graves alterações do comportamento alimentar, associadas a perturbações da percepção da forma e do peso corporal. São patologias complexas, com alta morbidade e mortalidade. Suas consequências ocorrem, sobretudo, na adolescência, quando estes transtornos têm seu pico de incidência, afetando, amplamente, o desenvolvimento do indivíduo ^(1, 2).

Na infância e adolescência, os TAs possuem peculiaridades epidemiológicas, diagnósticas e clínicas em relação aos TAs em adultos. Tais características parecem estar bem mais conhecidas em países desenvolvidos⁽³⁻⁷⁾ que, ainda, buscam delinear esses aspectos em crianças^(8, 9). Dessa forma, a grande maioria dos serviços voltados ao atendimento desses jovens em países desenvolvidos já conta com muitas informações para adequar seus tratamentos^(3, 10-12). Os países em desenvolvimento como o Brasil, ainda, procuram conhecer as características dos pacientes jovens com TAs e dispõem de pouquíssimos serviços especializados em TAs na infância e adolescência^(13, 14).

A presença de comorbidades psiquiátricas pode interferir no curso do tratamento e na evolução dos TAs, podendo aumentar sua letalidade^(7, 15-26). Os estudos internacionais apontam que a comorbidade entre TAs e outras patologias psiquiátricas são frequentes, tanto em adolescentes como em adultos^(18, 21, 27-30). Dentre as doenças comórbidas, os transtornos do humor

(TH) e os transtornos ansiosos (TAns) são os mais prevalentes em adultos e jovens com TAs com índices que variam de 58% a 98%, dependendo do rigor diagnóstico e tipo de amostra^(7, 15-23, 25, 26).

Outros fatores prognósticos vêm sendo investigados em pacientes com TAs. A maioria dos estudos pesquisa quais aspectos influenciam na evolução dos TAs após tratamento, com períodos de seguimento de até 30 anos^(18, 28, 31-42). Fatores preditivos, tais como idade de início dos TAs, tempo de doença alimentar, gênero, classe econômica, aspectos físicos, sintomas alimentares, história prévia de sobrepeso ou obesidade, comorbidades psiquiátricas e funcionamento, estrutura e transtornos psiquiátricos familiares têm sido avaliados nos TAs e seu papel permanece indefinido^(18, 28, 33, 40).

Estudos epidemiológicos vêm documentando que os transtornos psiquiátricos na infância e adolescência acarretam prejuízo significativo aos pacientes, suas famílias e à sociedade em geral⁽⁴³⁻⁴⁷⁾. Caso não sejam devidamente identificados e tratados, há grande probabilidade de acabarem perpetuando-se pela vida adulta^(5, 43-46, 48, 49). A identificação de fatores relacionados a melhores ou piores chances de resposta ao tratamento e sua evolução ao longo do tempo auxiliariam na formulação de estratégias terapêuticas mais eficazes, evitando esse cenário tão devastador das doenças psiquiátricas duradouras⁽⁴⁹⁾.

Tais aspectos embasaram a realização deste estudo no Projeto de Atendimento, Ensino e Pesquisa de Transtornos Alimentares na Infância e Adolescência (PROTAD) do Instituto de Psiquiatria (IPq) da Faculdade de

Medicina de São Paulo (FMUSP), vinculado ao Ambulatório de Bulimia e Transtornos Alimentares (AMBULIM) e ao Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência (SEPIA), que iniciou suas atividades em novembro de 2001. Representa a primeira experiência brasileira de um serviço multidisciplinar voltado, exclusivamente, ao atendimento especializado de crianças e adolescentes com TAs⁽¹³⁾ e iniciou suas atividades há 11 anos. Sua equipe é formada por psiquiatras, nutricionistas, psicólogos, enfermeiros, endocrinologista e assistente social.

Os objetivos deste estudo foram identificar o perfil sociodemográfico e clínico da população de jovens pacientes brasileiros com TAs, bem como investigar o impacto de fatores prognósticos no tratamento. Seus resultados poderão contribuir para o planejamento de condutas mais eficazes e otimização do tempo de atendimento, contribuindo para maximização da alocação de recursos.

Capítulo 2 - Revisão da literatura

O propósito desta dissertação foi entender o perfil da população de jovens pacientes brasileiros com TAs, bem como avaliar o impacto de tal perfil no tratamento. Assim, a revisão da literatura abrangeu aspectos dos TAs na infância e adolescência pertinentes ao estudo.

2.1 Diagnóstico dos TAs na infância e adolescência

Os TAs incluem os diagnósticos de AN, bulimia nervosa (BN), conhecidas como formas clínicas, totais ou completas, e os transtornos alimentares sem outra especificação ou não especificados (TANE) ou formas subclínicas, parciais ou incompletas, conforme a quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM IV – TR)⁽⁵⁰⁾. Seus critérios diagnósticos, de acordo com essa classificação, estão detalhados nos dados das Tabelas 1, 2 e 3.

A AN caracteriza-se pela recusa do indivíduo em manter o peso corporal em uma faixa normal mínima, de acordo com a idade e a altura. A BN identifica-se por episódios repetidos de compulsões alimentares, seguidos de comportamentos compensatórios inadequados, tais como: dieta restritiva, jejuns prolongados, exercícios físicos excessivos, vômitos autoinduzidos e uso de laxantes, diuréticos ou outros medicamentos. Nos TANE, os pacientes apresentam as alterações cognitivas centrais

características da AN e da BN, mas não preenchem a totalidade dos critérios diagnósticos^(1, 16, 19, 26, 29). O diagnóstico de síndrome parcial da AN refere-se à ausência de um ou dois dos critérios diagnósticos, amenorreia ou baixo peso, citados nos itens 1 e 2, respectivamente, na sessão de TANE do DSM IV-TR⁽⁵⁰⁾ (Tabela 2). O diagnóstico de síndrome parcial da BN, por sua vez, refere-se à ausência de um ou dois dos critérios para BN, descritos nos itens 3 e 4 na sessão de TANE do DSM IV-TR⁽⁵⁰⁾ (Tabela 2). O item 3 está relacionado à presença de compulsões e/ou purgações com frequência menor do que duas vezes por semana ou duração dos sintomas por menos de 3 meses. O item 4 menciona o uso regular de comportamentos compensatórios inapropriados, após ingestão de quantidades adequadas de alimentos em indivíduos de peso normal⁽⁵⁰⁾.

Tabela 1 - Critérios diagnósticos da AN (DSM IV – TR)

- A. Recusa em manter o peso dentro ou acima do mínimo normal adequado à idade e à altura; por exemplo, perda de peso, levando à manutenção do peso corporal abaixo de 85% do esperado, ou fracasso em ter o peso esperado durante o período de crescimento, levando a um peso corporal menor que 85% do esperado.
- B. Medo intenso do ganho de peso ou de se tornar gordo, mesmo com peso inferior.
- C. Perturbação no modo de vivenciar o peso, tamanho ou forma corporais; excessiva influência do peso ou forma corporais na maneira de se autoavaliar; negação da gravidade do baixo peso.
- D. No que diz respeito especificamente às mulheres, a ausência de, pelo menos, três ciclos menstruais consecutivos, quando é esperado ocorrer o contrário (amenorreia primária ou secundária). Considera-se que uma mulher tem amenorreia se os seus períodos menstruais ocorrem somente após o uso de hormônios; por exemplo, estrógeno administrado.

Tipos:

Restritivo: não há episódio de comer compulsivamente ou prática purgativa (vômito autoinduzido, uso de laxantes, diuréticos ou enemas).

Purgativo: existe episódio de comer compulsivamente e/ou purgação.

FONTE: American Psychiatry Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – TR*, text revision. 4th ed. Washington DC; 2000.

Tabela 2 - Critérios diagnósticos da BN (DSM IV – TR)

-
- A. Episódios recorrentes de consumo alimentar compulsivo - episódios bulímicos - tendo as seguintes características:
 - 1. ingestão em pequeno intervalo de tempo (i.e., aproximadamente, em 2 horas) de uma quantidade de comida claramente maior do que a maioria das pessoas comeria no mesmo tempo e nas mesmas circunstâncias; e
 - 2. sensação de perda de controle sobre o comportamento alimentar durante os episódios (i.e., a sensação da não conseguir parar de comer ou controlar o quê e quanto come).
 - B. Comportamentos compensatórios inapropriados para prevenir ganho de peso, como vômito autoinduzido, abuso de laxantes, diuréticos ou outras drogas, dieta restrita ou jejum ou, ainda, exercícios vigorosos.
 - C. Os episódios bulímicos e os comportamentos compensatórios ocorrem, em média, duas vezes por semana por, pelo menos, 3 meses.
 - D. A autoavaliação é indevidamente influenciada pela forma e peso corporais.
 - E. O distúrbio não ocorre exclusivamente durante episódios de anorexia nervosa.

Tipos:

Purgativo: autoindução de vômitos, uso indevido de laxantes e diuréticos, enemas.

Sem purgação: sem práticas purgativas, com prática de exercícios excessivos ou jejuns.

FONTE: American Psychiatry Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – TR*, text revision. 4th ed. Washington DC; 2000.

Tabela 3 - Critérios diagnósticos dos TANE (DSM IV – TR)

A categoria Transtorno Alimentar Sem Outra Especificação serve para transtornos da alimentação que não satisfaçam os critérios para qualquer transtorno alimentar específico. Exemplos:

1. Mulheres para as quais são satisfeitos todos os critérios para anorexia nervosa, exceto que as menstruações sejam regulares.
2. São satisfeitos todos os critérios para anorexia nervosa, exceto que, apesar de uma perda de peso significativa, o peso atual do indivíduo esteja na faixa normal.
3. São satisfeitos todos os critérios para bulimia nervosa, exceto que a compulsão periódica e os mecanismos compensatórios inadequados ocorram menos de duas vezes por semana ou, por menos, de 3 meses.
4. Uso regular de um comportamento compensatório inadequado por um indivíduo de peso corporal normal, após consumir pequenas quantidades de alimento (por exemplo, vômito autoinduzido após consumo de dois biscoitos).
5. Mastigar e cuspir repetidamente, sem engolir, grandes quantidades de alimentos.
6. Transtorno de compulsão periódica: episódios recorrentes de compulsão periódica na ausência de uso regular de comportamentos compensatórios inadequados, característico da bulimia nervosa.

FONTE: American Psychiatry Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – TR*, text revision. 4th ed. Washington DC; 2000.

Os TAs acometem, sobretudo, adolescentes e adultos jovens ⁽²⁹⁾. Todavia, a ocorrência dos TAs entre crianças e adolescentes jovens mostra que os critérios diagnósticos não contemplam a diversidade das apresentações clínicas decorrentes das capacidades afetivas, cognitivas e comportamentais típicas desses indivíduos^(9, 16, 23, 26). O sistema classificatório vigente acarreta um número grande de diagnóstico das síndromes parciais dos TAs, conforme investigação de diversos autores^(7, 9, 16, 23, 26, 51, 52). Aproximadamente, dentre 50% e 70% de pacientes em

estudos com amostras de adultos e/ou adolescentes têm diagnóstico de TANE^(4, 16, 23, 26, 53). Os TANE têm impacto suficiente para determinar prejuízos significativos nos pacientes acometidos e possuem a mesma indicação de tratamento que as formas totais^(15-17, 19, 20, 22, 26, 54).

Existem alguns pontos de discussão centrais com relação à classificação atual dos TAs, conforme, inclusive, o Grupo para Classificação dos Transtornos Alimentares em Crianças e Adolescentes do DSM (*Workgroup for Classification of Eating Disorders in Children and Adolescents – WCEDCA*)⁽²⁶⁾. Aqueles pertinentes ao âmbito deste trabalho serão apresentados a seguir.

Na AN, pelo DSM IV – TR, o ponto de corte de peso, especificado no primeiro critério diagnóstico, é uma das questões em apreciação, porque crianças e adolescentes podem apresentar problemas de crescimento ou consequências físicas graves com pesos acima desse parâmetro^(4, 9, 16, 26, 55). O momento do estirão de crescimento, também, varia entre os indivíduos e a medida em um único ponto poderá não ser suficiente para identificar uma alteração patológica. Além disso, indivíduos com obesidade ou sobrepeso, apesar de perda importante de peso, distorção da imagem corporal, medo de engordar e alterações do padrão alimentar podem, ainda, estar dentro de uma faixa de peso considerada normal e não serem diagnosticados com AN⁽⁵⁵⁾. Nos últimos tempos, um dos critérios diagnósticos mais debatidos é a exigência de amenorreia^(9, 55, 56). As meninas e adolescentes jovens (que já têm sinais de puberdade mas, ainda, não menstruaram), certamente, não apresentam essa alteração em decorrência da desnutrição, inclusive, na

presença clara de comportamentos direcionados a perda ou controle do peso^(26, 35, 57). Mesmo entre as adolescentes púberes, os ciclos menstruais, como parâmetros de TA, podem ser confusos, já que é característica dessa etapa do desenvolvimento ciclos irregulares por até 2 anos.

Com relação aos critérios da BN pelo DSM IV – TR, a definição de compulsões, estabelecida no primeiro critério diagnóstico, limita a avaliação de crianças e adolescentes, sobretudo, em função da restrição de autonomia típica dessas faixas etárias. Marcus e Kalarchian⁽²⁶⁾, como citados pelo WCEDCA, recomendam que os atos de esconder comida ou comer em segredo sejam indicativos de perda de controle em crianças. Pela mesma razão, o grupo de especialistas em TAs salienta que a intenção de realizar determinados comportamentos para perder ou controlar o peso pode ser mais indicativa de psicopatologia, nessa população, do que as condutas propriamente ditas⁽²⁶⁾.

Modificações estão sendo propostas para adequar os critérios diagnósticos dos TAs na quinta versão do DSM, que será lançada em maio de 2013. Na AN, as recomendações, até o momento, são retirar a palavra “recusar-se” com relação ao peso; dar ênfase na avaliação de comportamentos direcionados à perda ou controle do peso e não, apenas, à cognição relativa ao medo de engordar; e a exclusão do critério de amenorreia. Na BN, a principal mudança recomendada é que a frequência dos episódios bulímicos passe para uma vez por semana nos últimos 3 meses⁽⁵⁸⁾.

2.2 Apresentação clínica dos TAs na infância e adolescência

O trabalho com crianças e adolescentes necessita de adaptação dos critérios diagnósticos, bem como de sua investigação, de acordo com a idade e o nível de desenvolvimento emocional e cognitivo do paciente^(9, 26, 53). A perspectiva do desenvolvimento orienta, também, quanto à normalidade ou anormalidade de cada comportamento e/ou pensamento observado^(1, 53). Tais diferenças de apresentação com relação ao quadro dos TAs em adultos, norteiam, inclusive, o emprego de instrumentos diagnósticos desenvolvidos para essa população⁽⁵⁵⁾.

De forma geral, a AN caracteriza-se por preocupações excessivas com peso, formato do corpo e alimentação que determinam alterações de comportamento com o objetivo ou de perder peso ou de não ganhá-lo. Em pacientes muito jovens, a modificação dos comportamentos pode aparecer antes dos pensamentos distorcidos, conforme o novo modelo neurobiológico da AN⁽⁵⁹⁻⁶¹⁾. Na BN, também, há preocupações excessivas como na AN, mas elas determinam modificações comportamentais características, como episódios de excesso de ingestão alimentar (compulsões alimentares) com a sensação de perda de controle, seguidos de comportamentos compensatórios para evitar o aumento de peso. As formas parciais dos TAs têm apresentação clínica muito similar àquelas das formas totais ou completas^(19, 26, 52).

A ocorrência de TAs, especialmente, de AN, em crianças com idades a partir de 7 anos vem chamando a atenção da comunidade científica há alguns anos ^(7, 9, 29). Os TAs que acontecem em crianças antes dos 14 anos são denominados de TAs de início precoce na literatura científica ^(1, 8, 51, 53). Pesquisadores procuram identificar diferenças entre os quadros clínicos das populações de pré-púberes, púberes e adultos com TAs. Estudos demonstram que a apresentação sintomatológica dessas patologias na infância e adolescência tem peculiaridades em relação àquela dos adultos ^(1, 7, 51, 53, 55). As diferenças de apresentação clínica relevantes para este trabalho serão detalhadas a seguir.

Peso: Crianças e adolescentes com TAs tendem a perder grande quantidade de peso em pouco tempo ^(9, 29). Além do peso baixo característico da AN, a estagnação do peso e da estatura, nessa população, também, é muito grave, podendo impedir que o indivíduo desenvolva-se normalmente ⁽²⁹⁾. Já na BN, o peso está normal ou um pouco aumentado em função das compulsões frequentes e da ineficácia dos métodos compensatórios empregados ⁽¹⁵⁾.

Em crianças e adolescentes, o caráter dinâmico do crescimento torna necessária a utilização dos percentis (gráficos com as relações idade-peso, idade-altura e peso-altura) para avaliação física precisa ⁽⁶²⁾. O índice de massa corporal (IMC) sem os percentis correspondentes é considerado inadequado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), sobretudo para pacientes pré-púberes ^(1, 53, 63, 64).

Padrão alimentar: A restrição alimentar caracteriza os TAs. Os pacientes mais jovens tendem a fazer restrições alimentares graves e drásticas^(65, 66). Menos frequentemente, podem ocorrer comportamentos ditos como bizarros, como recusa em engolir saliva^(53, 67).

Comportamentos compensatórios: Eles são empregados com o objetivo de perder ou evitar ganho de peso. Em pacientes mais jovens, além da restrição da ingestão alimentar, os comportamentos compensatórios mais utilizados tendem a ser os não purgativos, como os exercícios físicos excessivos^(7, 9, 53, 65, 66, 68). O excesso de exercícios físicos pode ocorrer, tanto por aumento do tempo em atividades físicas formais (esportes, dança), como pelo incremento de atividades cotidianas, como arrumar o quarto e brincar. Eles, também, podem ser feitos em segredo, à noite (abdominais, por exemplo). Os vômitos e o abuso de laxantes, comportamentos purgativos, são mais usados por adolescentes mais velhos (a partir dos 15-16 anos), em função de sua complexidade de execução, da maior facilidade de acesso e da vigilância reduzida dos pais^(7, 9). Os vômitos não devem ser desconsiderados, mesmo se tratando de indivíduos jovens. Sua utilização é tão frequente, que é prudente assumir que um paciente esteja vomitando, caso ele não esteja ganhando peso com a realimentação⁽²⁹⁾.

Alterações do Eixo Hipotálamo-Hipófise-Gonadal: Nas meninas com AN, ocorre amenorreia (ausência de menstruação). Ela pode ser primária (meninas pré-púberes), necessitando de adaptação do critério diagnóstico, ou secundária (meninas púberes com a interrupção dos ciclos menstruais)^(4, 26, 35, 50, 57).

Nas pacientes pré-púberes, a avaliação de alteração do eixo hipótalamo-hipófise-ovariano deve ser feita, diretamente, por ultrassonografia pélvica (determinação dos graus de crescimento e maturidade uterinos e ovarianos) ou, indiretamente, pelos Estágios de Tanner, visando determinar a existência ou não de atraso no desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários^(1, 4, 69). A idade média em que as outras mulheres da família menstruaram a primeira vez, também, pode ser um referencial nessa investigação. As meninas púberes com amenorreia secundária, também, podem apresentar uma involução dos caracteres sexuais secundários em função da desnutrição.

Nos meninos com diagnóstico de AN, esse critério diagnóstico é inaplicável. Todavia, o exame do eixo hipotálamo-hipófise-gonadal é, igualmente, importante e pode ser realizado, tanto pelos Estágios de Tanner como por medições hormonais laboratoriais⁽⁶⁷⁾.

Na BN, algumas pacientes podem apresentar irregularidades menstruais, em função de muitos episódios de vômitos e/ou de abuso de laxantes.

2.3 Epidemiologia dos TAs

Estudos com metodologias e amostras diversas dificultam a obtenção de dados epidemiológicos mais acurados. De forma geral, a prevalência de AN varia entre 0,5% e 0,9% entre mulheres e é de 0,4% entre adolescentes

(7, 29, 70, 71). Em adultos, suas formas parciais variam entre 2,8% e 6,6% em mulheres e de 0,5% e 0,8% em homens^(7, 8, 72). Observa-se que 75% dos pacientes que apresentam sintomas clássicos dos TAs são adolescentes púberes^(2, 5, 15, 29, 53, 73). A idade média dos pacientes acometidos pela AN é de 17 anos, com pico bimodal aos 14 anos e aos 18 anos^(15, 50, 74, 75). Estudos realizados com adolescentes indicam taxas de 0,9% a 2% de BN e de 2% a 3% para sua síndrome parcial. Sua prevalência é maior em adolescentes mais velhos com pico a partir dos 18 anos de idade^(4, 7, 8, 15, 50, 70, 72, 75). Casos de BN de início precoce são mais raros que de AN precoce⁽¹⁾. Essas taxas ainda são muito pouco conhecidas na população de pré-púberes. Em amostras clínicas, quanto mais jovem o paciente, maior será a probabilidade dele receber o diagnóstico de TANE^(7, 16, 26, 53, 72).

Estudos longitudinais revelam uma tendência de aumento da incidência de AN e BN, sobretudo, em jovens entre 15 e 24 anos^(7, 16, 26, 53). Apesar disso, casos com início na infância estão sendo observados, conforme descrito anteriormente⁽²⁹⁾.

Os TAs afetam, predominantemente, mulheres brancas e jovens^(5, 11, 15, 29). Os homens, também, apresentam TAs, em proporção menor que elas. A prevalência média de relação homem-mulher é de 1:6 e até de 1:20^(6, 29, 72). Na infância e adolescência, essa relação diminui para 1:5 até 1:10 ou 12 na comparação menino:menina^(2, 5, 7).

Os TAs são prevalentes, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento^(29, 55, 73). Costumam acometer, predominantemente,

indivíduos com maior nível econômico, todavia não estão restritos a essas camadas da população^(5, 11, 73, 74). Em revisão de Keel e Gravener⁽⁷⁶⁾ e de Overas et al.⁽⁷⁷⁾ sobre o tema, há descrição de que a associação entre classe econômica e TAs, também, é observada em mulheres latinas. Estudo epidemiológico realizado no Brasil apresenta a associação entre risco de TAs e níveis econômicos mais altos em 1.251 adolescentes entre 7 e 14 anos⁽⁷⁸⁾. O nível educacional dos pais de pacientes com TAs é, igualmente, alto nos estudos^(11, 74, 79). Com relação à estrutura familiar dos pacientes, os trabalhos apontam que a maioria deles provém de famílias tradicionais ou intactas, em que ambos os pais moram juntos^(11, 79, 80). Esses aspectos parecem manter-se em culturas diferentes da ocidental. Estudo de Lee e Lock⁽⁶⁸⁾ revela que adolescentes asiáticas com AN e idade entre 12 e 18 anos apresentam perfil sociodemográfico muito similar ao de meninas ocidentais. A maioria da amostra pertencia a famílias de estrutura tradicional ou intacta, de classes sociais mais favorecidas e com pais com escolaridade elevada. Esses aspectos não foram, totalmente, identificados em recente estudo com grande amostra de adolescentes da comunidade em que não houve predomínio de pacientes de classe social mais elevada e de pais morando juntos. Apenas, o nível de instrução dos pais foi alto, compatível com os resultados de outras pesquisas⁽⁷⁰⁾.

Famílias com história de TAs, TH e TAns, bem como dependência de substância têm risco aumentado de TAs⁽²⁹⁾. Parentes de primeiro grau de pacientes com AN e BN têm maiores índices de TAs que a população geral^{(7,}

²⁹⁾. Isso ocorre, igualmente, com irmãos gêmeos de indivíduos acometidos por TAs, sobretudo, os monozigóticos^(7, 29).

2.4 Comorbidades psiquiátricas nos TAs

Comorbidade significa a co-ocorrência de dois ou mais transtornos psiquiátricos na mesma pessoa^(81, 82). Os estudos apontam altos índices de comorbidades psiquiátricas nos TAs em amostras comunitárias e clínicas de ambulatório e internação, determinando, inclusive, um pior prognóstico^(18, 21, 27-30, 70).

Os TH ocorrem em 58% a 98% dos pacientes com TAs, sendo a depressão maior e a distímia os mais comuns (50% e 75%)^(18, 27, 29, 35, 39, 40, 74, 79, 83-85). Os TAns, também, têm alta prevalência com índices de 65% em pacientes com AN e de 36% a 58% em indivíduos com BN^(18, 21, 27, 30, 35, 75, 83-86). A fobia social (FS)⁽⁸⁷⁾ e o transtorno de ansiedade generalizada (TAG) são as patologias ansiosas mais comuns entre os pacientes com BN^(25, 29, 75). O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e a FS são os que mais ocorrem entre aqueles com AN^(25, 29, 75). É importante ressaltar que as taxas de comorbidades mencionadas correspondem à população adulta e que o conhecimento dessas prevalências em TAs na infância e na adolescência ainda é restrito.

Os estudos que avaliaram as taxas de prevalência de comorbidades em crianças e adolescentes com TAs revelam dados similares à população

de pacientes adultos^(30, 77, 84). O estudo de Zonneville-Bender et al.⁽⁸⁴⁾, por exemplo, compara amostras de pacientes adultas e adolescentes internadas com AN e demonstra que as taxas de depressão maior e TAns são muito parecidas. Os trabalhos existentes indicam que os transtornos psiquiátricos mais frequentes em crianças e adolescentes com TAs são os TH (25,4% a 85%) e os TAns (4% a 76%)^(7, 17, 27, 35, 74, 79, 84). Dentre os TH, a depressão unipolar é a mais prevalente, tanto na AN como na BN^(27, 35, 37, 40, 70, 84). Da mesma forma, dentre os TAns, os mais comuns na AN são o TOC, FS e o TAG^(7, 18, 27, 35, 38, 77, 84, 88). Na BN, há bem menos estudos com esse tema. Os transtornos comórbidos mais frequentes são a FS, o TAG e o TOC^(7, 21, 27, 30, 88). Trabalho recente de Swanson et al.⁽⁷⁰⁾, com 10.123 adolescentes da comunidade entre 13 e 18 anos, relata que 55,2% dos pacientes com AN, 88% dos com BN e 79,8% dos com AN atípica apresentam comorbidades psiquiátricas. BN esteve associada a TH e TAns de uma forma geral. O transtorno desafiador opositivo (TDO) foi a única patologia associada aos quadros de AN, contrariando achados da grande maioria dos estudos nesse assunto.

A prevalência de transtornos psiquiátricos comórbidos é tão relevante em indivíduos com as síndromes parciais dos TAs como naqueles com síndromes totais^(15-17, 19, 20, 22, 23, 26, 54, 79). Pesquisa de Lewinsohn et al.⁽²⁰⁾ demonstra que 70% dos adolescentes com TAs, formas típicas e atípicas, apresentam outro transtorno psiquiátrico, sobretudo, doenças do humor.

A relação temporal das comorbidades psiquiátricas e os TAs tem sido alvo de investigação de alguns estudos. Os TAns costumam preceder os

TAs^(25, 27, 75, 86, 89). Já os TH acontecem com mais frequência durante os TAs^(25, 38, 79, 86). Diferentes hipóteses sobre essas diferenças temporais entre os TAns e os TH com os TAs são levantadas. A possibilidade de que os TAns e os TAs poderiam compartilhar os mesmos fatores de risco genéticos ou familiares ou, ainda, de que os TAns aumentariam o risco dos TAs é apontada por diferentes trabalhos^(25, 27, 85). O inverso parece ocorrer com os TH que seriam desencadeados pelos TAs. Ivarsson et al.⁽³⁷⁾, por exemplo, apontam que a AN parece ser um gatilho para o primeiro episódio de depressão. E esse, uma vez presente, prediz episódios subsequentes. Esses autores, também, salientam que os sintomas depressivos são comuns na apresentação da AN, mas que o transtorno depressivo segue seu próprio curso, quando estabelecido, exigindo diferentes abordagens terapêuticas. Stice et al.⁽³⁹⁾, em estudo com 496 adolescentes da comunidade, apresentam resultados que sugerem que a BN poderia aumentar o risco de depressão ou sintomas depressivos, sendo o inverso, também, possível, talvez por compartilharem fatores etiológicos. Os papéis da desnutrição, da predisposição genética, das alterações neuroquímicas, das interações e vivências familiares, nessa associação, são complexos e, ainda, não estão claros^(7, 27).

A presença de comorbidade psiquiátrica associada aos TAs torna-se relevante, à medida que um dos transtornos pode implicar um risco maior de desenvolver o outro e/ou que a co-ocorrência altere, significativamente, o prognóstico, curso ou resposta ao tratamento de um ou ambos os transtornos^(7, 16-23, 26, 37, 54, 88). As patologias comórbidas podem, inclusive,

complicar o diagnóstico dos TAs^(7, 18, 21, 27). Há achados de que a presença de comorbidades psiquiátricas pode aumentar a letalidade dos TAs⁽²⁴⁾. Dessa forma, os transtornos psiquiátricos comórbidos podem desempenhar importante papel na avaliação e no planejamento de estratégias terapêuticas. A investigação ativa e persistente de possíveis transtornos psiquiátricos associados, bem como seu manejo eficaz e precoce favoreceria, tanto a sua evolução, como a dos TAs^(21, 86).

2.5 Tratamento dos TAs na infância e adolescência

O tratamento padrão da AN e da BN é multidisciplinar e objetiva a abordagem de seus aspectos clínicos, nutricionais, psicológicos e relacionais^(4, 13, 29, 90-93). Os sintomas graves e o modelo etiológico complexo criam um desafio enorme no tratamento dos TAs⁽³³⁾. Métodos terapêuticos que levam em consideração a etapa do desenvolvimento das crianças e adolescentes e a presença ou não de comorbidades psiquiátricas possuem maiores chances de êxito. Os melhores resultados, igualmente, parecem ocorrer naqueles casos de tratamento precoce durante a adolescência, evitando as formas crônicas e imutáveis dos TAs^(3, 4, 9, 14, 29, 53, 93, 94). Szmukler et al.⁽⁹⁰⁾ relatam que nenhuma modalidade de tratamento pode ser indicada como única ou, isoladamente, melhor, seja ela comportamental, psicanalítica ou farmacológica. Um bom atendimento requer vários métodos terapêuticos, atuando de forma conjunta, abrangente e coesa.

A estruturação do PROTAD foi embasada nos pressupostos gerais acima citados⁽¹³⁾. O serviço oferece tratamento multidisciplinar ambulatorial e hospitalar, especializado para crianças e adolescentes com TAs. O suporte científico de cada abordagem utilizada no tratamento do PROTAD está exposto abaixo.

- a) Atendimento Familiar: A maioria dos trabalhos publicados sobre o tratamento dos TAs em crianças e adolescentes concorda que a terapia familiar, assim como o aconselhamento para pais, são os métodos mais efetivos no atendimento dos pacientes dessa faixa etária^(4, 92, 93, 95-102). Lock e LeGrange⁽³⁾ reforçam que os pais dos pacientes devem ser uma das principais fontes de recursos para o tratamento de adolescentes com TAs;
- b) Atendimento Cognitivo-Comportamental: As técnicas cognitivo-comportamentais são estratégias eficazes na abordagem dos TAs e têm sido, amplamente, empregadas em seu tratamento^(12, 13, 103-107). A terapia cognitivo-comportamental (TCC) pode ser útil para melhorar disfunções cognitivas sobre corpo e peso, manejar as crenças centrais dos pacientes com TAs e promover mudanças comportamentais^(12, 105, 108). Os modelos utilizados em adultos necessitam de adaptação para crianças e adolescentes^(103, 108). Uma dessas adaptações é que a TCC seja feita em grupo, já que constitui uma oportunidade dos adolescentes trocarem e experimentarem com seus pares, sendo, também, uma conformação, naturalmente, procurada e aceita por eles^(104, 109, 110);

- c) Atendimento Nutricional: A “terapia nutricional” para os TAs é parte fundamental do tratamento e deve ser um processo integrado, no qual o nutricionista e a equipe trabalhem juntos, para modificar os comportamentos relacionados ao peso e à alimentação^(13, 29, 93, 111-113). Além disso, a família tem papel fundamental na adesão ao plano alimentar^(13, 91-93);
- d) Atendimento Psicodinâmico: Os artigos apontam a importância da inclusão do tratamento psicodinâmico no intuito de ajudar o paciente com TA a entender o significado dos sintomas manifestados^(13, 114). Tratando-se de adolescentes, a maioria dos autores elege a psicoterapia grupal como procedimento de escolha^(109, 115). Mas, ainda, são poucos os estudos sobre o tratamento de adolescentes com TAs em grupos psicodinâmicos;
- e) Atendimento Psiquiátrico: As consultas psiquiátricas oportunizam a avaliação e o manejo dos sintomas alimentares e de comorbidades psiquiátricas^(29, 93). Quando necessária, a farmacoterapia é empregada no tratamento dos transtornos psiquiátricos comórbidos^(29, 93, 116);
- f) Atendimento Pediátrico: As consultas pediátricas têm como objetivo avaliar e acompanhar, detalhadamente, os aspectos clínicos e laboratoriais dos pacientes^(29, 93, 117).

O tratamento familiar é um modelo de terapia familiar desenvolvido, primeiramente, para a AN. Estudos sistematizados demonstram que

adolescentes tratados com tratamento familiar apresentam melhor evolução, quando comparados com adolescentes tratados com outras modalidades de intervenções psicoterápicas^(3, 10, 99, 118). A técnica do tratamento familiar foi manualizada por Lock et al.⁽⁹¹⁾. Essa abordagem demanda o envolvimento de todos os familiares que vivem com o paciente no tratamento da AN. O foco inicial da terapia são os sintomas da AN e a recuperação do peso, posteriormente, outras questões familiares e da adolescência relacionadas ao TA são abordadas^(3, 11, 91). Esta terapêutica é aplicada por, apenas, um profissional, que conta com uma equipe multidisciplinar de apoio para supervisão dos casos. A terapêutica começou a ser utilizada no PROTAD, a partir de 2008, em pacientes com AN⁽⁸⁰⁾.

As modalidades de intervenção no tratamento dos TAs são ambulatorial, hospitalar ou hospital-dia^(4, 91, 93, 94). Os critérios de hospitalização dos TAs, embasados na literatura de referência, estão listados nos dados da Tabela 4, que são os adotados pela equipe do PROTAD^(4, 91, 93, 94). Os pacientes com AN, provavelmente, são os que mais necessitam de abordagens hospitalares em função das características da patologia. Menos frequentemente, os pacientes com BN precisam dessa modalidade de tratamento^(4, 91, 93, 94).

Tabela 4 - Critérios de hospitalização dos TAs

1. Deterioração física:
 - perda de peso grave (em geral, mais de 25% do peso);
 - desidratação;
 - falência circulatória: pressão arterial baixa, pulso lento ou irregular, circulação periférica insuficiente;
 - distúrbios hidroeletrolíticos;
 - presença de vômitos persistentes ou sanguinolentos;
2. Depressão grave com ideação ou intenção suicida;
3. Distúrbios psiquiátricos que necessitam cuidados intensivos;
4. Falência de tratamento ambulatorial.

FONTE: Lask B, Bryant-Waugh R. Overview of management. In: Lask B, Bryant-Waugh R, editors. *Eating disorders in childhood and adolescence*. 3rd ed. London: Routledge Taylor & Francis Group; 2007.

2.6 Resposta ao tratamento

Na infância e adolescência, um dos grandes desafios do tratamento dos TAs é devolver o indivíduo a seu desenvolvimento normal. Isso, provavelmente, implicará inseri-lo em um ponto adiante daquele onde ele parou com relação aos aspectos físicos e psíquicos. Esse novo ponto poderá trazer consigo muitos dos processos temidos que, inclusive, desempenharam um papel importante na etiologia dos TAs^(53, 93).

Questões metodológicas, tais como o período de seguimento e a falta de um consenso na definição de resposta ao tratamento, remissão e recuperação dos TAs, ainda vigentes na literatura científica, dificultam a estruturação de estudos e comparações de resultados entre eles^(33, 77, 119).

Alguns autores propõem definições com base no conceito confeccionado por Frank et al.⁽¹¹⁹⁻¹²¹⁾ para depressão. Couturier e Lock⁽¹²²⁾, utilizando essa concepção, referem que a resposta ao tratamento seria uma mudança significativa das medidas aferidas em um ponto inicial ou uma mudança de certa magnitude de escores utilizados para medir os sintomas, estando, diretamente, relacionada com o tratamento. A resposta ao tratamento poderia ou não acarretar remissão. Por sua vez, esta seria uma modificação que não, necessariamente, estaria relacionada a intervenções terapêuticas, sendo uma avaliação categorial em um determinado momento no tempo, indicando que os sintomas não estão mais presentes ou que houve retorno à normalidade, pelo menos, por um curto período de tempo. A recuperação diferenciar-se-ia da remissão por constituir ausência de sintomas durante um período suficientemente longo para considerar que a doença tivesse terminado. Remissão e recuperação seriam, portanto, resultados categoriais^(121, 122). A recuperação tem sido a principal investigação dos estudos de prognóstico dos TAs^(18, 28, 31-38, 40-42). Eles demonstram que ela demora de 22,6 até 80 meses para acontecer, após, o encerramento do tratamento, e que os pacientes, inclusive os adolescentes, podem precisar de múltiplas intervenções terapêuticas ao longo do tempo^(18, 28, 31-40, 121-123).

Diferentes medidas de remissão e recuperação da AN vêm sendo utilizadas pelos pesquisadores: peso, mortalidade, sintomas e comportamentos alimentares, menstruação e funcionamento psicológico e social^(119, 123). Morgan e Hayward⁽¹²⁴⁾ foram os pioneiros nessa área com o desenvolvimento de um instrumento que avalia um desfecho mais amplo,

incluindo aspectos físicos, psicológicos e sociais da AN para determinação de três categorias de prognóstico: bom, intermediário e ruim. Na grande maioria das pesquisas, entretanto, o peso e a menstruação são os únicos aspectos avaliados. A recuperação de peso, isoladamente, também já foi proposta como critério de remissão, sendo utilizada pelas pesquisas com diferentes níveis de ganho ponderal. Outra possibilidade de avaliação é identificar a remissão pelo não preenchimento dos critérios diagnósticos do DSM IV – TR^(18, 35, 36, 121).

Assim como na AN, existem diferentes definições de remissão e recuperação na BN. Alguns pesquisadores consideram que seria a ausência completa de sintomas purgativos e compulsivos, e outros acreditam que seria a ocorrência desses episódios em uma frequência igual ou menor a uma vez por mês⁽¹¹⁹⁾. Quanto maior o tempo de seguimento dos pacientes maiores seriam as taxas de remissão e recuperação⁽¹¹⁹⁾.

Além desses métodos, a remissão pode também ser definida pela ausência de sintomas psicopatológicos que caracterizam os TAs. Algumas entrevistas e escalas são usadas para avaliações de sua psicopatologia, como o *Eating Disorder Inventory* (EDI), o *Eating Disorder Examination* (EDE) e o *Eating Attitudes Test* (EAT)^(11, 34, 38-41, 125). Todavia, permanecem contraditórios ou desconhecidos os pontos de corte ou o poder de identificação de mudanças desses instrumentos.

Conforme demonstrado por Couturier e Lock⁽¹²¹⁾, distintos métodos de avaliação de remissão, mesmo quando empregados na análise de uma

mesma amostra, produzem uma ampla série de resultados. A combinação de avaliações ponderais e psicológicas parece ser a forma mais consistente de definir remissão na AN^(29, 77, 119, 121-123, 126).

No presente estudo, o critério de resposta a tratamento utilizado foi o de remissão, ou seja, ausência de diagnóstico de TAs pelo DSM IV – TR no momento da saída do paciente do acompanhamento, conforme definição de Frank et al.⁽¹²⁰⁾ e de Couturier e Lock⁽¹²¹⁾.

A remissão tem implicações importantes no tratamento dos pacientes, sendo uma importante medida para orientação das condutas nos serviços de saúde^(121, 122). Identificar as variáveis que determinam o desfecho dos TAs pode influenciar o tipo, intensidade e duração do tratamento. Uma vez estando os pacientes livres de sintomas, uma diminuição ou interrupção das intervenções terapêuticas pode ser considerada. Além disso, um interessante aspecto da remissão é o quanto ela pode predizer posterior recuperação⁽¹²²⁾.

2.7 Prognóstico e impacto dos TAs na infância e adolescência

Prognóstico é uma predição do curso ou resultado final de uma doença, após seu início^(123, 127). Em função dos graves prejuízos físicos, psicológicos, sociais e financeiros dos TAs, vem se buscando delinear seu curso, bem como seus fatores prognósticos^(128, 129).

Estudos com adultos com TAs, de uma forma geral, apontam que 50% dos pacientes recuperam-se, de 12% a 27% recaem e 20% cronificam^(2, 5, 18, 24, 29, 32, 128-132). Nos últimos anos, pesquisas de prognóstico com amostras de pacientes adolescentes com AN têm aumentado. Eles apontam que 50% a 70% dos pacientes recuperam-se, 20% melhoram, permanecendo com sintomas residuais, e 10% a 20% desenvolvem AN crônica. Esse curso tende a melhorar com o passar dos anos^(18, 29, 36, 123, 128). Embora os adolescentes costumem ter melhor evolução que os adultos, os pacientes pré-púberes parecem ter pior curso que os púberes^(77, 123). Entretanto, mesmo mantendo peso e menstruações normais, grande parte das pacientes com AN mantém alterações físicas, psicológicas ou sociais^(18, 29, 32, 41, 121, 124). Mudança de diagnóstico de TA ao longo do tempo parece ser mais frequente da AN subtipo restritivo para o purgativo ou da AN para BN nos primeiros 5 anos de doença^(18, 29, 36, 41, 129).

A AN implica um grande risco de mortes prematuras⁽²⁴⁾. As taxas de mortalidade da AN são as mais altas dentre os transtornos mentais^(29, 71, 123). As taxas brutas de mortalidade da AN variam entre 5% e 20%, sendo de 6 a 12,82 vezes maiores que aquelas esperadas para populações pareadas em pesquisas de médio e longo prazo^(2, 24, 29, 126, 132, 133). A razão de mortalidade da AN é de 3,1 para crianças, de 3,2 para adolescentes e de 6,2 em estudos com amostra dos 10 aos 40 anos^(123, 133). Esse índice chega a 17,8 em alguns estudos, sendo de seis a treze vezes maiores que na população em geral^(132, 133). As maiores taxas de morte parecem ocorrer no primeiro ano de doença nas mulheres e nos dois primeiros anos nos homens⁽¹²³⁾. O suicídio

é a causa mais frequente das mortes na maioria dos casos, seguido pelas consequências da patologia alimentar^(24, 123, 133, 134). Na BN, as taxas de mortalidade bruta variam entre 0,3% e 3% e de razão de mortalidade ficam em torno de 1,6 %^(2, 5, 24, 29, 32, 71, 129, 130).

Os fatores prognósticos são variáveis presentes no início de uma doença e podem influenciar seu curso⁽¹²³⁾. Até o momento, a literatura sobre os fatores prognósticos nos TAs demonstra resultados contraditórios e pouco consistentes, sobretudo, na infância e adolescência^(24, 28, 29, 33, 34, 41, 42, 119, 123, 128, 131, 135). A maioria das pesquisas ainda é com pacientes adultas com diagnóstico de AN^(24, 28, 32, 119). Além disso, estudos sobre os fatores prognósticos de resposta a tratamento são escassos na literatura de forma geral. A grande maioria deles foca na investigação de fatores que influenciam a recuperação dos pacientes, após tratamento^(18, 28, 31-41). Algumas das variáveis descritas na literatura em estudos de seguimento foram utilizadas no presente estudo para avaliar seu papel, especificamente na resposta a tratamento e serão revisadas a seguir.

A idade de início da AN parece estar associada com seu curso^(31, 41, 42, 77, 119). Assim, indivíduos pré-púberes parecem ter pior prognóstico que os púberes^(77, 123). Dentre estes, os adolescentes mais jovens têm melhor evolução que os mais velhos. Da mesma forma, os adultos apresentam, geralmente, pior evolução que os adolescentes^(29, 123). Gênero e nível socioeconômico não tiveram seu papel comprovado, ainda, no curso da AN, assim como baixos peso e IMC na entrada do tratamento^(31-33, 41, 119, 123). Longo período de duração dos sintomas alimentares parece ser

desfavorável à evolução dos TAs, influenciando, inclusive, a adesão dos pacientes ao tratamento e a possível mortalidade^(24, 32, 33, 40-42, 119). Estudos realizados com adolescentes revelam tempo de doença entre 11 e 15 meses em média^(33, 35, 121). O papel das comorbidades psiquiátricas na AN ainda se encontra sob investigação. A maioria dos estudos aponta-as como responsáveis por piorar o curso da AN, conforme apresentado, anteriormente, neste capítulo^(24, 29, 31, 35, 36, 119). Estrutura familiar não tradicional (famílias com pais separados), baixo nível educacional dos pais e história de doença psiquiátrica parental podem estar relacionados à evolução da AN em crianças e adolescentes^(31, 123). Da mesma forma, obesidade prévia à AN, número e tipo de tratamentos realizados podem influenciar seu curso^(31, 33, 136).

Existem poucos estudos sobre fatores prognósticos na BN. Maior duração dos sintomas no momento de iniciar o tratamento, assim como presença de sintomas purgativos, como vômitos e uso de laxantes, amplas variações de peso e presença de comorbidades psiquiátricas, sobretudo episódio depressivo, parecem determinar pior evolução^(28, 29, 119, 131). Ainda não está clara a influência da idade de início da patologia, da obesidade prévia, da estrutura familiar, da história familiar de TAs e do nível econômico.

Alguns fatores etiológicos de transtornos psiquiátricos na infância e adolescência foram identificados em pesquisas, inclusive, no Brasil. São eles gênero masculino, doença mental nos pais, estrutura familiar não tradicional, baixo grau educacional dos pais e níveis econômicos inferiores^(137, 138). Tais

fatores poderiam desempenhar um papel prognóstico significativo no tipo de resposta ao tratamento e, por isso, foram utilizados neste trabalho.

A partir de 1996, a OMS avalia todas as patologias pelos danos que elas impõem à qualidade de vida por meio de medida conhecida como *Disability-Adjusted Life Years* (DALYs). O DALYs mede o número de anos de vida perdidos (em caso de falecimento) ou vividos com prejuízo^(43, 46). Essa medida possibilitou demonstrar o impacto dos transtornos psiquiátricos na saúde pública mundial: os transtornos psiquiátricos (depressão, esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar, transtorno obsessivo-compulsivo) estão entre as dez principais causas de DALYs em indivíduos com idades entre 15 e 44 anos de regiões desenvolvidas do mundo. As outras causas de DALYs estão fortemente associadas a patologias psiquiátricas na literatura epidemiológica, como o uso de álcool⁽⁴⁶⁾.

Os TAs e outros transtornos psiquiátricos iniciam-se na infância ou adolescência. Estratégias para reduzir os prejuízos das doenças mentais requerem atenção aumentada nos estágios iniciais do desenvolvimento^(5, 43-46, 48). Assim, como enfatizam diferentes pesquisadores, a compreensão das patologias psiquiátricas, nesse período, é prioridade para a melhoria da saúde mental mundial. O conhecimento da história clínica e dos fatores prognósticos é essencial para o avanço dos tratamentos^(44, 45, 48, 49).

**Capítulo 3 - Estudo transversal:
Perfil descritivo da amostra de
pacientes admitidos no PROTAD**

3.1 Objetivos

O estudo transversal foi realizado com pacientes com TAs admitidos no PROTAD de novembro de 2001 a dezembro de 2009. Os objetivos deste trabalho foram:

- a) Investigar o perfil sociodemográfico e o clínico dos pacientes com TAs e compará-los com dados da infância e adolescência encontrados na literatura científica de referência;
- b) Identificar a prevalência de comorbidades psiquiátricas em crianças e adolescentes com TAs e a semelhança destas com as taxas encontradas nos estudos de referência nessa população e na de adultos.

3.2 Métodos

3.2.1 Desenho

Este foi um estudo transversal cuja avaliação ocorreu à entrada dos pacientes no PROTAD no período de novembro de 2001 a dezembro de 2009.

3.2.2 Amostra

No estudo, foram incluídos todos os pacientes admitidos para tratamento multidisciplinar ou familiar no ambulatório e na internação do PROTAD de novembro de 2001 a dezembro de 2009. Desde o início do funcionamento do PROTAD, em novembro de 2001, até dezembro de 2009, foram admitidos 106 pacientes com diagnóstico de TAs, síndromes totais e parciais. Destes 106 pacientes, seis tiveram que ser excluídos da amostra do estudo, em função de extravio de dados. Onze pacientes foram admitidos no PROTAD, a partir de 2008, para tratamento familiar, cujos critérios de inclusão foram: gênero feminino, diagnóstico de AN, síndromes parciais e totais, e participação de ambos os pais no acompanhamento. Em função disso, tais pacientes foram excluídos da análise das variáveis gênero, cuidadores ou responsáveis e diagnóstico de TA.

A amostra constituiu-se de crianças e adolescentes até 18 anos de idade, de ambos os gêneros, com diagnóstico de TAs (síndromes totais e parciais), conforme critérios do DSM-IV-TR, com ou sem comorbidades psiquiátricas, cujo diagnóstico principal era o TA⁽⁵⁰⁾.

Os critérios de inclusão de sujeitos na amostra foram:

- Cuidadores ou responsáveis e pacientes admitidos no PROTAD, que aceitaram participar da pesquisa, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo A); e
- Jovens de ambos os gêneros, com idade até 18 anos e com diagnóstico de AN, BN ou TANE, conforme critérios do DSM-IV-TR⁽⁵⁰⁾, acompanhados de seus responsáveis e/ou cuidadores.

Os critérios de exclusão de sujeitos na amostra foram:

- Pacientes com retardo mental ou transtornos invasivos de desenvolvimento;
- Gravidez; e
- Ausência de cuidador ou responsável legal, conforme as normas do IPq/HC-FMUSP.

3.2.3 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido no PROTAD.

Os atendimentos ocorreram no IPq/HC-FMUSP, no ambulatório do SEPIA (primeiro andar) ou na enfermaria da Infância e Adolescência (primeiro andar), de acordo com tipo de tratamento indicado para cada paciente.

3.2.4 Instrumentos

- a) Levantamento sobre o Desenvolvimento e Bem-Estar de Crianças e Adolescentes (*Development and Well-Being Assessment* – DAWBA) versão brasileira: conjunto de questionários e entrevistas desenvolvido, originalmente, na Inglaterra. Tem como objetivo o diagnóstico de transtornos psiquiátricos na infância e adolescência, baseado nos critérios da CID-10 e do DSM-IV^(139, 140). Foi traduzido e validado em português por Fleitlich-Bylik e Goodman em 2001⁽¹⁴¹⁾. Posteriormente, foi desenvolvida e validada uma seção específica sobre TAs⁽⁵⁵⁾. O DAWBA também pode ser utilizado para avaliação dos fatores de risco implicados na resposta ao tratamento. Os fatores de risco investigados através deste instrumento foram: presença de comorbidade psiquiátrica, momento do início da comorbidade psiquiátrica em relação ao TA, tempo de doença, idade de início do TA, grau de preocupação com peso e imagem

corporal, restrição alimentar, intensidade e frequência de sintomas compulsivos e purgativos, ciclos menstruais, tratamentos prévios e tempo de tratamento;

b) Questionário Socioeconômico (QSE): questionário desenvolvido e usado em importante estudo epidemiológico na cidade de Taubaté (SP) (sudeste do Brasil) para avaliação dos fatores de risco para transtornos psiquiátricos na infância e adolescência^(138, 142) (anexo B). O questionário possibilitou o levantamento dos seguintes dados:

a. sociodemográficos: cuidador ou responsável, tipo de escola, escolaridade dos pacientes e responsáveis ou cuidadores, origem étnica;

b. familiares: tipo de família (tradicional ou não tradicional);

c) Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB): questionário desenvolvido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP)⁽¹⁴³⁾ em 1996, com a função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, determinando sua classe econômica⁽¹⁴³⁾ (anexo C). A versão de 2003 do instrumento foi utilizada para determinar o perfil das classes econômicas da amostra;

d) Escala de Avaliação Global de Crianças (*Children's Global Assessment Scale* - CGAS): consiste em uma escala numérica de 1 (pior funcionamento) a 100 (melhor funcionamento possível). Valores inferiores a 70 indicam funcionamento fora do normal. É um instrumento amplamente utilizado para pontuação do funcionamento global de

crianças e adolescentes abaixo de 18 anos^(50, 144) (anexo D). A escala faz parte do instrumento diagnóstico de transtornos psiquiátricos na infância e adolescência, denominado *Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia School-Age Children/Present and Lifetime Version (K-SADS-PL)* que foi traduzido e validado em português⁽¹⁴⁵⁾. É usada para indicar o julgamento clínico do nível geral de funcionamento do paciente e para planejar o encaminhamento a ser dado⁽⁵⁰⁾. O impacto dos TAs, com ou sem comorbidades psiquiátricas, no funcionamento global dos pacientes foi determinado com esse instrumento por meio de avaliação e pontuação do psiquiatra do paciente;

- e) História Clínica Psiquiátrica: caso clínico formal confeccionado pelo psiquiatra responsável pelo caso (anexo E) e/ou revisão de prontuário com o objetivo de coleta de dados adicionais, tal como história familiar de transtornos psiquiátricos, ou em caso de perda de dados.
- f) Avaliação Nutricional: entrevista estruturada do PROTAD (anexo F) que incluiu aferição pôndero-estatural dos pacientes para obtenção de dados como peso, altura, percentil IMC/idade, ciclos menstruais e padrão alimentar.

3.2.5 Procedimentos

a) Coleta de dados

a.1) Entrevistas e escalas

As entrevistas e as escalas foram aplicadas pela pesquisadora executante ou por membro da equipe de pesquisa na primeira consulta da entrada dos pacientes no PROTAD. O uso dos instrumentos possibilitou a coleta e a análise das seguintes variáveis:

- a) sociodemográficas: idade, gênero, origem étnica, procedência, classe econômica e escolaridade;
- b) familiares: tipo de família (tradicional ou não tradicional), cuidador ou responsável pelo tratamento, grau de instrução do cuidador, história familiar de TAs e/ou outros transtornos psiquiátricos;
- c) TAs: diagnósticos, idade de início e duração da doença, modalidade de tratamento, tratamentos prévios, recaídas, obesidade prévia, peso, altura, IMC, percentil de IMC/idade, medo de engordar, restrição alimentar, intensidade e frequência de sintomas compensatórios, intensidade e frequência dos sintomas compulsivos e purgativos e ciclos menstruais;
- d) comorbidades psiquiátricas: prevalências e curso em relação aos TAs; e

- e) impacto dos TAs, com ou sem outros transtornos psiquiátricos, no funcionamento global dos pacientes.

b) Definição das variáveis do estudo

b.1) Grupos diagnósticos de TA

Os pacientes da amostra foram divididos em dois grupos diagnósticos de TAs. Tal divisão foi embasada na prática clínica, na literatura científica e nos novos direcionamentos diagnósticos propostos pelo grupo de especialistas do DSM. Essa organização também objetivou aumentar o poder da análise estatística. O grupo AN incluiu pacientes com diagnóstico de AN, síndromes totais e parciais. O diagnóstico de síndrome parcial da AN referiu-se à ausência de um ou dois dos critérios diagnósticos, amenorreia ou baixo peso, citados nos itens 1 e 2, respectivamente, da sessão de TANE do DSM-IV-TR (consultar Tabela 3 no Capítulo 2). O grupo BN foi composto por pacientes com diagnóstico de BN, síndromes totais (consultar Tabela 2 no Capítulo 2) e parciais. O diagnóstico de síndrome parcial da BN referiu-se à ausência de um ou dois dos critérios para BN, descritos nos itens 3 e 4 da sessão de TANE do DSM-IV-TR (consultar Tabela 3 no Capítulo 2). O item 3 referiu-se à presença de compulsões e/ou purgações com frequência menor que duas vezes por semana ou duração dos sintomas por menos de 3 meses. O item 4 mencionou o uso regular de comportamentos compensatórios inapropriados após ingestão de quantidades adequadas de

alimentos em indivíduos de peso normal. O agrupamento do diagnóstico de TANE às síndromes totais justificou-se por eles serem muito frequentes na infância e adolescência e possuírem impacto, evolução e prognóstico comparáveis às suas apresentações típicas^(4, 16, 23, 26, 53).

b.2) IMC

O IMC de cada paciente foi calculado pela divisão do peso em kg pela altura em metros ao quadrado.

b.3) Classes econômicas

As sete classes econômicas distintas do CCEB⁽¹⁴³⁾ foram reagrupadas em dois grupos maiores. O grupo Classes A+B reuniu pacientes dos níveis A1, A2, B1 e B2 com rendas superiores a R\$ 1.669,00⁽¹⁴³⁾. O grupo C + D + E incluiu as respectivas classes com renda a partir de R\$ 207,00⁽¹⁴³⁾.

b.4) Estrutura familiar

As famílias foram classificadas de acordo com sua conformação em tradicionais, quando mãe e pai viviam na mesma casa do paciente, ou não tradicionais, quando o paciente vivia na casa, apenas, com um de seus pais.

b.5) Responsáveis ou cuidadores

Foram considerados cuidadores ou responsáveis os adultos que se responsabilizaram pelo tratamento do paciente, comparecendo à maioria das consultas e implementando as condutas, diariamente, em casa. A categoria outros, dessa variável, correspondeu a pai, avós, empregadas ou tios.

b.6) História familiar de transtornos psiquiátricos

A história de transtornos psiquiátricos na família incluiu as variáveis TAs e outros transtornos psiquiátricos, que incluíram os TH, os TAns dependência de substância.

b.7) Idade de início dos TAs

A idade de início dos TAs referiu-se à idade em anos do paciente no momento em que ele começou a apresentar os sintomas dos TAs. A idade de início dos TAs considerou o ponto de corte de 14 anos, em função da literatura científica definir como TA de início precoce aqueles que começam antes dessa idade^(8, 51). Um grupo foi formado por aqueles pacientes cujo TA iniciou-se quando tinham 14 anos ou menos. O outro grupo foi composto por jovens com idade maior de 14 anos.

b.8) Tempo de duração dos TAs

O tempo de duração dos TAs foi calculado em meses e abrangeu o período desde o mês em que se iniciou a patologia alimentar até a data de entrada do paciente no PROTAD.

b.9) Tipo de tratamento

A análise da variável tipo de tratamento utilizou, somente, os dados dos pacientes admitidos no PROTAD a partir de outubro de 2006, quando o serviço passou a contar com tratamento ambulatorial e internação. A categoria ambulatorial dessa variável considerou pacientes que fizeram, unicamente, tratamento ambulatorial. E a categoria internação referiu-se aqueles pacientes que fizeram, exclusivamente, tratamento na enfermaria ou que, em algum momento, também precisaram dessa forma de atendimento.

b.10) Tratamentos prévios

Foram considerados tratamentos prévios quaisquer atendimentos psicológicos, nutricionais e/ou médicos em caráter ambulatorial e/ou de enfermaria para tratamento dos TAs.

b.11) Recaída dos TAs

A recaída dos TAs referiu-se aos pacientes que já haviam tido alta clínica do PROTAD e que, posteriormente, foram readmitidos para novo tratamento em função de retorno do TA.

b.12) Perfil nutricional

O estado nutricional dos pacientes foi classificado por meio do percentil de IMC/idade, de acordo com a OMS ^(62, 64):

- desnutrição: percentis < 3 ;
- eutrofismo: percentis ≥ 3 e < 85 ;
- sobrepeso: percentil ≥ 85 e < 97 ;
- obesidade: percentil ≥ 97 .

A obesidade prévia foi definida com o peso e altura dos pacientes imediatamente antes do início dos sintomas alimentares, de acordo com a OMS descrita acima. Esse dado foi referido pelos pais ou coletado diretamente de avaliações pediátricas prévias trazidas pelos pais.

b.13) Sintomas de TAs

Os sintomas alimentares: medo de engordar, restrição alimentar, compulsões, exercícios físicos excessivos, vômitos e ausência de menstruações foram classificados como existentes, mediante o preenchimento das especificações diagnósticas do DSM IV - TR. Para

análise da variável menstruações, apenas os pacientes do sexo feminino da amostra foram selecionados. Conforme critérios do DSM IV – TR, a categoria ausente dessa variável referiu-se à amenorreia nos últimos 3 meses em meninas que já haviam menstruado alguma vez. A categoria presente foi definida pela presença de algum ciclo menstrual nos últimos 3 meses, e a amenorreia primária referiu-se à ausência de ciclos menstruais em meninas que ainda não tiveram menarca.

b.14) Comorbidades psiquiátricas

A definição de comorbidades psiquiátricas considerou a ocorrência de dois ou mais transtornos psiquiátricos no mesmo paciente com diagnóstico de TAs^(81, 82). Conforme diretrizes diagnósticas do DSM IV - TR, pacientes podiam ter, apenas, um dos diagnósticos da sessão de TH, enquanto podiam apresentar mais de um diagnóstico contido na sessão de TAns. A categoria outros transtornos ansiosos, da variável denominada tipos de transtornos ansiosos, correspondeu à sessão de transtornos de ansiedade sem outra especificação do DSM IV - TR.

Dentre os tipos de comorbidades psiquiátricas, a categoria denominada outros transtornos agrupou os diagnósticos de transtorno desafiador opositivo (TDO), transtorno de conduta (TC), transtorno de déficit de atenção-hiperatividade (TDAH), tricotilomania e transtorno dismórfico corporal (TDC) dispostos em diferentes sessões do DSM IV – TR.

b.15) Relação temporal entre os TAs e as comorbidades psiquiátricas

A relação temporal entre o início do TA e o início da comorbidade psiquiátrica foi conceituada em “antes” (transtornos comórbidos cujos sintomas começaram anteriormente aos sintomas alimentares) e “durante” (aqueles transtornos comórbidos cujos sintomas começaram quando a sintomatologia alimentar já estava estabelecida).

c) Tratamento

Existem duas modalidades de tratamento no PROTAD: multidisciplinar e familiar.

O tratamento multidisciplinar é realizado no ambulatório e na enfermaria, de acordo com quadro clínico do paciente, estando embasado em pressupostos teóricos. Consiste em atendimentos familiar, cognitivo-comportamental, nutricional, psicodinâmico, psiquiátrico e pediátrico.

A partir de 2008, em função de um projeto de pesquisa, o PROTAD passou a oferecer tratamento familiar para pacientes com diagnóstico de AN, conforme método manualizado por Lock e colaboradores⁽⁹¹⁾.

d) Análise estatística

Os dados coletados foram armazenados, organizados e tabulados em banco de dados do Excel.

Com o intuito de obter informações relevantes ao estudo, primeiramente, foi realizada uma análise exploratória da amostra. Foram calculadas as frequências e percentuais das variáveis categóricas. Com relação às variáveis contínuas, foram calculadas medidas-resumo, tais como: mínimo, máximo, média e erro-padrão.

A análise descritiva também possibilitou a caracterização amostral com relação aos grupos de TAs. A fim de examinar uma possível associação entre as duas variáveis categóricas binárias, utilizou-se o Teste Exato de Fisher. Para variáveis com mais de duas categorias, a relação foi verificada por meio do Teste Qui-Quadrado e, nos casos onde a frequência de alguma casela da tabela de contingência foi inferior a cinco, foi empregado o Teste Qui-Quadrado, via método de Monte Carlo. A comparação dos dois grupos de TAs em relação às variáveis contínuas foi feita pelo Teste-T, uma vez satisfeita a suposição de normalidade (Teste de Kolmogorov-Smirnov) Nos casos em que a suposição de normalidade foi violada, o Teste de Mann-Whitney foi usado.

O nível de significância considerado em todos os testes estatísticos foi de 5% ($p < 0,05$).

O software empregado para as análises estatísticas foi o *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS, Inc., Chicago, IL, USA) versão 14.0.

e) Procedimentos éticos

O presente estudo foi aprovado pela Comissão de Ética Médica para Análise de Projetos de Pesquisa (CAPPesq) da Diretoria Clínica do HC-FMUSP (Protocolo de pesquisa nº 0800/08) em setembro de 2008. Os pacientes e seus responsáveis legais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo A).

3.2.6 Resultados

O grupo AN incluiu os 77 pacientes com diagnóstico de AN, síndromes totais ou parciais. O grupo BN foi composto por 23 pacientes com diagnóstico de BN, síndromes clínicas ou subclínicas.

A Tabela 5 apresenta idade dos pacientes da amostra. Os pacientes do grupo AN eram mais jovens do que aqueles do grupo BN com diferença estatisticamente significativa.

Uma paciente com diagnóstico de BN, forma incompleta, tinha 9 anos de idade ao ser admitida no PROTAD. Foi a paciente mais jovem a ingressar neste serviço.

Tabela 5 - Idade em anos dos pacientes da amostra

GRUPOS	N	Mínimo	Máximo	Média	Erro-Padrão	p ¹
Amostra total	100	9,06	18	15,41	0,18	0,018
Grupo AN	77	10,48	18	15,19	0,19	
Grupo BN	23	9,06	17,69	16,18	0,38	

¹p=significância estatística.

a) Perfil sociodemográfico

Os dados da Tabela 6 apresentam o perfil sociodemográfico da amostra. A maior parte dela foi composta por sujeitos do gênero feminino (82%), com uma relação entre meninas e meninos de 12:1, aproximadamente.

Observou-se diferença estatisticamente significativa entre os grupos diagnósticos de TA na variável escolaridade. A maioria dos pacientes do grupo AN (46,6%) estava cursando o Ensino Fundamental em comparação com os pacientes do grupo BN (8,7%).

Tabela 6 – Perfil sociodemográfico da amostra

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	Amostra Total (100)		Grupo AN (77)		Grupo BN (23)		p ¹
	N	%	N	%	N	%	
Gênero:							
Feminino	82	82	60	91	22	95,7	1,00
Masculino	7	7	6	9	1	14,3	
Perdidos	0	0	-	-	-	-	
Etnicidade:							
Branca	84	84	65	86,7	19	86,04	0,97
Outras	13	13	10	13,30	3	13,60	
Perdidos	3	3	-	-	-	-	
Classe econômica:							
Classes A + B	64	64	49	67,1	15	68,2	0,93
Classes C + D + E	31	31	24	32,9	7	31,8	
Perdidos	5	5	-	-	-	-	
Escolaridade:							
Ensino fundamental	36	36	34	46,6	2	8,7	<0,01
Ensino médio ou colegial	60	60	39	53,4	21	91,3	
Perdidos	4	4	-	-	-	-	
Procedência:							
São Paulo	97	97	74	96,1	23	100	1,00
Outros Estados	3	3	3	3,9	0	0	
Perdidos	0	0	-	-	-	-	

¹p=significância estatística.

b) Características familiares

Os dados familiares analisados estão na Tabela 7. Não foram observadas diferenças com significância estatística entre os dois grupos diagnósticos de TAs com relação aos dados familiares.

Tabela 7 - Características familiares

CARACTERÍSTICAS FAMILIARES	Amostra Total (100)		Grupo AN (77)		Grupo BN (23)		p ¹
	N	%	N	%	N	%	
Tipo de família:							
Não tradicional	30	30	23	30,3	7	30,4	0,99
Tradicional	69	69	53	69,7	16	69,6	
Perdidos	1	1	-	-	-	-	
Cuidador ou responsável:							
Mãe	78	88	57	87	21	91,3	0,14
Outros	10	12	8	13	2	8,7	
Perdidos	1	2	-	-	-	-	
Grau de instrução do cuidador:							
Fund.- médio incompleto ²	14	14	10	15,9	4	26,7	0,45
Médio completo - superior completo ³	64	64	53	84,1	11	73,3	
Perdidos	22	22	-	-	-	-	
História familiar de transtornos psiquiátricos:							
Ausente	31	31	27	35,1	4	17,4	0,07
TAs	3	3	1	1,3	2	8,7	
Outros transtornos psiquiátricos	66	66	49	63,6	17	73,9	
Perdidos	0	0	-	-	-	-	

¹p=significância estatística; ²Ensino fundamental até ensino médio incompleto; ³Ensino médio completo até superior completo.

c) Características clínicas dos TAs

Os dados da Tabela 8 apresentam, em detalhes, os diagnósticos de TAs na amostra. A prevalência conjunta das síndromes totais da AN e da BN foi de 60%. A frequência de suas síndromes incompletas, somadas, foi de 41%.

Tabela 8 - Diagnósticos de TAs

DIAGNÓSTICOS DE TAs	Número de Sujeitos	Porcentagem (%)
AN subtipo restritivo	28	32
AN subtipo purgativo	10	12
Total de pacientes com AN	38	43
Síndrome parcial da AN subtipo restritivo	16	18
Síndrome parcial da AN subtipo purgativo	12	14
Total de pacientes com síndrome parcial da AN	28	32
Total de pacientes com BN	15	17
Total de pacientes com síndrome parcial da BN	8	9
Total de pacientes ¹	89	100

¹Total de pacientes: excluídos os 11 pacientes admitidos para tratamento familiar.

Os dados da Tabela 9 apresentam a análise descritiva da idade de início e tempo de duração dos TAs. Houve diferença estatisticamente significativa da variável duração do TA na comparação entre os grupos diagnósticos de TA. Em média, os pacientes do grupo AN apresentavam TA há, aproximadamente, 18 meses, e os do grupo BN, há 30 meses.

Tabela 9 - Idade de início e duração dos TAs

VARIÁVEIS	Medidas	Amostra Total (100)	Grupo AN (77)	Grupo BN (23)	P ¹
Idade de início TA (anos)	Mínimo	8	8	9	0,69
	Máximo	17	17	15	
	Média	13,50	13,54	13,36	
	Erro-Padrão	0,19	0,22	0,34	
Duração TA (meses)	Mínimo	2	2	5	<0,01
	Máximo	86	60	86	
	Média	21,06	18,26	30,43	
	Erro-Padrão	1,67	1,70	3,98	

¹p=significância estatística.

Os dados da Tabela 10 demonstram a distribuição dos pacientes em relação à modalidade de tratamento no PROTAD, desde outubro de 2006. Trinta e sete pacientes foram admitidos no serviço, desde então. Houve predomínio de indivíduos do grupo AN, tanto no ambulatório como na enfermaria.

Tabela 10 - Distribuição de pacientes por modalidade de tratamento

MODALIDADES DE TRATAMENTO	Amostra Total (100)		Grupo AN (77)		Grupo BN (23)		p ¹
	N	%	N	%	N	%	
Ambulatorial	16	43,2	15	42,9	1	50	1,00
Internação	21	56,8	20	57,1	1	50	
Total	37	100	35	100	2	100	

¹p=significância estatística.

Os dados da Tabela 11 apresentam a análise descritiva das características clínicas dos TAs dos sujeitos da amostra. Os pacientes do grupo AN procuraram mais tratamentos prévios que os do grupo BN, com diferença estatisticamente significativa. O grupo BN teve prevalência maior de obesidade anterior ao TA, quando comparado com o grupo AN.

Tabela 11 - Características clínicas dos TAs

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	Amostra Total (100)		Grupo AN (77)		Grupo BN (23)		p ¹
	N	%	N	%	N	%	
Tratamentos prévios:							
Sim	66	66	57	74	9	39,1	<0,01
Não	34	34	20	26	14	60,9	
Perdidos	0	0	-	-	-	-	
Recaídas:							
Sim	2	2	2	2,6	0	0	1,00
Não	98	98	75	97,9	23	100	
Perdidos	0	0	-	-	-	-	
Obesidade prévia:							
Sim	20	20	11	14,5	9	45	<0,01
Não	76	76	65	85,5	11	55	
Perdidos	4	4	-	-	-	-	
Idade de início TA:							
≤14 anos	60	60	43	55,8	17	73,9	0,12
>14 anos	40	40	34	44,2	6	26,1	
Perdidos	0	0	-	-	-	-	

¹p=significância estatística.

Os dados da Tabela 12 demonstram o perfil nutricional dos pacientes da amostra, de acordo com a OMS^(62, 64). Os pacientes do grupo AN apresentaram prevalência maior de desnutrição, ao passo que os do grupo BN tiveram maior frequência de obesidade. Em ambos os grupos de TAs, houve maior prevalência de eutrofismo.

Tabela 12 - Perfil nutricional da amostra

ESTADOS NUTRICIONAIS	Amostra Total (100)		Grupo AN (77)		Grupo BN (23)		p ¹
	N	%	N	%	N	%	
Desnutrição	25	25	24	31,2	1	4,3	<0,01
Eutrofismo	69	69	52	67,5	17	56,5	1,00
Sobrepeso	4	4	1	1,3	3	13	1,00
Obesidade	2	2	0	0	2	8,7	<0,01

¹p=significância estatística.

d) Sintomas dos TAs

Os dados da Tabela 13 detalham a análise dos sintomas dos TAs da amostra. Houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos nas variáveis vômitos, compulsões e ausência de menstruações. Observou-se que, mesmo no grupo AN, 28,6% dos pacientes estavam menstruando no momento da entrada no PROTAD.

Tabela 13 - Sintomas dos TAs

SINTOMAS DOS TAs	Amostra Total (100)		Grupo AN (77)		Grupo BN (23)		p ¹
	N	%	N	%	N	%	
Medo de engordar:							
Não	1	1	1	1,3	0	0	1,00
Sim	99	99	76	98,7	23	100	
Perdidos	0	0	-	-	-	-	
Restrição alimentar:							
Não	0	0	0	0	0	0	1,00
Sim	99	99	76	98,7	23	100	
Perdidos	0	0	-	-	-	-	
Exercícios físicos:							
Não	44	44	32	42,7	12	57,1	0,37
Sim	34	34	27	36	7	33,3	
Perdidos	4	4	-	-	-	-	
Vômitos:							
Não	55	55	53	69,7	2	8,7	<0,01
Sim	31	31	15	19,7	16	69,6	
Perdidos	1	1	-	-	-	-	
Medicações ² :							
Não	74	74	61	80,3	13	59,1	0,09
Sim	13	13	9	11,8	4	18,2	
Perdidos	2	2	-	-	-	-	
Compulsões:							
Não	62	62	61	80,3	1	4,3	<0,01
Sim	22	22	7	9,2	15	65,2	
Perdidos	1	1	-	-	-	-	
Menstruações:							
Ausentes	46	49,5	44	62	2	9,1	<0,01
Amenorreia primária	5	5,4	5	7	0	0	
Presentes	42	45,2	22	31	20	90,9	
Perdidos	0	0	-	-	-	-	

¹p=significância estatística; ²medicações= medicações para emagrecer.

e) Comorbidades psiquiátricas

Os dados da Tabela 14 detalham o perfil de comorbidades psiquiátricas dos pacientes da amostra.

Tabela 14 - Prevalência de comorbidades psiquiátricas

COMORBIDADES PSIQUIÁTRICAS	Amostra Total (100)		Grupo AN (77)		Grupo BN (23)		p ¹
	N	%	N	%	N	%	
Presente	74	74	55	71,4	19	82,6	
Ausente	26	26	22	28,6	4	17,4	0,42
Total	100	100	77	100	23	100	

¹p=significância estatística.

A comparação entre pacientes sem comorbidades psiquiátricas e aqueles com um ou dois ou mais transtornos comórbidos e os grupos diagnósticos de TAs não demonstrou diferença estatisticamente significativa.

Os dados da Tabela 15 apresentam a frequência dos tipos de comorbidades psiquiátricas nos 74 pacientes que as apresentaram. As comorbidades psiquiátricas foram prevalentes nos dois grupos de TAs. Os TH foram os mais frequentes em ambos os grupos.

Houve dois pacientes que entraram no grupo outros transtornos. Um deles apresentou diagnóstico de TDC, e o outro de TOD e TDAH.

Tabela 15 - Perfil de comorbidades psiquiátricas

COMORBIDADES PSIQUIÁTRICAS	Amostra Total (74)		Grupo AN (55)		Grupo BN (19)		p ¹
	N	%	N	%	N	%	
Tipos:							
TH ²	56	75,7	41	74,5	15	78,9	1,00
TAns ³	40	54	32	58,2	8	42,20	0,40
TH + TAns ⁴	22	29,7	18	32,7	4	21,1	0,40
Outros transtornos ⁵	2	2,8	0	0	2	10,6	0,06
Total de pacientes	74	-	55	-	19	-	-
Tipos de TH:							
Episódio depressivo	48	86	38	93	10	67	0,19
Outros transtornos depressivos	1	2	0	0	1	7	0,26
Transtorno afetivo bipolar	7	13	3	8	4	27	0,07
Total de pacientes	56	100	41	100	15	100	-
Tipos de TAns:							
FE ⁶	8	20	6	19	2	25	1,00
FS ⁷	8	20	7	22	1	13	0,67
TAG ⁸	12	30	10	32	2	25	0,71
TOC ⁹	10	25	7	22	3	38	0,71
TASep ¹⁰	4	10	4	13	0	0	0,57
TEPT ¹¹	1	3	0	0	1	13	0,26
TP ¹²	1	3	1	4	0	0	1,00
Agorafobia	1	3	1	4	0	0	1,00
Outros TAns ¹³	9	23	7	22	2	25	1,00
Total de pacientes	40	-	32	-	8	-	-

¹p= significância estatística; ²TH= transtornos do humor; ³TAns= transtornos de ansiedade; ⁴TH + TAns= transtornos do humor e transtornos de ansiedade; ⁵Outros transtornos= TDO, TC, TDAH, tricotilomania e TDC; ⁶FE= fobia específica; ⁷FS= fobia social; ⁸TAG= transtorno de ansiedade generalizada; ⁹TOC= transtorno obsessivo-compulsivo; ¹⁰TAnsSep= transtorno de ansiedade de separação; ¹¹TEPT= transtorno de estresse pós-traumático; ¹²TP= transtorno do pânico; ¹³Outros TAns= transtornos de ansiedade sem outra especificação.

Os dados da Tabela 16 apresentam a relação temporal entre o início do TA e o da comorbidade psiquiátrica. Um paciente no grupo de TAns teve um transtorno que começou antes, e dois outros, durante o TA.

Trinta e seis pacientes tiveram comorbidades iniciadas antes do TA. Os TAns foram os mais prevalentes dentre eles.

Tabela 16 - Relação temporal entre comorbidades psiquiátricas e os TAs

COMORBIDADES PSIQUIÁTRICAS E TAs	Amostra Total (74)		Grupo AN (55)		Grupo BN (19)		p ¹
	N	%	N	%	N	%	
Início do TH em relação ao TA:							
Antes do TA	10	18	7	17	3	20	0,90
Durante o TA	45	81	34	83	11	74	
Perdidos	1	2	-	-	-	-	
Total de pacientes com TH ²	56	100	41	100	15	94	
Início dos TAns em relação ao TA:							
Antes do TA	30	75	25	79	5	63	0,21
Durante o TA	8	20	6	19	2	25	
Antes e depois do TA	1	3	0	0	1	13	
Perdidos	1	3	-	-	-	-	
Total de pacientes com TAns ³	40	-	32	100	8	100	
Início das comorbidades psiquiátricas <u>antes</u> do TA:							
TAns ³	25	69,4	19	73	6	66,6	0,06
TH ²	4	11,1	1	3,8	3	33,4	
TH + TAns ⁴	6	16,6	6	23,2	0	0	
Perdidos	1	2,7	-	-	-	-	
Total de pacientes ⁵	36	100	26	100	9	100	

¹p= significância estatística; ²TH= transtornos do humor; ³TAns= transtornos de ansiedade; ⁴TH + TAns= transtorno do humor e transtornos de ansiedade; ⁵Total de pacientes= total de pacientes com comorbidades que começaram antes dos TAs.

f) Impacto dos TAs no funcionamento global dos pacientes

Os dados da Tabela 17 apresentam o impacto dos TAs nos pacientes dos grupos AN e BN pela frequência dos escores da CGAS. Todos os pacientes da amostra tiveram escores inferiores a 70. Não houve diferença estatística significativa entre os grupos diagnósticos de TA.

Tabela 17 - Impacto dos TAs, com e sem comorbidades psiquiátricas, no funcionamento global dos pacientes

ESCORES DA CGAS	Amostra Total (100)		Grupo AN (77)		Grupo BN (23)		p ¹
	N	%	N	%	N	%	
70-61	15	15	11	14,3	4	17,4	0,97
60-51	29	29	23	29,9	6	26,1	
50-41	39	39	30	39	9	39,1	
40-31	16	16	12	15,6	4	17,4	
30-21	1	1	1	1,3	0	0	

¹p=significância estatística.

A comparação entre os grupos de pacientes com e sem comorbidades psiquiátricas em relação ao impacto dos TAs no funcionamento global pela frequência dos escores da CGAS não demonstrou diferença entre eles. Ou seja, não houve diferença estatisticamente significativa de impacto dos TAs entre aqueles pacientes com e sem comorbidades psiquiátricas no momento de sua admissão no PROTAD (p=0,22).

g) Comparação por modalidade de tratamento

Os dados da Tabela 18 apresentam a comparação entre as duas modalidades de tratamento disponíveis no PROTAD, desde outubro de 2006, com relação a classe econômica, diagnóstico de TA e comorbidades psiquiátricas. Não houve relação dessas variáveis com a modalidade de tratamento.

Tabela 18 - Classe econômica, diagnóstico de TA e comorbidades psiquiátricas por modalidade de tratamento

CARACTERÍSTICAS	Modalidades de Tratamento (37)				p ¹
	Ambulatório (16)		Enfermaria (21)		
	N	%	N	%	
Classe econômica:					
Classe A + B	12	75	12	57,1	0,22
Classe C + D + E	4	25	9	42,9	
Grupo de TAs:					
Grupo AN	15	93,8	20	95,2	0,68
Grupo BN	1	6,3	1	4,8	
Comorbidades psiquiátricas:					
TH ²	7	43,8	10	47,6	1,00
TAns ³	6	37,5	12	57,2	0,35
TH + TAns ⁴	3	18,8	6	28,6	0,70

¹p= significância estatística; ²TH= transtornos do humor; ³TAns= transtornos de ansiedade; ⁴TH+TAns= transtornos do humor e transtornos ansiosos.

Os dados da Tabela 19 apresentam a comparação entre a idade, IMC e a duração dos TAs e as duas modalidades de tratamento. Os pacientes do ambulatório tiveram IMC maior e menos tempo de TA que os da enfermaria.

Tabela 19 - Idade, IMC e duração dos TAs por modalidade de tratamento

MODALIDADES DE TRATAMENTO	Variáveis	N	Mínimo	Máximo	Média	Erro-Padrão	p ¹
Ambulatório	Idade (anos)	16	9,05	17,19	14,26	2,26	0,32
	IMC (kg/m ²)	16	14,24	30,33	17,85	0,88	0,04
	Duração TA (meses)	16	5	19	9	0,91	0,002
Internação	Idade (anos)	21	12,52	16,71	14,86	0,28	0,32
	IMC (kg/m ²)	21	13,47	23,82	15,8	0,45	0,04
	Duração TA (meses)	21	2	60	23,49	3,79	0,002

¹p=significância estatística.

Os dados da Tabela 20 apresentam o impacto dos TAs, com e sem comorbidades psiquiátricas, no funcionamento global dos pacientes, por modalidade de tratamento com base nos escores da CGAS dos pacientes da amostra.

Tabela 20 - Impacto dos TAs no funcionamento global dos pacientes por modalidade de tratamento

ESCORES DA CGAS	Modalidades de Tratamento				p ¹
	Ambulatório (16)		Enfermaria (21)		
	N	%	N	%	
70 - 61	3	18,8	0	0	0,02
60 - 51	8	50	4	19	
50 - 41	4	25	10	47,6	
40 - 31	1	6,3	6	28,6	
30 - 21	0	0	1	4,8	

¹p=significância estatística.

3.2.7 Discussão

a) Discussão dos resultados

Estudos epidemiológicos com crianças e adolescentes ainda são escassos, sobretudo no Brasil. Esta lacuna científica faz com que as características sociodemográficas e clínicas dos indivíduos brasileiros jovens com TAs fiquem muito pouco conhecidas, dificultando a criação e a estruturação de serviços adequados e adaptados, bem como a capacitação de profissionais e a implementação de condutas eficazes. A procura por atendimento por pais de crianças e adolescentes com TA corrobora a necessidade de se conhecer as particularidades dessa população para atendê-la com qualidade e evitar os quadros crônicos e repletos de prejuízos pessoais e sociais⁽¹⁴⁾.

O presente estudo transversal investigou o perfil clínico e sociodemográfico de indivíduos brasileiros jovens com TAs admitidos em um serviço multidisciplinar especializado na cidade de São Paulo, o PROTAD.

Os resultados sociodemográficos encontrados estavam de acordo com a grande maioria dos dados de referência da literatura científica^(4-6, 15, 29, 53, 71, 76). Eles permitiram demonstrar que os pacientes brasileiros jovens com TAs do PROTAD podem ser muito semelhantes aos de países desenvolvidos. A amostra compôs-se de indivíduos pré-púberes e púberes, com ampla variabilidade de idades (9 e 18 anos), sendo a maioria deles

adolescentes de meia idade (15,41 anos). Houve predomínio de sujeitos do gênero feminino, de origem caucasiana, procedentes do Estado de São Paulo e com escolaridade de nível Médio. É importante ressaltar que, embora grande parte dos pacientes tenha apresentado essas características, os TAs não ficaram restritos a eles. Como salientam Keel e Gravener⁽⁷⁶⁾, a criação de um estereótipo ligado aos TAs coloca em risco indivíduos “diferentes” e que, provavelmente, deixarão de ser diagnosticados e tratados.

Apesar do estudo ter sido realizado em um serviço público de um país em desenvolvimento que, caracteristicamente, está mais voltado para o atendimento das classes mais pobres da população, a maioria das famílias da amostra teve nível econômico e grau de instrução de seus responsáveis mais elevados. O predomínio dos TAs em estratos com maior poder aquisitivo e educacional está bem documentado na literatura^(5, 6, 11, 73, 74, 76, 79). Nesse trabalho, pode ter contribuído para esse dado o sistema de saúde brasileiro com a escassez de serviços e de profissionais especializados no atendimento multidisciplinar de TAs. A ideia de que as classes econômicas mais altas estejam super representadas em amostras de alguns países em função da estrutura, funcionamento e normas dos sistemas de saúde é defendida por Hoek⁽⁷³⁾. Contrário a essa posição, estudo com adolescentes no Brasil demonstra associação entre TAs e nível econômico, excluindo o fator de confusão do sistema de saúde⁽⁷⁸⁾. Além disso, estudos com pacientes latinas também demonstram essa associação^(76, 77). Paralelamente, a inviabilidade do custo financeiro desse tipo de tratamento

em caráter privado no Brasil é muito alto, mesmo para famílias abastadas, fazendo com que elas procurem locais de atendimento na rede pública. A excelência do tratamento oferecido pelo PROTAD a crianças e adolescentes também pode ter influenciado a procura dessas famílias pelo serviço. É importante observar que as classes econômicas menos favorecidas também estiveram representadas na amostra, ratificando dados da literatura que enfatizam que os TAs não se restringem às camadas sociais mais elevadas^(5, 74, 76). Paralelamente, os indivíduos dos estratos menos favorecidos e com menor nível de instrução podem encontrar mais dificuldade de chegar aos serviços de referência em função de menos acesso a informações, assim como por terem mais dificuldade de identificar que seus filhos estejam doentes.

Na amostra, a estrutura familiar preponderante foi a tradicional em consonância com os resultados de outros estudos com adolescentes no Brasil e no exterior^(11, 79, 80). A mãe foi a responsável pelo tratamento em quase 90% dos casos. O envolvimento mais frequente das mães no acompanhamento dos pacientes pode ter relação com uma organização familiar, na qual os homens ficam responsáveis pelo sustento e as mulheres, pelos cuidados com a prole. É importante considerar que a relação simbiótica entre mãe e paciente com TA, com consequente afastamento do pai, sob a ótica do referencial psicanalítico, tem sido observada e extensivamente estudada ao longo dos anos e pode contribuir para o resultado mencionado⁽¹⁴⁶⁾. Assim como na literatura científica de referência, a história familiar de transtornos psiquiátricos na amostra geral e por grupo

diagnóstico de TA foi muito frequente, sobretudo dos TH, de TAns e de dependência de substâncias^(7, 29). Todavia, os estudos apontam a maior prevalência de TAs em familiares de primeiro grau de pacientes com TAs⁽²⁹⁾, e essa taxa foi baixa nesta amostra. Tal dado pode ter sido causado pela ausência de diagnóstico de TAs que talvez existissem nesses indivíduos ou pelo relato impreciso dos familiares no momento da coleta das informações por desconhecimento ou até culpa pela doença dos filhos. Além disso, os TANE em familiares de pacientes com TAs são muito comuns⁽²⁹⁾ e tornam ainda mais difícil um diagnóstico preciso. É importante salientar, paralelamente, que os TH e os TAns são muito mais prevalentes na população em geral do que os TAs.

Na amostra, os diagnósticos mais prevalentes, por ordem decrescente, foram: AN (43%), sendo o subtipo restritivo mais frequente (32%), os TANE (41%) e BN (17%). Dessa forma, as síndromes totais dos TAs tiveram prevalência de 60% e as síndromes parciais, 41%. Os dados estão discrepantes em relação à maioria dos dados da literatura que apontam que as formas parciais dos TAs são os diagnósticos mais comuns entre os adolescentes^(15-17, 19, 20, 22, 23, 26, 54). Tal diferença pode ter ocorrido em razão das características da amostra. Uma delas foi o longo tempo de TA antes do tratamento (média de 21 meses), sendo quase o dobro daqueles de amostras de outros estudos com adolescentes com períodos de 11 a 15 meses em média^(11, 33, 35, 121). Outra, foi a dificuldade das famílias de conseguir tratamento direcionado e específico que, inclusive, corrobora a duração longa do transtorno. Estes aspectos podem ter viabilizado que os

quadros sintomáticos se desenvolvessem e atingissem as especificações dos critérios diagnósticos. Trabalho de 2003, com pacientes de lista de espera para tratamento no mesmo local de realização deste estudo (PROTAD), apresenta dados que vão ao encontro dessa hipótese, uma vez que o tempo médio de espera por atendimento foi de 22 meses e 61,2% da amostra também mostraram quadros típicos de TAs⁽¹⁴⁾. Além disso, os pacientes da presente pesquisa constituíram uma amostra clínica de um serviço terciário de atendimento psiquiátrico, provavelmente, mais grave que as amostras da comunidade ou de serviços de atendimento primário ou secundário. Os achados do estudo foram semelhantes aqueles de Steinhausen et al.⁽³³⁾ com amostra de adolescentes internadas para tratamento de TAs, no qual 80% tiveram diagnóstico de AN restritiva, 10% AN purgativa, 8,3% com BN e 1,7% AN parcial.

Embora não tenham sido predominantes, os TANE tiveram uma prevalência bastante significativa. Este dado pode ter relação com dois dos sintomas que apareceram nesta amostra e que fazem parte da definição dos critérios diagnósticos da AN do DSM IV – TR que estão sob avaliação no momento de elaboração de novas diretrizes diagnósticas^(9, 26, 58). Um deles foi que 67,5% dos pacientes do grupo AN apresentaram perfil nutricional eutrófico ao invés da esperada desnutrição prevista no sistema classificatório^(4, 9, 16, 26). Conforme trabalhos publicados, o fato pode ocorrer nessa faixa etária, porque cada indivíduo tem uma curva única de IMC/idade ao longo do desenvolvimento, e uma mudança para baixo na curva, sobretudo quando ultrapassou duas linhas, mesmo dentro de uma faixa

ampla de percentil que é considerada normal, indica patologia aguda e risco como um TA^(4, 9, 16, 26). Perfil nutricional eutrófico, portanto, não exclui diagnóstico de TA. O outro sintoma é a amenorreia. Cinco meninas da amostra ainda não haviam menstruado e 22 delas tinham ciclos menstruais no início do tratamento, recebendo diagnóstico da síndrome parcial da AN pelo DSM IV - TR^(9, 26, 56).

De acordo com esses achados, houve confirmação, nesta amostra, de que as formas completas e incompletas da AN são mais frequentes em indivíduos mais jovens (média de 15,19 anos), pré-púberes e púberes, enquanto as formas totais e parciais da BN acometem adolescentes mais velhos (média de 16,18 anos)^(7, 8, 22, 72, 147). Da mesma forma, o subtipo purgativo das síndromes clínicas ou subclínicas da AN também foram menos frequentes (22%). O único caso de síndrome parcial de BN em paciente infantil foi de uma menina de 9 anos, cuja história familiar de TA era muito importante.

Apresentações peculiares características dos TAs na infância e adolescência também foram identificadas nessa amostra em consonância com os resultados previamente discutidos e os dados da literatura^(1, 4, 6, 9, 53, 65, 66). A restrição alimentar foi o sintoma mais prevalente (99%) na amostra, seguida pelos exercícios no grupo AN (36%) e pelos vômitos no grupo BN (21%). Conforme estudos de referência, podem ter contribuído para esses resultados característicos de pacientes mais jovens, tanto a idade precoce de início dos TAs como a idade de 15 anos, quando iniciaram o tratamento no PROTAD^(7, 9, 53, 65, 66). Os episódios de vômitos foram mais prevalentes no

grupo BN, comparado com o grupo AN. Novamente, tal dado pode estar relacionado com a idade média maior dos pacientes daquele grupo, já que tal sintoma requer condições cognitivas mais aprimoradas e maior autonomia, para não ser identificado ou coibido^(7, 9). Além disso, sabidamente, os vômitos são muito mais típicos dos quadros de BN. Mesmo assim, eles não devem ser desconsiderados em nenhum caso de TA⁽²⁹⁾. A frequência de abuso de laxantes na amostra total, por sua vez, foi de apenas 13%. Esse método compensatório é mais usado por adolescentes mais velhos em função de maior facilidade de acesso e da vigilância reduzida dos pais^(7, 26). A presença de compulsões alimentares foi identificada muito mais no grupo BN, provavelmente por ser um dos sintomas que definem a BN e constam em seus critérios diagnósticos.

Diferenças encontradas entre os grupos AN e BN com relação a perfil nutricional de desnutrição e obesidade e ciclos menstruais deveram-se, provavelmente, às suas apresentações clínicas típicas. Ou seja, os pacientes do grupo AN tiveram maior frequência de desnutrição do que aqueles do grupo BN, cujo perfil nutricional mais comum foi a eutrofia. Nota-se que os dois pacientes obesos da amostra estavam nesse grupo diagnóstico.

A prevalência de obesidade antes do TA foi de 20% no total. Entre os grupos diagnósticos de TA, a frequência no grupo BN foi três vezes maior que no grupo AN. Há aproximadamente 15 anos, a comunidade científica vem se preocupando com a crescente prevalência de TA, inclusive, AN em pacientes obesos ou com sobrepeso⁽¹⁴⁸⁾. Com a incidência de obesidade

aumentando nos últimos anos, várias estratégias de prevenção e tratamento têm sido empregadas. Aquelas que focam, sobretudo, na perda de peso e não na estruturação de um padrão alimentar saudável parecem mais associadas ao desencadeamento de TAs⁽⁸⁷⁾. Ainda, há poucos estudos investigando as diferenças clínicas e de prognóstico dessa população em especial. Nos atendimentos no PROTAD, a impressão clínica é de que a abordagem necessita de adaptações. O medo de engordar, por exemplo, também é suportado pela história passada real desses indivíduos. A cura, portanto, pode representar, na imaginação desses pacientes, a volta à obesidade que passa a ser ainda mais temida.

As comorbidades psiquiátricas aos TAs foram muito frequentes na amostra total (74%) e em ambos os grupos diagnósticos de TA. Os TH foram as comorbidades mais prevalentes com taxas de 74,5% na AN e de 78,9% na BN. O transtorno depressivo maior foi o mais comum em ambos os grupos diagnósticos. Tais resultados estão de acordo com aqueles apontados pelos estudos^(7, 17, 18, 27, 29, 35, 39, 40, 74, 79, 83-85). As patologias afetivas começaram durante os TAs em 83% dos indivíduos com AN e em 74 % dos com BN, tal como consta nos trabalhos^(38, 39, 79, 86). Esse achado poderia contribuir para as hipóteses de que os TH podem ocorrer, com mais frequência, em consequência dos TAs em função de complexas interações entre vários fatores biológicos, psicológicos e relacionais^(27, 37, 39, 79, 86). Os TAns foram frequentes, tanto no grupo AN como no BN, com prevalências de 58,2% e 42,2%, respectivamente. No grupo AN, os mais comuns foram o TAG, seguido pela FS, o TOC e os transtornos ansiosos sem outra

especificação, todos com 22%. Já no grupo BN, o TOC foi o mais frequente, seguido da FS, do TAG e dos transtornos ansiosos sem outra especificação com 25%. Esses dados estão de acordo com aqueles mencionados nas pesquisas^(7, 18, 27, 30, 35, 38, 77, 84). Os TAns começaram antes dos TAs em 79% dos pacientes do grupo AN e em 63% dos do grupo BN. Esses resultados vão ao encontro das suposições que os TAs e os TAns poderiam compartilhar os mesmos fatores etiológicos e que as patologias ansiosas podem aumentar o risco dos TAs^(27, 85).

Transtornos psiquiátricos, tais como TDO, TDAH e TDC, mostraram-se raros nesta amostra. Tais achados estão em consonância com a maioria dos estudos de comorbidades psiquiátricas em TAs. Especificamente, nos pacientes do grupo AN, este resultado contraria o encontrado por Swanson et al.⁽⁷⁰⁾, em que o TOD teve 30,4% de prevalência em adolescentes entre 13 e 18 anos da comunidade com AN.

Usualmente, a presença de doenças comórbidas influencia de forma negativa, tanto o curso como o prognóstico dos TAs^(16-23, 26, 37, 54). A alta prevalência de TH e de TAns confirmada também nesse estudo tem implicações no planejamento das estratégias dos serviços de saúde. As avaliações diagnósticas precisam ser detalhadas e abrangentes para identificação desses transtornos. Uma vez identificados, os transtornos psiquiátricos comórbidos requerem adaptação do tratamento, seja pela prescrição medicamentosa, pela modificação das técnicas psicoterápicas ou pela readequação das metas ao longo do acompanhamento. Com relação aos TH, fica evidente a necessidade de serem diagnosticados e tratados de

forma eficaz, também nos pacientes com TAs. Por sua vez, os TAns requerem intervenção precoce na infância e adolescência, inclusive, pelo risco adicional de posteriores TAs. Becker et al.⁽¹⁴⁹⁾ sugerem o rastreamento de TAs em todos os pacientes com diagnóstico de TAns. Cabe lembrar que as patologias ansiosas são muito frequentes na comunidade, inclusive em amostras de crianças e adolescentes brasileiros⁽¹⁴¹⁾.

Os TAs, com e sem comorbidades psiquiátricas, apresentaram impacto importante, tanto nos pacientes do grupo AN como nos do grupo BN, sem diferença significativa entre eles. Todos os pacientes tiveram escores indicadores de funcionamento fora da normalidade. Os escores mais prevalentes indicaram desde um nível de comprometimento variável a moderado com sintomas na maioria das áreas sociais até um nível de prejuízo de funcionamento grave em uma única área. Não houve diferença estatisticamente significativa no impacto dos TAs no funcionamento global entre os pacientes com e sem comorbidades psiquiátricas. Tal resultado difere do esperado, já que a literatura aponta a interferência dos transtornos comórbidos no prognóstico dos pacientes com TAs após tratamento^(18, 21, 24, 37, 86). O fato dos pacientes desta amostra apresentarem outras características indicadoras de gravidade dos TAs pode ter minimizado a influência das comorbidades psiquiátricas no momento de sua admissão no tratamento.

Dentre todos os resultados encontrados neste trabalho, alguns chamaram mais a atenção por sua importância e prováveis implicações. Os pacientes admitidos no PROTAD, inclusive aqueles do grupo BN,

começaram seus TAs precocemente, em média ao redor dos 13 anos de idade, fazendo parte do grupo de TAs de início precoce. Os pacientes da amostra demoraram quase 2 anos para chegar a um serviço com tratamento específico. Esse tempo é bem maior que o descrito em estudos de países desenvolvidos, que apontam, em média, de 11 a 15 meses de TA antes do tratamento^(11, 35, 84, 121). O período de tempo foi, ainda, maior nos pacientes do grupo BN, provavelmente porque seus sintomas ocorrem em segredo e suas consequências físicas são pouco notórias, passando despercebidas aos adultos. Notou-se que os pacientes do grupo AN, cuja doença acaba sendo mais evidente pelo emagrecimento e alterações orgânicas, haviam procurado mais atendimentos prévios sem sucesso que aqueles do grupo BN, sobretudo com internações hospitalares. Na comparação dos pacientes por modalidade de tratamento, demonstrou-se que a internação sabidamente recebe pacientes com maior comprometimento físico, como explicitado pelos valores menores de IMC na enfermaria. Paralelamente, o comprometimento geral desses pacientes acabou sendo maior, conforme mostraram os escores de CGAS inferiores aos encontrados no ambulatório. O número maior de pacientes que precisou de tratamento na enfermaria alerta para a gravidade que os TAs podem atingir, mesmo em pacientes jovens. Além disso, indica que esses sujeitos só encontram atendimento especializado, quando já apresentam sintomas graves. O tempo de TA quase três vezes maior nos indivíduos da internação, comparado com aqueles do ambulatório, corroborou esses dados.

b) Limitações do estudo

As limitações deste estudo foram:

1. As próprias características do desenho de um estudo transversal, tal como não permitir a relação de causa e efeito entre todas as variáveis estudadas e o desfecho (TAs);
2. Utilização de amostra clínica, tornando difícil extrapolar os resultados encontrados para indivíduos da comunidade; e
3. Inclusão de pacientes que fizeram, tanto tratamento ambulatorial como na enfermaria, com gravidades, notadamente, diferentes.

c) Conclusão

Este estudo transversal, realizado com pacientes na infância e adolescência admitidos no PROTAD, atingiu seus objetivos. Demonstrou que os pacientes jovens brasileiros com TAs apresentaram características epidemiológicas e sintomatológicas muito semelhantes aos dados da literatura científica na mesma população. Houve confirmação, inclusive, de alta prevalência de comorbidades psiquiátricas nos pacientes com TAs atendidos em serviços especializados.

Nesta amostra, a maior frequência das síndromes totais dos TAs, o predomínio de quadros de início precoce, o longo tempo de duração dos TAs

até iniciar tratamento especializado e a maior gravidade dos pacientes da enfermaria evidenciados, chamaram atenção por serem distintos dos dados de estudos de referência e indicadores de maior gravidade em TAs. Apontaram que os TAs ainda constituem um grande desafio aos serviços e profissionais da área da saúde no Brasil.

Os resultados aqui apresentados poderão contribuir para a estruturação de novos serviços direcionados às crianças e adolescentes brasileiros com TAs e para o desenvolvimento de estratégias mais racionais e eficazes de investigação, diagnóstico e tratamento.

d) Considerações finais

De uma forma geral, há escassez de locais que ofereçam atendimento psicológico ou psiquiátrico para crianças e adolescentes neste País⁽¹⁵⁰⁾. Em relação aos TAs, esse quadro é ainda mais preocupante, pois, atualmente, existem apenas dois serviços especializados e voltados exclusivamente para tratamento de crianças e adolescentes: o PROTAD, na região sudeste; e o Programa de Transtornos Alimentares da Infância e Adolescência, na região sul.

Os dados encontrados no presente estudo corroboraram a confirmação da existência de uma estrutura de saúde precária e despreparada, cuja morosidade de realizar diagnóstico e tratamento dos TAs na infância e adolescência pode ser responsável por piorar o prognóstico,

aumentando as chances de graves consequências. Além disso, os custos das doenças crônicas são elevados à sociedade como um todo, resultando em alto dispêndio financeiro para tratamentos longos, medicações, internações recorrentes e desemprego de pais. A grande maioria desses indivíduos, provavelmente, poderia ter sido tratada em caráter ambulatorial com custos financeiros, pessoais e sociais bem menores. O sistema de saúde brasileiro, portanto, parece estar na contramão do conhecimento científico estabelecido, que preconiza tratamentos precoces dos transtornos psiquiátricos na infância e adolescência, entre eles, os TAs^(3, 5, 9, 14, 29, 44, 46).

**Capítulo 4 - Estudo longitudinal:
Impacto de comorbidades psiquiátricas
e de outros fatores de risco na
resposta ao tratamento de crianças e
adolescentes com transtornos
alimentares atendidos no PROTAD**

4.1 Objetivos

O estudo longitudinal foi feito com pacientes atendidos com tratamento multidisciplinar no PROTAD de novembro de 2001 a agosto de 2010. Os objetivos deste trabalho foram:

- a) Investigar o impacto da presença de comorbidades psiquiátricas na resposta ao tratamento de pacientes, quando comparados com aqueles sem comorbidades que receberam o mesmo tratamento;
e
- b) Determinar o impacto de outros fatores de risco na resposta ao tratamento dos pacientes com TAs.

4.2 Métodos

4.2.1 Desenho

Este foi um estudo epidemiológico longitudinal com dois momentos de avaliação: à entrada (T0) e à saída (T1) do tratamento para cada paciente. A coleta dos dados ocorreu entre novembro de 2001 e agosto de 2010.

4.2.2 Amostra

No presente estudo, em T0, a amostra foi formada, exclusivamente, por aqueles pacientes que se submeteram ao tratamento multidisciplinar do PROTAD, tanto no ambulatório como na enfermaria. Dos 106 pacientes admitidos no PROTAD, seis foram excluídos por extravio de dados, 11 foram excluídos porque fizeram outra modalidade de tratamento oferecida pelo PROTAD e cinco abandonaram o tratamento, imediatamente após a primeira consulta. Os pacientes que permaneceram além da primeira consulta foram incluídos neste trabalho. Dessa forma, 84 pacientes foram considerados elegíveis para o estudo em T0. Após o tratamento, 77 pacientes permaneceram na amostra; sete foram excluídos porque precisaram ser encaminhados por terem completado 18 anos de idade enquanto estavam sendo tratados no PROTAD, de acordo com as normas do IPq.

A amostra constituiu-se de crianças e adolescentes até 18 anos de idade, de ambos os gêneros, com diagnóstico de TAs (síndromes totais e parciais), conforme critérios do DSM IV - TR, com ou sem comorbidades psiquiátricas, cujo diagnóstico principal era o TA⁽⁵⁰⁾. Os pacientes e seus responsáveis legais aceitaram o conjunto de atividades que compuseram o tratamento.

Os critérios de inclusão dos sujeitos da amostra foram:

- Cuidadores ou responsáveis e pacientes admitidos no PROTAD, que aceitaram participar da pesquisa, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo A);
- Jovens de ambos os sexos, com idade até 18 anos e com diagnóstico de AN, BN ou TANE, segundo critérios do DSM IV - TR⁽⁵⁰⁾, que se submeteram a tratamento multidisciplinar do PROTAD no ambulatório e/ou na enfermaria, acompanhados de seus responsáveis e/ou cuidadores;
- Pacientes que permaneceram no tratamento além da primeira consulta; e
- Pacientes que permaneceram em acompanhamento no PROTAD, não necessitando de encaminhamento em função da idade maior do que 18 anos (critério válido somente em T1).

Os critérios de exclusão de indivíduos da amostra foram:

- Pacientes com retardo mental ou transtornos invasivos do desenvolvimento;
- Gravidez;
- Ausência de cuidador ou responsável legal, conforme as normas do IPq/ HC-FMUSP;
- Pacientes que não fizeram tratamento multidisciplinar no PROTAD;
- Pacientes que compareceram apenas a primeira consulta do tratamento no PROTAD; e
- Pacientes que completaram 18 anos ao longo do acompanhamento no PROTAD, sendo encaminhados para outros serviços (critério válido somente em T1).

4.2.3 Local do estudo

Local do estudo descrito nos Procedimentos do Capítulo 3.

4.2.4 Instrumentos

Os instrumentos utilizados no estudo longitudinal foram os mesmos empregados no estudo transversal descritos nos Procedimentos do Capítulo

3. No estudo longitudinal, foram aplicados em T0 e em T1 em todos os pacientes.

4.2.5 Procedimentos

a) Coleta de dados

a.1) Entrevistas e escalas

As entrevistas e as escalas foram aplicadas pela pesquisadora executante ou por membro da equipe de pesquisa ao início e ao final do tratamento do PROTAD em cada paciente da amostra. A utilização dos instrumentos descritos viabilizou a coleta e a análise das variáveis já descritas nos Procedimentos do Capítulo 3.

b) Definição das variáveis do estudo

As definições das variáveis do estudo longitudinal foram as mesmas do estudo transversal descritas nos Procedimentos do Capítulo 3.

c) Tratamento

O PROTAD oferece tratamento multidisciplinar especializado a crianças e adolescentes com TAs, conforme orientações internacionais. Uma vez feito o diagnóstico de transtorno psiquiátrico comórbido, sua abordagem é realizada com as condutas terapêuticas do TA^(7, 18, 21). A partir de outubro

de 2006, o serviço disponibilizou duas modalidades de atendimento: ambulatorial e enfermaria. Antes desta data, havia, apenas, tratamento ambulatorial.

Os pacientes do estudo receberam tratamento multidisciplinar padrão do PROTAD, ambulatorial ou na enfermaria, de acordo com seu quadro clínico. Todos se submeteram ao pacote de intervenções multidisciplinares descritos abaixo.

- a) Atendimento Familiar: este trabalho era realizado por terapeuta familiar especialista em TAs por meio de três tipos de intervenção. As *entrevistas familiares* eram feitas com todas as famílias de pacientes de forma individualizada, com o objetivo de diagnóstico familiar e para manejos pontuais, quando necessários. Semanalmente, o *grupo de mães* era realizado, e possuía como foco de trabalho psicodinâmico a relação mãe-filho(a). O *grupo psicoeducativo multifamiliar* reunia responsáveis e familiares dos pacientes e visava a oferecer informações sobre os TAs, o tratamento e outros assuntos igualmente relevantes, como a adolescência;
- b) Atendimento Cognitivo-Comportamental em Grupo: realizado por psiquiatras ou nutricionistas especialistas em TAs. Consistiu de grupos fechados com 14 sessões que ocorreram uma vez por semana e tinham 1 hora de duração, reunindo pacientes com diferentes diagnósticos de TAs. Na internação, se o número de

pacientes fosse insuficiente, o atendimento era feito individualmente nos mesmos moldes do ambulatório. Os objetivos dos grupos eram aumentar a autoconsciência, facilitar o autoentendimento e melhorar o autocontrole do paciente em relação, sobretudo, aos TAs, empregando técnicas adaptadas à faixa etária da população atendida pela equipe;

- c) Atendimento Nutricional Individual: feito por nutricionistas especialistas em TAs. O paciente e sua família participavam desses atendimentos, cujos objetivos gerais eram: avaliação detalhada da história alimentar passada e atual; restabelecimento do padrão alimentar adequado; restituição ou manutenção ponderal; reforço da autoridade parental na realimentação dos pacientes e impedimento de condutas alimentares patológicas;
- d) Atendimento Psicodinâmico: feito por psicanalistas ou psicólogos especialistas em TAs. Pacientes com diagnósticos diferentes participavam dos grupos, cujas características eram: ser aberto, semanal e com duração de uma hora, durante todo o acompanhamento no PROTAD. Quando havia poucos pacientes internados, esse atendimento era feito individualmente. Seu objetivo era ajudar os pacientes a compreender o significado dos sintomas que apresentavam;
- e) Atendimento Psiquiátrico Individual: realizado por psiquiatras especialistas em TAs ou residentes em psiquiatria sob supervisão.

Paciente e responsável participavam dos atendimentos, cujos objetivos eram avaliações permanentes dos sintomas alimentares e de possíveis comorbidades psiquiátricas. A utilização de técnicas cognitivo-comportamentais servia para a abordagem dos aspectos dos TAs e para auxiliar os pais a restabelecer o controle sobre a alimentação de seus filhos, além de possibilitar uma melhor compreensão dos TAs. A farmacoterapia era empregada para tratamento das comorbidades psiquiátricas; e

- f) Atendimento Pediátrico Individual: realizado por endócrino-pediatra da equipe, para avaliação e acompanhamento clínico-laboratorial detalhado dos pacientes.

Os casos clínicos do ambulatório e da enfermaria eram, formalmente, apresentados, discutidos e supervisionados em duas reuniões semanais com a participação da equipe multidisciplinar. Nesses encontros, as metas e condutas para cada caso eram estabelecidas.

d) Fatores preditivos

Os fatores de risco ou preditivos do desfecho, tipos de resposta ao tratamento e tempo até a remissão investigados neste estudo estão descritos nos dados da Tabela 21.

Tabela 21 - Fatores preditivos do estudo longitudinal por desfecho

FATORES PREDITIVOS	Tipos de Resposta ao Tratamento	Tempo até a Remissão
Sociodemográficos	<ul style="list-style-type: none"> • Gênero, • Idade, • Classe econômica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Gênero, • Idade maior ou menor do que 15 anos, • Classe econômica.
Familiares	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidador, • Grau de instrução do cuidador, • História familiar de transtornos psiquiátricos, • Tipo de família. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidador, • Grau de instrução do cuidador, • História familiar de transtornos psiquiátricos, • Tipo de família.
Clínicos	<ul style="list-style-type: none"> • Peso e IMC de entrada, • Idade de início dos TAs, • Obesidade prévia aos TAs, • Tratamentos prévios dos TAs, • Tempo de TA, • Modalidade de tratamento no PROTAD. 	<ul style="list-style-type: none"> • Idade de início dos TAs, • Obesidade prévia aos TAs, • Tratamentos prévios dos TAs.
Comorbidades psiquiátricas	<ul style="list-style-type: none"> • Presentes ou ausentes, • TH, • TAns, • TH + TAns. 	<ul style="list-style-type: none"> • Presentes ou ausentes, • TH, • TAns; • TH + TAns.

e) Desfecho – tempo até a remissão

A análise do tempo de tratamento em meses despendido até a remissão dos TAs, conforme definição de alta clínica, foi feita pela Análise de Sobrevida. Foram testados quais fatores preditivos dentre um grupo selecionado influenciaram no tempo de tratamento até a alta clínica (evento de interesse) dos pacientes da amostra. Tal exame viabilizou comparar a rapidez com que os indivíduos com determinadas características desenvolveram o desfecho remissão ao longo do tratamento no PROTAD

f) Desfecho - resposta ao tratamento

Neste estudo, foram estabelecidos três tipos de resposta ao tratamento, utilizando os critérios clínicos em uso no PROTAD e a definição de remissão de Frank et al.⁽¹²⁰⁾:

- a) Alta clínica: mudança clínica significativa dos sintomas presentes no início do acompanhamento suficiente para considerar o paciente livre de TAs, conforme definição de remissão. Os sintomas deveriam ser insuficientes para preencher critério diagnóstico, conforme o DSM IV – TR. Os dados para sua determinação foram obtidos, tanto pelos instrumentos aplicados como pelas avaliações psiquiátricas e nutricionais;

Critérios para a Alta Clínica:

- i. Não satisfazer critérios para o diagnóstico da síndrome total ou parcial de TAs no DAWBA;
- ii. Retornar ao percentil de IMC/Idade (canal de crescimento);
- iii. Apresentar padrão alimentar, qualitativa e quantitativamente, compatíveis com seus pares;
- iv. Sinais e sintomas de compulsão e/ou compensação insuficientes para preencher critério do DSM IV – TR de síndromes alimentares completas ou incompletas;

- v. Ausência ou diminuição importante de prejuízo clínico e/ou social; e
 - vi. Retomada do desenvolvimento puberal: foi utilizada, tanto para meninos como para meninas. A presença de menstruações não foi exigida para o critério de alta clínica, uma vez que poderiam demorar vários meses para retornar, após a recuperação ponderal, conforme dados da literatura⁽³⁴⁻³⁶⁾.
- b) Abandono: interrupção do tratamento, após a primeira consulta, pelo paciente com consentimento do responsável em qualquer momento do acompanhamento no PROTAD;
- c) Falha de tratamento: melhora dos sintomas que não configurassem alta clínica ou ausência de evolução positiva dos sintomas alimentares e ponderal na vigência do tratamento padrão do PROTAD. Incluiu os pacientes que necessitaram de encaminhamento para suas cidades de origem, a fim de manter o tratamento, pacientes que não se adaptaram ao modelo de tratamento do PROTAD ou precisavam de outra modalidade de intervenção ou os que necessitaram de internação na época em que o PROTAD não a dispunha.

No final do tratamento, os pacientes foram distribuídos em grupos, de acordo com o tipo de resposta que tiveram. Assim, os três tipos de resposta ao tratamento foram: Alta Clínica, Abandono e Falha de Tratamento. Em

algumas análises, o grupo Abandono e o Falha de Tratamento foram reunidos no grupo Fracasso de Tratamento

g) Análise estatística

A análise estatística realizada foi descrita nos Procedimentos do Capítulo 3.

Para verificar quais fatores prognósticos influenciavam no tempo até o evento de interesse (remissão ou alta clínica), utilizou-se o modelo de regressão de Cox via método de seleção de Forward e as curvas de sobrevida de Kaplan-Meier.

O nível de significância considerado em todos os testes estatísticos foi de 5% ($p < 0,05$).

O software empregado para as análises estatísticas foi o *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS, Inc., Chicago, IL, USA) versão 14.0.

h) Procedimentos éticos

O presente estudo foi aprovado pela Comissão de Ética Médica para Análise de Projetos de Pesquisa (CAPPesq) da Diretoria Clínica do HC-FMUSP (Protocolo de pesquisa nº0800/08) em setembro de 2008. Os

pacientes e seus responsáveis legais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo A).

4.2.6 Resultados

Os resultados dos perfis sociodemográfico e clínico dos pacientes desta amostra foram iguais aos da amostra apresentada em detalhes no estudo transversal. A seguir, serão descritos os resultados do impacto de fatores preditivos do estudo longitudinal.

a) Comparação amostra total em T0 e abandonos

Cinco pacientes abandonaram o tratamento multidisciplinar do PROTAD após uma única consulta. Seguem os dados das Tabelas 22, 23 e 24 com as análises de comparação entre esses pacientes e a amostra total dos 84 que permaneceram no tratamento além da primeira consulta.

Tabela 22 - Comparação das características da amostra total e dos abandonos

CARACTERÍSTICAS	Amostra Total (84)		Abandonos (5)		p ¹
	N	%	N	%	
Gênero:					
Feminino	77	91,7	5	100	1,00
Masculino	7	8,3	0	0	
Classe econômica:					
Classe A + B	51	64,6	5	100	0,27
Classe C + D + E	28	35,4	0	0	
Grupo de TAs:					
Grupo AN	64	76,2	2	40	0,38
Grupo BN	20	23,8	3	60	
Comorbidades psiquiátricas:					

TH ²	50	59,5	3	60	0,73
TAns ³	35	41,7	0	0	0,73
TH + TAns ⁴	19	22,6	0	0	0,58

¹p= significância estatística; ²TH= transtornos do humor; ³TAns= transtornos de ansiedade;

⁴TH+TAns= transtornos do humor e transtornos ansiosos.

Tabela 23 - Idade, IMC e duração dos TAs da amostra total e dos abandonos

GRUPOS	Variáveis	N	Mínimo	Máximo	Média	Erro-Padrão	p ¹
Amostra Total	Idade (anos)	84	9,06	18	15,51	0,19	0,31
	IMC (kg/m²)	84	13,47	30,33	18,57	0,38	0,79
	Duração TAs (meses)	84	2	86	22,53	1,87	0,85
Abandonos	Idade (anos)	5	13,91	17,31	15,58	0,67	0,31
	IMC (kg/m²)	5	15,07	23,14	20,15	1,43	0,79
	Duração TAs (meses)	5	4	48	18,6	8,10	0,85

¹p =significância estatística.**Tabela 24 - Impacto dos TAs no funcionamento global da amostra total e dos abandonos**

ESCORES DA CGAS	Amostra Total (84)		Abandonos (5)		p ¹
	N	%	N	%	
70 - 61	13	15,5	0	0	0,25
60 - 51	24	28,6	0	0	
50 - 41	34	40,5	2	40	
40 - 31	12	14,3	3	60	
30 - 21	1	1,2	0	0	

¹p=significância estatística.

b) Resultados da amostra em T1

Os resultados da amostra em T1 referiram-se aos 77 pacientes que permaneceram no tratamento.

A Tabela 25 apresenta a idade dos pacientes da amostra em T1.

Tabela 25 - Idade em anos dos pacientes da amostra em T1

N	Mínimo	Máximo	Média	Erro-Padrão
77	10,17	18	16,39	0,20

Os dados da Tabela 26 discriminam o perfil nutricional dos pacientes em T1; e 87% dos sujeitos estavam na faixa considerada eutrófica pela OMS^(62, 64).

Tabela 26 - Perfil nutricional da amostra em T1

ESTADOS NUTRICIONAIS	N	Porcentagem (%)
Desnutrição	2	2,6
Eutrófico	67	87
Sobrepeso	5	6,5
Obesidade	3	3,9

Os dados da Tabela 27 detalham os sintomas dos TAs em T1.

Tabela 27 - Sintomas dos TAs em T1

SINTOMAS DOS TAs	Número de sujeitos (77)	Porcentagem (%)
Medo de engordar:		
Não	19	24,7
Sim	58	75,3
Perdidos	0	0
Restrição alimentar:		
Não	42	54,5
Sim	15	19,5
Perdidos	0	0
Exercícios físicos:		
Não	55	71,4
Sim	6	7,8
Perdidos	2	2,6
Vômitos:		
Não	63	81,8
Sim	7	9,1
Perdidos	0	0
Medicações para emagrecer:		
Não	66	85,7
Sim	5	6,5
Perdidos	2	2,6
Compulsões:		
Não	64	83,1
Sim	7	9,1
Perdidos	0	0
Menstruações:		
Ausentes	21	30
Presentes	45	64,3
Perdidos	4	5,7

Os dados da Tabela 28 apresentam a prevalência de comorbidades psiquiátricas em T1. A ausência de transtornos psiquiátricos comórbidos foi mais prevalente no final do tratamento com taxa de 70%. Dentre aqueles pacientes que, ainda, apresentavam comorbidades psiquiátricas, 18,2% tinham TH.

Tabela 28 - Comorbidades psiquiátricas em T1

COMORBIDADES PSIQUIÁTRICAS	Número de sujeitos	Porcentagem (%)
Comorbidades psiquiátricas:		
Ausentes	54	70
Presentes	23	29,9
Tipos de comorbidades psiquiátricas:		
TH ¹	14	18,2
TAns ²	11	14,3
TH + TAns ³	4	5,2

¹TH= transtornos do humor; ²TAns= transtornos de ansiedade; ³TH + TAns= transtornos do humor e transtornos de ansiedade.

Os dados da Tabela 29 apresentam o impacto dos TAs, com e sem comorbidades psiquiátricas, no funcionamento global dos pacientes em T1, de acordo com os escores da CGAS. Mais da metade da amostra (54,2%) teve escores de CGAS dentro do funcionamento considerado normal.

Tabela 29 - Impacto dos TAs, com e sem comorbidades psiquiátricas, no funcionamento global dos pacientes em T1

ESCORES DA CGAS	Número de sujeitos ¹	Porcentagem (%)
100 - 91	2	2,6
90 - 81	17	22,1
80 - 71	23	29,9
70-61	15	19,5
60-51	10	13
50-41	7	9,1
40-31	1	1,3
30-21	1	1,3

¹Número de sujeitos: um sujeito perdido = 76 sujeitos.

Os dados da Tabela 30 discriminam os grupos de resposta ao tratamento. A maioria dos pacientes (71,4%) teve alta clínica do PROTAD.

Tabela 30 - Respostas ao tratamento

RESPOSTAS AO TRATAMENTO	Número de sujeitos	Porcentagem (%)
Alta Clínica	55	71,4
Abandono	13	16,9
Falha de Tratamento	9	11,7

c) *Análise de sobrevida*

A Análise de Sobrevida testou quais fatores preditivos influenciaram no tempo de tratamento até a alta clínica dos pacientes da amostra.

Os fatores preditivos testados na análise de Regressão de Cox foram: gênero, idade maior ou menor que 15 anos, classe econômica, cuidador ou responsável, grau de instrução do cuidador, história familiar de transtornos psiquiátricos, tipo de família, obesidade prévia aos TAs, idade de início dos TAs, tratamentos prévios aos TAs, presença ou não de comorbidades psiquiátricas, TH, TAns e TH e TAns.

Os dados da Tabela 31 apresentam a análise de Regressão de Cox das variáveis com significância estatística pelo método de seleção Forward: TH e cuidador ou responsável. No início do tratamento no PROTAD, 47 apresentavam TH, ou seja, 79,7% do total de pacientes com comorbidades. Os 18 pacientes sem TH tiveram quase três vezes a chance de alta clínica do que os 47 com TH.

As mães foram os cuidadores de 68 pacientes ou de 89,5% da amostra que completaram o tratamento. Os 68 pacientes cuidados por suas mães apresentaram quatro vezes a chance de remissão que os nove indivíduos que foram cuidados por outras pessoas.

Tabela 31 - Análise de regressão de Cox (Modelo Forward)

VARIÁVEIS	β^1	Erro-Padrão de β	p^2	OR ³	IC ⁴ 95% OR
TH	1,02	0,37	0,005	2,76	1,35 – 5,66
Cuidador ou responsável	1,44	0,65	0,027	4,23	1,18 – 15,18

¹ β : beta; ²p: significância estatística; ³OR: Odds ratio ou razão de chances; ⁴IC: intervalo de confiança.

A Figura 1 apresenta as curvas de sobrevida ou de Kaplan-Meier dos pacientes com e sem TH e cuidados ou não por suas mães. A probabilidade de alta clínica, mais precocemente, foi bem maior nos pacientes sem TH e cuidados por suas mães, comparados aos outros indivíduos. Os jovens com TH e cuidados por outras pessoas demoraram mais tempo para ter alta clínica, quando comparados aos outros grupos. O tempo para que esses pacientes tivessem uma boa resposta ao tratamento foi o mais longo.

Aos 15 meses de tratamento, por exemplo, 100% dos pacientes sem TH e cuidados por suas mães já haviam tido alta, comparados com, aproximadamente, 55% dos indivíduos com TH e cuidados por suas mães, entre 35% e 40% daqueles sem TH e cuidados por outras pessoas e, aproximadamente, 20% dos jovens com TH e cuidados por outras pessoas.

Figura 1 - Curvas de sobrevida

d) Fatores preditivos sociodemográficos

Os dados da Tabela 32 apresentam a associação entre idade e tipo de resposta ao tratamento, detalhado na análise dos três grupos de respostas ao tratamento em separado. Os pacientes do grupo Abandono eram mais velhos que os do grupo Alta Clínica e os do grupo Falha de Tratamento.

Os outros fatores preditivos sociodemográficos não mostraram associação por grupo de resposta de tratamento e, portanto, suas análises por tipo de resposta em separado não serão apresentadas.

Tabela 32 - Relação entre a idade em anos e os três tipos de resposta ao tratamento

TIPOS DE RESPOSTA	N	Mínimo	Máximo	Média	Erro-Padrão	p ¹
Grupo Alta Clínica	55	9,06	17,60	15,06	0,25	0,04
Grupo Abandono	13	15,06	17,48	16,39	0,24	
Grupo Falha de Tratamento	9	12,72	17,52	15,50	0,55	

¹p: significância estatística.

Os dados da Tabela 33 apresentam a análise da relação entre gênero e classe econômica e os tipos de resposta ao tratamento. Não houve associação entre eles.

Tabela 33 - Relação do gênero e classe econômica e os tipos de resposta ao tratamento

FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS	Tipos de Resposta ao Tratamento				p ¹
	Grupo Alta Clínica (55)		Grupo Fracasso Tto (22)		
	N	%	N	%	
Gênero:					
Feminino	50	90,9	20	90,9	1,00
Masculino	5	9,1	2	9,1	
Classe econômica:					
Classes A+B	36	66,7	14	70	1,00
Classes C+ D + E	18	33,3	6	30	

¹p: significância estatística.

e) Fatores preditivos familiares

Os dados da Tabela 34 demonstram a análise da relação entre os fatores familiares e os tipos de resposta ao tratamento. Houve relação do grau de instrução do cuidador com o tipo de resposta ao tratamento. No grupo Fracasso de Tratamento, nenhum cuidador apresentou nível educacional mais baixo.

Tabela 34 - Relação dos fatores preditivos familiares e os tipos de resposta ao tratamento

FATORES FAMILIARES	Tipos de Resposta ao Tratamento				p ¹
	Grupo Alta Clínica (55)		Grupo Fracasso Tto (22)		
	N	%	N	%	
Tipo de família:					
Não tradicional	14	25,5	10	47,6	0,10
Tradicional	41	74,5	11	52,4	
Cuidador ou responsável:					
Mãe	49	89,1	16	76,2	0,16
Outros	6	10,9	5	23,8	
Grau de instrução do cuidador:					
Fund. - médio incompleto ²	10	23,3	0	0	0,05
Médio completo - superior completo ³	33	76,7	17	100	
História familiar de transtornos psiquiátricos:					
Ausente ⁴	21	38,2	5	22,7	0,29
Presentes ⁵	34	61,8	17	77,3	

¹p:significância estatística; ²Ensino fundamental até ensino médio incompleto; ³Ensino médio completo até superior completo; ⁴Ausentes: sem história de transtornos psiquiátricos familiares; ⁵Presentes: com história de transtornos psiquiátricos familiares.

f) Fatores preditivos clínicos

Os dados da Tabela 35 apresentam a análise da relação entre peso e IMC, no início do acompanhamento, e os tipos de resposta ao tratamento. Não houve associação entre esses fatores e o desfecho.

Tabela 35 - Relação do peso e IMC e os tipos de resposta ao tratamento

TIPOS DE RESPOSTA	Variáveis	N	Mínimo	Máximo	Média	Erro-Padrão	p ¹
Grupo Alta Clínica	Peso (kg)	55	31	76	46,26	1,33	0,30
	IMC (kg/m²)	55	13,47	30,33	18,50	0,49	0,97
Grupo Fracasso Tto ²	Peso (kg)	22	36	80	48,89	2,15	0,30
	IMC(kg/m²)	22	14,15	29,85	18,54	0,75	0,97

¹p= significância estatística; ²Grupo Fracasso de Tto= Grupo Fracasso de Tratamento.

Os dados da Tabela 36 mostram a análise da relação entre os fatores clínicos e os tipos de resposta ao tratamento. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os fatores clínicos e os grupos de resposta ao tratamento.

Tabela 36 - Relação dos fatores clínicos e os tipos de resposta ao tratamento

FATORES CLÍNICOS	Tipos de Resposta ao Tratamento				p ¹
	Grupo Alta Clínica (55)		Grupo Fracasso Tto (22)		
	N	%	N	%	
Idade de início do TA:					
≤ 14 anos	34	61,8	14	63,6	1,00
>14anos	21	38,2	8	36,4	
Obesidade prévia:					
Sim	12	22,2	7	31,8	0,39
Não	42	77,8	15	68,2	
Tratamentos prévios:					
Sim	38	69,1	17	77,3	0,58
Não	17	30,9	5	22,7	
Tipo de tratamento ² :					
Ambulatorial	7	36,8	1	16,7	0,62
Internação	12	63,2	5	83,3	

¹p= significância estatística; ²Tipo de Tratamento= 25 pacientes que iniciaram e permaneceram em tratamento, a partir de outubro de 2006.

Os dados da tabela 37 apresentam a análise da relação o tempo de TA e os três tipos de resposta ao tratamento.

Tabela 37 - Relação entre o tempo de TA em meses e os três tipos de resposta ao tratamento

TIPOS DE RESPOSTA	N	Mínimo	Máximo	Média	Erro-Padrão	p ¹
Grupo Alta Clínica	55	2,0	60	19,75	2,05	0,31
Grupo Abandono	13	9,0	48	23,38	3,35	
Grupo Falha de Tratamento	9	3,0	60	23,89	7,29	

¹p: significância estatística.

g) Comorbidades psiquiátricas

Os dados da Tabela 38 mostram a análise inferencial da relação entre as comorbidades psiquiátricas e os tipos de resposta ao tratamento. Não houve associação entre presença ou não de comorbidades ou do tipo de comorbidades psiquiátricas e os grupos de resposta ao tratamento.

Tabela 38 – Relação entre as comorbidades psiquiátricas e os tipos de resposta ao tratamento

COMORBIDADES PSIQUIÁTRICAS	Tipos de Respostas ao Tratamento				p ¹
	Grupo Alta Clínica (55)		Grupo Fracasso Tto (22)		
	N	%	N	%	
Comorbidades psiquiátricas:					
Presentes	42	76,4	19	86,4	0,54
Ausentes	13	23,6	3	13,6	
TH ² :					
Presentes	29	69	16	84,2	0,35
Ausentes	13	31	3	15,8	
TAns ³ :					
Presentes	29	80,6	7	19,4	0,25
Ausentes	34	69,4	15	30,6	
TH + TAns ⁴ :					
Presentes	13	31	4	21,1	0,54
Ausentes	29	69	15	78,9	

¹p= significância estatística; ²TH= transtornos do humor; ³TAns= transtornos de ansiedade; ⁴TH + TAns= transtornos do humor e transtornos de ansiedade.

h) Tempo de tratamento

Os dados da Tabela 39 apresentam a análise da relação do tempo de acompanhamento em meses no PROTAD e os três tipos de resposta ao tratamento. Houve associação entre essa variável e o tipo de resposta ao tratamento. No grupo Alta Clínica, os pacientes permaneceram mais tempo em média no tratamento, quando comparado, tanto com o grupo Abandono como com o grupo Falha de Tratamento.

Tabela 39 - Relação do tempo de tratamento em meses e os três tipos de resposta ao tratamento

TIPOS DE RESPOSTA	N	Mínimo	Máximo	Média	Erro-Padrão	p ¹
Grupo Alta Clínica	55	4,20	32,20	14,65	0,74	<0,01
Grupo Abandono	13	3,73	14,93	8,95	0,98	
Grupo Falha de Tto ²	9	1,17	27,80	7,02	2,98	

¹p= significância estatística; ²Grupo Falha de Tto= Grupo Falha de Tratamento.

4.2.7 Discussão

a) Discussão dos resultados

Na infância e adolescência, os TAs são graves, complexos e com grande potencial de danos físicos e mentais permanentes. Há grandes esforços da comunidade científica mundial, para que sejam cada vez mais prontamente tratados de forma eficaz. O tratamento adequado dos TAs pressupõe a utilização de técnicas que permitam aos pacientes retomar o curso de suas vidas livres de doença e/ou de suas consequências. O conhecimento de possíveis fatores que possam influenciar o curso do tratamento é fundamental para direcionar os esforços terapêuticos e embasar condutas específicas. O presente trabalho viabilizou o estudo do impacto de determinados fatores de risco na resposta ao tratamento de crianças e adolescentes com TAs em um serviço brasileiro de atendimento multidisciplinar especializado.

Oitenta e nove pacientes foram admitidos no PROTAD para tratamento multidisciplinar, cinco abandonaram o atendimento, após a primeira consulta, totalizando uma taxa de 6% de abandono. Este índice foi muito menor que a média de 16%, dimensionada na maioria dos estudos de seguimento com adolescentes⁽³³⁾. A amostra de 84 pacientes foi representativa do total de pacientes que iniciaram o acompanhamento e não foi diferente do grupo de pacientes que abandonaram, conforme demonstrou

a comparação entre esses grupos. Da mesma forma, o tratamento dispensado aos pacientes no PROTAD não diferiu, significativamente, da maioria das abordagens utilizadas em serviços voltados ao atendimento de crianças e adolescentes com TAs^(4, 13, 29, 90-93).

Ao final do tratamento, houve uma mudança das características clínicas dos pacientes. Observou-se uma melhora do perfil nutricional que passou a ser, predominantemente, eutrófico; da prevalência de comorbidades psiquiátricas que passou para, aproximadamente, 30% da amostra e melhora do impacto dos TAs, com e sem comorbidades psiquiátricas, no funcionamento global dos pacientes pelo aumento dos escores da CGAS. Ocorreu também alteração em relação aos sintomas alimentares com aquisição de padrões alimentares mais saudáveis pela maioria dos sujeitos, apesar da manutenção do medo de engordar. Tal fato, provavelmente, deveu-se a condutas multidisciplinares que visaram e reforçaram a mudança de comportamento mesmo na vigência de sensações de receio ou medo. Ou seja, “não obedecer mais a doença”, conforme as técnicas cognitivo-comportamentais^(12, 103).

Entre os resultados encontrados neste estudo, aqueles da análise de sobrevida chamaram atenção por sua relevância e possíveis implicações clínicas. Esta análise evidenciou e confirmou a hipótese levantada por outros trabalhos na literatura de que os TH têm impacto no prognóstico dos TAs^(16-23, 26, 37, 54). Artigo de Steinhausen et al.⁽³³⁾, inclusive, propõem que as comorbidades psiquiátricas exigiram maior tempo de tratamento por influenciarem, negativamente, a evolução dos TAs em adolescentes. Na

presente pesquisa, a chance de alta clínica de pacientes da amostra sem TH foi de quase três vezes daquela de pacientes que os apresentavam. Tais dados demonstraram que a maioria dos pacientes da amostra pode ter tido seu tratamento mais prolongado, já que 79,7% dos pacientes com comorbidades psiquiátricas apresentavam TH. Os TH, além de poderem dificultar o diagnóstico dos TAs, podem postergar sua remissão, prorrogando em muito tempo a necessidade de intervenções terapêuticas, mesmo em um serviço especializado em TAs em crianças e adolescentes. Tais dados corroboraram a importância de se realizar investigação ampla de diagnósticos diferenciais em pacientes jovens com sintomas psiquiátricos, bem como a necessidade de se otimizar ainda mais as abordagens no caso de pacientes com TH comórbidos aos TAs. Por exemplo, grupos psicoeducativos familiares sobre as características e tratamento dos TH e como eles afetam a apresentação dos TAs; incluir, sistematicamente, nos atendimentos, identificação das dificuldades com sintomas do humor e formas de manejá-las para pais e pacientes. O emprego de tratamento embasado em evidências também para as comorbidades psiquiátricas torna-se fundamental e deve ser feito o mais precocemente possível.

O responsável pelo tratamento demonstrou ter impacto no tempo até a remissão. Pacientes que foram cuidados por suas mães tiveram quatro vezes a chance de alta clínica, quando comparados com aqueles cuidados por outras pessoas. Tal resultado foi inesperado e, portanto, instigante. Vários estudos vêm demonstrando a importância da inclusão da família no tratamento dos TAs na infância e adolescência^(4, 92, 93, 95-102). Entretanto,

pouquíssimos investigaram, especificamente, o papel da relação entre mãe e paciente no tratamento dos TAs. A percepção do crescimento com suas consequentes separações normais, como nocivas e ameaçadoras por muitos familiares de pacientes com TAs, pode gerar um círculo vicioso de crescimento e doença⁽¹⁰⁰⁾. Relações simbióticas entre mãe e filho com TAs podem tornar tal dinâmica ainda mais forte e complexa, conforme relatos de trabalhos psicanalíticos⁽¹⁴⁶⁾. A abordagem das dificuldades de separação e individuação no tratamento dos TAs demonstrou ser pertinente para interromper esse círculo e libertar paciente e familiares dessas repetições⁽¹⁰⁰⁾. Pode ser que a possibilidade da mãe acompanhar ativamente o tratamento de seu filho viabilize a intervenção nesta e em outras dificuldades que desempenham um papel importante na manutenção dos TAs. Dessa forma, as condutas terapêuticas do tratamento multidisciplinar possibilitariam a essa dupla encontrar outros modelos de relacionamento, facilitando a evolução do paciente. Se a mãe ficar fora desse tratamento, fatores mantenedores dos TAs poderão permanecer fortemente atuantes, retardando a alta clínica. Estudos que avaliem diretamente o papel dos cuidados maternos no tratamento dos TAs na infância e adolescência são necessários para conclusões mais acuradas. Nesta amostra, aproximadamente, 90% dos pacientes foram cuidados por suas mães, influenciando positivamente no tempo de evolução até a remissão.

A participação das mães no tratamento dos pacientes jovens com TAs mostrou-se importante para a remissão mais breve. Tal dado reforça a importância de incentivar e auxiliar as mães a acompanharem e

responsabilizarem-se pelo tratamento de seus filhos de forma mais incisiva e diretiva por parte dos profissionais. Um modelo de abordagem que atribui capacidade de cuidados e mudanças aos pais e não os culpabiliza mostra-se fundamental para as modificações necessárias na recuperação dos pacientes com TAs na infância e adolescência. Paralelamente, embora haja uma perda importante de autonomia do jovem no início do tratamento, sua retomada é crucial para a alta clínica. Para mães e pacientes com dificuldades de separação, esse momento pode ser terapêutico na vida em geral, além dos TAs. Condutas terapêuticas que incluam as mães, tais como o grupo de mães, avaliações familiares, grupos psicoeducativos e a participação em todos os atendimentos também encontraram respaldo nesse dado. É importante lembrar que as mães podem ficar ausentes no tratamento por estarem sofrendo de transtornos psiquiátricos e/ou terem outras formas de comprometimento. Nesses casos, além de não auxiliarem no acompanhamento, elas poderão impedir sua evolução. Esses fatores impeditivos precisam ser identificados e manejados com o objetivo de viabilizar seu engajamento.

O estudo possibilitou identificar o quão demorado pode ser o tratamento dos TAs mesmo em um serviço especializado e voltado para jovens, conforme observação realizada por outros trabalhos com adolescentes⁽³³⁾. Inclusive para aqueles pacientes sem comorbidades psiquiátricas e cuidados por suas mães, o tempo até a alta clínica foi de, aproximadamente, 1 ano e 3 meses. Esse tempo foi ainda mais prolongado para pacientes com TH e cuidados por outras pessoas, pois necessitaram

ficar em acompanhamento por até três anos. Ficou evidente o impacto desses fatores preditivos na permanência dos pacientes no serviço. Esse impacto pode estender-se a diversos planos. Primeiro, o plano pessoal, pois os prejuízos físicos, psicológicos e sociais desses indivíduos acometidos tendem a ser graves por ficarem sintomáticos por mais tempo. Paralelamente, existem os custos financeiros, psicológicos e relacionais para a família como um todo, tanto pela convivência desgastante com os sintomas e consequências da doença como pelos cuidados intensos que se fazem necessários. Finalmente, o custo previdenciário, já que esses pacientes acabaram demandando uma equipe multidisciplinar de especialistas pelo dobro do tempo de pacientes com outras características, retardando o atendimento de novos pacientes.

A investigação da relação de determinados fatores preditivos e o tipo de resposta ao tratamento dos pacientes atendidos no PROTAD também demonstrou achados interessantes. A idade dos pacientes esteve associada a esse desfecho. Pacientes do grupo Fracasso de Tratamento tinham, em média, 12 meses a mais que os do grupo Alta Clínica. Tal dado está de acordo com a literatura, que aponta que adolescentes mais velhos têm pior evolução que os mais jovens^(29, 123). O exame mais detalhado demonstrou que essa diferença de idade ocorreu entre os pacientes do grupo Abandono e os dos grupos Alta Clínica e Falha de Tratamento. Indivíduos mais velhos podem ter mais autonomia com relação à decisão de aderir ou não ao tratamento, quando comparados com os mais jovens, que parecem acatar melhor a autoridade parental. Paralelamente, os pais desses adolescentes

podem se sentir menos autorizados a impor regras rígidas típicas das abordagens dos TAs que retiram, provisoriamente, muito da liberdade de decisão dos jovens. Tais dificuldades podem ter contribuído para que esses pacientes tivessem desistido do tratamento mais que os outros. Além disso, a análise do tempo de tratamento por tipo de resposta ao tratamento demonstrou que os pacientes do grupo Abandono interromperam o atendimento quando estavam no programa há 9 meses, em média. Os pacientes do grupo Alta Clínica permaneceram em média por 14,65 meses. A obtenção de uma melhora parcial dos sintomas alimentares com alívio de prejuízos e sofrimentos pode ter influenciado a saída deles do serviço, aliada aos aspectos de mais autonomia e menos ascendência dos pais, como mencionado. Existem pouquíssimos trabalhos que avaliam fatores de risco de abandono de tratamento de pacientes com TAs, dificultando comparações com os resultados encontrados nesta pesquisa. Em estudo com pacientes adultos jovens com média de idade de 19,85 anos, os fatores associados à interrupção do tratamento foram maior tempo de TA e pior funcionamento global⁽⁴⁰⁾.

O grau de instrução do cuidador também mostrou associação com o tipo de resposta ao tratamento. Os responsáveis pelos pacientes do grupo Fracasso de Tratamento tiveram maior nível educacional que os do grupo Alta Clínica. O número reduzido de pacientes do grupo Fracasso de Tratamento exigiu cuidado na interpretação desse dado. Todavia, ponderações podem ser feitas. O resultado desta pesquisa não esteve de acordo com os estudos de referência. A literatura científica descreve que o

baixo grau de instrução confere maior risco de adoecimento psíquico e de dificuldades de recuperação em transtornos psiquiátricos^(31, 123, 137, 138). Pode ser que famílias com mais condições de educação tenham tido mais dificuldade de se submeter e adaptar-se ao padrão de atendimento proposto pelo PROTAD, bem como a existência de diferenças sociais da população lá acompanhada. As regras inflexíveis de dias e horários de atendimento, assim como de participação em todas as abordagens terapêuticas, associadas à convivência com diversidades sociais e culturais de outras famílias de níveis econômicos e educacionais mais baixos, podem ter influenciado na pior adesão desses cuidadores ao tratamento do PROTAD. Além disso, pessoas mais instruídas tendem a ser mais críticas e questionadoras, tendo mais problemas para acatar modelos mais rígidos de acompanhamento. Outro aspecto poderia ser a noção equivocada desses cuidadores de já terem condições de seguir com as instruções e manejos de forma independente, sem necessitar de um acompanhamento profissional.

Esses resultados podem auxiliar a planejar melhor as condutas terapêuticas dos serviços de saúde para o atendimento de pacientes jovens com TAs. Esforços no sentido de melhorar o vínculo com pacientes mais velhos e cujos responsáveis tenham maior nível educacional devem ser feitos, implementando novas estratégias terapêuticas com o objetivo de melhorar sua adesão. Por exemplo, enfatizar a crítica sobre o estado mórbido e a negociação com mais participação do adolescente mais velho nas mudanças comportamentais e de padrão alimentar, fazendo com que se sinta no controle de algo e não totalmente dependente dos pais, muito

infantilizado. Deixar claro o papel colaborativo entre profissional e pais na maioria das decisões, buscando embasamentos psicoeducacionais para as condutas propostas e saindo de um modelo mais autoritário que pode afastar indivíduos mais esclarecidos. Essas medidas poderiam trazer menos risco de pioras e recaídas com suas sabidas consequências graves.

A análise dos outros fatores preditivos revelou que eles não tiveram impacto no tipo de resposta ao tratamento dos pacientes dessa amostra em dissonância com os achados de outros trabalhos. A maioria dos estudos investiga os fatores de recuperação, ou seja, após alta do tratamento ^(32, 36, 128, 132). Os poucos estudos que avaliam fatores preditivos de resposta a tratamento, ou seja, de remissão, tem períodos de acompanhamento fixos e delimitados ^(11, 40, 121). Diferente dessa metodologia, nesta pesquisa, o tempo de tratamento não foi limitado. Os pacientes acabaram sendo acompanhados até que alcançassem a remissão, mesmo que isso demorasse mais que 2 anos. Isso, talvez, tenha mascarado o impacto das comorbidades psiquiátricas e de outros fatores preditivos no tipo de resposta ao tratamento. Além disso, o tratamento multidisciplinar é passível de algumas flexibilizações, de acordo com o quadro clínico e as dificuldades de cada paciente e família. Paralelamente, o PROTAD é uma equipe extremamente afinada, com uma linguagem de trabalho comum, adaptando-se, facilmente, às exigências dos casos atendidos. Tais adaptações podem ter diminuído o impacto dos fatores prognósticos no tipo de resposta ao tratamento. Outra possibilidade é que, de fato, tais associações não tenham ocorrido porque não existe uma relação real desses fatores com o desfecho

medido. Contrariamente, esse resultado pode ter se devido ao acaso, já que um grande número de fatores descritos na literatura foi testado no presente estudo. Ponderando estas limitações, neste estudo, o papel dos fatores prognósticos no tipo de resposta ao tratamento de crianças e adolescentes com TAs não foi evidenciado, confirmando os dados controversos mencionados na literatura^(18, 24, 28, 29, 32, 33, 40-42, 119, 123, 131, 135). Outras pesquisas serão necessárias para identificar outros fatores prognósticos e auxiliar no planejamento dos tratamentos dos pacientes jovens com TAs.

b) Limitações do estudo

As limitações deste estudo foram:

1. A avaliação restrita para definição de recuperação (alta clínica) dos TAs, utilizando apenas o diagnóstico pelo DSM IV – TR e não empregando outros instrumentos de avaliação mais global dos aspectos físicos, psicológicos e sociais dessas patologias;
2. Inclusão de pacientes de grupos diagnósticos de TAs diferentes (grupos AN e BN);
3. O número pequeno de pacientes dos grupos diagnósticos de TAs, sobretudo do grupo BN, dificultando a análise dos desfechos do tipo de resposta ao tratamento e tempo até a alta clínica em separado;

4. A falta de definição e estipulação do tempo de tratamento fixo para todos os pacientes da amostra para avaliação dos fatores preditivos.

c) Conclusões

Este estudo longitudinal avaliou o impacto da presença de comorbidades psiquiátricas e de outros fatores prognósticos no tratamento de crianças e adolescentes brasileiros com TAs, atendidos em um serviço de saúde pública especializado.

A presença de TH, conforme dados científicos, aumentou significativamente o tempo de tratamento até a remissão dos pacientes com TAs. A ausência de cuidados maternos também esteve associada ao maior tempo de permanência no tratamento. O fator preditivo idade mais avançada dos pacientes esteve associada a maior risco de abandono de tratamento. Maior nível educacional dos cuidadores mostrou-se relacionado a pior resposta ao tratamento.

Os outros fatores preditivos investigados não tiveram impacto na resposta ao tratamento e no tempo de tratamento até a remissão. A ausência de definição de tempo de tratamento, diferente da metodologia da maioria dos estudos que investigam prognóstico, pode ter contribuído para esse resultado.

Os achados desta pesquisa ratificaram o conhecimento científico de alta prevalência dos TH aos TAs e de seu potencial efeito negativo, também sobre a evolução dos quadros em pacientes jovens brasileiros com TAs. Corroboraram na investigação precoce e nos tratamentos embasados e eficazes das comorbidades psiquiátricas. A participação ativa das mães no tratamento de pacientes adolescentes com TAs pareceu um fator de bom prognóstico, podendo ser incentivada pelos profissionais, mas, ainda sem um posicionamento científico definitivo. Abordagens que incluam, de forma mais colaborativa, adolescentes mais velhos encontraram respaldo neste e em outros estudos.

d) Considerações finais

Os dados aqui apresentados enfatizaram o desafio que significa o atendimento dos TAs para os profissionais, sobretudo com as peculiaridades da infância e adolescência. Em meio à gravidade dos sintomas alimentares e à premência de intervenção que eles exigem, pode ser difícil ampliar a investigação diagnóstica para outras patologias psiquiátricas. Depois de realizado o diagnóstico das comorbidades psiquiátricas, elas podem interferir de diferentes maneiras na evolução dos TAs. As doenças do humor podem complicar a adesão dos pacientes a um tratamento, sabidamente, difícil e que requer muito esforço e empenho. Além disso, podem complicar a ação dos pais na realimentação por receio de aumentar ainda mais o sofrimento

de seus filhos, bem como causar confusão com os sintomas alimentares. Paralelamente, a desnutrição ou o padrão alimentar caótico desfavorece a atuação medicamentosa dos fármacos impedindo a melhora dos sintomas afetivos que, por sua vez, complicam ainda mais a possibilidade de realimentação. Torna-se possível, assim, o estabelecimento de um círculo vicioso, potencialmente letal.

O tempo prolongado de tratamento dos pacientes com TAs, sobretudo em internações hospitalares, com custos financeiros enormes para as sociedades, tem sido alvo de discussões e, inclusive, de uma série de medidas de restrição e controle dos tratamentos em países desenvolvidos, como os Estados Unidos da América⁽¹⁵¹⁾. Steinhausem et al.⁽³³⁾ observam que um aspecto preocupante dos TAs na adolescência é a grande quantidade de tratamento que é investido nesses pacientes. Se países com economias muito mais ricas já vêm se preocupando com isso, parece óbvio que países com muito menos condições fiquem atentos ao dispêndio financeiro de tratamentos tardios e longos de casos mais graves, tais como os dados desta amostra documentaram. Os diagnósticos e tratamentos precoces poderiam diminuir muito os gastos e permitir que um número maior de pacientes conseguisse tratamento.

Capítulo 5 - Anexos

ANEXO A – Termo de Consentimento Esclarecido ***PROTAD**

Programa de Atendimento, Ensino e Pesquisa em Transtornos Alimentares na Infância e Adolescência
Instituto de Psiquiatria/HC-FMUSP

TERMO DE CONSENTIMENTO

Caro pai/mãe ou responsável,

Estamos iniciando um estudo sobre o comportamento alimentar e problemas emocionais associados, que avaliará a saúde mental dos pacientes do PROTAD durante e depois do tratamento. O objetivo desse estudo é saber quais as principais características dos jovens que têm transtornos alimentares na nossa população. Para isto fizemos questionários para o/a seu filho/a e você responderem no início e no final do tratamento e após 2 e 5 anos da alta. Há também uma versão resumida de auto-preenchimento que será enviada ao professor de seu filho (a). Estas informações serão mantidas em sigilo (as crianças não serão identificadas). Os resultados serão publicados em grupo sob a forma de números e estatísticas. O tratamento oferecido pelo PROTAD será o mesmo independentemente da participação neste estudo. As dúvidas em relação ao estudo deverão ser esclarecidas com a Dra. Vanessa Pinzon pelos telefones 30696508 (SEPIA) ou 30696975 (AMBULIM).

Se você tiver alguma consideração ou dúvida ética sobre a ética da pesquisa, por favor, entre em contato com o Comitê de Ética Médica em Pesquisa (CEP) - Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – tel: 3069-6442 ramais 16, 17, 18 ou 20, FAX: 3069-6442 ramal 26 ou por E-mail: cappesq@hcnet.usp.br

Declaro ter entendido o que me foi explicado e ter esclarecido eventuais dúvidas, consinto em participar desta pesquisa.

_____ Data ____ / ____ / ____

Assinatura do paciente/representante legal

_____ Data ____ / ____ / ____

Assinatura da testemunha

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

_____ Data ____ / ____ / ____

Assinatura do responsável pelo estudo

* Termo de Consentimento Esclarecido aprovado pela CAPPesq - protocolo de pesquisa nº0800/08.

ANEXO B – Questionário Sócio-Econômico**Questionário Sócio-Econômico (QSE – Pais)**

(entrevistador, por favor, preencha TODOS os dados solicitados)

Nome da Mãe:	_____
Nome do Pai:	_____
Data de Nascimento do Paciente:	_____ Local: _____
Idade do Paciente:	_____
Endereço: Rua/Av.	_____ nº _____ apto. _____ Bairro: _____
Telefones: residencial:	_____ celular: _____ contato: _____
Cidade:	_____ Estado: _____ Email: _____

Número de Filhos:	_____
Filho 1: Sexo? ()F ()M / Idade:	_____
Filho 2: Sexo? ()F ()M / Idade:	_____
Filho 3: Sexo ? ()F ()M / Idade:	_____
Filho 4: Sexo? ()F ()M / Idade:	_____
Filho 5: Sexo? ()F ()M / Idade:	_____
Outros filhos: Sexo ()F ()M / Idade:	_____

Quem mora na casa com o paciente?	_____

Cor: ()Branca ()Preta ()Parda ()Amarela ()Indígena

Escola: _____ Particular () Pública()
Ano: _____ Turma: _____
Se não está frequentando a escola, marque porque:
()TA ()Condução ()Vaga ()Trabalho ()Dificuldade Financeira ()Doença
()Expulsão ()não quer ()outros: _____

Dados do pai/mãe ou responsável (Quem cuidará da criança durante tratamento no á na maioria das consultas, fará os combinados em casa)

Nome:	_____
Grau de Instrução: () Analfabeto/Primário Incompleto	
() Primário Completo/Ginasial Incompleto	
()Ginasial Completo/Colegial Incompleto	
() Colegial Completo/Superior Incompleto	
() Superior Completo	
Ocupação do Pai: _____	Se desempregado, há _____ meses.
Natural de _____	Em SP há _____.
Ocupação da Mãe: _____	Se desempregada, há _____ meses.
Natural de _____	Em SP há _____.

Casa Feita de: ()alvenaria ()madeira ()madeirite () outros: _____

ANEXO C – Critério de Classificação Econômica Brasil

Critério de Classificação Econômica Brasil – ABEP* (base 2000)

Sua casa tem:

Preencher com o que a pessoa possui em casa (considerar itens quebrados há menos de 6 meses)

Quadro 1

	Não Tem	Tem			
		1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	2	3	4	5
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Rádio (tudo que toca música, exceto rádio do carro)	0	1	2	3	4
Banheiro (tem vaso sanitário e é privativo do domicílio)	0	2	3	4	4
Automóvel (sem uso profissional)	0	2	4	5	5
Empregada mensalista	0	2	4	4	4
Aspirador de pó	0	0	1	1	1
Máquina de lavar	0	1	1	1	1

Quadro 2 - Geladeira e Freezer

Não possui	0
Possui só freezer sem geladeira	1
Possui só geladeira sem freezer	2
Possui geladeira dúplex ou geladeira dúplex e freezer	3

Quadro 3

Grau de Instrução do chefe de família	Pontuação
Analfabeto / Primário incompleto	0
Primário completo / Ginásial incompleto	1
Ginásial completo / Colegial incompleto	2
Colegial completo / Superior incompleto	3
Superior completo	5

* ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – 2003 – www.abep.org – abep@abep.org
Dados com base no Levantamento Sócio Econômico – 2000 – IBOPE

Soma dos Pontos (quadros 1, 2 e 3) =

Cortes do Critério Brasil

Classe	Pontos	Total Brasil (%)
A1	30-34	1
A2	25-29	5
B1	21-24	9
B2	17-20	14
C	11-16	36
D	6-10	31
E	0-5	4

Classe Econômica:

ANEXO D - Escala de Avaliação Global de Crianças (*Children's Global Assessment Scale*)

Escala de Avaliação Global de Crianças *

(*Children's Global Assessment Scale – CGAS*)

(para crianças de 4 a 16 anos de idade)

Pontue o nível de maior limitação da criança em seu funcionamento geral para o período de tempo especificado selecionando o nível mais baixo que descreva seu funcionamento em um *continuum* hipotético de saúde-doença.

Use níveis intermediários (p.ex. 35,58,62).

Pontue o funcionamento real independente do tratamento ou prognóstico. Os exemplos de comportamentos fornecidos são somente ilustrativos e não são necessários para uma pontuação particular.

100 – 91	<u>Funcionamento superior em todas as áreas</u> (em casa, na escola e com os pares); envolvido numa ampla gama de atividades e tem muitos interesses (p.ex., tem <i>hobbies</i> ou participa em atividades extracurriculares ou pertence a um grupo organizado, como time de futebol, escotismo, entre outros); amigável, seguro, as preocupações do dia-a-dia nunca saem de seu controle; vai bem na escola; sem sintomas.
90 – 81	<u>Bom funcionamento</u> em todas as áreas; sente-se seguro em família, na escola e com os pares; pode haver dificuldades passageiras, e, ocasionalmente, as preocupações do dia-a-dia saem de seu controle (p.ex., ansiedade discreta associada com um exame importante, acessos de raiva ocasionais com irmãos, pais ou com os pares).

* Brasil HHA, Bordin IA. Convergent Validity of K-SADS-PL by comparison with CBCL in a Portuguese Speaking Outpatient Population. BMC Psychiatry. 2010;10:83

- 80 – 71 Não mais que uma limitação leve no funcionamento em casa, na escola ou com os pares; algum distúrbio no comportamento ou desconforto emocional pode estar presente em resposta a situações de estresse na vida (separação dos pais, falecimento, nascimento de um irmão), mas são breves, e a interferência no funcionamento é passageira; outras crianças são só minimamente, perturbadas por tais crianças e não são consideradas desviantes por aqueles que as conhecem.
- 70 – 61 Alguma dificuldade em uma única área, mas, em geral, funciona relativamente bem (p.ex., atos antisociais isolados ou esporádicos, tais como: ocasionalmente cabula/mata aula ou comete furto insignificante; dificuldades menores persistentes no trabalho escolar; alterações no humor, de curta duração; medos e ansiedades que não conduzem a um sério comportamento de evitação; inseguro); tem algumas relações interpessoais importantes; a maioria das pessoas que não conhece bem a criança não a consideraria desviante, mas aqueles que a conhecem bem poderiam expressar preocupação.
- 60 – 51 Funcionamento variável com dificuldades esporádicas ou sintomas em várias, mas não em todas as áreas sociais; o problema seria aparente para aqueles que encontram a criança em uma situação disfuncional no momento, mas não para aqueles que vêem a criança em outras situações.
- 50 – 41 Grau moderado de interferência no funcionamento na maioria das áreas sociais, limitação grave do funcionamento em uma área, que pode resultar, por exemplo, de preocupações e ruminações suicidas, recusa escolar ou outras formas de ansiedade, rituais obsessivos, sintomas importantes de conversão, crises frequentes de ansiedade, habilidades sociais pobres ou inapropriadas, episódios frequentes de comportamento agressivo ou outros comportamentos anti-sociais com alguma preservação das relações sociais significativas.

- 40 – 31 Limitação importante no funcionamento em várias áreas e incapaz de funcionar em uma dessas áreas, ou seja, perturbado em casa, na escola, com os pares ou na sociedade de modo geral, p.ex., agressão constante sem uma provocação evidente; comportamento isolado e retraimento acentuado, por distúrbio do humor ou do pensamento, tentativas de suicídio com intenção claramente letal; tais crianças provavelmente requerem escola especial e/ou hospitalização ou retirada da escola (mas isto não é um critério suficiente para a inclusão nesta categoria).
- 30 – 21 Incapaz de funcionar em quase todas as áreas, p.ex., permanece em casa, na enfermaria ou na cama o dia todo sem tomar parte nas atividades sociais ou grave limitação na noção de realidade ou séria limitação na comunicação (p.ex., às vezes inapropriada ou incoerente).
- 20 – 11 Necessita considerável supervisão para prevenir que machuque a si mesmo ou a outros (p.ex., é violento com frequência, faz tentativas repetidas de suicídio) ou para manter a higiene pessoal, ou grave limitação em todas as formas de comunicação, p.ex., anormalidades graves na comunicação verbal ou gestual, alheamento social acentuado, estupor, etc.
- 10 – 1 Necessita de supervisão constante (24hs de cuidado) devido a comportamento agressivo grave ou autodestrutivo ou grande limitação no teste de realidade, comunicação, cognição, afeto ou higiene pessoal.

ANEXO E - História Clínica Psiquiátrica

Apresentação Caso Clínico* (roteiro)

1. **Identificação:** nome (iniciais), idade, sexo, cor, estado civil, escolaridade, religião e acompanhantes.
2. **Peso atual:**
3. **Altura atual:**
4. **IMC atual:** **Percentil:**
5. **Queixa principal** (o que trouxe o paciente ao atendimento)
6. **História da doença atual** (incluir exemplo de dia alimentar do paciente)
7. **História mórbida pregressa**
 - menor peso: **idade:** **IMC/ Percenil:**
 - maior peso: **idade:** **IMC/ Percenil:**
8. **História do desenvolvimento**
 - menarca: **idade:** **peso:**
9. **História familiar**
10. **Perfil psico-social**
11. **Revisão de sistemas**
12. **Exame físico**
13. **Exame do estado mental**
14. **Diagnóstico multiaxial:**
 - a. Eixo I: transtorno principal /transtornos comórbidos relacionados ao diagnóstico principal
 - b. Eixo II: retardo mental
 - c. Eixo III: doenças clínicas associadas ao t. psiquiátrico
 - d. Eixo IV: problemas sociais que influenciam o quadro principal
 - e. Eixo V (CGAS): escala de funcionamento global para crianças
15. **Fatores predisponentes** (fatores de risco, que contribuíram para o desenvolvimento do TA ao longo da história da paciente)
16. **Fatores precipitantes** (desencadearam o TA; estressores envolvidos diretamente, p.e., dieta)
17. **Fatores perpetuantes** (que podem levar a manutenção do transtorno)
18. **Fatores prognósticos** (bom/mal)
19. **Questões para discussão**

* Modelo da História Clínica Psiquiátrica de entrada do paciente para apresentação formal do caso clínico nas reuniões de equipe do PROTAD.

ANEXO F – Avaliação Nutricional

INSTITUTO DE PSIQUIATRIA
SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA
PROTAD - AMBULIM

ANAMNESE ALIMENTAR*

Data: ____/____/20__

I – Dados Pessoais

Nome: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Idade: ____anos ____meses Sexo: () F () M

Profissão: _____ Escolaridade: _____ RG: _____

Responsável: _____

II – Hipótese Diagnóstica: _____

III – História Pessoal (Quando e como tudo começou? Alimentação? Como é a alimentação da família? Quem prepara? Com quem come? Quem faz as compras? Relação dos pais com a comida? Perfil de pesos e problemas de saúde dos pais?)

IV – Sintomas Físicos (Após as mudanças alimentares, quais foram as alterações físicas que ocorreram?)

V – História Alimentar

Alimentos que não gosta: (não consumidos mesmo antes da doença): _____

Uso frequente/ preferência aos alimentos “diet” e/ou “light”? _____

Alimentos “Proibidos” (o que sempre comeu, mas com a doença deixou de comer):

<i>Alimentos</i>	<i>Motivo</i>	<i>Alimentos</i>	<i>Motivo</i>

Você consome:

Carne vermelha e/ou de porco? SIM () NÃO ()

Aves (frango/chester ou peito de peru)? SIM () NÃO ()

Peixe e/ou frutos do mar? SIM () NÃO ()

Leite e seus derivados (queijos, iogurtes, requeijão, etc)? SIM () NÃO ()

Refrigerante: SIM () NÃO () - () Diet /Light () Normal

Suco de frutas: SIM () NÃO () - () Natural () Artificial

Chás: SIM () NÃO () - () Com açúcar () Com adoçante

Você substitui refeições por lanches: SIM () NÃO ()

Quais: Almoço () Jantar ()

Tipos de lanches consumidos: _____

VI – Histórico do Peso

Peso Máximo: _____ Há quanto tempo? _____

Peso Mínimo: _____ Há quanto tempo? _____

Ganho de peso recente: () Sim () Não - Quantos quilos? _____ Quanto tempo: _____

Perda de peso recente: () Sim () Não - Quantos quilos? _____ Quanto tempo: _____

Peso atual: _____ Kg Estatura atual: _____ m E^2 : _____ m^2 IMC: _____ Kg/m^2

VII – Dados Gerais

Exercício Físico: () pratica () não pratica - O quê: _____

Frequência: _____ Duração: _____

Menstruação atual: _____

Menarca (1ª): _____ Quando e evolução: _____

Idade em que mãe e avó menstruaram? _____

Hábito intestinal - Frequência: _____ Consistência: _____

Hábito urinário: - Frequência: _____ Quantidade: _____

Já fez dieta antes? () Sim () Não - Qual (is): _____

Tomou algum medicamento? Anfetaminas () Fórmulas em geral () Outros ():

Está tomando algum medicamento: () Sim () Não - Qual (is): _____

Tabagismo: _____ Bebida alcoólica: _____

Vômitos/Purgação: _____

Laxante: _____ Diurético: _____

Sono (dorme a noite toda e acorda eventualmente?): _____

Padrão Alimentar (últimos meses) – Recordatório 24hs

Refeição	Alimentos e Quantidades
Café da Manhã (____ : ____ hs) Companhia?	
Lanche da Manhã (____ : ____ hs) Companhia?	
Almoço (____ : ____ hs) Companhia?	
Lanche da tarde (____ : ____ hs) Companhia?	
Jantar (____ : ____ hs) Companhia?	
Ceia (____ : ____ hs) Companhia	

Capítulo 6 - Referências

1. Bryant-Waugh R, Lask B. Overview of the eating disorders. In: Lask B, Bryant-Waugh R, editors. *Eating disorders in childhood and adolescence*. 3rd ed. London: Routledge Taylor & Francis Group; 2007. p. 35-50.
2. Pinzon V, Nogueira FC. Epidemiologia, curso e evolução dos transtornos alimentares. *Rev Psiquiatr Clin*. 2004;31(4):158-60.
3. Lock J, LeGrange D. Family-based treatment of eating disorders. *Int J Eat Disord*. 2005;37:S64-S7.
4. Nicholls D. Eating disorders in children and adolescents. *Adv Psychiatr Treat*. 1999;5:241-9.
5. Nielsen S. Epidemiology and mortality of eating disorders. *Psychiatr Clin North Am*. 2001;24(2):201-14.
6. Klein DA, Walsh T. Eating disorders: clinical features and pathophysiology. *Physiol Behav*. 2004;81(2):359-74.
7. Fleitlich-Bilyk B, Lock J. Eating disorders. In: Banaschewski T, Rohde LA, editors. *Biological child psychiatry - recent trends and developments*. Basel: Karger; 2008. p. 138-52.
8. Bryant-Waugh R, Lask B. Eating disorders in children. *J Child Psychol Psychiatry*. 1995;36(2):191-202.
9. Peebles R, Wilson JL, Lock JD. How do children with eating disorders differ from adolescents with eating disorders at initial evaluation? *J Adolesc Health*. 2006;39:800-5.

10. Lock J, LeGrange D, Forsber S, Hewell K. Is family therapy useful for treating children with anorexia nervosa? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006;45(11):1323-8.
11. Lock J, Agras S, Bryson S, Kraemer HC. A comparison of short- and long-term family therapy for adolescent anorexia nervosa. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005;44(7):632-9.
12. Fairburn CG. *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. New York: The Guilford Press; 2008.
13. Pinzon V, Gonzaga AP, Cobelo A, Labaddia E, Belluzzo P, Fleitlich-Bilyk B. Peculiaridades do tratamento da anorexia e da bulimia nervosa na adolescência: a experiência do PROTAD. *Rev Psiq Clin* 2004;31(4):167-9.
14. Moya T, Fleitlich-Bilyk B. Lista de espera para tratamento de transtornos alimentares na infância e adolescência. *Rev Bras Psiquiatr*. 2003;25(4):259-0.
15. Kreipe RE, Birndorf SA. Eating disorders in adolescents and young adults. *Med Clin North Am*. 2000;84(4):1027-49.
16. Nicholls D, Chater R, Lask B. Children into DSM don't go: a comparison of classification systems for eating disorders in childhood and early adolescence. *Int J Eat Disord*. 2000;28:317-24.
17. Graber JA, Brooks-Gunn J. Co-occurring eating and depressive problems: an 8-year study of adolescent girls. *Int J Eat Disord*. 2001;30:37-47.
18. Wentz E, Gillberg C, Gillberg IC, Rastam M. Ten-year follow-up of adolescent-onset anorexia nervosa: psychiatric disorders and overall functioning scales. *J Child Psychol Psychiat*. 2001;42(5):613-22.

19. Chamay-Weber C, Narring F, Michaud P-A. Partial eating disorders among adolescents: a review. *J Adolesc Health*. 2005;37:417-27.
20. Lewinsohn PM, Shankman SA, Gau JM, Klein DN. The prevalence and co-morbidity of subthreshold psychiatric conditions. *Psychol Med*. 2004;34(2):613-22.
21. Milos G, Spindler A, Schnyder U. Psychiatric comorbidity and eating disorder inventory (EDI) profiles in eating disorder patients. *Can J Psychiatry*. 2004;49:179-84.
22. Moya T. *Criação e análise da sessão de transtornos alimentares do DAWBA (Levantamento Sobre o Desenvolvimento e Bem-Estar de Crianças e Adolescentes)* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2004.
23. Machado PPP, Machado BC, Gonçalves S, Hoek HW. The prevalence of eating disorders not otherwise specified. *Int J Eat Disord*. 2007;40:212-7.
24. Herzog DB, Greenwood DN, Dorer DJ, Flores AT, Ekeblad ER, Richards A, Blais MA, Keller MB. Mortality in eating disorders: a descriptive study. *Int J Eat Disord*. 2000;28(1):20-6.
25. Bulik CM. Anxiety, depression, and eating disorders. In: Fairburn CG, Brownell KD, editors. *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook*. 2nd ed. New York: The Guilford Press; 2002. p. 193-8.
26. Workgroup for Classification of Eating Disorders in Children and Adolescents (WCEDCA). Classification of child and adolescent eating disturbances. *Int J Eat Disord*. 2007;40:S117-S22.

27. O'Brien KM, Vincent NK. Psychiatric comorbidity in anorexia and bulimia nervosa: nature, prevalence, and causal relationships. *Clin Psychol Review*. 2003;23:57-74.
28. Berkman ND, Lohr KN, Bulik CM. Outcomes of eating disorders: a systematic review of the literature. *Int J Eat Disord*. 2007;40:293-309.
29. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders, third edition. *Am J Psychiatry*. 2006;163(7 Suppl.):4-54.
30. Herzog DB, Eddy KT. Comorbidity in eating disorders. In: Wonderlich S, Mitchell JE, Zwaan M, Steiger H, editors. *Annual review of eating disorders - part 1*. Oxford Radcliffe Publishing; 2007. p. 35-50.
31. Strober M, Freeman R, Morrell W. The long-term course of severe anorexia nervosa in adolescents: survival analysis of recovery, relapse, and outcome predictors over 10-15 years in a prospective study. *Int J Eat Disord*. 1997;22:339-60.
32. Steinhausen H-C. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *Am J Psychiatry*. 2002;159:1284-93.
33. Steinhausen H-C, Seidel R, Metzke CW. Evaluation of treatment and intermediate and long-term outcome of adolescent eating disorders. *Psychol Med*. 2000;30:1089-98.
34. Steinhausen H-C, Seidel R. Outcome in adolescent eating disorders. *Int J Eat Disord*. 1993;14(4):487-96.

-
35. Herpertz-Dahlmann B, Müller B, Herpertz S, Heussen N. Prospective 10-year follow-up in adolescent anorexia nervosa - course, outcome, psychiatric comorbidity, and psychosocial adaptation. *J Child Psychol Psychiatr.* 2001;42(5):603-12.
 36. Herpertz-Dahlmann BM, Wewetzer C, Schulz E, Remschmidt H. Course and outcome in adolescent anorexia nervosa. *Int J Eat Disord.* 1996;19(4):335-45.
 37. Ivarsson T, Rastam M, Wentz E, Gillberg IC, Gillberg C. Depressive disorders in teenage-onset anorexia nervosa: a controlled longitudinal, partly community-based study. *Compr Psychiatry.* 2000;41(5):398-403.
 38. Rastam M, Gillberg C, Wentz E. Outcome of teenage-onset anorexia nervosa in a Swedish community-based sample. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2003;12(Suppl 1):78-90.
 39. Stice E, Burton EM, Shaw H. Prospective relations between bulimic pathology, depression, and substance abuse: unpacking comorbidity in adolescent girls. *J Consult Clin Psychol.* 2004;72(1):62-71.
 40. Treat TA, Gaskill JA, McCabe EB, Ghinassi FA, Luczak AD, Marcus MD. Short-term outcome of psychiatric inpatients with anorexia nervosa in the current care environment. *Int J Eat Disord.* 2005;38:123-33.
 41. Fichter MM, Quadflieg N. Six-year course and outcome of anorexia nervosa. *Int J Eat Disord.* 1999;26:359-85.
 42. Ratnasuriya RH, Eisler I, Szmukler GI, Russell GFM. Anorexia nervosa: outcome and prognostic factors after 20 years. *Br J Psychiatr.* 1991;158:495-502.

-
43. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62:593-602.
44. Leckman JF, Leventhal BL. A global perspective on child and adolescent mental health [editorial]. *J Child Psychol Psychiatry*. 2008;49(3):221-5.
45. Kim-Cohen J, Caspi A, Moffitt TE, Harrington H, Milne BJ, Poulton R. Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60:709-17.
46. Costello EJ, Egger H, Angold A. 10-Year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. methods and public health burden. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005;44(10):972-86.
47. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Philips MR, Rahman A. No health without mental health. *Lancet*. 2007;370:859-77.
48. Ford T, Goodman R, Meltzer H. The British child and adolescent mental health survey 1999: the prevalence of DSM-IV disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003;42(10):1203-11.
49. Rohde LA, Banaschewski T. Preface. In: Banaschewski T, Rohde LA, editors. *Biological child psychiatry - recent trends and developments*. Basel: Karger; 2008.
50. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - TR, text revision*. 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 2000.

-
51. Cooper PJ, Watkins B, Bryant-Waugh R, Lask B. The nosological status of early onset anorexia nervosa. *Psychol Med.* 2002;32:873-80.
52. Binford RB, LeGrange D. Adolescents with bulimia nervosa and eating disorder not otherwise specified-purging only. *Int J Eat Disord.* 2005;38:157-61.
53. Miguel-Ángel, Ángel C. Anorexia nerviosa de inicio en la niñez. In: Moreno LR, Cava G, editors. *Anorexia nerviosa*. Barcelona: Ariel Ciencias Medicas; 2003. p. 290-305.
54. Fairburn CG, Walsh BT. Atypical eating disorders (eating disorder not otherwise specified). In: Fairburn CG, Brownell KD, editors. *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook*. 2nd ed. New York: The Guilford Press; 2002. p. 171-7.
55. Moya T, Fleitlich-Bilyk B, Goodman R, Nogueira FC, Focchi PS, Nicoletti M, Pinzon V, Cordás TA, Lotufo Neto F. The Eating Disorders Section of the Development and Well-Being Assessment (DAWBA): development and validation. *Rev Bras Psiquiatr.* 2005;27(1):25-31.
56. Attia E, Roberto CA. Should amenorrhea be a diagnostic criterion for anorexia nervosa? *Int J Eat Disord.* 2009;42(7):581-9.
57. Peebles R, Hardy KK, Wilson JL, Lock JD. Are diagnostic criteria for eating disorders markers of medical severity? *Pediatrics.* 2010. Epub 2010/04/14.
58. American Psychiatric Association DSM-5 Development. *Feeding and eating disorders: bulimia nervosa* [internet]. 2010 [updated 2011; cited 2012 Jun 19]. Available from: <http://www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/proposedrevision.aspx?rid=25>].

-
59. Nunn K, Frampton I, Gordon I, Lask B. The fault is not in her parents but in her insula - a neurobiological hypothesis of anorexia nervosa. *Eur Eat Disord Rev.* 2008;16:355-60.
60. Nunn K, Frampton I, T.S. Fuglset , M.Törzsök-Sonnevend, Lask B. Anorexia nervosa and the insula. *Med Hypotheses.* 2011;76(3):353-7.
61. Frampton I, Hutchinson A. Eating disorders and the brain. In: Lask B, Bryant-Waugh R, editors. *Eating disorders in childhood and adolescence.* 3rd ed. London: Routledge, Taylor and Francys Group; 2007. p. 125-48.
62. World Health Organization. *Growth reference data for 5-19 years.* 2011 [cited 2012 Jun 12]. Availabe from: <http://www.who.int/growthref/en/>.
63. Golden NH, Jacobson MS, Sterling WM, Hertz S. Treatment goal weight in adolescents with anorexia nervosa: use of BMI percentiles. *Int J Eat Disord.* 2008;41(4):301-6.
64. Onis M, Onyango AW, Borghi E, Siyam A, Nishida C, Siekmann J. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bull World Health Organ.* 2007;85:660-7.
65. Field AE, Austin SB, Taylor CB, Malspeis S, Rosner B, Rockett HR, Gillman MW, Colditz GA. Relation between dieting and weigth change among preadolescents and adolescents. *Pediatrics.* 2003;112(4):900-6.
66. McVey G, Tweed S, Blackmore E. Dieting among preadolescent and young adolescent females. *CMAJ.* 2004;170(10):1559-61.
67. Pinzon VD. Anorexia e bulimia nervosa: quadro clínico e comorbidades. In: Weinberg C, editor. *Transtornos alimentares na infância e adolescência: uma visão multidisciplinar.* São Paulo: Sá Editora; 2008. p. 77-88.

-
68. Lee H-Y, Lock J. Anorexia nervosa in Asian-American adolescents: do they differ from their Non-Asian peers. *Int J Eat Disord*. 2007;40:227-31.
69. Mason HD, Key A, Allan R, Lask B. Pelvic ultrasonography in anorexia nervosa: what the clinician should ask the radiologist and how to use the information provided. *Eur Eat Disord Rev*. 2007;15:35-41.
70. Swanson SA, Crow SJ, LeGrange D, Swendsen J, Merikangas KR. Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. [cited 2011 April 7]. Available from: <http://www.archgenpsychiatry.com>:[E1-E10 pp.].
71. Keski-Rahkonen A, Raevuori A, Hoek HW. Epidemiology of eating disorders: an update. In: Wonderlich S, Mitchell JE, Zwaan M, Steiger H, editors. *Annual review of eating disorders - part 2*. Oxford: Radcliffe Publishing; 2008. p. 58-68.
72. Hoek HW, van Hoeken D. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *Int J Eat Disord*. 2003;34:383-96.
73. Hoek HW. Distribution of eating disorders. In: Fairburn CG, Brownell KD, editors. *Eating disorders and obesity - a comprehensive handbook*. 2nd ed. New York: The Guilford Press; 2002. p. 233-7.
74. Lewinsohn PM, Striegel-Moore RH, Seeley JR. Epidemiology and natural course of eating disorders in young women from adolescence to young adulthood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000;39(10):1284 - 92.
75. Godart NT, Flament MF, Lecrubier Y, Jeammet P. Anxiety disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa: co-morbidity and chronology of appearance. *Eur Psychiatry*. 2000;15(1):38-45.

76. Keel PK, Gravener JA. Sociocultural influences on eating disorders In: Wonderlich S, Mitchell JE, Zwaan M, Steiger H, editors. *Annual review of eating disorders - part 2*. Oxford: Radcliffe Publishing; 2008. p. 43-57.
77. Overas M, Winje E, Lask B. Eating disorders in children and adolescents. In: Wonderlich S, Mitchell JE, Zwaan M, Steiger H, editors. *Annual review of eating disorders - part 2*. Oxford: Radcliffe Publishing; 2008. p. 110-24.
78. Moya T, Fleitlich-Bilyk B, Goodman R. Brief report: young people at risk for eating disorders in Southeast Brazil. *J Adolesc*. 2006;29(2):313-7. Epub 2005/07/07.
79. Perez M, Joiner TE, Lewinsohn PM. Is major depressive disorder or dysthymia more strongly associated with bulimia nervosa? *Int J Eat Disord*. 2004;36(1):55-61.
80. Turkiewicz G, Pinzon V, Lock J, Fleitlich-Bilyk B. Feasibility, acceptability, and effectiveness of family-based treatment for adolescent anorexia nervosa: an observational study conducted in Brazil. *Rev Bras Psiquiatr*. 2010;32(2):169-72.
81. van Praag HM. Comorbidity (psycho) analysed. *Br J Psychiatr*. 1996;168 (Suppl 30):129-34.
82. Vella G, Aragona M, Alliani D. The complexity of psychiatric comorbidity: a conceptual and methodological discussion. *Psychopathology*. 2000;33(1):25-30.
83. Godart NT, Flament MF, Curt F, Perdereau F, Lang F, Venisse JL, Falon O, Bizouard P, Loas G, Corcos M, Jeammet P, Fermanian J. Anxiety disorders in subjects seeking treatment for eating disorders: a DSM-IV controlled study. *Psychiatry Res*. 2003;117(3):245-58.

-
84. Zonneville-Bender MJS, van Goozen SHM, Cohen-Kettenis PT, van Elburg A, de Wildt M, Stevelmans E, van Engeland H. Emotional functioning in anorexia nervosa patients: adolescents compared to adults. *Depress Anxiety*. 2004;19(1):35-42.
85. Keel PK, Klump KL, Miller KB, McGue M, Iacono WG. Shared transmission of eating disorders and anxiety disorders. *Int J Eat Disord*. 2005;38:99-105.
86. Spindler A, Milos G. Psychiatric comorbidity and inpatient treatment history in bulimic subjects. *Gen Hosp Psychiatry*. 2004;26:18-23.
87. Goldschmidt AB, Aspen VP, Sinton MM, Tanofsky-Kraff M, Wilfley DE. Disordered eating attitudes and behaviors in overweight youth. *Obesity*. (Silver Spring). 2008;16(2):257-64.
88. Sallet PC, Alvarenga PG, Ferrão Y, Mathis MA, Torres AR, Marques A, Nounie AG, Fossaluza V, do Rosario MC, Fontenelle LF, Petribu K, Fleitlich-Bilyk B. Eating disorders in patients with obsessive-compulsive disorder: prevalence and clinical correlates. *Int J Eat Disord*. 2010;43(4):315-25.
89. Kaye WH, Bulik CM, Thornton L, Barbarich N, Masters K. Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *Am J Psychiatry*. 2004;161(12):2215-21.
90. Szmulker G, Dare C, Treasure J. *Handbook of eating disorders: theory, treatment and research*. New York: John Wiley & Sons Ltd.; 1995.
91. Lock J, LeGrange D, Agras WS, Dare C. *Treatment manual for anorexia nervosa - a family-based approach*. New York: The Guilford Press; 2001.

92. LeGrange D, Lock J. *Treating bulimia in adolescents: a family based approach*. New York: The Guilford Press; 2007.
93. Lask B, Bryant-Waugh R. Overview of management. In: Lask B, Bryant-Waugh R, editors. *Eating disorders in childhood and adolescence*. 3rd ed. London: Routledge Taylor & Francis Group; 2007. p. 149-76.
94. Guimarães DBS, Salzano FT, Abreu CN. Indicações para internação hospitalar completa ou parcial. *Rev Bras Psiquiatr*. 2002;24(Supl III):60-2.
95. Kaplan AS. Psychological treatments for anorexia nervosa: a review of published studies and promising new directions. *Can J Psychiatry*. 2002;47(3):235-42.
96. Eisler I, Simic M, Russell GFM, Dare C. A randomised controlled treatment trial of two forms of family therapy in adolescent anorexia nervosa: a five-year follow-up. *J Child Psychol Psychiatry*. 2007;48(6):552-60.
97. Nicoletti M, Gonzaga AP, Modesto SEF, Cobelo AW. Grupo psicoeducativo multifamiliar no tratamento dos transtornos alimentares na adolescência. *Psicol Estud*. 2010;15(1):217-23.
98. Geist R, Heinmamaa M, Stephens D, Davis R, Katzman DK. Comparision of family therapy and family group psychoeducation in adolescents with anorexia nervosa. *Can J Psychiatry*. 2000;45(2):173-8.
99. Robin AL, Siegel PT, Moye AW, Gilroy M, Dennis AB, Sikand A. A controlled comparison of family versus individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999;38(12):1482-9.

-
100. Cobelo AW. A importância da inclusão da família no tratamento multidisciplinar dos transtornos alimentares na infância e adolescência. In: Weinberg C, editor. *Transtornos alimentares na infância e adolescência: uma visão multidisciplinar*. São Paulo: Sá Editora; 2008. p. 115-30.
101. Honig P. Family approaches: evidenced-based and collaborative practice. In: Lask B, Bryant-Waugh R, editors. *Eating disorders in childhood and adolescence*. 3rd ed. London: Routledge, Taylor & Francis Group; 2007. p. 215-28.
102. Pike K, Attia E, Brown AJ. Treatment for anorexia nervosa. In: Wonderlich S, Mitchell JE, Zwaan M, Steiger H, editors. *Annual review of eating disorders - part 2*. Oxford: Radcliffe Publishing; 2008. p. 137-48.
103. Graeff-Martins AS, Fleitlich-Bilyk B, Pinzon VD. Grupo de terapia cognitivo-comportamental. In: Weinberg C, editor. *Transtornos alimentares na infância e adolescência: uma visão multidisciplinar*. São Paulo: Sá Editora; 2008. p. 145-54.
104. Freeman AS, White JR. *Terapia cognitivo-comportamental em grupo para populações e problemas específicos*. São Paulo: Roca Editora; 2003.
105. Duchesne M, Almeida PEM. Terapia cognitivo-comportamental dos transtornos alimentares. *Rev Bras Psiquiatr*. 2002;24(Supl III):49-53.
106. Garfinkel PE, Garner DM. *Anorexia nervosa: a multidimensional perspective*. New York: Brunner/Mazel Inc.; 1982.
107. Wilson GT, Bannon K. Treatment of bulimia nervosa. In: Wonderlich S, Mitchell JE, Zwaan M, Steiger H, editors. *Annual review of eating disorders - part 2*. Oxford: Radcliffe Publishing; 2008. p. 125-36.

108. Christie D. Cognitive behavioural approaches. In: Lask B, Bryant-Waugh R, editors. *Eating disorders in childhood and adolescence*. 3rd ed. London: Routledge, Taylor and Francis Group; 2007. p. 229-56.
109. Osório LC. *Grupos: teorias e práticas*. Porto Alegre: Artmed; 2000.
110. Fernandes WJ, Svartman B, Fernandes BS. *Grupos e configurações vinculares*. Porto Alegre: Artmed; 2003.
111. American Dietetic Association. Position of The American Dietetic Association: nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and other eating disorders. *J Am Diet Assoc*. 2006;106:2073-82.
112. Oliveira PB, Kitade RD. Manejo nutricional dos transtornos alimentares na infância e adolescência. In: Weinberg C, editor. *Transtornos alimentares na infância e adolescência: uma visão multidisciplinar*. São Paulo: Sá Editora; 2008. p. 131-44.
113. Hart M. Nutrition and refeeding. In: Lask B, Bryant-Waugh R, editors. *Eating disorders in childhood and adolescence*. 3rd ed. London: Routledge, Taylor and Francis Group; 2007. p. 199-214.
114. Zerbe KJ. The crucial role of psychodynamic understanding in the treatment of eating disorders. *Psychiatr Clin North Am*. 2001;24(2):305-13.
115. Gonzaga AP, Nicoletti M. Grupo de psicoterapia de orientação psicodinâmica. In: Weinberg C, editor. *Transtornos alimentares na infância e adolescência: uma visão multidisciplinar*. São Paulo: Sá Editora; 2008. p. 155-77.

116. Pinzon VD. Farmacoterapia dos transtornos alimentares. In: Weinberg C, editor. *Transtornos alimentares na infância e adolescência: uma visão multidisciplinar*. São Paulo: Sá Editora; 2008. p. 197-212.
117. Moya T, Cominato L. Complicações clínicas. In: Weinberg C, editor. *Transtornos alimentares na infância e adolescência: uma visão multidisciplinar*. São Paulo: Sá Editora; 2008. p. 89-114.
118. Lock J. Treating adolescents with eating disorders in the family context. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2002;11(2):331-41.
119. Herzog DB, Nussbaum KM, Marmor AK. Comorbidity and outcome in eating disorders. *Psychiatr Clin North Am*. 1996;19(4):843-59.
120. Frank E, Prien RF, Jarrett RB, Keller MB, Kupfer DJ, Lavori PW, Rush AJ, Weissman MM. Conceptualization and rationale for consensus definitions of terms in major depressive disorder. Remission, recovery, relapse, and recurrence. *Arch Gen Psychiatry*. 1991;48(9):851-5.
121. Couturier J, Lock J. What is remission in adolescent anorexia nervosa? A review of various conceptualizations and quantitative analysis. *Int J Eat Disord*. 2006;39:175-83.
122. Couturier J, Lock J. What is recovery in adolescent anorexia nervosa? *Int J Eat Disord*. 2006;39:550-5.
123. Gowers S, Doherty F. Outcome and prognosis. In: Lask B, Bryant-Waugh R, editors. *Eating disorders in childhood and adolescence*. 3rd ed. London: Routledge, Taylor & Francis Group; 2007. p. 75-96.
124. Morgan HG, Hayward AE. Clinical assessment of anorexia nervosa: the Morgan-Russel outcome assessment schedule. *Br J Psychiatr*. 1988;152:367-71.

125. Olmsted MP, McFarlane T, Carter J, Trottier K. Assessment of eating disorders In: Wonderlich S, Mitchell JE, Zwaan M, Steiger H, editors. *Annual review of eating disorders - part 1*. Oxford: Radcliffe Publishing; 2007. p. 81-100.
126. Keel PK, Dorer DJ, Eddy KT, Franko D, Charatan DL, Herzog DB. Predictors of mortality in eating disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60(2):179-83.
127. Fletcher RH, Fletcher SW. Prognóstico. In: Fletcher RH, Fletcher SW, editors. *Epidemiologia clínica: elementos essenciais*. 4th ed. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 131-53.
128. Löwe B, Zipfel S, Buchholz C, Dupont Y, Reas DL, Herzog W. Long-term outcome of anorexia nervosa in a prospective 21-year follow-up study. *Psychol Med*. 2001;31:881-90.
129. Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, Norman P, O'Connor M. The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women. *Arch Gen Psychiatry*. 2000;57:659-65.
130. Keel PK, Mitchell JE. Outcome in bulimia nervosa. *Am J Psychiatry*. 1997;154:313-21.
131. Keel PK, Mitchell JE, Miller KB, Davis TL, Crow SJ. Long-term outcome of bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry*. 1999;56:63-9.
132. Eckert ED, Halmi KA, Marchi P, Grove W, Crosby R. Ten-year follow-up of anorexia nervosa: clinical course and outcome. *Psychol Med*. 1995;25:143-56.

133. Papadopoulos FC, Ekbom A, Brandt L, Ekselius L. Excesso mortality, causes of death and prognostic factors in anorexia nervosa. *Br J Psychiatry*. 2009;194(1):10-7.
134. Misra M, Aggarwal A, Miller KK, Almazan C, Worley M, Soyka LA, Herzog DB, Klibanski A. Effects of anorexia nervosa on clinical, hematologic, biochemical, and bone density parameters in community-dwelling adolescent girls. *Pediatrics*. 2004;114(6):1574-83.
135. Mayer LES, Roberto CA, Glasofer DR, Etu SF, Gallagher D, Wang J, Heymsfield SB, Pierson RN Jr, Attia E, Devlin MJ, Walsh BT. Does percent body fat predict outcome in anorexia nervosa? *Am J Psychiatry*. 2007;164(6):970-2.
136. Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, Welch SL. Risk factors for anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry*. 1999;56:468-76.
137. Goodman A, Fleitlich-Bilyk B, Patel V, Goodman R. Child, family, school and community risk factors for poor mental health in Brazilian schoolchildren. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46(4):448-56.
138. Fleitlich B, Goodman R. Social factors associated with child mental health problems in Brazil: cross-sectional survey. *BMJ*. 2001;323:599-600.
139. Goodman R, Ford T, Richards H, Gatward R, Meltzer H. The development and well-being assessment description and initial validation of an integrated assessment of child and adolescent psychopathology. *J Child Psychol Psychiatr*. 2000;41:645-55.
140. Youthinmind. DAWBA interviews and questionnaires. [cited 2012 Jun 12]. Available from: <http://www.dawba.com/b0.html>;

141. Fleitlich-Bilyk B, Goodman R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004;43(6):727-34.
142. Fleitlich-Bilyk BW. *The prevalence of psychiatric disorders in 7-14 years olds in the South East of Brazil* [tese]. London: Institute of Psychiatry Kings College London; 2002.
143. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. *Critério de classificação econômica Brasil 2003*. 1996 [cited 2012 Jun 12]. Disponível em: <http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=302>.
144. Shaffer D, Gould MS, Brasic J, Ambrosini P, Fisher P, Bird H, Aluwahlia S. A children's global assessment scale (CGAS). *Arch Gen Psychiatry*. 1983;40(11):1228-31.
145. Brasil HH, Bordin IA. Convergent validity of K-SADS-PL by comparison with CBCL in a Portuguese speaking outpatient population. *BMC Psychiatry*. 2010;10:83.
146. Gonzaga AP. "Se esse corpo fosse meu..." considerações sobre o estranhamento na anorexia. In: Gonzaga AP, Weinberg C, editors. *Psicanálise dos transtornos alimentares*. São Paulo: Primavera Editorial; 2010. p. 87-101.
147. Nunes MA, Olinto MT, Camey S, Morgan C, Mari JJ. Abnormal eating behaviors in adolescent and young adult women from Southern Brazil: reassessment after four years. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2006;41(12):951-6.
148. Veses AM, Martínez-Gómez D, Gómez-Martínez S, Zapatera B, Veiga ÒL, Marcos A. Association between excessive body fat and eating-disorder risk in adolescents: the AFINOS study. *Med Clin (Barc)*. 2011;136(14):620-2.

149. Becker CB, DeViva JC, Zayfert C. Eating disorder symptoms among female anxiety disorder patients in clinical practice: the importance of anxiety comorbidity Assessment. *J Anxiety Disord.* 2004;18:255-74.
150. Pinzon VD. Cenário atual do atendimento psiquiátrico. In: Fleitlich-Bilyk B, Andrade ER, Scivoletto S, Pinzon VD, editors. *A saúde mental do jovem brasileiro*. São Paulo: Edições Inteligentes; 2004. p. 129-40.
151. Kaye WH, Kaplan AS, Zucker ML. Treating eating-disorder patients in a managed care environment. *Psychiatr Clin North Am.* 1996;19(4):793-809.