GIZELA TURKIEWICZ

Comparação de efetividade entre duas modalidades de tratamento para anorexia
nervosa em adolescentes:
tratamento familiar e tratamento multidisciplinar

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

Programa: Fisiopatologia Experimental
Orientadora: Dra. Bacy Fleitlich-Bilyk

São Paulo

2011

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

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

©reprodução autorizada pelo autor

Turkiewicz, Gizela

Comparação de efetividade entre duas modalidades de tratamento para anorexia nervosa em adolescentes : tratamento familiar e tratamento multidisciplinar / Gizela Turkiewicz. -- São Paulo, 2011.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Programa de Fisiopatologia Experimental.

Orientadora: Bacy Fleitlich-Bilyk.

Descritores: 1.Anorexia nervosa/terapia 2.Adolescência 3.Terapia familiar

USP/FM/DBD-379/11

À minha família.

Agradecimentos

A elaboração deste trabalho começou em 2007, com o estudo do método, tratamento familiar, e a definição do projeto de pesquisa, que posteriormente foi colocado em prática e executado com a participação de uma equipe de profissionais. Todo este percurso só foi possível com a colaboração de algumas pessoas que estiveram ao meu lado, às quais sou imensamente grata.

Meu marido Marcelo, por sua admiração e respeito pelo meu trabalho, e por estar ao meu lado em todos os momentos.

Minha orientadora e amiga, Bacy Fleitlich-Bilyk, por acreditar que este projeto seria possível, por sua parceria e orientação, e pela confiança que teve e tem em meu trabalho.

James Lock, autor do manual de tratamento familiar para anorexia nervosa, por compartilhar conosco sua experiência clínica e em pesquisa, pela parceria e pela oportunidade de aplicarmos este método no Brasil.

A equipe do PROTAD, com quem aprendi o significado de um verdadeiro trabalho em equipe.

O grupo de terapeutas responsáveis pelo atendimento das famílias, por seu envolvimento e dedicação, e por acreditarem que estes pais seriam capazes de ajudar suas filhas. Sem este time, este trabalho não teria sido possível.

Minhas queridas amigas Alicia Cobelo, Ana Paula Gonzaga e Manoela Nicoletti, terapeutas da primeira fase do estudo, que estiveram comigo desde o primeiro treinamento e leitura do manual, pelos atendimentos das primeiras famílias, e por tudo que me ensinaram com sua experiência e dedicação.

Antônia Elisandra, Manoela Figueiredo, Rosa Maria Tedeschi Vieira e Sonia Russo, terapeutas da segunda fase do estudo, pelo compromisso no atendimento das famílias, por deixarem-se treinar e supervisionar de forma tão generosa.

A equipe de observadoras, por participarem do treinamento, acompanharem e anotarem as sessões, material fundamental para nosso estudo e treinamento.

Vanessa Pinzon pelo enorme cuidado e dedicação na organização de nosso banco de dados, que é o coração das pesquisas atuais e futuras do PROTAD.

Elisa Gutt, pelas avaliações e acompanhamento psiquiátrico das pacientes.

As endócrino-pediatras Louise Cominato e Mariana Moraes Xavier da Silva, pelas avaliações clínicas das pacientes.

As assistentes de pesquisa do PROTAD, Denise Monteiro, Arianne Cunha, Lorena Lins, Ana Carolina Santos e Juliana Cernea, que foram responsáveis pelas entrevistas e questionários deste estudo.

Todas as famílias que participaram deste estudo, pela confiança que depositaram em nosso trabalho e por acreditarem que eram capazes de ajudar suas filhas, mesmo nos momentos mais difíceis.

As pacientes com anorexia nervosa, que em seu sofrimento tanto têm me ensinado.

Meus pais, Luiz e Irene, e meus irmãos, Juliana e Vítor, que em todos os meus projetos, sempre acreditaram que eu seria capaz.

“Todas as famílias são diferentes. Todas as famílias são semelhantes.”

Salvador Minuchin

Resumo

TURKIEWICZ, G. Comparação de efetividade entre duas modalidades de tratamento para anorexia nervosa em adolescentes: tratamento familiar e tratamento multidisciplinar. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

Adolescentes do sexo feminino são a população mais frequentemente acometida pela anorexia nervosa (AN), com prevalência média de 2,5%, quando considerados critérios diagnósticos adaptados para esta faixa etária. A apresentação da AN em adolescentes é semelhante a de adultos, no entanto existem particularidades nos sintomas relacionadas ao nível de desenvolvimento cognitivo e emocional. A AN manifesta-se por: perda de peso, perturbações na forma de vivenciar a forma corporal, medo de engordar, restrição alimentar, comportamentos compensatórios e alterações menstruais. No Brasil, existem poucos recursos especializados para o tratamento da AN na adolescência e não foram realizados previamente estudos sistematizados sobre o tema. Estudos realizados em países de língua inglesa demonstram que o tratamento familiar (TF) apresenta bons resultados no tratamento da AN em adolescentes. Este estudo tem como objetivo a comparação de efetividade e de custos entre o TF e o tratamento multidisciplinar (TM). Inicialmente foi realizado um estudo piloto, incluindo nove pacientes de 11 a 17 anos do sexo feminino com diagnóstico de AN, tratadas com o TF. Posteriormente foi realizado um estudo comparativo, com os mesmos critérios de inclusão, com 20 pacientes que receberam o TF e foram comparadas com um grupo-controle histórico de 24 pacientes tratadas com TM. Foram calculados os custos diretos de ambas as modalidades de tratamento. Foram utilizadas como medidas de avaliação: DAWBA, CGAS, EDE-Q. No estudo piloto, as variáveis peso, IMC, EDE-Q, CGAS e amenorreia foram comparadas antes e após o TF. Foram observados resultados estatisticamente significativos em recuperação de peso e IMC ($p=0,036$). Foi observada melhora das demais variáveis após o tratamento, no entanto estes resultados não foram estatisticamente significativos. No estudo comparativo, 75% das pacientes que receberam o TF e 62,5% das pacientes que receberam TM apresentaram recuperação dos sintomas de AN, sem diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p=0,378$). Ambos os grupos apresentaram recuperação de peso, IMC e CGAS satisfatórias após o tratamento, sem diferença estatisticamente significativa entre os grupos. Tanto no TF quanto no TM, o maior tempo de sintomas antes do início do tratamento interferiu negativamente na resposta ao tratamento, reduzindo a chance de recuperação dos sintomas. Os custos diretos do TM são aproximadamente o dobro dos custos do TF. Tanto o TF quanto o TM demonstraram-se alternativas efetivas de tratamento para AN

na população estudada. No entanto, o custo do TM é consideravelmente maior. O TF é uma alternativa de tratamento efetiva e economicamente viável, podendo ser disseminado para outros centros, possibilitando maior acesso a tratamento para adolescentes com AN.

Descritores: anorexia nervosa/terapia, adolescência, tratamento, terapia familiar.

Abstract

Turkiewicz, G. **Effectiveness comparison of two treatment modalities for anorexia nervosa in adolescents: family-based treatment and multidisciplinary treatment.** Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

Female adolescents are the population most frequently affected by anorexia nervosa (AN), with average prevalence of 2.5% when adapted diagnostic criteria for this age group are considered. AN presentation in adolescents is similar to that of adults, but there are peculiarities in symptoms related to the level of cognitive and emotional development. AN main symptoms are: weight loss, disturbance in the way body shape is experienced, fear of becoming fat, dietary restriction, compensatory behaviors and menstrual abnormalities. In Brazil, there are few specialized resources for AN treatment in adolescence and no previous systematic studies have been conducted on this theme. In English-speaking countries, some studies have shown that the family-based treatment (FBT) is effective for adolescent AN. The aim of this study is to compare the effectiveness and the costs between the FBT and the multidisciplinary treatment (MT). Initially, a pilot study was conducted, including nine female patients from 11 to 17 years old diagnosed with AN, and treated with FBT. It was later performed a comparative study with the same inclusion criteria. Twenty patients who received FBT were compared with a historical control group of 24 patients treated with MT. We calculated the direct costs of both treatment modalities. The evaluation measures were: DAWBA, CGAS, EDE-Q. In the pilot study, the variables weight, BMI, EDE-Q, CGAS and amenorrhea were compared before and after FBT. We observed statistically significant results in weight and BMI recovery ($p=0.036$). The other variables have improved after treatment, although results were not statistically significant. In the comparative study, 75% of patients receiving FBT and 62.5% of patients receiving MT recovered from AN symptoms, no statistically significant difference was found between groups ($p=0.378$). Both groups have shown satisfactory recovery of weight, BMI and CGAS after treatment, with no statistical significant difference between groups. Both in the FBT and in the MT, the greater duration of symptoms before starting treatment had negative influence on treatment response, reducing the chance of recovery. The direct costs of the MT are approximately twice the cost of the FBT. Both the FBT and the MT were shown to be effective for AN treatment in the study population. However, the costs of MT are considerably higher. The FBT is an effective and economically viable treatment alternative and, can be disseminated to other centers, allowing

greater treatment access for adolescents with AN.

Keywords: anorexia nervosa/therapy, adolescence, treatment, family therapy.

Lista de tabelas

Tabela 1 -	Principais estudos realizados sobre tratamento familiar para anorexia nervosa em adolescentes	36
Tabela 2 -	Principais estudos realizados sobre tratamento multidisciplinar para anorexia nervosa em adolescentes.....	38
Tabela 3 -	Principais estudos sobre cálculos de custos de tratamento para anorexia nervosa.	41
Tabela 4 -	Definição das variáveis avaliadas no estudo piloto	57
Tabela 5 -	Características clínicas na avaliação inicial do estudo piloto (variáveis contínuas).....	59
Tabela 6 -	Características clínicas e sócio-demográficas na avaliação inicial do estudo piloto (variáveis categoriais)	59
Tabela 7 -	Resultados do tratamento familiar no estudo piloto	62
Tabela 8 -	Características clínicas na avaliação inicial de pacientes que participaram do estudo comparativo entre tratamento familiar e tratamento multidisciplinar (variáveis contínuas)	75
Tabela 9 -	Características clínicas e sócio-demográficas na avaliação inicial de pacientes que participaram do estudo comparativo entre tratamento familiar e tratamento multidisciplinar (variáveis categoriais)	76
Tabela 10 -	Distribuição das variáveis utilizadas como parâmetros de comparação de resultados entre tratamento familiar e tratamento multidisciplinar (avaliação final).	79
Tabela 11 -	Honorários de profissionais do HCFMUSP.....	89
Tabela 12 -	Avaliação de custos do tratamento familiar.....	90
Tabela 13 -	Avaliação de custos do tratamento multidisciplinar.....	91

Lista de gráficos

Gráfico 1 -	Comparação da evolução de peso entre tratamento familiar e tratamento multidisciplinar	80
Gráfico 2 -	Comparação da evolução de estatura entre tratamento familiar e tratamento multidisciplinar	81
Gráfico 3 -	Comparação da evolução de IMC entre tratamento familiar e tratamento multidisciplinar.....	81
Gráfico 4 -	Comparação da evolução do estado menstrual entre tratamento familiar e tratamento multidisciplinar.	83
Gráfico 5 -	Comparação da evolução da pontuação CGAS entre tratamento familiar e tratamento multidisciplinar.	84
Gráfico 6 -	Comparação da evolução das comorbidades psiquiátricas entre tratamento familiar e tratamento multidisciplinar.	86
Gráfico 7 -	Evolução na pontuação global do EDE-Q em pacientes que receberam tratamento familiar.	87
Gráfico 8 -	Evolução na pontuação da sub-escala de restrição do EDE-Q em pacientes que receberam tratamento familiar.	88

Lista de figuras

Figura 1 -	Modelo de carta enviada para as famílias antes do início do tratamento familiar	51
Figura 2 -	Modelo de gráfico de evolução de peso no tratamento familiar	52
Figura 3 -	Fluxograma de pacientes que participaram do estudo piloto	58
Figura 4 -	Evolução média de IMC no estudo piloto de acordo com gráfico de crescimento CDC-NCHS	61
Figura 5 -	Fluxograma de pacientes que participaram do estudo comparativo entre tratamento familiar e tratamento multidisciplinar	74
Figura 6 -	Evolução média de IMC no estudo comparativo de acordo com gráfico de crescimento CDC-NCHS	82

Lista de abreviaturas e siglas

AMBULIM	Ambulatório especializado em adultos com anorexia nervosa e bulimia nervosa
AN	Anorexia nervosa
ANOVA	Análise de variância (teste estatístico)
BN	Bulimia nervosa
CAPPesq	Comissão de ética para análise de projetos de pesquisa
CCEB	Critério de classificação econômica Brasil
CDC-NCHS	Centro de Controle de Doenças, Centro nacional para estatística em saúde, Estados Unidos
CGAS	Escala de funcionamento global para crianças
CID-10	Classificação internacional de doenças, 10ª revisão
DAWBA	Levantamento sobre o desenvolvimento e bem-estar de crianças e adolescentes
DP	Desvio-padrão
DSM	Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais
DSM-III	Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais, 3ª edição
DSM-IV-TR	Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais, 4ª edição revisada
DSM-V	Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais, 5ª edição
EAT	Teste de atitudes alimentares
EDE	Entrevista de exame para transtornos alimentares
EDE-Q	Questionário de exame para transtornos alimentares

GEE	Equações de estimação generalizadas (teste estatístico)
HCFMUSP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
IBGE	Instituto brasileiro de geografia e estatística
IMC	Índice de massa corpórea
IPQ	Instituto de Psiquiatria
N	Número de pacientes na população estudada
OMS	Organização Mundial da Saúde
PROTAD	Programa de atendimento, ensino e pesquisa em transtornos alimentares na infância e adolescência
RS	Estado do Rio Grande do Sul
SC	Estado de Santa Catarina
SEPIA	Serviço de Psiquiatria da infância e adolescência
SP	Estado de São Paulo
TA	Transtornos alimentares
TAG	Transtorno de ansiedade generalizada
TANE	Transtorno alimentar não especificado
TCC	Terapia cognitivo-comportamental
TF	Tratamento familiar
TM	Tratamento multidisciplinar
TOC	Transtorno obsessivo-compulsivo

Lista de símbolos

cm	Centímetro
m	Metro
Kg	Quilograma
Kg/m ²	Quilograma por metro quadrado
R\$	Reais (moeda brasileira)
US\$	Dólares americanos (moeda americana)
£	Libras esterlinas (moeda inglesa)

Lista de anexos

Anexo A - Termo de consentimento livre e esclarecido

Anexo B - DAWBA: Levantamento sobre o desenvolvimento e bem-estar de crianças e adolescentes (Sessão P - Alimentação, peso e forma corporal)

Anexo C - EDE-Q: Questionário de exame para transtornos alimentares

Anexo D - CGAS: Escala de funcionamento global para crianças

Anexo E – CCEB: Critério de classificação econômica Brasil

Lista de apêndices

Apêndice A – Artigo publicado com resultados do estudo piloto

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, **32**(2): 169-72, 2010.

SUMÁRIO

1	Introdução	22
2	Revisão de literatura	24
2.1	<u>Anorexia nervosa – critérios diagnósticos e aspectos históricos</u>	24
2.2	<u>Epidemiologia</u>	25
2.3	<u>Particularidades da anorexia nervosa na adolescência.....</u>	27
2.4	<u>Diretrizes para o DSM-V</u>	29
2.5	<u>Impacto da anorexia nervosa ao longo da vida.....</u>	29
2.6	<u>Tratamento da anorexia nervosa em adolescentes</u>	30
2.6.1	<i>Tratamento familiar.....</i>	32
2.6.2	<i>Tratamento multidisciplinar</i>	37
2.6.3	<i>A história do PROTAD</i>	39
2.6.4	<i>Custos do tratamento da anorexia nervosa em adolescentes</i>	39
2.7	<u>Justificativa do estudo</u>	42
3	Objetivos e hipóteses	43
3.1	<u>Objetivos principais</u>	43
3.2	<u>Objetivos secundários</u>	43
3.3	<u>Hipóteses</u>	43
4	Estudo piloto: metodologia e resultados	45
4.1	<u>Aprovação do estudo pelo comitê de ética</u>	45
4.2	<u>Casuística</u>	45
4.3	<u>Crerérios de inclusão e exclusão</u>	46

4.3.1	<i>Critérios de inclusão</i>	45
4.3.2	<i>Critérios de exclusão</i>	45
4.4	<u>Instrumentos de avaliação</u>	46
4.5	<u>Procedimentos</u>	47
4.5.1	<i>Treinamento de profissionais</i>	47
4.5.2	<i>Procedimentos iniciais</i>	48
4.5.3	<i>Tratamento familiar</i>	48
4.5.3.1	<u>Fase I: realimentação</u>	51
4.5.3.2	<u>Fase II: negociações para um novo padrão de relacionamentos</u>	53
4.5.3.3	<u>Fase III: considerações sobre a adolescência normal e encerramento</u>	54
4.5.4	<i>Avaliações finais</i>	55
4.5.5	<i>Análise estatística</i>	55
4.6	<u>Resultados do estudo piloto</u>	56
4.6.1	<i>Análise descritiva: características clínicas e sócio-demográficas da amostra</i>	57
4.6.2	<i>Avaliação de resultados do tratamento familiar</i>	59
5	Estudo comparativo: metodologia e resultados	62
5.1	<u>Aprovação do estudo pelo comitê de ética</u>	62
5.2	<u>Casuística</u>	62
5.3	<u>Critérios de inclusão e exclusão</u>	63
5.4	<u>Critérios de seleção do grupo controle</u>	63
5.5	<u>Instrumentos de avaliação</u>	64
5.6	<u>Procedimentos</u>	64
5.6.1	<i>Treinamento de profissionais</i>	64
5.6.2	<i>Procedimentos iniciais</i>	65
5.6.3	<i>Tratamento familiar e tratamento multidisciplinar</i>	66

5.6.3.1 Tratamento familiar	67
5.6.3.2 Tratamento multidisciplinar	67
5.6.4 Avaliações finais	69
5.6.5 Avaliação de custos de tratamento	69
5.6.6 Análise estatística	71
5.7 Resultados do estudo comparativo	73
5.7.1 Características sócio-demográficas e clínicas e da amostra	75
5.7.2 Comparação de resultados entre tratamento familiar e tratamento multidisciplinar	78
5.7.2.1 Evolução de peso, estatura e IMC.....	80
5.7.2.2 Recuperação do estado menstrual.....	83
5.7.2.3 Evolução do funcionamento global (CGAS).....	84
5.7.2.4 Avaliação de resposta a tratamento.....	85
5.7.2.5 Evolução das comorbidades psiquiátricas.....	86
5.7.2.6 Evolução dos sintomas alimentares (EDE-Q).....	87
5.7.3 Resultados das avaliações de custos de tratamento	88
6 Discussão	92
6.1 Discussão de resultados do estudo piloto.....	92
6.2 Discussão de resultados do estudo comparativo	97
6.2.1 Características da amostra na avaliação inicial	98
6.2.2 Comparação de efetividade entre tratamento familiar e tratamento multidisciplinar	100
6.2.2.1 Evolução de peso, estatura e IMC	101
6.2.2.2 Recuperação do estado menstrual	102
6.2.2.3 Evolução do funcionamento global (CGAS)	103
6.2.2.4 Avaliação de resposta a tratamento: recuperação da anorexia nervosa	104

<i>6.2.2.5 Evolução das comorbidades psiquiátricas</i>	<i>105</i>
<i>6.2.2.6 Avaliação de fatores preditivos de resposta a tratamento.....</i>	<i>106</i>
<i>6.2.3 Comparação de custos de tratamento</i>	<i>109</i>
<i>6.3 Limitações do estudo.....</i>	<i>111</i>
<i>6.4 Diretrizes futuras</i>	<i>112</i>
<i>6.3.1 Diretrizes para a prática clínica</i>	<i>112</i>
<i>6.3.2 Diretrizes para pesquisas futuras</i>	<i>113</i>
7 Conclusão	114
Referências bibliográficas	115
Anexos	124
Apêndice	143

1 Introdução

Esta dissertação tem como objetivo a apresentação dos resultados obtidos em um estudo comparativo entre duas modalidades de tratamento ambulatorial para anorexia nervosa (AN), o tratamento familiar (TF) e o tratamento multidisciplinar (TM). Este estudo foi realizado no Serviço de Psiquiatria da infância e adolescência (SEPIA) do Instituto de Psiquiatria (IPQ) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), em colaboração com a equipe do Programa de atendimento, ensino e pesquisa em transtornos alimentares na infância e adolescência (PROTAD).

O TF é um método utilizado para o tratamento de crianças e adolescentes com diagnóstico de AN, baseado na inclusão e participação de toda a família no tratamento. Há mais de duas décadas, o TF é estudado por pesquisadores em países de língua inglesa, mas até o presente momento é inédito no Brasil.

O TM é um método de tratamento para pacientes com AN que inclui a associação de múltiplas intervenções, como acompanhamento médico, nutricional e psicoterápico. Esta modalidade é recomendada pelas diretrizes práticas internacionais de tratamento de transtornos alimentares (TA) e é o tratamento padrão oferecido pelo ambulatório do PROTAD desde 2001.

No capítulo 2, será apresentada uma revisão de literatura sobre a AN em adolescentes, com o embasamento teórico utilizado para a realização deste estudo. Esta revisão apresenta definição, classificação atual, aspectos históricos e epidemiológicos da AN; são descritos também os aspectos clínicos específicos da AN em adolescentes. A ênfase deste capítulo está na revisão dos tratamentos atualmente disponíveis para a AN, incluindo estudos sobre a avaliação de custos de tratamento.

A seguir, no capítulo 3 serão apresentados os objetivos e as hipóteses que levaram à realização da pesquisa.

O capítulo 4 apresenta a metodologia e os resultados do estudo piloto sobre o TF em adolescentes brasileiras, primeiro estudo sistematizado realizado no Brasil sobre esta metodologia de tratamento.

O capítulo 5 apresenta a metodologia e os resultados da segunda fase do estudo, a comparação entre duas modalidades de tratamento ambulatorial para AN em adolescentes: o TF e o TM. Nesta fase, foram comparadas pacientes tratadas com o TF a um grupo de controles históricos tratados com o TM.

O capítulo 6 apresenta a discussão acerca dos resultados obtidos nos estudos piloto e comparativo, situando-os em relação a estudos prévios disponíveis na literatura. São discutidas as limitações do estudo, as diretrizes para sua aplicabilidade clínica e para pesquisas futuras nesta área.

Por fim, o capítulo 7 apresenta a conclusão obtida a partir dos resultados deste estudo.

2 Revisão de literatura

2.1 Anorexia nervosa – critérios diagnósticos e aspectos históricos

A anorexia nervosa (AN) é um transtorno alimentar definido, segundo critérios do DSM-IV-TR, por: perda de peso auto-induzida e recusa em manter o peso corporal dentro da faixa normal adequada para idade e altura (peso corporal abaixo de 85% do esperado), distorção na forma de vivenciar e avaliar a imagem corporal e o baixo peso, associada a intenso medo de engordar e ausência de ciclos menstruais por pelo menos três ciclos consecutivos. Os critérios da CID-10 para AN são bastante semelhantes aos definidos pelo DSM-IV-TR [1, 2].

Os transtornos alimentares (TA) se dividem em: AN, bulimia nervosa (BN) e transtornos alimentares não especificados (TANE). O grupo de TANE inclui os diagnósticos de AN atípica e de BN atípica, casos de pacientes que se encontram clinicamente doentes, mas não apresentam a totalidade de critérios diagnósticos para AN ou BN [2, 3].

Em crianças e adolescentes, são definidos como casos de AN atípica: pacientes com ausência de amenorreia na presença dos demais sintomas; pacientes em que a perda de peso não atinge 15% do peso corporal, mas há perda de peso ou parada no crescimento ponderoestatural; e pacientes em que o medo de engordar ou a preocupação com a forma do corpo não são verbalizados, mas são observados pelos pais [3].

O primeiro relato médico de um quadro clínico semelhante a AN foi feito por Richard Morton no final do século XVII. Este relato descreve uma jovem que apresentava perda de apetite, amenorreia, emagrecimento importante, associados a tristeza e preocupações ansiosas, com uma grande resistência ao tratamento que a levou a morte. A este trabalho seguiram-se outros, que datam do século XIX, realizados por Marcé (1859), Chipley (1859), Gull (1868) que foi o primeiro a utilizar o termo “anorexia nervosa”, Laségue (1873) e Charcot (1885). Os elementos comuns destes relatos eram a perda de peso deliberada e autoinduzida, muitas vezes a presença de amenorreia e em todos os casos a resistência ao tratamento [4, 5].

A partir da década de 1970, a descrição da AN é bastante semelhante a definição atual. Nesta época foram definidos os primeiros critérios diagnósticos, normatizados pelo “Manual
Gizela Turkiewicz

diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais” (DSM) em sua terceira edição (DSM-III)[6], na década de 1980 [4].

2.2 Epidemiologia

A população mais frequentemente acometida pela AN são as jovens do sexo feminino, com prevalência média de 0,3%, observada em artigo de revisão que analisa uma série de estudos epidemiológicos desenvolvidos no período de 1981 a 2002, incluindo populações com idades entre 14 e 20 anos [7].

Em estudo populacional realizado por Lucas et al. (1991) em Rochester (Estados Unidos) em um período de 50 anos, a taxa de incidência ajustada por idade para o sexo feminino é de 14,6 em 100.000 e de 1,8 em 100.000 para o sexo masculino, demonstrando uma proporção de 8,1 casos de mulheres para cada homem com diagnóstico de AN. A faixa etária mais acometida é a de meninas entre 15 e 19 anos, com incidência de 69,4 em 100.000, seguida pelas faixas de 20 a 24 anos (27,6 em 100.000) e de 10 a 14 anos (25,7 em 100.000)[8].

Neste mesmo estudo, observa-se aumento linear nas taxas de incidência de AN em jovens do sexo feminino na faixa etária de 15 a 24 anos desde a década de 1930 e, um aumento também entre a população de 10 a 14 anos desde a década de 1950. Cerca de 10 anos após sua publicação, a mesma população foi reavaliada e confirmou-se a manutenção do crescimento linear da incidência na faixa etária entre 15 e 24 anos [9]. O aumento da incidência pode ser explicado pela associação de diversos fatores: diferenças de classificação diagnóstica ao longo dos anos, maior procura por serviços de saúde, maior informação dos profissionais de saúde e da população a respeito de TA, e um real aumento na incidência por influência de fatores socioculturais [5, 10].

Estudos epidemiológicos recentes confirmam que a AN e os demais TA tem se apresentado de forma mais frequente em diversas regiões do planeta. Em geral, os TA são mais frequentes em países de cultura ocidental do que em países dos continentes asiático e africano [5]. No entanto, mesmo nestes países a incidência de TA tem crescido nos últimos anos [10, 11].

A prevalência de AN em jovens do sexo feminino é de 0,9% nos Estados Unidos [12], 0,35% em Portugal e Espanha [13, 14], 1,2% na Suécia [15]. Quando os estudos incluem em suas avaliações o diagnóstico de TANE, as taxas de prevalência são consideravelmente mais altas, em torno de 2,5% [13, 14], sendo TANE o diagnóstico de TA mais frequente em populações clínicas de crianças e adolescentes, contabilizando cerca de 60% dos casos atendidos ambulatorialmente [3, 16].

Não há estudos epidemiológicos sobre a prevalência de TA na população brasileira. No entanto, a importância significativa destes transtornos em jovens brasileiras é evidenciada por estudos que avaliaram a prevalência de sintomas alimentares em populações do sudeste e sul do país, e por um estudo que avalia as características de uma população de lista de espera para atendimento em centro especializado.

Em estudo realizado na cidade de Taubaté (SP), foi encontrada prevalência geral de transtornos psiquiátricos de 12,7% na população de 7 a 14 anos, representada por 1.251 crianças e adolescentes [17]. Na mesma população, foi identificado um grupo de crianças e adolescentes que apresentaram um ou mais critérios diagnósticos para BN ou AN segundo o DSM-IV, com uma prevalência de 1,4%. Estes jovens foram considerados grupo de risco para o desenvolvimento de TA [18].

Na região sul, nas cidades de Porto Alegre (RS) e Florianópolis (SC), dois estudos avaliaram a presença de comportamentos alimentares anormais em jovens do sexo feminino utilizando o teste de atitudes alimentares (EAT). A prevalência de comportamentos alimentares anormais foi de 16,5% em jovens de 12 a 29 anos em Porto Alegre [19] e de 15,6% em adolescentes de 10 a 19 anos em Florianópolis [20].

Em São Paulo, um estudo avaliou as características de pacientes em lista de espera para atendimento em centro especializado de tratamento para TA em crianças e adolescentes. A média de idade deste grupo foi de 13,8 anos, o diagnóstico provável mais frequente foi AN (40,8%) e o tempo de espera médio por tratamento foi de 22 meses [21].

Os dados apresentados sugerem que possivelmente a frequência de TA na população brasileira é semelhante a de outros países de cultura ocidental, mas não há disponibilidade suficiente de recursos de saúde para atendimento desta população.

2.3 Particularidades da anorexia nervosa na adolescência

A apresentação clínica da AN em crianças e adolescentes é semelhante a de pacientes adultos, no entanto existem particularidades na apresentação dos sintomas relacionadas ao nível de desenvolvimento cognitivo e emocional dessa população. Dependendo do estágio de desenvolvimento cognitivo em que se encontra, o paciente pode não ser capaz de relatar seus sintomas, que são observados indiretamente por pais e familiares [22, 23].

Em pacientes pré-puberes ou em fase de crescimento, a perda de peso observada pode não ser significativa em número absoluto, mas se manifestar por interrupção do crescimento ponderoestatural. Desta forma, torna-se necessária a utilização de gráficos de crescimento para uma avaliação mais precisa da evolução do peso desde um período anterior ao desenvolvimento dos sintomas de AN. Os gráficos de referência frequentemente utilizados são da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Centro de Controle e de Doenças dos Estados Unidos (CDC-NCHS), com as relações entre índice de massa corpórea (IMC) e idade [24, 25]. O IMC isoladamente não é um bom critério de avaliação de perda de peso para esta faixa etária [26, 27].

Pensamentos a respeito do peso, forma corporal e crenças sobre comida apresentam-se de forma obsessiva, podendo ser tão prevalentes a ponto de interferir na capacidade de concentração. A distorção de imagem corporal geralmente é focada em coxas e barriga, mas também pode estar relacionada a outras partes do corpo como face e braços. A justificativa para não se alimentarem adequadamente pode não ser relatada como medo de engordar, mas como sensação de plenitude gástrica, náuseas ou dificuldade na deglutição [22, 23].

A restrição alimentar pode ser severa e não segue um determinado padrão. Nesta faixa etária os pacientes podem continuar ingerindo alimentos como doces e sorvetes, ainda que em pequenas quantidades, por serem seus alimentos preferidos. Há pacientes que se recusam a manter uma hidratação adequada e, em casos extremos, recusam-se a ingerir saliva [22, 23].

Os comportamentos compensatórios mais observados são a prática de exercícios físicos excessivos e a indução de vômitos. O uso de laxantes e medicamentos anorexígenos é incomum devido a dificuldade de acesso, no entanto deve-se pesquisar se existe intenção de uso. Os exercícios excessivos podem ocorrer pelo aumento do tempo na prática formal de

atividades, pela prática de atividades físicas em segredo e pelo aumento de atividades cotidianas como subir escadas, arrumar o quarto ou lavar a louça [23, 28].

As alterações menstruais podem se apresentar por irregularidade menstrual, por amenorreia primária ou secundária. Considera-se amenorreia secundária a ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos em meninas que já tiveram a menarca. Em pacientes que ainda não tiveram a menarca, o atraso menstrual e do desenvolvimento é avaliado pela idade média em que as demais mulheres da família tiveram a menarca, pela involução de caracteres sexuais secundários e pela maturação uterina e ovariana através de ultrassonografia [26, 29].

Os casos de AN em adolescentes estão frequentemente associados a outros diagnósticos psiquiátricos. Em torno de 70% a 80% dos adolescentes com diagnóstico de TA apresentam comorbidade com outro transtorno psiquiátrico, sendo os mais comumente associados com a AN os transtornos depressivos (45-86%) e os transtornos ansiosos (32-70%), particularmente o transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) (25%) [30-32]. No entanto, pacientes gravemente desnutridos podem apresentar sintomas que mimetizam quadros depressivos ou obsessivo-compulsivos, nestes casos é necessária recuperação do estado nutricional para melhor avaliação. Quando confirmada a presença de comorbidades, elas devem ser tratadas concomitantemente ao tratamento da AN, de acordo com a gravidade e especificidade dos sintomas [33, 34].

Considerando as particularidades apresentadas, muitas crianças e adolescentes com AN não preenchem a totalidade de critérios diagnósticos segundo o DSM-IV-TR ou a CID-10, desenvolvidos com base em populações adultas [1, 2]. Consequentemente, a maioria dos casos nessa faixa etária recebe o diagnóstico de TANE. Ou seja, em crianças e adolescentes, são mais frequentes os casos considerados “atípicos” [16]. Com base nesta observação, a tendência atual das pesquisas sobre AN em adolescentes é agrupar os casos de AN típicos e atípicos na mesma categoria [3].

2.4 Diretrizes para o DSM-V

Com previsão de publicação para primeiro semestre de 2013, a quinta edição do “Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais” (DSM-V) propõe uma revisão dos critérios diagnósticos de AN [35].

Nesta revisão, o critério de perda de peso deixa de ter um valor específico (abaixo de 85% do normal ou IMC abaixo de 18,5 Kg/m²) para ser considerado significativo, de forma que cada paciente possa ser avaliado individualmente de acordo com seu próprio histórico e constituição física. O medo de engordar deixa de ser um critério obrigatório, podendo ser substituído por comportamentos compensatórios que impeçam a recuperação de peso [35].

A presença de amenorreia deixa de ser um critério necessário para o diagnóstico de AN, tornando este diagnóstico mais abrangente, com a possibilidade de incluir pacientes que apresentam ciclos menstruais preservados ou irregulares associados aos demais sintomas e pacientes que ainda não tiveram a menarca [36].

Com base nestas modificações, crianças e adolescentes que anteriormente receberiam o diagnóstico de TANE, serão diagnosticadas com AN. As mudanças propostas têm como objetivo aproximar os critérios diagnósticos da realidade das populações clínicas, para que os indivíduos incluídos em pesquisas possam melhor representar a realidade da população que se beneficiará de seus resultados [3].

2.5 Impacto da anorexia nervosa ao longo da vida

A AN está entre as principais causas de mortalidade precoce, incluindo causas naturais e não naturais [37]. A taxa de mortalidade por década de pacientes com AN é de 5,6%. Pacientes diagnosticados antes dos 20 anos de idade apresentam menores taxas de mortalidade (3,6%), quando comparados a pacientes que apresentam o diagnóstico entre 20 e 29 anos (9,9%) [38].

Entre os pacientes que sobrevivem, aproximadamente 50% recuperam-se completamente, 30% melhoram consideravelmente, mas mantêm-se com sintomas residuais e

20% tornam-se crônicos [39]. Ao longo do último século, foram feitos diversos avanços em pesquisas sobre a AN. No entanto, até o presente momento estes esforços não foram suficientes para modificarem seu mau prognóstico [40].

Para que um paciente seja considerado recuperado da AN, deve haver recuperação de peso e estado nutricional, retorno do funcionamento hormonal, marcado pela retomada do desenvolvimento sexual e dos ciclos menstruais, ausência de comportamentos restritivos ou purgativos e bom funcionamento psicossocial. A recuperação parcial ou intermediária indica que houve melhora significativa, mas sem remissão completa de sintomas; por exemplo, a paciente pode ter recuperado o peso, mas não as menstruações. Considera-se a evolução não satisfatória ou crônica quando o indivíduo mantém-se com critérios diagnósticos para AN [41, 42].

Pacientes adolescentes, com período curto de duração dos sintomas de AN, diagnosticados e tratados precocemente tem maior chance de recuperação completa dos sintomas [38]. O bom funcionamento familiar e bom relacionamento entre pais e filhos também são considerados fatores de bom prognóstico [39]. Por outro lado, são considerados fatores de mau prognóstico: a presença de comorbidades psiquiátricas, o início dos sintomas antes da menarca, famílias com pais solteiros ou separados, e famílias em que várias gerações vivem juntas na mesma casa [41].

2.6 Tratamento da anorexia nervosa em adolescentes

A adolescência é a faixa etária mais frequentemente acometida pela AN, com aumento progressivo da incidência nas últimas décadas. Os índices de mortalidade e o impacto da AN na vida dos jovens acometidos são consideravelmente altos, e existem particularidades na apresentação da AN nesta população quando comparados a pacientes adultos. Considerando-se estes fatores, o tratamento da AN em adolescentes deve envolver intervenções específicas voltadas para esta faixa etária, que quando iniciadas precocemente, apresentam melhores resultados.

Diretrizes práticas para o tratamento dos TA na infância e adolescência tem sido desenvolvidas por comitês de especialistas de vários países [38, 43]. Estas diretrizes baseiam-se em revisões de literatura científica baseada em evidências, em manuais práticos de tratamento e na experiência clínica de profissionais e centros de tratamento especializados. Geralmente, é recomendada a combinação de múltiplas intervenções para o tratamento de

Gizela Turkiewicz

adolescentes com AN, portanto um bom trabalho em equipe entre os profissionais envolvidos em cada caso é fundamental [33].

Os tratamentos disponíveis para AN em crianças e adolescentes são divididos em tratamento ambulatorial e internação. Alguns poucos estudos randomizados demonstram que tanto o tratamento ambulatorial quanto em internação podem ser igualmente eficazes [44, 45].

Os objetivos do tratamento em internação são a estabilização clínica e nutricional, com foco na recuperação de peso. Além disso, podem ser associadas intervenções psicoterápicas tanto para o paciente quanto para a família. Devido ao maior custo da internação e ao maior impacto na vida do adolescente [46], que é retirado de seus ambientes familiar, escolar e social; a internação é reservada para pacientes que apresentam os seguintes critérios: desnutrição severa em consequência da AN, grave psicopatologia com recusa alimentar severa que não seja reversível em ambiente ambulatorial, presença de complicações clínicas (desidratação, distúrbios hidroeletrólíticos, arritmias cardíacas, hipotensão arterial, hipotermia, comprometimento neurológico), ideação suicida e comorbidades psiquiátricas graves que não possam ser tratadas ambulatorialmente [44].

O uso de medicamentos, sejam antidepressivos ou neurolépticos, não tem eficácia estabelecida para o tratamento de AN. Os estudos disponíveis, incluindo pacientes adolescentes e adultos, indicam que não há benefícios no uso de medicamentos para o tratamento de sintomas físicos ou na psicopatologia da AN. Assim, os medicamentos devem ser reservados para o tratamento de comorbidades psiquiátricas ou como adjuvantes no controle de sintomas comportamentais da AN, como altos níveis de ansiedade relacionada a alimentação, auto e heteroagressividade [47-50].

Preferencialmente, crianças e adolescentes com AN devem ser tratadas em nível ambulatorial e com a participação da família no tratamento. Os tratamentos ambulatoriais disponíveis incluem: reabilitação nutricional, monitorização clínica, intervenções psicoterápicas familiares e individuais com base psicodinâmica e comportamental. Ainda que estas intervenções sejam muitas vezes utilizadas em associação, há poucos estudos disponíveis sobre seus resultados e, em geral, estes estudos avaliam cada uma destas intervenções isoladamente [26, 38, 44, 47].

Como o objetivo deste estudo é comparar duas diferentes modalidades de tratamento ambulatorial para AN em adolescentes, o tratamento familiar (TF) e o tratamento multidisciplinar (TM), será apresentada uma revisão mais detalhada sobre estas duas modalidades.

Tanto o TF quanto o TM, apresentados na metodologia deste estudo, consideram a inclusão da família no tratamento. No entanto, no TF toda a família é atendida por apenas um profissional capacitado neste método, enquanto no TM existe a necessidade de uma equipe de profissionais especializados envolvidos diretamente no atendimento de cada paciente.

2.6.1 Tratamento familiar

As famílias de pacientes com AN têm sido descritas como rígidas e resistentes a mudanças. Os papéis entre pais e filhos estão indiferenciados, e suas relações são disfuncionais, com falhas na comunicação, inconsistências entre os pais e alianças intergeracionais [51]. Este padrão de relacionamentos pode estar associado ao desenvolvimento ou manutenção dos sintomas da AN, no entanto as relações familiares também são profundamente afetadas pelos sintomas da AN [52-54].

Com base nestas observações, intervenções familiares têm sido estudadas para o tratamento de adolescentes com AN desde a década de 1970, apresentando bons resultados. Os primeiros estudos que demonstram resultados positivos da terapia familiar para o tratamento de AN foram realizados pelos grupos de Salvador Minuchin na Philadelphia (Estados Unidos) e de Mara Selvini Palazzoli em Milão (Itália) [51, 55].

O grupo de pesquisadores da Philadelphia, liderados por Minuchin, avaliou uma série de 53 pacientes com AN tratadas com terapia familiar. Destas pacientes, 86% apresentaram recuperação dos sintomas da AN após o tratamento. No entanto, apesar dos resultados promissores, este estudo apresenta limitações metodológicas importantes como a ausência de grupo controle, a ausência de seguimento dos pacientes por um tempo maior após o tratamento e a falta de sistematização das medidas de remissão e recuperação dos sintomas [56].

O método de terapia familiar utilizado pelo grupo de Minuchin foi a terapia familiar estrutural, em que a família é vista como um sistema onde existem alianças que contribuem para a manutenção dos sintomas da AN. O objetivo da terapia é alterar a estrutura familiar, promovendo a comunicação entre os membros da família, encorajando alianças entre os irmãos e restituindo aos pais sua função parental. No caso de pacientes com AN, os pais são colocados de volta no controle e no cuidado da alimentação do filho doente. Uma das técnicas

Gizela Turkiewicz

utilizadas para esta tarefa são as refeições familiares em que o terapeuta observa a família durante uma refeição, encorajando os pais a assumirem o controle sobre a alimentação do filho [51].

Simultaneamente aos estudos de Minuchin, o grupo de pesquisadores e terapeutas liderados por Mara Selvini Palazzoli, conhecidos como “o grupo sistêmico de Milão”, também estudou e desenvolveu técnicas de terapia familiar para o tratamento de pacientes com AN, baseadas no conceito de que estas famílias apresentam-se organizadas em um sistema fechado e resistente a influências externas [55]. Durante a terapia familiar, o terapeuta entrevista os diferentes membros da família através do questionamento circular, reúne as informações e descreve como ele observa o funcionamento daquela família. Em vez de oferecer orientações ou intervenções diretas, o terapeuta encoraja a família a encontrar soluções para o problema apresentado. O questionamento circular permite que toda a família participe e observe as opiniões dos demais membros a respeito de um determinado tema [57]. A metodologia utilizada pelo grupo de Milão não foi avaliada em estudos sistematizados.

Os trabalhos dos grupos da Philadelphia e de Milão foram o primeiro estímulo para que a terapia familiar para AN fosse sistematicamente estudada e avaliada [58]. Essas metodologias tiveram forte influência no desenvolvimento de um método de terapia familiar específico para o tratamento de AN, na década de 1980, no Maudsley Hospital, em Londres (Inglaterra). O método Maudsley para tratamento de AN em adolescentes, desenvolvido por Christopher Dare e Ivan Eisler, é uma intervenção familiar focada nos sintomas da AN que inclui toda a família no tratamento [59]. O tratamento familiar (TF) é dividido em três fases definidas e tem como princípio a visão de que a etiologia da AN é desconhecida. Portanto, a família não deve ser responsabilizada por ter causado a AN, mas é a responsável pelo tratamento [60].

Durante a primeira fase do TF, devem ser considerados os riscos que a AN traz para o paciente, o foco do tratamento deve manter-se na recuperação de peso e do padrão alimentar. Os pais são os agentes responsáveis pela alimentação e recuperação de peso do paciente, e os irmãos são aliados do paciente, tendo como tarefa ajudá-lo a se engajar em atividades não relacionadas a AN. Nesta fase, uma das sessões é uma refeição familiar, em que o terapeuta observa como é o funcionamento familiar durante uma refeição [60].

A segunda fase do TF inicia quando o paciente já atingiu um ganho de peso estável e está se alimentando com menos resistência. O foco desta fase é ajudar os pais a devolverem

gradualmente o controle da alimentação para o paciente. São investigadas as dificuldades da adolescência e do relacionamento familiar, e como estas questões podem afetar a alimentação e a recuperação do peso [60].

Quando o adolescente estiver alimentando-se com independência e com peso recuperado, inicia-se a terceira fase do TF, que tem como objetivos a avaliação de como a AN afetou o desenvolvimento do paciente e a retomada da adolescência normal. É neste momento que o tratamento é encerrado [60].

Desde que foi desenvolvido, na década de 1980, o método Maudsley tem sido sistematicamente avaliado em comparação a outras intervenções. Este é o único modelo de terapia familiar para AN avaliado em ensaios clínicos randomizados. Os primeiros resultados publicados [61], demonstram que o método Maudsley foi superior a terapia individual de apoio em pacientes adolescentes com idade inferior a 19 anos e com tempo de duração de sintomas inferior a três anos. Em estudo de seguimento realizado cinco anos após o término do tratamento, os resultados positivos se mantiveram, confirmando a eficácia do tratamento para aquela população [62].

Na sequência, o mesmo grupo de pesquisadores avaliou o método tradicional que incluía toda a família no tratamento, comparando-o com uma versão em que os pais tinham sessões separados dos filhos [63]. Ambos os grupos apresentaram taxas de recuperação satisfatórias e baixos índices de hospitalização. Além disso, verificou-se que as famílias com altos níveis de crítica nas relações entre pais e filhos apresentaram melhores resultados quando os pais foram tratados separadamente. Desde então, o TF tem sido avaliado em estudos randomizados, em estudos abertos e em séries de casos, que confirmam sua eficácia, particularmente quando comparado a terapias individuais [64, 65].

Em 2001, o pesquisador James Lock da Universidade de Stanford (Estados Unidos) publicou o método de TF em manual prático para profissionais, em parceria com o grupo de pesquisadores do Maudsley Hospital [60]. Esta publicação, sob o título original de “*Treatment manual for anorexia nervosa: a family-based approach*” (Manual de tratamento para anorexia nervosa: uma abordagem familiar), ainda sem tradução para o português, padroniza a metodologia desenvolvida no Maudsley Hospital e permite que profissionais de outras localidades tenham acesso ao método [53, 58]. Neste estudo, optou-se por nomear este método de “tratamento familiar” em vez de “terapia familiar”, com os objetivos de manter o título original do manual publicado em inglês e de diferenciar esta metodologia de outros métodos de terapia familiar estudados anteriormente para o tratamento da AN.

O TF foi avaliado por Lock et al. em uma população de 86 adolescentes randomizados em grupos que receberiam duas versões do TF, uma de curta duração (12 sessões em 6 meses) e uma de longa duração (24 sessões em 12 meses). Não houve diferença significativa entre os resultados das duas modalidades, sendo ambos eficazes na recuperação do peso e remissão de sintomas, além da manutenção da boa evolução em avaliações de seguimento [66, 67]. No entanto, o TF de longa duração mostrou-se mais eficaz para pacientes de famílias não-tradicionais (com a presença de apenas um dos pais) e que apresentavam sintomas obsessivo-compulsivos severos em associação a AN [66]. Desde então estes achados tem sido replicados neste e em outros centros de língua inglesa, confirmando a eficácia do TF, tanto para o tratamento de adolescentes quanto de crianças com AN [67-69].

Alguns dos ensaios clínicos apresentados comparam diferentes variações do TF entre si, evidenciando que existem adaptações possíveis do método, de acordo com o perfil de pacientes e de suas famílias [63, 66]. Recentemente, os estudos sobre o TF tem sido replicados em outros centros, além de Londres e Stanford, demonstrando a possibilidade de expansão e disseminação deste método com bons resultados tanto em relação a recuperação de peso quanto da sintomatologia da AN [69-71].

Um ensaio clínico recente, realizado com a participação de dois diferentes centros de pesquisa nos Estados Unidos, compara o TF a psicoterapia individual focal em 120 adolescentes de idades entre 12 e 18 anos, demonstrando que ambos os tratamentos apresentam bons resultados. No grupo que recebeu o TF a recuperação de peso e dos sintomas alimentares foi mais rápida, com resultados superiores ao final do tratamento. No entanto, na avaliação de seguimento após um ano, ambos os grupos apresentaram resultados semelhantes na manutenção do peso e na remissão dos sintomas alimentares [72].

Ainda que a disseminação do TF seja recente, estudos de seguimento dos primeiros grupos de pacientes tratados demonstram que os resultados positivos obtidos se mantêm até cinco anos após o término do tratamento. Em média, 75% dos pacientes avaliados no seguimento não apresentaram sintomas de TA, mantiveram-se com ciclos menstruais regulares e peso normal, resultados superiores em relação a pacientes tratados individualmente [62, 67, 73].

A tabela 1 apresenta os resultados dos principais estudos que avaliam o TF para AN em adolescentes.

Tabela 1 - Principais estudos realizados sobre tratamento familiar para anorexia nervosa em adolescentes.

Estudo (Ano de publicação)	Número de sujeitos	Tipo de Tratamento (tipo de estudo)	Resultados
Russell et al (1987)	80 (total) AN=57 BN=23	TF x Psicoterapia individual de apoio, após internação (estudo randomizado)	Pacientes jovens (<19anos) e com menor tempo de sintomas apresentam resultados superiores em recuperação de peso e remissão de sintomas com TF.
Eisler et al (1997)	80 (total) AN=57 BN=23	TF x Psicoterapia individual de apoio (seguimento 5 anos após estudo de Russell et al)	Pacientes jovens que receberam TF mantiveram melhor evolução do que aqueles que receberam terapia individual.
Robin et al (1994)	22	TF x Psicoterapia individual ego-orientada (estudo randomizado)	TF teve resultado superior em recuperação de peso, os resultados dos dois grupos foram semelhantes em atitudes alimentares e insatisfação com imagem corporal.
Robin et al (1999)	37	TF x Psicoterapia individual ego-orientada (estudo randomizado)	Grupo que recebeu TF teve resultado superior em recuperação de peso e estado menstrual.
Eisler et al (2000)	40	TF conjunto (participação de toda a família) x TF separado (pais tratados separadamente) (estudo randomizado)	Melhora significativa no estado nutricional e psicológico dos pacientes em ambos os grupos. Famílias com altos níveis de emoção expressa apresentam melhor resposta ao TF separado.
Eisler et al (2007)	38 (total 40)	TF conjunto (participação de toda a família) x TF separado (pais tratados separadamente) (seguimento 5 anos após o estudo anterior)	75% dos pacientes se mantiveram com ausência de sintomas de TA 5 anos após o TF. Não houve diferença entre os grupos.
Lock et al (2005)	86	TF curta duração x TF longa duração (estudo randomizado)	Resultados positivos em ambos os grupos, sem diferença significativa. Pacientes com sintomas obsessivo-compulsivos e de famílias não-tradicionais responderam melhor ao TF de longa duração.
Lock et al (2006)	71 (total 86)	TF curta duração x TF longa duração (seguimento 2 a 6 anos após o estudo anterior)	Resultados positivos se mantiveram: 89% dos pacientes apresentaram peso normal, 74% apresentaram pontuação EDE na faixa normal, 91% apresentaram menstruações regulares.
Le Grange et al (2005)	45	TF (série de casos, estudo aberto)	Resultados positivos em recuperação de peso e boa evolução de sintomas alimentares. 89% dos pacientes apresentaram recuperação completa ou intermediária.
Loeb et al (2007)	20	TF (série de casos, estudo aberto)	Melhora significativa em peso, estado menstrual e sintomas restritivos (EDE sub-escala restrição).
Paulson-Karlsson et al (2009)	32	TF (série de casos, estudo aberto)	75% dos pacientes se mantiveram com remissão completa dos sintomas em avaliação de seguimento 36 meses após o TF.
Couturier et al (2010)	14	TF (série de casos, estudo aberto)	Resultados positivos em recuperação de peso e aspectos psicológicos da AN.
Lock et al (2010)	121	TF x Psicoterapia individual focal (estudo randomizado)	Ao final do tratamento, TF foi superior em recuperação de peso e de sintomas alimentares (EDE). No seguimento (1 ano), resultados foram semelhantes em ambos os métodos.

TF= Tratamento familiar, AN= Anorexia nervosa, BN= Bulimia nervosa, TA= Transtornos alimentares
EDE=Entrevista de exame para transtornos alimentares

Em uma revisão sistemática recente sobre TF para AN, foram incluídos treze estudos randomizados que avaliaram o TF ou suas variações. A partir destes estudos, concluiu-se que existem evidências de que o TF é uma modalidade de tratamento efetiva em comparação a outras modalidades de tratamento não especializado. No entanto, estes estudos incluem um número limitado de pacientes e a maior parte deles ainda não tem avaliações de seguimento a

longo prazo. O campo de pesquisa sobre o tratamento dos TA se beneficiará de ensaios clínicos mais amplos sobre o TF, em comparação com outras intervenções [74].

2.6.2 Tratamento multidisciplinar

No tratamento ambulatorial para AN, a abordagem multidisciplinar inclui a associação de acompanhamento psiquiátrico, orientação nutricional, intervenções psicoterápicas individuais focais e familiares, de orientação cognitivo-comportamental e psicodinâmica. As intervenções psicoterápicas podem ser realizadas individualmente ou em grupo. A orientação familiar é focada nos sintomas da AN. Diretrizes práticas de tratamento de TA, publicadas por grupos de especialistas em diversos países, recomendam abordagens multidisciplinares tanto para adolescentes quanto para adultos com AN. No entanto, poucos estudos avaliaram a associação destas intervenções [26, 38, 43].

O TM é baseado na hipótese da etiologia multifatorial da AN. Esta hipótese considera que não existe um fator isolado que determine o desenvolvimento da AN, mas possivelmente ela resulta da interação de fatores biológicos (genéticos e neuroendócrinos), psicológicos (individuais e familiares) e socioculturais. A maneira como estes fatores interagem é desconhecida, no entanto o modelo de etiologia multifatorial permite a compreensão da AN sob diversas perspectivas, o que dá embasamento para que sua abordagem no TM seja também de forma multidimensional [33, 75].

As intervenções multidisciplinares tanto em ambulatório quanto em internação têm se demonstrado superiores em relação ao tratamento não especializado para AN. A associação de psicoterapias cognitivo-comportamental (TCC), psicodinâmica e orientação familiar focada nos sintomas de AN, em adolescentes a adultas jovens, foi avaliada em comparação a pacientes tratadas em internação com abordagem multidisciplinar. Os dois grupos foram comparados com um grupo controle que não recebeu tratamento especializado. Os grupos tratados em ambulatório especializado e em internação mostraram-se igualmente eficazes em recuperação de peso, menstruações, melhora do estado mental e ajuste social; e ambos foram superiores ao grupo controle [44, 76].

Recentemente, um ensaio clínico randomizado realizado na Inglaterra incluiu 170 pacientes adolescentes (11-18 anos) que foram divididos em três grupos de tratamento: internação, tratamento ambulatorial especializado (TCC, orientação familiar, terapia nutricional, monitorização clínica e de peso) e tratamento não especializado na comunidade

(intervenções multidisciplinares com participação da família, que poderiam incluir orientação nutricional). A aderência dos pacientes ao tratamento ambulatorial especializado (74,5%) foi ligeiramente maior que ao tratamento na comunidade (69,1%) e ambas foram significativamente maiores que a internação (49,1%). Os pacientes foram seguidos e avaliados um e dois anos após o término dos tratamentos. Na análise de resultados por intenção de tratar, incluindo os pacientes que não completaram o tratamento, não houve diferença significativa entre os resultados dos três grupos, contrariando as hipóteses iniciais do estudo de que a internação fosse ter resultados superiores ao tratamento ambulatorial e que o tratamento especializado seria superior ao tratamento na comunidade [45].

Quando se trata de crianças e adolescentes com AN, o envolvimento da família é fundamental, ainda que a opção de escolha não seja um método específico de TF [33]. O TM deve incluir orientação familiar e a participação dos pais ou responsáveis nas diversas áreas abordadas no tratamento [77].

Os estudos disponíveis sobre o tratamento da AN em crianças e adolescentes ainda são escassos e em sua maioria observacionais, havendo poucos ensaios clínicos randomizados. Além disso, apresentam diferentes metodologias de pesquisa, avaliam intervenções variadas, têm número de pacientes limitado e são em sua maioria realizados em países de língua inglesa. Desta forma, os resultados destas pesquisas muitas vezes não podem ser generalizados para populações diversas daquelas em que foram realizados.

A tabela 2 apresenta os resultados dos principais estudos randomizados que avaliam o TM para AN em adolescentes.

Tabela 2 - Principais estudos realizados sobre tratamento multidisciplinar para anorexia nervosa em adolescentes.

Estudo (Ano de publicação)	Número de sujeitos	Tipo de tratamento (tipo de estudo)	Resultados
Crisp et al (1991)	90	TM: TCC, terapia psicodinâmica e orientação familiar (individual) x TM em grupo x internação especializada x grupo controle sem tratamento especializado (estudo randomizado)	TM ambulatorial individual ou em grupo teve resultados semelhantes a internação e, as três modalidades foram superiores ao grupo controle
Gowers et al (1994)	40	TM: associação de terapias individual e familiar x grupo controle que recebeu apenas uma avaliação inicial (estudo randomizado)	Adolescentes e adultas jovens (média=21 anos). Pacientes que receberam TM tiveram melhor evolução de peso, sintomas psicológicos e funcionamento global.
Gowers et al (2007)	170	TM ambulatorial especializado x internação x tratamento ambulatorial na comunidade (estudo randomizado)	Os 3 grupos apresentaram resultados semelhantes em recuperação de peso. O grupo que recebeu TM ambulatorial apresentou maior adesão ao tratamento em relação aos demais.

TM= Tratamento multidisciplinar, TCC= Terapia cognitivo-comportamental

2.6.3 A história do PROTAD

Em 2001, foi implantado no Instituto de Psiquiatria (IPQ) do HCFMUSP, o Programa de atendimento, ensino e pesquisa em transtornos alimentares na infância e adolescência (PROTAD). O PROTAD é a primeira experiência brasileira de um serviço multidisciplinar especializado voltado exclusivamente para o atendimento de crianças e adolescentes de até 18 anos incompletos com TA.

A criação do PROTAD baseou-se na necessidade de uma abordagem específica para crianças e adolescentes com TA, que têm apresentado aumento das taxas de incidência nas últimas décadas [8], além de altas taxas de morbidade e mortalidade [39]. Pesquisas indicam que quanto mais precoce a identificação e o tratamento dos TA, maiores as chances de recuperação completa [40]. O tratamento multidisciplinar oferecido pelo PROTAD baseia-se no conhecimento científico disponível na literatura mundial e na experiência clínica do Ambulatório especializado em adultos com AN e BN (AMBULIM) e do Serviço de psiquiatria da infância e adolescência (SEPIA), ambos no IPQ-HCFMUSP [78].

A rotina de atendimento ambulatorial do PROTAD é descrita na metodologia deste projeto, sob o título de tratamento multidisciplinar (TM). Atualmente a equipe multidisciplinar conta com psiquiatras, nutricionistas, psicólogos, endócrino-pediatra, assistente social e enfermeira, sendo a maioria destes profissionais voluntários [34]. No entanto, a demanda por atendimento ainda é maior do que a capacidade deste centro [21].

2.6.4 Custos do tratamento da anorexia nervosa em adolescentes

A AN na infância e adolescência tem grande impacto não apenas para o indivíduo, mas também para sua família e para a sociedade. Além do sofrimento imediato devido aos sintomas, estes jovens estão mais suscetíveis a perdas de dias escolares, a maior procura por serviços médicos não apenas em recursos de saúde mental, mas em serviços de emergência e de outras especialidades devido às consequências clínicas da desnutrição, e a exclusão de atividades sociais. A AN apresenta melhor prognóstico quando os pacientes são tratados na adolescência e têm menor tempo de evolução de sintomas [47].

Quando não tratada precocemente, a AN pode evoluir cronicamente, acarretando aos pacientes dificuldades sociais, exclusão do mercado de trabalho e maiores custos de assistência a saúde [40]. A exclusão social e o afastamento do trabalho também podem ocorrer a pais e familiares de indivíduos com AN, que em geral são os responsáveis pelos cuidados com o paciente. Grande parte dos custos da AN são inestimáveis do ponto de vista econômico, pois a maior parte dos indivíduos com AN tem o início dos sintomas durante a adolescência, fase crucial para seu desenvolvimento educacional e psicossocial. Muitas das perdas que ocorrem nesta etapa da vida são irreversíveis [78, 79].

O custo do tratamento da AN é um dos maiores entre os transtornos psiquiátricos, sendo comparável ao custo de tratamento da esquizofrenia. A maior parte destes custos deve-se a tratamento em internação [80]. Estudos realizados nos Estados Unidos apresentam o custo médio da diária de internação de pacientes em centros especializados no tratamento de TA na faixa US\$ 2.000-2.500 (valores em dólares americanos) ou de R\$ 3.368-4.211 (valores convertidos em reais)¹ [81, 82]. Pacientes que são internados em geral apresentam maior gravidade dos sintomas alimentares e peso mais baixo. Parte dos custos com internações poderia ser evitada com o diagnóstico precoce destes pacientes, possibilitando o tratamento da AN antes da instalação de complicações clínicas [81]. A eficácia do tratamento em internação não é superior a do tratamento ambulatorial e, o custo do tratamento ambulatorial por paciente é aproximadamente um décimo do custo do tratamento em internação [83].

Ensaio clínico randomizado realizado na Inglaterra comparou a relação custo-efetividade de três diferentes tratamentos para AN em adolescentes: tratamento ambulatorial especializado, internação e tratamento na comunidade. A avaliação econômica deste estudo incluiu não apenas os custos de cada tratamento, mas também custos com o uso de recursos da comunidade, educação e outros serviços de saúde durante o período de seguimento de dois anos. O tratamento ambulatorial especializado mostrou-se com melhor relação custo-efetividade quando comparado aos demais tratamentos, possivelmente porque os pacientes tratados nesta modalidade apresentaram menos dias de hospitalização quando comparados aos demais pacientes. Os custos com internações tanto psiquiátricas quanto por intercorrências clínicas em todos os grupos do estudo representaram 90% dos custos totais. Em média, os pacientes apresentaram perda de dez meses de educação durante o seguimento de 24 meses [84].

¹ Cotação 1US\$=R\$ 1,68 em 28/10/2011 (Fonte: Thomson Reuters)
Gizela Turkiewicz

A tabela 3 apresenta os resultados dos principais estudos que avaliam custos de tratamento para AN em adolescentes.

Tabela 3 - Principais estudos sobre cálculos de custos de tratamento para anorexia nervosa

Estudo (Ano de publicação)	Descrição do estudo	Resultados/Custos de tratamento	Custos em reais (R\$)*
Striegel-Moore et al (2000)	Custo médio de tratamento por paciente em um ano (ambulatorial e internação para AN), com base em dados de 1932 pacientes.	Internação: US\$ 17.384 (média=26 dias) Ambulatório: US\$ 2.344 (média= 17 dias) Custos semelhantes aos custos de tratamento para Esquizofrenia.	Internação: R\$ 29.282 Ambulatório: R\$ 3.948
Meads et al (2001)	Revisão sistemática sobre tratamentos ambulatoriais e em internação para AN.	Internação: £ 4.350-32.600 (32-280 dias) Ambulatório: £ 60-90 por atendimento (média= 5-13 dias/ano) Custo do tratamento ambulatorial é 1/10 do custo da internação.	Internação: R\$ 11.733 - 87.929 Ambulatório: R\$ 162 – 243
Crow and Nyman (2004)	Modelo para estimativa de custo-efetividade do tratamento para AN.	Custo total de tratamento adequado que inclui: 45 dias de internação, 20 dias de hospital-dia, 20 consultas médicas, 50 sessões de psicoterapia, 2 anos de medicação. Total: US\$ 119.200 Média de custos pagos por seguro-saúde que inclui: 7 dias de internação, 15 dias de hospital-dia, 20 consultas médicas, 25 sessões de psicoterapia, 2 anos de medicação. Total: US\$ 36.200 Estimativa da economia por ano de vida livre de doença por paciente: US\$ 30.180	Custo total tratamento adequado: R\$ 200.780 Pago pelo seguro saúde: R\$ 60.975 Ano de vida livre de doença: R\$ 50.835
Byford et al (2007)	Análise de custo-efetividade de um ensaio clínico randomizado que compara: TM ambulatorial especializado x Internação x Tratamento ambulatorial não-especializado. Acompanhamento por 2 anos.	TM ambulatorial: £ 26.738 (melhor custo-efetividade) Internação: £ 34.531 Tratamento não-especializado: £ 40.794 Análise considera: custos do tratamento, custos para a sociedade de uso de recursos de saúde, da comunidade e educacionais. Acima de 50% dos custos de todas as modalidades foram com internações.	Ambulatorial: R\$ 72.118 Internação: R\$ 93.137 Não-especializado: R\$ 110.030
Lock et al (2008)	Custo médio do tratamento de uma coorte de pacientes adolescentes que realizaram TF para AN.	Custo total por paciente (inclui 30 dias de hospitalização, 20 consultas médicas, 30 sessões familiares, 365 dias de medicação): US\$ 33.105 Custo da sessão de TF: US\$ 180 Acima de 50% dos custos com internações.	Custo total: R\$ 55.762 Sessão TF: R\$ 303

AN= Anorexia nervosa, TM= Tratamento multidisciplinar, TF= Tratamento familiar
US\$= valores dólares americanos, £= valores em libras esterlinas, R\$= valores em reais
*Cotação: 1US\$=R\$ 1,68/ 1 £=R\$ 2,70 em 28/10/2011 (Fonte: Thomson Reuters)

Os custos com o tratamento da AN são altos. No entanto, quando investimentos são feitos em tratamentos baseados em evidências e adequados para esta população, a melhora na qualidade de vida e os anos de vida poupados resultam numa boa relação custo-efetividade [82]. Investimentos em tratamentos ambulatoriais eficazes podem potencialmente reduzir os custos da AN para a sociedade, possibilitando que mais pacientes sejam tratados e se recuperem com menores chances de que seus sintomas se tornem crônicos ou fatais [81].

2.7 Justificativa do estudo

A AN é um grave transtorno psiquiátrico que afeta principalmente adolescentes do sexo feminino e tem grande impacto na vida dos pacientes afetados, com altos índices de morbidade e mortalidade (5,0-10,0%) [39]. Além disso, como nesta faixa etária a maioria dos casos em tratamento não apresenta a totalidade dos critérios diagnósticos segundo o DSM-IV-TR [2], considera-se que sua prevalência seja subestimada e, quando são considerados critérios adaptados para esta população, a prevalência chega a 2,5% [13].

No Brasil, existe uma carência de serviços e profissionais especializados no tratamento de TA na infância e adolescência, e até o presente momento, não foram realizados estudos sistematizados acerca deste tema. Mesmo considerando a literatura mundial, há poucos estudos sistematizados sobre o tema e os dados disponíveis indicam bons resultados com intervenções familiares, particularmente com o TF [60]. As diretrizes disponíveis para o tratamento de crianças e adolescentes com TA indicam que a inclusão da família é fundamental em todos os tipos de tratamento e que devido a gravidade destes transtornos, muitas vezes é necessária a associação de diversas intervenções em tratamentos multidisciplinares incluindo acompanhamento médico, orientação nutricional, psicoterapias individual e familiar [38, 43]. No entanto, estas modalidades de tratamento foram poucas vezes avaliadas em conjunto e, devido à demanda de profissionais especializados e ao custo elevado de tratamento, o TM torna-se inviável na maioria dos centros.

A possibilidade de estudar o TF, uma intervenção terapêutica eficaz, disponível em manual para profissionais e economicamente viável para o tratamento da AN poderá expandir a capacidade de atendimento de adolescentes brasileiros com este diagnóstico.

O estudo comparativo entre o TF e o TM possibilitará a avaliação de efetividade e de custos das duas modalidades, permitindo uma discussão sobre os aspectos positivos e negativos de cada uma das intervenções.

3 Objetivos e hipóteses

3.1 Objetivos principais

1. Avaliar a aplicabilidade do TF para AN em adolescentes brasileiras, por meio de um estudo piloto, tendo como medidas de avaliação antes e após o tratamento: o peso (medido em quilogramas), a gravidade de sintomas alimentares e o funcionamento global do adolescente.
2. Comparar a efetividade do TF e do TM para AN em adolescentes brasileiras, através da comparação de resultados entre o grupo tratado com TF e um grupo de controles históricos tratado com TM. Foram utilizadas para avaliação de resultados ao final do tratamento as seguintes medidas: o peso, o estado menstrual, a remissão dos sintomas da AN e o funcionamento global do adolescente.

3.2 Objetivos secundários

1. Capacitar a equipe de terapeutas para aplicar o TF, com base na técnica descrita no manual: *“Treatment manual for anorexia nervosa: a family-based approach”* (Manual de tratamento para anorexia nervosa: uma abordagem familiar).
2. Avaliar a viabilidade econômica do TF para AN em adolescentes brasileiras, por meio do cálculo e da comparação de custos aproximados das duas modalidades de tratamento: TF e TM.
3. Avaliar se existem fatores preditivos de resposta a tratamento na população estudada, em ambas as modalidades (TF e TM).

3.3 Hipóteses

1. O TF é aplicável na população de adolescentes brasileiras com AN, com efetividade semelhante a demonstrada em estudos prévios.

2. O TF é tão efetivo quanto o tratamento multidisciplinar, para adolescentes brasileiras com o diagnóstico de AN, ambos apresentando resultados significativos em recuperação de peso e remissão de sintomas de AN.
3. O custo do TF é significativamente inferior ao do TM, podendo ser mais facilmente disseminado a outros centros de tratamento.
4. Existem fatores de risco como: idade, tempo de duração de sintomas, subtipo de sintomas, comorbidades psiquiátricas, que podem interferir na resposta ao tratamento na AN.

4 Estudo piloto: metodologia e resultados

O estudo para avaliação do TF para AN em adolescentes brasileiras foi realizado em duas fases. Inicialmente, foi realizado um estudo piloto observacional em que o TF foi aplicado em uma amostra de pacientes, com objetivo de avaliar sua aplicabilidade nesta população.

Antes do início do tratamento foi realizado o treinamento de terapeutas conforme o método de TF descrito em manual [60].

4.1 Aprovação do estudo pelo comitê de ética

O estudo apresentado nesta dissertação foi aprovado pela Comissão de ética para análise de projetos de pesquisa (CAPPesq) da diretoria clínica do HCFMUSP, com o número de protocolo de pesquisa 0801/08.

O termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo A), também aprovado pela CAPPesq, foi assinado por todos os pais ou responsáveis dos participantes da pesquisa antes do início dos procedimentos do estudo.

4.2 Casuística

O recrutamento de sujeitos para o estudo piloto foi realizado durante o período de três meses, a partir de encaminhamentos por profissionais e unidades de saúde ou pela procura direta pelo ambulatório do PROTAD, no SEPIA do IPQ-HCFMUSP. Foram admitidas as pacientes que preencheram os critérios de inclusão e estavam acompanhadas por seus pais ou responsáveis legais, que deram seu consentimento para a participação no estudo.

Foram admitidas 11 adolescentes do sexo feminino, com idades entre 11 e 17 anos, e diagnóstico de AN ou TANE segundo critérios do DSM-IV-TR [2]. Destas, uma família não aceitou participar do estudo por impossibilidade de todos comparecerem ao tratamento e uma

paciente foi internada entre a entrevista de triagem e o início do tratamento. Portanto, nove pacientes iniciaram o TF durante o estudo piloto.

4.3 Critérios de inclusão e exclusão

4.3.1 Critérios de inclusão

1. Adolescentes do sexo feminino, com idades mínima de 11 anos completos e máxima de 17 anos e 6 meses.

A idade máxima foi definida em 17 anos e 6 meses porque a intervenção em estudo teria duração prevista de 6 meses e, o ambulatório do PROTAD atende apenas pacientes menores de 18 anos.

2. Diagnóstico de AN ou TANE segundo critérios do DSM-IV-TR.
3. Perda significativa de peso, definida por: queda do IMC em pelo menos um percentil abaixo do esperado para idade, com base na evolução de IMC do próprio paciente em seu gráfico de crescimento, anteriormente ao desenvolvimento dos sintomas de AN.

Foi utilizado como referência o gráfico de IMC versus idade do CDC-NCHS [25].

Em caso de diagnóstico de TANE, este critério permite incluir os pacientes que apresentam sintomas de AN, mas não preenchem a totalidade de critérios diagnósticos.

4.3.2 Critérios de exclusão

1. Pacientes com necessidade de internação, devido a complicações clínicas do TA, podendo ser incluídas após estabilização clínica.
2. Presença de comorbidades psiquiátricas que, devido a sua gravidade, tenham prioridade de tratamento em relação a AN, no momento da primeira avaliação; podendo ser incluídas após estabilização da comorbidade.
3. Pacientes com risco de suicídio.
4. Retardo mental.
5. Gravidez.

4.4 Instrumentos de avaliação

1. DAWBA (*Development and well-being assessment* - Levantamento sobre o desenvolvimento e bem-estar de crianças e adolescentes – versão brasileira) [85]: O DAWBA é um conjunto de questionários e entrevistas desenvolvido na Inglaterra que tem como objetivo o diagnóstico de transtornos psiquiátricos na infância e adolescência baseado nos critérios da CID-10 e do DSM-IV [86]. Foi traduzido e validado em português por Fleitlich-Bilyk em 2001 [17]. Posteriormente foi desenvolvida uma seção específica sobre sintomas e gravidade dos TA [28]. As entrevistas são realizadas com pacientes de 11 a 17 anos e com seus pais ou responsáveis, por entrevistadores treinados ou por questionário eletrônico de autopreenchimento. Neste estudo, as entrevistas foram realizadas por avaliadores independentes dos profissionais envolvidos na fase de tratamento. O autopreenchimento foi reservado apenas para avaliações finais de pacientes e familiares que estivessem habituados ao uso de computadores e da internet, sendo acompanhados por avaliadores durante as respostas. Com base nas respostas destas entrevistas e questionários, o diagnóstico final é dado por um psiquiatra especialista na área da infância e adolescência com treinamento específico e autorização do autor para realizar a avaliação do DAWBA. (Anexo B)
2. EDE-Q (*Eating disorders examination questionnaire* - Questionário de exame para transtornos alimentares): O EDE-Q é um questionário de autopreenchimento para avaliação de sintomas de TA. São 28 perguntas, com respostas pontuadas de 0 a 6, que indicam o número de dias nas últimas quatro semanas em que o paciente apresentou sintomas alimentares. As perguntas são divididas em quatro sub-escalas: restrição, preocupação com a alimentação, preocupação com o peso e preocupação com a forma do corpo [87]. (Anexo C)
3. CGAS (*Children global assessment of functioning scale* - Escala de funcionamento global para crianças): CGAS é uma escala numérica de 1 a 100, utilizada para pontuação do funcionamento global de crianças e adolescentes abaixo de 18 anos. A pontuação é dada de acordo com a gravidade dos sintomas e de seu impacto na vida do adolescente, sua pontuação é independente de diagnósticos psiquiátricos específicos [88]. Neste estudo, a pontuação da CGAS foi dada por médico psiquiatra responsável

pela avaliação inicial do paciente, avaliador independente dos profissionais envolvidos na fase de tratamento. (Anexo D)

4. CCEB (Critério de classificação econômica Brasil): CCEB é um instrumento de segmentação econômica que utiliza o levantamento de características domiciliares (presença e quantidade de itens domiciliares de conforto e grau escolaridade do chefe de família) para classificar a população em classes econômicas estratificadas de A-E, desenvolvido pela Associação brasileira de empresas de pesquisa [89]. (Anexo E)

4.5 Procedimentos

4.5.1 Treinamento de profissionais

A equipe de terapeutas responsável pelos atendimentos desta fase do estudo foi constituída por psiquiatras e psicólogos, membros do PROTAD, todos com experiência no atendimento de adolescentes com AN.

Anteriormente ao início do estudo, os terapeutas foram treinados em um *workshop* conduzido pelo autor principal do manual de tratamento durante o 1º Congresso Internacional de Psiquiatria da Infância e Adolescência do SEPIA do IPQ-HCFMUSP, realizado na cidade de São Paulo em março de 2007 [90].

A seguir, foi realizada a leitura do manual em grupo coordenado pela pesquisadora responsável por este estudo, para isto foi necessário que os terapeutas envolvidos tivessem nível de inglês avançado ou fluente. Durante a fase de tratamento, os terapeutas receberam supervisão da pesquisadora responsável em frequência semanal. Durante as sessões, os terapeutas foram acompanhados por observadores, responsáveis por anotarem as falas e atitudes da família e do terapeuta durante a sessão. Estas sessões eram lidas e discutidas durante as supervisões realizadas em grupo.

A equipe de observadores foi constituída por psicólogos, nutricionistas e assistente social, também membros da equipe do PROTAD. Os observadores participaram do grupo de leitura e das supervisões com o grupo de terapeutas, com o objetivo de serem treinados para posteriormente aplicarem o TF.

4.5.2 Procedimentos iniciais

Antes do início do TF, as pacientes incluídas no estudo realizaram as seguintes avaliações:

1. Entrevista psiquiátrica: realizada com a adolescente e seus pais ou responsáveis por psiquiatra especialista na área da infância e adolescência, membro da equipe do PROTAD. Esta entrevista teve como objetivos: avaliar a história do TA, avaliar a presença de comorbidades psiquiátricas, confirmar o diagnóstico das pacientes de acordo com critérios do DSM-IV-TR, confirmar a presença de critérios de inclusão e exclusão.

As pacientes que necessitaram de tratamento medicamentoso devido ao diagnóstico de comorbidades psiquiátricas, tiveram acompanhamento psiquiátrico mensal concomitante ao TF. Nestes casos, os medicamentos foram iniciados no mínimo duas semanas antes do início do TF e foram permitidos ajustes de doses durante o período de tratamento.

2. Avaliação clínica: medidas de peso e estatura, exames físicos e laboratoriais (quando necessário), realizados por endócrino-pediatra.
3. Avaliação nutricional: entrevista padronizada, avaliação de peso, estatura e IMC, de acordo com gráficos de crescimento do CDC-NCHS e determinação da faixa de peso-alvo para cada paciente.

A faixa de peso-alvo foi definida como retorno ao percentil de crescimento prévio de cada paciente, de acordo com os gráficos do CDC-NCHS. Para pacientes que apresentavam sobrepeso ou obesidade anteriores ao início dos sintomas alimentares, foi definida a faixa entre o 25º e o 50º percentis como faixa de peso-alvo [25, 91].

4. Aplicação dos instrumentos: DAWBA, EDE-Q, CGAS, CCEB.

4.5.3 Tratamento familiar

O método de TF utilizado neste estudo é descrito por Lock et al no manual “*Treatment manual for anorexia nervosa – a family-based approach*”[60]. O método pode ser aplicado em um modelo de 20 a 24 sessões familiares distribuídas em 12 meses (longa duração) ou em

Gizela Turkiewicz

10 a 12 sessões distribuídas num período de seis meses (curta duração). Neste estudo optou-se pelo modelo de TF de curta duração.

O TF tem como foco a realimentação e recuperação de peso do paciente com AN. O princípio geral do método é a visão agnóstica da etiologia da AN, sua causa é considerada desconhecida, o que reduz o sentimento de culpa dos pais e possibilita que eles sejam os agentes do tratamento. Como o adolescente é considerado envolto pela família, toda a família é importante na recuperação. Os pais são colocados no controle da alimentação do paciente e são os responsáveis pelo tratamento. Os irmãos são considerados aliados do paciente e podem ajudá-lo a recuperar seu interesse e autonomia em áreas não relacionadas aos sintomas da AN, aspectos que fazem parte do desenvolvimento normal durante a adolescência.

Durante o TF, todas as sessões familiares são conduzidas pelo mesmo terapeuta. Todas as sessões devem incluir a participação do paciente com AN e de todos os membros da família que moram na mesma casa. Caso o paciente fique parte do tempo sob os cuidados de avós, tios ou outros familiares, eles também devem participar das sessões. Nas ocasiões em que houve impossibilidade de comparecimento de todos que moram na casa, as sessões foram conduzidas com os familiares que estavam presentes, sendo obrigatória a presença do paciente e de pelo menos um dos pais ou responsáveis.

O primeiro contato do terapeuta com a família é feito por telefone. Neste contato é agendada a primeira sessão e enfatizada a importância da participação de toda a família no tratamento. Nos casos em que houve necessidade, foi fornecida declaração de comparecimento pelo setor de registros do IPQ-HCFMUSP, para justificativas de faltas dos pais ao trabalho e dos filhos a escola. Após o contato telefônico, o terapeuta envia uma carta para a família, confirmando data e horário da primeira sessão. Esta carta tem conteúdo padronizado dando explicações a respeito da AN e de sua gravidade, além de mais uma vez enfatizar a importância da participação da família no tratamento (Figura 1).

Prezados pais;

Foi um prazer falar com vocês por telefone para agendar a primeira consulta da família e iniciar o tratamento familiar. Vamos ajudá-los a cuidar de sua filha, que está sofrendo pela anorexia nervosa. É muito importante dizer o quanto eu e nossa equipe estamos preocupados com a saúde dela. Toda a família é muito importante para ajudá-la a se recuperar.

Como vocês sabem, a anorexia nervosa é uma doença grave e com grande risco de morte. Quanto mais cedo iniciarmos o tratamento, maior a chance dela recuperar a saúde.

É muito importante que todos da família compareçam ao tratamento familiar. Consideramos que todos vocês foram atingidos pela anorexia nervosa. Também acreditamos que cada membro da família tem algo a contribuir na luta contra esta doença.

Por estas razões, conforme combinamos, solicito que todos os membros da família estejam presentes, ainda que tenham que perder outras atividades importantes. Sua filha está extremamente frágil e precisa que todos os familiares que moram na casa participem do tratamento para que ela se recupere.

A CONSULTA ESTÁ AGENDADA PARA QUARTA-FEIRA DIA 26 DE SETEMBRO ÀS 16 HORAS NO AMBULATÓRIO DE PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA, LOCALIZADO NO ANDAR TÉRREO DO INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS. Por favor, cheguem alguns minutos antes do horário para que eu possa pesá-la antes de começarmos a consulta.

Eu espero poder ajudá-los a cuidar de sua filha para que ela se recupere da anorexia nervosa.

Atenciosamente,

Figura 1 - Modelo de carta enviada às famílias antes do início do tratamento familiar.

Antes do início de cada sessão a paciente é pesada pelo terapeuta e o peso é registrado em um gráfico. Este gráfico demonstra a evolução de peso da paciente ao longo do tratamento e será mostrado para a família no início de todas as sessões (Figura 2). Durante a pesagem, ficam na sala apenas a paciente e o terapeuta.

Figura 2 - Modelo de gráfico de evolução de peso no tratamento familiar.

As 12 sessões do TF são divididas em três fases:

- Fase I: Realimentação.
- Fase II: Negociações para um novo padrão de relacionamentos.
- Fase III: Considerações sobre a adolescência normal e encerramento.

4.5.3.1 Fase I: realimentação

Esta fase ocorre em sete sessões, com intervalos semanais. No entanto, caso os objetivos desta fase não sejam alcançados até a sétima sessão, não ocorre mudança de fase e esta se estende até que eles sejam alcançados. Caso os objetivos sejam atingidos antes da sétima sessão, a mudança de fase também pode ocorrer antecipadamente.

Os objetivos da fase I são:

- Obter o histórico da AN e de como ela está afetando a família.
- Obter informações sobre o funcionamento familiar.

- Engajar a família no tratamento: pais devem assumir controle da alimentação e irmãos devem dar apoio ao paciente.
- Manter a família focada nos sintomas da AN, o que deve resultar em: recuperação de peso e reconhecimento dos sintomas (através da externalização).

Durante a primeira sessão desta fase, o terapeuta obtém o histórico da AN com a participação de todos os membros da família, através do questionamento circular. Com base nestas informações, é feita a externalização, ou seja, o terapeuta demonstra para a família quais são as características do paciente e quais são os sintomas da AN, separando paciente e doença. Esta técnica poderá se repetir ao longo de todas as fases do TF. Além disso, a família é orientada sobre os sintomas da AN, sobre suas complicações clínicas e sobre sua gravidade, enfatizando o risco de morte, o que tem como objetivo mobilizar os pais e a família para o tratamento. A seguir, os pais são encarregados do controle da alimentação do paciente e orientados a se prepararem para segunda sessão, que será uma refeição familiar.

Durante a segunda sessão, a refeição familiar, a família deve trazer um piquenique com tudo o que é necessário para uma refeição, todos devem comer e não apenas o paciente. O terapeuta fica como observador da refeição em família e do funcionamento familiar durante a refeição. Além disso, deve-se obter um histórico de como a família se organiza durante as refeições, investigando quem compra os alimentos, quem os prepara, quem serve, se todos comem juntos, se existem discussões familiares sobre a comida e sobre o paciente. Durante esta sessão, o terapeuta deve ajudar os pais a convencerem o filho a comer uma colherada a mais do que ele está preparado, proporcionando-lhes uma oportunidade de sucesso na realimentação.

Nas sessões seguintes, o foco deve ser mantido no manejo da alimentação e dos hábitos alimentares do paciente pelos pais. Os irmãos devem ser estimulados a apoiar o paciente durante as refeições e em outros momentos, mas não devem interferir na tarefa de realimentação. Muitas vezes a família tem conceitos sobre AN que culpam os pais ou o próprio paciente pelos sintomas, o que precisa ser modificado, mantendo a visão de que não existe culpado pela etiologia da AN.

A mudança para a fase II ocorre quando houver redução da tensão familiar, os pais estiverem seguros na tarefa de realimentação do paciente, o ganho de peso estiver estável e progressivo, com peso em torno de 87% do peso recomendado para idade e altura do paciente.

4.5.3.2 Fase II: Negociações para um novo padrão de relacionamentos

Nesta fase, que ocorre em três a quatro sessões, o intervalo entre as sessões é maior, podendo ser entre quinzenal e mensal.

Os objetivos da fase II são:

- Manter os pais no controle da alimentação até que o adolescente demonstre que é capaz de alimentar-se sozinho e continuar recuperando peso com independência.
- Retornar gradualmente o controle da alimentação para o adolescente.
- Ajudar o adolescente a comer sozinho.
- Explorar a relação entre adolescência e AN, e como o desenvolvimento do adolescente foi afetado pela AN.

Durante as sessões da fase II, o paciente é estimulado a reconhecer quais são os aspectos da AN e quais são suas características, através da externalização. Quando o adolescente pode reconhecer-se doente, ele é estimulado a cuidar da própria alimentação e da recuperação de peso, através de negociações familiares mediadas pelo terapeuta. A passagem do controle da alimentação para o adolescente deve ser feita de maneira gradual, de forma que permita que os pais e o paciente sintam-se seguros de que ele é capaz de cuidar da própria alimentação.

Quando o ganho de peso está estável, assuntos relacionados às questões da adolescência e como ela foi afetada pela AN podem ser explorados. Podem permanecer algumas preocupações com peso e comida, mas sem grande tensão familiar. A aliança entre os irmãos deve continuar sendo estimulada. Esta é a fase em que o paciente recupera sua autonomia e independência.

A mudança para a fase III ocorre quando o peso do paciente está estabelecido dentro de uma faixa considerada normal para idade e altura, o adolescente é capaz de comer sem supervisão e a família é capaz de discutir temas não relacionados a AN.

4.5.3.3 Fase III: considerações sobre a adolescência normal e encerramento

A fase III tem duração de uma ou duas sessões, agendadas em intervalos de um a dois meses.

Os objetivos da fase III são:

- Ajudar os pais a se comunicarem com os filhos.
- Estabelecer que pais e filhos não necessitem dos sintomas da AN para se comunicarem.
- Revisar as questões da adolescência normal com a família e estratégias de resolução de problemas entre eles.
- Encerrar o tratamento.

A estabilização do peso e de uma alimentação saudável permitem que o paciente recupere sua autonomia. Nesta fase, o terapeuta fala para a família sobre o processo do desenvolvimento normal na adolescência, e investiga como eles identificam e lidam com estas questões. O terapeuta deve engajar a família na discussão e na tomada de decisões sobre temas não relacionados a AN, estabelecendo que eles podem se comunicar também a respeito de outras questões.

Nesta fase são revisados os padrões de relações familiares com o objetivo de manutenção de vínculos adequados. O terapeuta deve investigar como os pais estão vivendo como casal, oferecendo a eles a possibilidade de considerarem questões do próprio relacionamento.

O encerramento é uma oportunidade de revisão do TF e de reconhecimento que a recuperação da AN é resultado da participação e do trabalho de toda a família.

São consideradas perdas ou desistências, aquelas pacientes que apresentarem três faltas consecutivas durante o período de tratamento, ou que não completarem o TF por decisão da família ou da pesquisadora responsável.

4.5.4 Avaliações finais

Após o término do TF, foram repetidas as seguintes avaliações: entrevistas psiquiátrica e nutricional, medidas de peso e estatura, aplicação dos instrumentos DAWBA, EDE-Q e CGAS.

4.5.5 Análise estatística

A análise estatística dos resultados foi realizada com o programa SPSS versão 14.0 para Windows [92]. Em todas as análises realizadas, foram considerados significativos os resultados que obtiveram P-valores inferiores a 5% ($p < 0,05$).

Para a análise descritiva das características clínicas e demográficas da amostra, foi determinada a distribuição de frequências das variáveis categoriais, e foram determinadas médias e intervalos de variação das variáveis contínuas.

Para avaliação dos resultados do TF, foram avaliadas as frequências de pacientes com diagnóstico de TA após o tratamento e de pacientes que atingiram a faixa de peso-alvo. Foram utilizados testes não-paramétricos para comparação das variáveis em amostras relacionadas no início e após o término do tratamento. Foi utilizado o teste de postos assinalados de Wilcoxon para avaliação da evolução das variáveis contínuas: peso, IMC, pontuações das escalas CGAS e EDE-Q. Para comparação da presença de amenorreia entre os diferentes tempos do tratamento, foi utilizado o teste de McNemar.

A definição das variáveis avaliadas neste estudo é apresentada na tabela 4.

Tabela 4 – Definição das variáveis avaliadas no estudo piloto.

Variáveis	Definição	Tipo de variável	Escala de avaliação/ Definição das categorias
Idade	Idade no início do estudo	Contínua	Anos ou meses
Peso	Peso da paciente no início e fim do TF	Contínua	Quilogramas (Kg)
Estatura	Estatura da paciente no início e fim do TF	Contínua	Centímetros (cm)
IMC	IMC da paciente no início e fim do TF	Contínua	Kg/m ²
Etnia	Em que categoria o paciente se define	Categorial	Branco Preto Mulato ou pardo Oriental (descendente)
Classe socioeconômica	Segundo CCEB (categorias agrupadas devido ao tamanho restrito da amostra)	Categorial	A e B C e D E
Tipo de família	Com quem a paciente mora	Categorial	Tradicional= mora com ambos os pais Não-tradicional= mora com um dos pais
Diagnóstico TA	Segundo DAWBA (início e fim do TF)	Categorial	AN típica AN atípica
Subtipo de sintomas de AN	Segundo DAWBA	Categorial	Restritivo Purgativo
Amenorreia	Ausência de 3 ciclos menstruais consecutivos (início e fim do TF)	Categorial	Sim/Não
EDE-Q	Pontuação na escala EDE-Q no início e fim do TF	Contínua	0-6 Pontuação média na avaliação global e na sub-escala de restrição
CGAS	Pontuação na escala CGAS no início e fim do TF	Contínua	0-100
Comorbidades psiquiátricas	Segundo DAWBA	Categorial	Sim/Não Depressão= Episódio depressivo Ansiedade= TAG, TOC

TF= Tratamento familiar, IMC= índice de massa corpórea, TA= Transtornos alimentares, AN= Anorexia nervosa, EDE-Q= Questionário de exame para transtornos alimentares, CGAS= Escala de funcionamento global para crianças DAWBA= Levantamento sobre o desenvolvimento e bem-estar de crianças e adolescentes, CCEB= Critério classificação econômica Brasil, TAG= Transtorno de ansiedade generalizada, TOC= Transtorno obsessivo-compulsivo

4.6 Resultados do estudo piloto

Onze pacientes foram avaliadas e consideradas elegíveis para participarem do estudo. Destas, uma família recusou-se a participar por impossibilidade de todos comparecerem às sessões, e uma paciente foi internada logo após a entrevista de triagem por instabilidade clínica secundária a AN.

Das onze pacientes selecionadas inicialmente, nove (81,81%) foram incluídas no estudo e iniciaram o TF. Destas nove, duas pacientes (22,2%) interromperam o tratamento após a primeira sessão: uma paciente foi internada por instabilidade clínica secundária a AN e a outra interrompeu o TF por decisão da família. Esta paciente não compareceu para as avaliações finais. Sendo assim, sete (77,8%) das nove pacientes que iniciaram o estudo, completaram o TF.

Figura 3 - Fluxograma de pacientes que participaram do estudo piloto.

4.6.1 Análise descritiva: características clínicas e sócio-demográficas da amostra

As pacientes que compuseram a amostra apresentaram idade média de 14,64 anos. Este grupo foi composto em sua maioria por pacientes brancas (77,8%), provenientes de classes socioeconômicas A e B (88,9%), com famílias tradicionais (77,8%), com pelo menos um irmão (88,9%). O diagnóstico predominante foi de AN típica (88,9%). Todos os casos tinham apenas sintomas restritivos de AN.

Quatro pacientes (44,4%) apresentaram diagnóstico concomitante de outros transtornos psiquiátricos. Todas apresentaram diagnóstico de um transtorno de ansiedade, sendo três casos (33,3%) de transtorno de ansiedade generalizada (TAG) e um caso de TOC

(11,1%). Uma paciente apresentou o diagnóstico de depressão associado ao TAG. Estas pacientes receberam tratamento concomitante com antidepressivos inibidores da recaptação de serotonina em doses padrão. Em todos os casos a medicação foi iniciada antes do TF.

As características clínicas e sócio-demográficas da amostra na avaliação inicial são apresentadas nas tabelas 5 e 6.

Tabela 5 - Características clínicas na avaliação inicial do estudo piloto (variáveis contínuas).

Variáveis	Média População Total (N=9)	Faixa de Variação (Valor Mínimo- Máximo)	Desvio Padrão
Idade em anos	14,64	12,33-17,00	1,63
Idade em meses	175,78	148-204	19,63
Peso inicial (Kg)	42,47	32,80-56,50	7,53
Estatura inicial (cm)	160,22	146-173	9,52
IMC inicial (Kg/m ²)	16,42	13,83-18,89	1,58
EDE-Q Global	2,81	0,27-4,78	1,45
EDE-Q Sub-escala restrição	2,38	0,00-4,60	1,86
CGAS	55,89	40-65	8,75

IMC= índice de massa corpórea, EDE-Q= Questionário de exame para transtornos alimentares
CGAS= Escala de funcionamento global para crianças

Tabela 6 - Características clínicas e sócio-demográficas na avaliação inicial do estudo piloto (variáveis categoriais).

Variáveis	População Total (N=9) N (%)
Etnia	
Branco	7 (77,8%)
Mulato/Pardo	1 (11,1%)
Descendente de oriental	1 (11,1%)
Classe socioeconômica*	
A/B	8 (88,9%)
C/D	1 (11,1%)
Tipo de família	
Tradicional (mora com ambos os pais)	7 (77,8%)
Não-tradicional (mora com um dos pais)	2 (22,2%)
Diagnóstico (TA)	
AN típica	8 (88,9%)
AN atípica	1 (11,1%)
Comorbidades psiquiátricas (total)**	4 (44,4%)
Ansiedade	4 (44,4%)
Depressão***	1 (11,1%)
Amenorreia	8 (88,9%)

TA= Transtorno alimentar, AN= Anorexia nervosa

*Segundo Critério de classificação econômica Brasil (CCEB)

**Total de pacientes que apresentaram um ou mais diagnósticos de comorbidades psiquiátricas.

*** A paciente que apresentou diagnóstico de depressão recebeu também o diagnóstico de ansiedade.

4.6.2 Avaliação de resultados do tratamento familiar

Sete pacientes completaram o TF com um número médio de 10,71 sessões (DP= 1,11, variação= 9-12 sessões) distribuídas em um tempo médio de 5,72 meses (DP= 1,38, variação= 4,00-7,47 meses). Destas, seis pacientes (85,7%) atingiram o objetivo de ganho de peso, retornando a faixa de peso-alvo de acordo com os gráficos de crescimento do CDC-NCHS [25]. Uma paciente concluiu o TF, mas não apresentou recuperação de peso nem melhora dos sintomas alimentares e foi internada após o término do estudo devido a falha do TF. Esta foi a única paciente desta amostra que preenchia critérios diagnósticos para AN na avaliação final.

Os testes não-paramétricos realizados para avaliar a evolução das variáveis: peso, IMC, EDE-Q, CGAS e amenorreia, consideraram as avaliações iniciais e finais de oito pacientes, incluindo uma paciente que iniciou o TF mas foi internada após a primeira sessão. Neste caso, a paciente foi reavaliada uma semana após a primeira sessão e optou-se por internação devido a piora de seu estado físico por complicações clínicas da AN. Os dados desta avaliação foram considerados para a avaliação final do TF.

Na avaliação inicial, as pacientes apresentaram um peso médio de 43,31 Kg (DP=7,57, variação=32,8-49,3Kg) e IMC médio de 16,39Kg/m² (DP=1,69, variação=13,83-18,89Kg/m²). Ao final do TF, o ganho de peso médio foi de 7,17Kg, resultando em um peso médio final de 50,48Kg (DP=11,22, variação=34,3-68,5Kg) e IMC médio de 19,04Kg/m² (DP=3,34, variação=14,4-22,9Kg/m²). As diferenças de peso e IMC entre início e fim do tratamento foram igualmente significativas pelo teste de postos assinalados de Wilcoxon (p=0,036).

Considerando-se o gráfico de crescimento de IMC versus idade do CDC-NCHS [93], todas as pacientes estavam com IMC abaixo do 25º percentil antes do início do TF, com IMC

médio abaixo do 10º percentil. Ao final do tratamento, o IMC médio é registrado na faixa entre o 25º e o 50º percentis, conforme mostra a figura 4.

Fonte: National Center for health statistics (2000). [HTTP://www.cdc.gov/growthcharts](http://www.cdc.gov/growthcharts)

Figura 4 - Evolução média de IMC no estudo piloto de acordo com gráfico de crescimento CDC-NCHS.

Houve redução na pontuação do EDE-Q comparando-se a avaliação final (pontuação média=1,69, DP=2,01) com a avaliação inicial (pontuação média=2,81, DP=1,44), no entanto esta diferença não foi estatisticamente significativa pelo teste de Wilcoxon ($p=0,176$). Quando a sub-escala de restrição do EDE-Q foi avaliada separadamente, também não houve diferença estatisticamente significativa entre a pontuação nos dois tempos do tratamento ($p=0,249$).

A avaliação do funcionamento global das adolescentes, antes e após o tratamento, pela pontuação da escala CGAS evidenciou um aumento da pontuação após o TF, no entanto esta diferença não foi estatisticamente significativa ($p=0,207$).

A tabela 7 sumariza os resultados da evolução das variáveis avaliadas pelo teste dos postos assinalados de Wilcoxon.

Tabela 7 – Resultados do tratamento familiar no estudo piloto.

População N=8	Início do TF	Fim do TF	Teste de Wilcoxon
Variáveis	(média± DP)	(média ±DP)	p-valor*
Peso (Kg)	43,31±7,57	50,48±11,22	0,036
IMC (Kg/m²)	16,39±1,69	19,04±3,34	0,036
EDE-Q global	2,81±1,44	1,69±2,01	0,176
EDE-Q sub-escala restrição	2,18±1,88	1,23±1,95	0,249
CGAS	54,8±8,61	69,13±21,5	0,207

IMC= índice de massa corpórea, EDE-Q= Questionário de exame para transtornos alimentares

CGAS= Escala de funcionamento global para crianças

*Estatisticamente significativo $p < 0,05$

Das oito pacientes que realizaram a avaliação final, sete (87,5%) apresentavam amenorreia no início do TF. Ao término do tratamento, quatro (50,0%) haviam recuperado as menstruações. A evolução desta variável ao longo do tempo foi avaliada pelo teste de McNemar, cujo resultado não foi estatisticamente significativo ($p=0,250$).

A discussão dos resultados apresentados nesta sessão será apresentada no capítulo 6.

5 Estudo comparativo: metodologia e resultados

Na segunda fase do estudo, foi realizada a comparação de efetividade entre TF e TM, duas modalidades de tratamento ambulatorial para AN em adolescentes.

Foi realizado novo treinamento de profissionais em TF, e a amostra de pacientes tratadas pelo método TF foi expandida. O grupo controle foi selecionado a partir de pacientes tratados com TM no ambulatório do PROTAD no período de 2002 a 2010. Nesta fase, foram estimados os custos das duas modalidades.

5.1 Aprovação do estudo pelo comitê de ética

O estudo apresentado nesta dissertação foi aprovado pela Comissão de ética para análise de projetos de pesquisa (CAPPesq) da diretoria clínica do HCFMUSP, com o número de protocolo de pesquisa 0801/08.

O termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo A), também aprovado pela CAPPesq, foi assinado por todos os pais ou responsáveis dos participantes da pesquisa antes do início dos procedimentos do estudo.

5.2 Casuística

O TF foi aplicado em 20 adolescentes do sexo feminino, com idades entre 11 e 17 anos, e diagnóstico de AN ou TANE segundo critérios do DSM-IV-TR [2]. As pacientes foram recrutadas a partir da procura direta pelo ambulatório do PROTAD, no SEPIA do IPQ-HCFMUSP, e também por encaminhamentos realizados por profissionais e unidades de saúde a este ambulatório.

Foram admitidas no estudo as pacientes que preencheram os critérios de inclusão e estavam acompanhadas por seus pais ou responsáveis legais, que deram seu consentimento para a participação no estudo.

A triagem de pacientes foi realizada em dois momentos distintos. Inicialmente foi realizado um estudo piloto em que foram admitidas nove pacientes num intervalo de três meses. Após a conclusão da análise de resultados das primeiras pacientes, foram recrutadas 14 pacientes elegíveis para participarem do estudo, em um período de quatro meses. Destas, onze pacientes iniciaram o TF e três pacientes desistiram de participar antes do início do TF: duas por impossibilidade da família toda comparecer e uma por ter buscado outra forma de tratamento.

O grupo controle foi selecionado retrospectivamente a partir de pacientes tratados pelo PROTAD no período de 2002 a 2010. Foram selecionadas 24 pacientes para o grupo controle.

5.3 Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão e exclusão utilizados para o grupo que recebeu o TF foram os mesmos da primeira fase deste estudo, descritos no capítulo 4 desta dissertação, seção 4.3.

5.4 Critérios de seleção do grupo controle

Para pareamento das amostras, os mesmos critérios de inclusão e exclusão utilizados para o grupo que recebeu a intervenção (TF), foram utilizados para seleção dos controles.

No período de 2002 a 2010, cento e três crianças e adolescentes com diagnósticos de TA foram atendidos pelo PROTAD. Destes, três pacientes foram excluídos por não apresentarem todos os dados de avaliação disponíveis. Entre os demais pacientes, foram aplicados os seguintes critérios de inclusão:

1. Sexo feminino.
2. Idades entre 11 anos e 17 anos e 6 meses, no início do tratamento.
3. Diagnósticos de AN ou TANE (AN atípica).
4. Presença de perda de peso significativa, definida por queda do IMC em pelo menos um percentil abaixo do esperado para idade, com base na evolução de IMC do próprio paciente em seu gráfico de crescimento, antes do início dos sintomas de TA.

5. Pacientes que iniciaram o tratamento em regime ambulatorial, ou seja, sem critérios de internação na primeira avaliação.

Após a aplicação destes critérios, permaneceram 24 pacientes que compuseram o grupo controle.

5.5 Instrumentos de avaliação

Os instrumentos de avaliação utilizados nos pacientes que receberam o TF foram os mesmos utilizados no estudo piloto e estão descritos no capítulo 4, seção 4.4.

Segue a relação dos instrumentos:

1. DAWBA (*Development and well-being assessment* - Levantamento sobre o desenvolvimento e bem-estar de crianças e adolescentes – versão brasileira)[86]. (Anexo B)
2. EDE-Q (*Eating disorders examination questionnaire* - Questionário de exame para transtornos alimentares) [87]. (Anexo C)
3. CGAS (*Children global assessment of functioning scale* - Escala de funcionamento global para crianças)[88]. (Anexo D)
4. CCEB (Critério de classificação econômica Brasil) [89]. (Anexo E)

O grupo controle, que recebeu o TM, foi avaliado com os mesmos instrumentos, exceto o EDE-Q. Esta medida não estava disponível para aplicação nos pacientes do grupo controle no momento de seu tratamento, passando a ser aplicado nos pacientes atendidos pelo PROTAD a partir do ano de 2008. Os parâmetros utilizados para a comparação entre os grupos foram obtidos pelas demais avaliações.

5.6 Procedimentos

5.6.1 Treinamento de profissionais

Para a segunda fase do estudo, foi feito novo treinamento de terapeutas no método TF. A equipe de terapeutas responsável pelos atendimentos nesta fase do estudo foi constituída por psiquiatra, psicólogos, nutricionista e assistente social, membros do PROTAD, todos com experiência no atendimento de adolescentes com AN.

O treinamento foi conduzido pela pesquisadora responsável por este estudo. Inicialmente os profissionais interessados em participar do estudo realizaram a leitura do manual de TF, para isto foi necessário que os terapeutas envolvidos tivessem nível de inglês avançado ou fluente, pois até o presente momento o manual encontra-se disponível apenas na língua inglesa [60]. A seguir, foi realizado um *workshop* conduzido pela pesquisadora responsável. Durante o *workshop* foram apresentados os fundamentos teóricos, orientações práticas sobre o TF, e material prático de sessões realizadas na primeira fase do estudo. Antes do início dos atendimentos, cada um dos terapeutas em treinamento acompanhou como observador um terapeuta experiente durante o tratamento de pelo menos uma família.

Os observadores eram responsáveis por anotarem as falas e atitudes da família e do terapeuta durante as sessões. Estas sessões eram lidas e discutidas nas supervisões realizadas em grupo. Durante toda a fase de tratamento, os terapeutas receberam supervisão da pesquisadora responsável em frequência semanal.

5.6.2 Procedimentos iniciais

Antes do início do TF e do TM, todas as pacientes incluídas no estudo realizaram as seguintes avaliações:

1. Entrevista psiquiátrica: realizada com a adolescente e seus pais ou responsáveis por psiquiatra especialista na área da infância e adolescência, membro da equipe do PROTAD. Esta entrevista teve como objetivos: avaliar a história do TA, avaliar a presença de comorbidades psiquiátricas, confirmar o diagnóstico das pacientes de acordo com critérios do DSM-IV-TR, confirmar a presença de critérios de inclusão e exclusão.

As pacientes que necessitaram de tratamento medicamentoso devido ao diagnóstico de comorbidades psiquiátricas, tiveram acompanhamento médico mensal, sendo permitidos ajustes de doses durante o tratamento.

2. Avaliação clínica: medidas de peso e estatura, exames físicos e laboratoriais (quando necessário), realizados por endócrino-pediatra.
3. Avaliação nutricional: entrevista padronizada, avaliação de peso, estatura e IMC, de acordo com gráficos de crescimento do CDC-NCHS e determinação da faixa de peso-alvo para cada paciente.

A faixa de peso-alvo foi definida como retorno ao percentil de crescimento prévio de cada paciente, de acordo com os gráficos do CDC-NCHS. Para pacientes que apresentavam sobrepeso ou obesidade anteriores ao início dos sintomas alimentares, foi definida a faixa entre o 25º e o 50º percentis como faixa de peso-alvo [25, 91].

4. Aplicação dos instrumentos: DAWBA, CGAS, CCEB.
5. Aplicação do instrumento EDE-Q: realizada apenas no grupo que recebeu a intervenção TF.

5.6.3 Tratamento familiar e tratamento multidisciplinar

5.6.3.1 Tratamento familiar

As pacientes tratadas com o TF na segunda fase do estudo foram tratadas conforme descrito no manual “*Treatment manual for anorexia nervosa – a family-based approach*”[60]. Assim como no estudo piloto, optou-se pelo modelo de TF de curta duração, com 10 a 12 sessões familiares distribuídas num período de seis meses. A metodologia do TF é descrita detalhadamente no capítulo 4 desta dissertação, seção 4.5.3.

5.6.3.2 Tratamento multidisciplinar

O modelo de TM aqui apresentado foi desenvolvido pela equipe do PROTAD, com base nas recomendações das diretrizes práticas de tratamento de TA [33, 38, 43]. Este método é utilizado no tratamento ambulatorial de crianças e adolescentes com TA neste centro desde

2001. O TM é descrito detalhadamente no livro *“Transtornos alimentares na infância e adolescência: uma visão multidisciplinar”*, editado pela equipe do PROTAD [77].

O TM ocorre em frequência semanal, com duração de quatro horas, incluindo todas as modalidades de tratamento apresentas a seguir. O período de duração desta modalidade de tratamento não é pré-estabelecido, os pacientes permanecem em tratamento de acordo com sua indicação clínica.

O TM inclui as seguintes intervenções:

1. Consultas psiquiátricas: o paciente e a família são atendidos semanalmente. Têm como objetivo a avaliação contínua dos sintomas alimentares e de comorbidades psiquiátricas. São utilizadas técnicas cognitivo-comportamentais para abordagem dos sintomas da AN, e realizada orientação aos pais em relação aos cuidados necessários com o paciente. Pacientes que apresentam comorbidades psiquiátricas recebem tratamento medicamentoso [23].
2. Consultas nutricionais: o paciente e a família são atendidos semanalmente. Os objetivos são: o restabelecimento de um padrão alimentar adequado, a cessação de práticas compensatórias, a restituição ponderal, e a orientação aos pais em relação à alimentação do paciente [94].
3. Consultas pediátricas: ocorrem na avaliação inicial e sua frequência é determinada conforme a necessidade de cada paciente, com o objetivo de acompanhamento laboratorial e clínico de possíveis complicações da AN [95].
4. Grupo de TCC: grupo de pacientes fechado com 14 sessões semanais com duração de uma hora. O objetivo é aumentar a autoconsciência, facilitar o auto-entendimento e melhorar o autocontrole do paciente em relação aos sintomas da AN, empregando técnicas adaptadas a faixa etária [96].
5. Grupo de terapia de orientação psicodinâmica: grupo de pacientes, aberto, em frequência semanal, com duração de uma hora. Ocorre durante todo o acompanhamento no PROTAD. O grupo é focado nos sintomas dos TA, e inclui pacientes com AN, BN ou TANE. Antes da entrada dos pacientes do grupo é realizada uma avaliação através de entrevista psicológica individual e aplicação de testes projetivos [97].
6. Grupo psicodinâmico de mães: realizado semanalmente com a participação das mães dos pacientes. Tem como foco de trabalho psicodinâmico a relação mãe-filho [98].

7. Grupo psicoeducativo multifamiliar: com a participação de toda a família do paciente, são cinco encontros em frequência mensal, com temas pré-estabelecidos. Os encontros são coordenado pelos profissionais da equipe multidisciplinar e têm o objetivo de oferecer informações sobre os TA, o tratamento e a adolescência [99].

5.6.4 Avaliações finais

Após o término do TF e do TM, foram repetidas as avaliações: entrevista psiquiátrica e nutricional, medidas de peso e estatura, aplicação dos instrumentos DAWBA, EDE-Q e CGAS. O grupo que recebeu o TM não foi avaliado com EDE-Q.

5.6.5 Avaliação de custos de tratamento

Para avaliação de custos de tratamento, foi calculado o valor médio de tratamento por paciente no TF e no TM. Os cálculos dos custos diretos do TF e do TM foram realizados com base nos honorários dos profissionais envolvidos em cada um dos métodos. Foram utilizados como referência os valores de salários mensais de cada categoria profissional no primeiro semestre do ano de 2011, de acordo com dados fornecidos pelo setor de recursos humanos do HCFMUSP.

Para obter-se o valor de cada hora trabalhada por categoria profissional, foi dividido o valor total do salário pela carga horária mensal. A seguir, foi calculado o tempo em que cada profissional esteve envolvido nos procedimentos do TF e do TM. O cálculo de custos foi feito com base nos valores que os profissionais recebem por hora, multiplicados pelo número e frequência dos atendimentos em cada uma das modalidades.

No TF, os procedimentos considerados para o cálculo foram: as avaliações iniciais e finais, o período de tratamento e as supervisões em equipe. Estes procedimentos estão descritos nas seções 4.5.2, 4.5.3 e 4.5.4 desta dissertação. Foram realizados dois diferentes cálculos, considerando que o terapeuta responsável pelo atendimento das famílias possa ser médico ou outro profissional da área da saúde (psicólogo, nutricionista, assistente social).

Como o TF tem um tempo de duração previsto, o tempo total de tratamento foi estabelecido em 6 meses para todos os cálculos.

No TM, os procedimentos considerados para o cálculo foram: as avaliações iniciais e finais, o período de tratamento (considerando os atendimentos individuais e em grupo), e as supervisões em equipe. Para os atendimentos que ocorrem em grupo, foi estabelecido o número médio padrão de 10 participantes em cada grupo. Os procedimentos do TM estão descritos nas seções 5.6.2, 5.6.3.2 e 5.6.4 desta dissertação. Como o TM não tem período de duração pré-estabelecido, foram realizados cálculos considerando-se duas possibilidades de tempo de tratamento: 6 meses (período de duração do TF) e 12 meses, resultado do tempo médio de tratamento das pacientes que receberam TM avaliadas neste estudo. Todos os atendimentos do TM ocorrem em frequência semanal, exceto o grupo psicoeducativo, e são descontados períodos de férias escolares em que não há atendimento ambulatorial.

Para ambos os grupos, os períodos de supervisão foram considerados nos cálculos de custos. Como as supervisões ocorrem em grupo, o cálculo do custo médio da supervisão por paciente foi realizado considerando-se: a função dos supervisores do TF e do TM, o número de profissionais envolvidos nestas reuniões, o tempo de supervisão e o tempo de tratamento. O valor total calculado da supervisão foi dividido pelo número de pacientes incluídos em cada período de tratamento.

O número de pacientes tratadas em cada período foi estabelecido em dez. No grupo que recebeu o TF, este foi o número médio de pacientes atendidas em cada fase do estudo (estudo piloto e estudo comparativo). No grupo que recebeu o TM, os procedimentos realizados em grupo têm um número médio de dez pacientes atendidos.

O número de profissionais que participaram das supervisões no TF foi calculado de acordo com o número de terapeutas que estiveram diretamente envolvidos no atendimento das famílias. No TM, as supervisões ocorrem em reuniões da equipe multidisciplinar e o número de participantes foi estimado de acordo com a composição mínima da equipe multidisciplinar necessária para ao atendimento semanal de 10 pacientes.

5.6.6 Análise estatística

A análise estatística dos resultados foi realizada com os programas SPSS versão 14.0 para Windows [92] e R *Statistical Software* versão 2.13.1 para Windows [100]. Em todas as análises realizadas, foram considerados significativos os resultados que obtiveram P-valores inferiores a 5% ($p < 0,05$).

As variáveis clínicas e sócio-demográficas avaliadas no estudo comparativo foram as mesmas do estudo piloto e são apresentadas na tabela 4, capítulo 4. Além destas, foram incluídas as variáveis: uso de medicação para o tratamento das comorbidades psiquiátricas durante o estudo e tratamento prévio para AN (nenhum, psicológico, nutricional, acompanhamento médico psiquiátrico ambulatorial ou internação).

Inicialmente foi feita análise descritiva das características clínicas e sócio-demográficas em ambos os grupos, e realizada a comparação da distribuição destas variáveis entre os grupos. Para as variáveis que apresentaram distribuição normal, foi utilizado o teste T de Student para amostras independentes. Para as demais variáveis contínuas, foi realizado o teste não-paramétrico de Mann-Whitney. Para comparação da distribuição de frequências das variáveis categóricas entre os grupos, foi utilizado o teste do qui-quadrado.

As variáveis peso, estatura, IMC, CGAS, EDE-Q, presença de amenorreia, presença de diagnóstico de AN e de comorbidades psiquiátricas foram avaliadas antes e após o tratamento. Foram utilizados os seguintes parâmetros para comparação dos resultados entre o TF e o TM:

1. Recuperação de peso e IMC: avaliada pelo ganho de peso em quilogramas entre início e fim do tratamento, e pela proporção de pacientes que atingiram o peso-alvo de acordo com o gráfico de crescimento IMC versus idade do CDC-NCHS.
2. Presença de critérios diagnósticos para TA após o tratamento: avaliada pelo DAWBA.
3. Recuperação das menstruações após o tratamento: avaliada pela comparação da proporção de pacientes que apresentaram amenorreia no início e no fim do tratamento.
4. Funcionamento global das pacientes: avaliado pela comparação da pontuação CGAS entre os grupos no início e no fim do tratamento.
5. Evolução das pacientes após o tratamento, sendo considerados como possíveis desfechos:
 - Recuperação completa, definida por: recuperação de peso, ausência de critérios diagnósticos para TA (avaliada pelo DAWBA) e alta clínica após o término do tratamento.

- Recuperação parcial, definida por: recuperação parcial de peso, ausência de critérios diagnósticos para TA (avaliada pelo DAWBA), podendo apresentar alguns sintomas alimentares e necessitando de mais sessões ou outros tratamentos ambulatoriais após o fim do tratamento.
- Desistência, definida por: interrupção do tratamento antes do término por decisão da paciente ou da família.
- Falha terapêutica, definida por: piora clínica ou ausência de recuperação de peso e dos sintomas alimentares, com necessidade de internação durante ou o tratamento ou após seu término.

Para avaliação de resposta a tratamento, estas categorias foram reagrupadas em: recuperação (incluindo recuperações completas e parciais) ou falha terapêutica (incluindo desistências e falhas terapêuticas). Modelos de regressão logística foram utilizados para determinar se há diferença na resposta ao tratamento entre os grupos que receberam o TF ou o TM.

Para comparação entre os grupos da evolução das medidas de peso, estatura, IMC e CGAS foi utilizado o teste de análise de variância (ANOVA). O mesmo teste foi utilizado para avaliação da evolução na pontuação do EDE-Q, no entanto esta medida foi realizada apenas no grupo que recebeu o TF.

Para a comparação entre os grupos da evolução do estado menstrual entre início e fim do tratamento, foi utilizado método de equações de estimação generalizadas (GEE), método de regressão logística ao longo do tempo.

Para determinar a presença de possíveis fatores preditivos de resposta ao tratamento, foi utilizado modelo de regressão logística pelo método de Wald (*backward stepwise*). Neste modelo, foi considerada variável dependente a presença de resposta ao tratamento. As variáveis independentes inseridas foram: faixa etária (até 15 anos e acima de 15 anos), classe socioeconômica, tipo de família, subtipo de sintomas de AN (restritivo ou purgativo), tempo de duração de sintomas do TA (em meses), perda de peso (em quilogramas), presença de comorbidades psiquiátricas.

Todas as análises realizadas foram análises por intenção de tratar, incluindo em ambos os grupos todos os pacientes que iniciaram o tratamento, independentemente de o terem

concluído. Nos casos de desistências, foram considerados para a avaliação final os dados referentes ao momento em que o tratamento foi interrompido.

5.7 Resultados do estudo comparativo

Durante este estudo, vinte adolescentes (N=20) do sexo feminino, com idades entre 11 e 17 anos receberam o TF. Destas, nove pacientes (45%) foram incluídas durante o estudo piloto. Na segunda fase do estudo, durante um período de quatro meses de triagens, catorze pacientes foram consideradas elegíveis para participarem do estudo. Destas, três famílias (21,4%) desistiram de participar do estudo entre a fase de avaliações e o início do tratamento, uma família optou por tratamento individual em outra instituição, e duas famílias desistiram por impossibilidade de todos comparecerem ao tratamento.

Das onze pacientes que iniciaram o TF na segunda fase, uma família (9%) desistiu do tratamento após a primeira sessão, pois a paciente recusava-se a comparecer e a família considerou que não a trataria contra sua vontade. As demais pacientes (91%) concluíram o TF. Os dados apresentados a seguir se referem ao total de 20 pacientes que foram tratadas com o TF nas duas fases do estudo, inclusive as pacientes que iniciaram, mas não concluíram o tratamento.

O grupo controle foi constituído de 24 pacientes selecionadas a partir de um grupo de 103 pacientes tratados pelo PROTAD no período de 2002 a 2010. Para pareamento das amostras, foram definidos critérios de seleção para o grupo controle conforme descrito na seção 5.4.

Destes 103 pacientes, três (2,9%) foram excluídos por não apresentarem todos os dados de avaliação disponíveis, dez (9,7%) por serem do sexo masculino, dez (9,7%) por apresentarem idades abaixo de 11 anos ou acima de 17,5 anos, vinte e duas (21,4%) por apresentarem diagnóstico de BN típica ou atípica, dezesseis (15,5%) por não apresentarem perda significativa de peso e dezoito (17,5%) pacientes foram excluídas por terem critérios de internação no início do tratamento. Desta forma, o grupo controle foi constituído por 24 pacientes (23,3%) tratadas ambulatorialmente, por períodos de tempo variáveis, com o método TM descrito na seção 5.6.3.2 desta dissertação. A figura 5 apresenta a composição das amostras e a evolução das pacientes incluídas em cada um dos grupos de tratamento (TF e TM) avaliados neste estudo.

Figura 5 - Fluxograma de pacientes que participaram do estudo comparativo entre tratamento familiar e tratamento multidisciplinar

5.7.1 Características sócio-demográficas e clínicas da amostra

A comparação das variáveis sócio-demográficas e clínicas entre os grupos TF e TM evidenciou que os dois grupos apresentam características semelhantes, não apresentando diferença estatisticamente significativa nos parâmetros avaliados, exceto no subtipo de sintomas de AN.

As tabelas 8 e 9 apresentam a comparação das características clínicas e sócio-demográficas entre os dois grupos na avaliação inicial.

Tabela 8 - Características clínicas na avaliação inicial de pacientes que participaram do estudo comparativo entre tratamento familiar e tratamento multidisciplinar (variáveis contínuas)

Variáveis	População Total (N=44)		TF (N=20)		TM (N=24)		Teste T (idade)/ Teste Mann- Whitney P-valor*
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	
Idade							
Em anos	14,93	1,36	14,49	1,42	15,30	1,23	0,049
Em meses	180,43	16,10	176,27	17,20	183,90	14,58	0,119
Duração dos sintomas (meses)	12,27	10,52	8,40	3,55	15,50	13,14	0,081
Peso inicial (Kg)	42,60	5,52	41,29	6,20	43,70	4,74	0,090
Estatura inicial (cm)	159,21	6,29	158,50	7,73	159,79	4,89	0,547
IMC inicial (Kg/m²)	16,79	1,86	16,40	1,89	17,12	1,82	0,131
Perda de peso (Kg)	13,70	7,63	11,85	6,32	15,26	8,39	0,219
Número de irmãos	1,14	0,80	1,20	0,77	1,08	0,83	0,441
Número de membros da família	3,84	1,01	4,00	0,86	3,71	1,12	0,341
EDE-Q global	-	-	2,71	1,33	-	-	-
EDE-Q sub-escala restrição			2,46	1,80			
CGAS	53,86	11,55	56,70	9,07	51,50	12,99	0,176

TF= Tratamento familiar, TM= Tratamento multidisciplinar, IMC= índice de massa corpórea, DP= desvio-padrão
EDE-Q= Questionário de exame para transtornos alimentares, CGAS= Escala de funcionamento global para crianças
* P-valor considerado estatisticamente significativo quando <0,05

Tabela 9 - Características clínicas e sócio-demográficas na avaliação inicial de pacientes que participaram do estudo comparativo entre tratamento familiar e tratamento multidisciplinar (variáveis categoriais).

Variáveis	População Total (N=44) N (%)	TF (N=20) N (%)	TM (N=24) N (%)	Teste qui- quadrado p-valor***
Etnia				0,267
Branco	38 (86,4%)	16 (80,0%)	22 (91,7%)	
Negro/ Mulato/ Pardo	4 (9,1%)	2 (10,0%)	2 (8,3%)	
Oriental	2 (4,5%)	2 (10,0%)	-	
Classe socioeconômica*				0,743
A/B	34 (77,3%)	15 (75,0%)	19 (79,2%)	
C/D	10 (22,7%)	5 (25,0%)	5 (20,8%)	
Tipo de escola				0,813
Pública	14 (31,8%)	6 (30,0%)	8 (33,3%)	
Privada	30 (68,2%)	14 (70,0%)	16 (66,7%)	
Tipo de família				0,401
Tradicional	30 (68,2%)	15 (75,0%)	15 (62,5%)	
Não-tradicional	14 (31,8%)	5 (25,0%)	9 (37,5%)	
Diagnóstico (TA)				0,323
AN típica	12 (27,2%)	4 (20,0%)	8 (33,3%)	
AN atípica				
Subtipo de AN				0,010
Restritiva	10 (22,7%)	1 (5,0%)	9 (37,5%)	
Purgativa				
Comorbidades**				0,056
Um diagnóstico	17 (38,6%)	4 (20,0%)	13 (54,2%)	
Dois diagnósticos	8 (18,2%)	4 (20,0%)	4 (16,7%)	
Diagnóstico comórbido				
Depressão	19 (43,2%)	7 (35,0%)	12 (50,0%)	0,317
Ansiedade	10 (22,7%)	4 (20,0%)	6 (25,0%)	0,694
TOC	3 (6,8%)	1 (5,0%)	2 (8,3%)	0,662
Outros	1 (2,3%)	-	1 (4,2%)	0,356
Uso de medicação				0,199
Nenhuma	21 (47,7%)	12 (60,0%)	9 (37,5%)	
Antidepressivo	18 (40,9%)	5 (25,0%)	13 (54,2%)	
Neuroléptico	1 (2,3%)	1 (5,0%)	-	
Ambos	4 (9,1%)	2 (10,0%)	2 (8,3%)	
Tratamento prévio				0,120
Nenhum	14 (31,8%)	10 (50,0%)	4 (16,7%)	
Psicólogo/ Nutricionista	5 (11,4%)	2 (10,0%)	3 (12,5%)	
Médico ambulatorial	17 (38,6%)	5 (25,0%)	12 (50,0%)	
Internação	8 (18,2%)	3 (15,0%)	5 (20,8%)	
Amenorreia	38 (81,8%)	17 (85,0%)	19 (79,2%)	0,617

TA= Transtorno Alimentar, AN= Anorexia Nervosa

*Segundo Critério de classificação econômica Brasil (CCEB)

**Total de pacientes que apresentaram um ou mais diagnósticos de comorbidades psiquiátricas

***P-valor considerado estatisticamente significativo quando <0,05

A faixa de variação de idade no grupo que recebeu TF foi de 11,83 a 17,00 anos (média=14,49, DP= 1,42), e de 12,89 a 17,48 anos (média=15,30, DP= 1,23) no grupo que recebeu TM. A comparação de médias de idades entre os grupos, pelo teste T, demonstrou que esta diferença foi significativa ($p=0,049$). No entanto, quando as idades foram consideradas em meses, não houve diferença significativa entre as médias dos grupos ($p=0,119$).

Em relação às características clínicas da amostra na avaliação inicial, não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos nos seguintes parâmetros: tempo de duração de sintomas de TA ($p=0,081$), peso ($p=0,090$), estatura ($p=0,547$), IMC ($p=0,131$), perda de peso média em quilogramas ($p=0,219$) e CGAS ($p=0,176$). A comparação destas variáveis entre os grupos foi realizada pelo teste não-paramétrico de Mann-Whitney.

A composição familiar dos dois grupos foi semelhante em relação ao número médio de irmãos por paciente ($p=0,441$) e ao número de membros familiares ($p=0,341$) que moram na mesma casa, não sendo encontrada diferença estatisticamente significativa entre os grupos pelo teste de Mann-Whitney.

As variáveis sócio-demográficas etnia, classe socioeconômica, tipo de escola e tipo de família demonstraram distribuição semelhante entre os grupos, sem diferença estatisticamente significativa, conforme verificado pelos resultados do teste do qui-quadrado. Ambos os grupos apresentaram de forma semelhante uma população de maioria branca ($p=0,267$), pertencente às classes socioeconômicas A e B ($p=0,743$), estudando em escola privada ($p=0,813$) e com famílias tradicionais ($p=0,401$).

Em relação ao diagnóstico de TA, pelo teste do qui-quadrado, não houve diferença estatisticamente significativa quando considerada a classificação entre AN típica e atípica ($p=0,323$). No entanto, quando foi considerado o subtipo de sintomas da AN, o grupo que recebeu TM apresentou um número significativamente maior de pacientes com sintomas purgativos ($p=0,010$).

A presença de comorbidades psiquiátricas foi mais frequente no grupo controle, com 70,9% das pacientes apresentando um ou mais diagnósticos psiquiátricos associados a AN. Esta diferença, quando avaliada pelo teste do qui-quadrado, não se mostrou estatisticamente significativa ($p=0,056$). Quando cada um dos diagnósticos foi avaliado isoladamente, não

houve diferença significativa na distribuição dos diagnósticos entre os grupos, sendo depressão o mais frequente em ambos, seguido por ansiedade e TOC. Entre os transtornos ansiosos, o mais frequente foi o TAG, presente em quatro pacientes do grupo que recebeu TF e em quatro pacientes do grupo que recebeu TM. Outros transtornos ansiosos diagnosticados no grupo que recebeu o TM foram: uma paciente com transtorno de ansiedade de separação e uma paciente com fobia social. Uma única paciente do grupo controle apresentou outro diagnóstico além destes, sendo diagnosticada com transtorno afetivo bipolar.

Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos na proporção de pacientes que receberam tratamento medicamentoso concomitante ao TF ou ao TM ($p=0,199$), sendo mais frequente em ambos os grupos o uso de medicamentos antidepressivos inibidores da recaptação de serotonina para tratamento de depressão ou ansiedade. A proporção de pacientes que tiveram tentativas prévias de tratamento também não apresentou diferença estatisticamente significativa entre os grupos, pelo teste do qui-quadrado ($p=0,120$).

5.7.2 Comparação de resultados entre tratamento familiar e tratamento multidisciplinar

Os resultados do TF e TM foram comparados pela evolução das seguintes variáveis: peso, diagnóstico de TA, presença de amenorreia, funcionamento global e evolução após o tratamento (recuperação ou falha terapêutica). A distribuição das variáveis ao final do tratamento é descrita na tabela 10. Na sequência, a evolução de cada um dos parâmetros avaliados e a comparação entre os grupos serão apresentadas individualmente.

Tabela 10 - Distribuição das variáveis utilizadas como parâmetros de comparação de resultados entre tratamento familiar e tratamento multidisciplinar (avaliação final).

Variáveis	População Total (N=44) N (%)	TF (N=20) N (%)	TM (N=24) N (%)
Diagnóstico de TA	14 (31,8%)	5 (25,0%)	9 (37,5%)
Comorbidades*	9 (20,45%)	3 (15,0%)	6 (25,0%)
Depressão	7 (15,9%)	3 (15,0%)	4 (16,7%)
Ansiedade	2 (4,5%)	1 (5,0%)	1 (4,2%)
TOC	2 (4,5%)	1 (5,0%)	1 (4,2%)
Outros	1 (2,3%)	-	1 (4,2%)
Peso-alvo	30 (68,2%)	13 (65,0%)	17 (70,8%)
Presença de menstruações	26 (59,1%)	9 (45,0%)	17 (70,8%)
Resultado			
Recuperação completa	27 (61,4%)	13 (65,0%)	14 (58,3%)
Recuperação parcial	3 (6,8%)	2 (10,0%)	1 (4,2%)
Desistência	6 (13,6%)	2 (10,0%)	4 (16,7%)
Falha terapêutica	8 (18,2%)	3 (15,0%)	5 (20,8%)

TF= Tratamento familiar, TM= Tratamento multidisciplinar, TA= Transtorno alimentar, TOC=Transtorno obsessivo-compulsivo

*Número total de pacientes que apresentaram diagnóstico de uma ou mais comorbidades psiquiátricas

O tempo médio de tratamento foi de 4,43 meses (DP=2,25) para o grupo que recebeu o TF e de 12,33 meses (DP=6,16) para o grupo que recebeu o TM, evidenciando uma diferença significativa entre os métodos, avaliada pelo teste T ($p=0,010$). Dentro destes períodos de tempo, o número médio de sessões para o grupo TF foi de 9,00 (DP=3,76) de 33,79 (DP=18,48) para o grupo que recebeu TM.

Entre as pacientes que apresentaram como desfecho a recuperação parcial dos sintomas, uma paciente necessitou de mais quatro sessões de TF para apresentar recuperação completa, atingindo o peso-alvo; uma paciente do grupo TF necessitou de encaminhamento para tratamento específico de depressão e se manteve com ganho de peso estável; e uma paciente do grupo TM foi encaminhada para continuar o tratamento ambulatorial em outro serviço.

Da população total, catorze pacientes apresentaram diagnóstico de TA após o tratamento. Em todos os casos, as pacientes mantiveram o diagnóstico inicial (AN típica ou atípica) e o desfecho de tratamento apresentado foi desistência ou falha terapêutica.

Em relação ao diagnóstico de comorbidades psiquiátricas ao final do tratamento, três pacientes apresentaram diagnósticos de duas comorbidades (depressão associada a ansiedade ou TOC) e seis tiveram o diagnóstico de uma comorbidade psiquiátrica.

5.7.2.1 Evolução de peso, estatura e IMC

O teste ANOVA evidenciou que tanto o TF quanto o TM resultaram em evoluções favoráveis nos parâmetros peso, estatura e IMC ao longo do tempo, sem diferença estatisticamente significativa entre os grupos. Estes resultados são demonstrados nos gráficos a seguir.

Gráfico 1 - Comparação da evolução de peso entre tratamento familiar e tratamento multidisciplinar.

Legenda: resultado ANOVA	P-valor	Tamanho de efeito
População total	<0,000	0,256
TF x TM	0,120	0,057

Gráfico 2 - Comparação da evolução de estatura entre tratamento familiar e tratamento multidisciplinar.

Legenda: resultado ANOVA	P-valor	Tamanho de efeito
População total	<0,000	0,496
TF x TM	0,182	0,004

Gráfico 3 - Comparação da evolução de IMC entre tratamento familiar e tratamento multidisciplinar.

A evolução do IMC nos dois grupos, de acordo com o gráfico de crescimento CDC-NCHS, é apresentada na figura 6.

Fonte: National center for health statistics (2000). [HTTP://www.cdc.gov/growthcharts](http://www.cdc.gov/growthcharts)

Figura 6 - Evolução média de IMC no estudo comparativo de acordo com gráfico de crescimento CDC-NCHS.

5.7.2.2 Recuperação do estado menstrual

Na avaliação inicial, apenas três pacientes do grupo que recebeu TF (15,0%) e cinco pacientes do grupo que recebeu TM (20,8%) apresentavam ciclos menstruais regulares. Na avaliação final, os ciclos menstruais estavam presentes em nove pacientes do grupo TF (45,0%) e em 17 pacientes do grupo TM (70,8%).

O resultado da avaliação da evolução do estado menstrual das pacientes ao longo do tempo, segundo o GEE, é apresentado no gráfico 4.

Gráfico 4 - Comparação da evolução do estado menstrual entre tratamento familiar e tratamento multidisciplinar.

Ambos os grupos apresentaram evolução do estado menstrual positiva ao longo do tempo, com número significativo de pacientes recuperando as menstruações ao final do

tratamento na população total da amostra ($p<0,000$). No entanto, a proporção de pacientes que recuperou as menstruações após o TM foi significativamente maior que no TF ($p<0,000$).

5.7.2.3 Evolução do funcionamento global (CGAS)

A melhora no funcionamento global das pacientes após o tratamento foi avaliada pela pontuação na escala CGAS. Na avaliação inicial, ambos os grupos apresentavam funcionamento global médio na faixa de 51-60. Ambos apresentaram evolução favorável do funcionamento global após o tratamento, com diferença significativa em relação a pontuação inicial, permanecendo na faixa de 71-80, sem diferença estatisticamente significativa na comparação entre os grupos.

O gráfico 5 apresenta o resultado do teste ANOVA, comparando a evolução da CGAS entre os grupos.

Legenda: resultado ANOVA	P-valor	Tamanho de efeito
População total	<0,000	0,396
TF x TM	0,358	0,020

Gráfico 5 - Comparação da evolução da pontuação CGAS entre tratamento familiar e tratamento multidisciplinar.

5.7.2.4 Avaliação de resposta a tratamento

Para avaliação de resposta a tratamento, os grupos TF e TM foram comparados em relação a proporção de pacientes que apresentaram como desfecho final recuperação completa ou parcial (definida na seção 5.6.6), que atingiram o peso-alvo e que apresentaram remissão de sintomas de AN na avaliação final (segundo DAWBA). Possíveis diferenças na resposta ao tratamento entre os grupos foram avaliadas por modelos de regressão logística.

O TF e o TM apresentaram resultados semelhantes na população estudada. No grupo que recebeu TF, 75% das pacientes apresentaram recuperação completa ou parcial, e no grupo que recebeu TM, 62,5% das pacientes apresentaram o mesmo desfecho, sem diferença estatisticamente significativa entre os resultados ($p=0,378$). Também não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre a proporção de pacientes que atingiram o peso-alvo após o tratamento ($p=0,697$), ou que apresentaram remissão dos sintomas de AN ($p=0,378$).

Considerando que alguns fatores de risco presentes nesta população possam ter interferido nas chances de resposta ao tratamento, foi construído modelo de regressão logística para avaliar esta possível interferência. A análise foi realizada pelo método de Wald (*backward stepwise*). Foram considerados como possíveis fatores preditivos de resposta a tratamento: faixa etária, classe socioeconômica, tipo de família, subtipo de sintomas de AN, tempo de sintomas, perda peso e presença de comorbidades psiquiátricas.

Entre as variáveis avaliadas, apenas o tempo de sintomas de AN mostrou-se como um fator preditivo de resposta a tratamento em ambas as modalidades ($p=0,015$), independentemente das demais variáveis. A estimativa de *odds ratio* (OR) foi de 0,87 (intervalo de confiança 95%=0,78-0,97), ou seja, quanto maior tempo de duração de sintomas de AN, menores as chances de resposta a tratamento na amostra de pacientes que participaram deste estudo.

5.7.2.5 Evolução das comorbidades psiquiátricas

Em ambos os grupos houve redução estatisticamente significativa na frequência de diagnósticos de comorbidades psiquiátricas após o tratamento ($p=0,017$), sem diferença estatisticamente significativa na evolução das comorbidades entre os grupos ($p=0,216$).

A evolução das comorbidades psiquiátricas nos dois grupos ao longo do tempo foi avaliada segundo o modelo de GEE e é apresentada no gráfico 6.

Legenda: resultado GEE	P-valor
População total	0,017
TF x TM	0,216

Gráfico 6 - Comparação da evolução das comorbidades psiquiátricas entre tratamento familiar e tratamento multidisciplinar.

5.7.2.6 Evolução dos sintomas alimentares (EDE-Q)

A avaliação dos sintomas alimentares pelo EDE-Q foi realizada apenas no grupo de pacientes tratadas com o TF. Os resultados foram avaliados pelo teste ANOVA e houve redução significativa na pontuação do EDE-Q após o TF, tanto em sua pontuação global ($p=0,002$), quanto na sub-escala de restrição ($p=0,012$).

Os gráficos 7 e 8 apresentação a evolução na pontuação do EDE-Q.

Gráfico 7 - Evolução na pontuação global do EDE-Q em pacientes que receberam tratamento familiar.

Legenda: resultado ANOVA	P-valor	Tamanho de efeito
TF	0,012	0,290

Gráfico 8 - Evolução na pontuação da sub-escala de restrição do EDE-Q em pacientes que receberam tratamento familiar.

5.7.3 Resultados das avaliações de custos de tratamento

Os custos do TF e do TM foram calculados de acordo com os honorários de profissionais envolvidos em cada uma das modalidades de tratamento. Os valores dos salários referentes ao primeiro semestre de 2011 das categorias de profissionais do HCFMUSP são apresentados na tabela 11.

Tabela 11 - Honorários de profissionais do HCFMUSP*

Categoria Profissional	Salário Mensal** Total	Carga horária mensal	Valor/hora**
Médico psiquiatra	R\$ 1.950,10	80	R\$ 24,38
Médico psiquiatra supervisor	R\$ 2.047,61	80	R\$ 25,60
Psicólogo clínico	R\$ 1.787,05	120	R\$ 14,89
Psicólogo supervisor	R\$ 1.876,40	120	R\$ 15,64
Nutricionista	R\$ 1.787,05	120	R\$ 14,89
Médico pediatra	R\$ 1.950,10	80	R\$ 24,38
Assistente social	R\$ 1.787,05	120	R\$ 14,89

*Fonte: Setor de recursos humanos do HCFMUSP, valores referentes ao 1º Semestre de 2011

** Valores expressos em reais

As avaliações de custos do TF e do TM, considerando os procedimentos incluídos, o tempo e a frequência dos atendimentos, os profissionais envolvidos e o tempo total de tratamento são apresentadas nas tabelas 12 e 13, respectivamente.

O custo médio do TF por paciente foi de R\$ 693,83 nos casos em que as sessões foram conduzidas por profissionais não médicos e de R\$ 807,64 nos casos em que as sessões foram conduzidas por médicos psiquiatras. No mesmo período de 6 meses, o custo médio do TM seria de R\$ 1.161,29, ou 44% acima do custo do TF conduzido por médicos e 67% acima do custo do mesmo tratamento conduzido por profissionais não médicos treinados no método TF.

O custo médio do TM no período de 12 meses foi de R\$ 1.538,99, o que está 91% acima do custo do TF conduzidos por médicos e 122% acima do TF conduzido por outros profissionais. Considerando-se que o tempo médio real do grupo de pacientes tratados com TM avaliados neste estudo foi de 12 meses, a comparação de custos entre as modalidades demonstra que o custo do TM é aproximadamente o dobro do custo do TF.

Tabela 12 - Avaliação de custos do tratamento familiar.

Tratamento familiar	Tempo (hora)	Frequência*	Valor
Avaliações iniciais			
Psiquiatra	1	1	R\$ 24,38
Nutricionista	1	1	R\$ 14,89
Clínica pediátrica	0,5	1	R\$ 12,19
Total das avaliações iniciais			R\$ 51,46
Período de tratamento			
Sessões com Psiquiatra	1	12	R\$ 292,52
Sessões com Psi/Nut/Ass Soc	1	12	R\$ 178,70
Observador	1	12	R\$ 178,70
Acompanhamento médico	0,5	4	R\$ 48,75
Total do período de tratamento**			R\$ 519,97
Avaliações finais			
Psiquiatra	0,5	1	R\$ 12,19
Nutricionista	0,5	1	R\$ 7,45
Clínica pediátrica	0,5	1	R\$ 12,19
Total das avaliações finais			R\$ 31,82
Supervisão			
Médico supervisor	1	24	R\$ 614,28
Terapeutas	4	24	R\$ 1.429,64
Total da supervisão por paciente***			R\$ 204,39
Total por paciente		Período de tratamento= 6 meses	
Sessões com psiquiatra			R\$ 807,64
Sessões com Psi/Nut/AS			R\$ 693,83

Psi/Nut/AS= Psicólogo, nutricionista ou assistente social

*Número de atendimentos por paciente no período total de 6 meses de tratamento

**Total do período de tratamento= total apresentado com as sessões conduzidas por psiquiatra

*** Grupo de supervisão constituído por um supervisor e quatro terapeutas responsáveis por um total de 10 pacientes por período de tratamento.

Tabela 13 - Avaliação de custos do tratamento multidisciplinar.

Tratamento Multidisciplinar	Tempo (hora)	Frequência* 6 meses	Valor	Frequência* 12 meses	Valor
Avaliações iniciais					
Psiquiatra	1	1	R\$ 24,38	1	R\$ 24,38
Nutricionista	1	1	R\$ 14,89	1	R\$ 14,89
Psicológica	1	1	R\$ 14,89	1	R\$ 14,89
Clínica pediátrica	0,5	1	R\$ 12,19	1	R\$ 12,19
Total das avaliações iniciais			R\$ 66,35		R\$ 66,35
Período de tratamento					
Consultas com psiquiatra	0,25	24	R\$ 146,26	33	33
Consulta com nutricionista	0,25	24	R\$ 89,35	33	33
Acompanhamento médico pediátrico	0,25	4	R\$ 24,38	6	6
Grupo TCC	2*	14	R\$ 41,70	14	14
Grupo psicodinâmico	2*	24	R\$ 71,48	33	33
Grupo de mães	2*	24	R\$ 71,48	33	33
Grupo psicoeducativo	2*	5	R\$ 14,89	5	5
Total do período de tratamento**			R\$ 459,54		R\$ 613,69
Avaliações finais					
Psiquiatra	0,5	1	R\$ 12,19	1	R\$ 12,19
Nutricionista	0,5	1	R\$ 7,45	1	R\$ 7,45
Psicológica	0,5	1	R\$ 7,45	1	R\$ 7,45
Clínica pediátrica	0,5	1	R\$ 12,19	1	R\$ 12,19
Total das avaliações finais			R\$ 39,27		R\$ 39,27
Supervisão					
Psicólogo supervisor	1	24	R\$ 375,28	33	R\$ 516,01
Médico supervisor	1	24	R\$ 614,28	33	R\$ 844,64
Terapeutas	6*	24	R\$ 2.144,46	33	R\$ 2.948,63
Nutricionista	3*	24	R\$ 1.072,23	33	R\$ 1.474,31
Médicos psiquiatras	3*	24	R\$ 1.755,09	33	R\$ 2.413,25
Total da supervisão por paciente***			R\$ 596,13		R\$ 819,68
Total por paciente		Período de tratamento= 6 meses		Período de tratamento= 12 meses	
			R\$ 1.161,29		R\$ 1.538,99
Tratamento Multidisciplinar					

*Número de horas multiplicado pelo número de profissionais envolvido na atividade

** Definidos valores para os períodos de 6 meses e de 12 meses de tratamento

*** Grupo de supervisão constituído pela equipe multidisciplinar responsável por um total de 10 pacientes por período de tratamento, os valores totais são divididos por 10 pacientes.

6 Discussão

6.1 Discussão de resultados do estudo piloto

O estudo piloto possibilitou o treinamento da equipe de terapeutas para aplicação do TF e demonstrou a aplicabilidade do método em uma amostra de adolescentes brasileiras com AN, o que foi observado tanto pela aceitação do TF pelas famílias quanto pelos resultados positivos obtidos em recuperação do peso e dos sintomas alimentares.

Os resultados obtidos no estudo piloto foram publicados na Revista Brasileira de Psiquiatria no ano de 2010 [101]. Além dos resultados relatados nesta dissertação, provenientes da avaliação das pacientes imediatamente após o término do TF, no artigo são relatados os resultados de uma avaliação de seguimento realizada com o mesmo grupo de pacientes seis meses após o término do TF.

O manual de TF para AN descreve, passo-a-passo, os princípios do método desenvolvido no Maudsley Hospital para o tratamento de adolescentes com AN, tornando-o acessível a profissionais com experiência na área, ou a profissionais em treinamento sob supervisão de especialistas. Quando o método foi desenvolvido, o que foi revolucionário em sua filosofia, foi a visão de que os pais seriam o melhor recurso para a recuperação do paciente e não os culpados pela AN [53, 60].

Os terapeutas envolvidos neste estudo eram membros previamente da equipe multidisciplinar do PROTAD, portanto tinham experiência no atendimento de adolescentes com AN. Acreditar na possibilidade das famílias se responsabilizarem pelo tratamento foi fundamental para o treinamento dos profissionais e para a replicação do TF.

O conhecimento prévio dos terapeutas entre si e a facilidade de trabalharem em equipe foram facilitadores do treinamento, considerando que as supervisões aconteciam em grupo e os profissionais tinham acesso não apenas às orientações de seus próprios pacientes, mas também às dos colegas. Participaram do treinamento profissionais com diferentes formações (psicólogos, nutricionista e assistente social), o que não parece ter interferido no treinamento ou nos resultados do tratamento. No entanto, estes dados não puderam ser quantificados

devido ao número restrito de famílias atendidas por cada um profissional até o presente momento.

Do total de onze pacientes selecionadas para participarem do estudo (N=11), nove famílias aceitaram participar e iniciaram o TF (81,81%). Em todos os casos, foram oferecidas justificativas de falta ao trabalho ou a escola para todos os familiares participarem do tratamento, o que contribuiu para sua adesão. A necessidade de participação de toda a família no tratamento não foi um fator limitante para o estudo, mesmo com as dificuldades de horários dos pais que trabalhavam ou dos irmãos que frequentavam a escola.

A resistência ao TF poderia estar relacionada a questões subjetivas individuais ou familiares, como a discordância dos pais em relação ao método de tratamento, o fato de não acreditarem que seriam capazes de responsabilizar-se pela realimentação da filha, ou a indisponibilidade da família de trabalhar em conjunto devido a problemas familiares não necessariamente relacionados a AN. Como não houve resistência das famílias em participar do tratamento por nenhuma destas razões, sua concordância possibilitou a realização deste estudo [60, 102].

Em estudos anteriores sobre o TF, a proporção de pacientes que interromperam o tratamento por decisão do paciente ou da família está em torno de 10-14%. Neste estudo, a taxa de abandono após o início do tratamento foi semelhante, com apenas uma desistência após a primeira sessão (11,1%) [66, 69, 71].

Os objetivos da primeira sessão são engajar a família no tratamento e promover a ansiedade nos pais para que eles se mobilizem para assumirem a responsabilidade pelo tratamento. Algumas famílias podem sentir-se tão culpadas pelos sintomas da AN e incapazes de agir para modificar a situação, que a sensação de culpa e impotência pode levá-los a desistirem do tratamento. Neste estudo, não houve desistências em outros momentos do TF, o que pode ser explicado pela aliança terapêutica que é construída com a família durante o tratamento. O acolhimento das dificuldades dos pais e o reconhecimento deles como recurso fundamental para o tratamento são fatores que contribuem para a permanência das famílias no TF e para seus resultados positivos [102, 103].

Outros fatores, além da aliança terapêutica, que possivelmente contribuíram para a boa aceitação do método são o impacto do diagnóstico de AN para as famílias, a dificuldade de acesso da maior parte das famílias brasileiras a tratamento especializado para AN e o fato do

tratamento ter sido oferecido no HCFMUSP, instituição de referência para a população devido a sua tradição em pesquisa e atendimento de pacientes com problemas graves de saúde. Em muitos casos, os sintomas iniciais da AN são ocultos ou vistos pelos pais como mudanças saudáveis nos hábitos de vida. Ao perceberem o problema, o estado das pacientes pode ser bastante grave, o que mobiliza as famílias a buscarem tratamento e realizarem as adaptações que forem necessárias para obtê-lo [21].

A estrutura familiar das pacientes que participaram do estudo era composta em sua maioria de famílias tradicionais (77,8%), em que a paciente morava com ambos os pais e tinha pelo menos um irmão ou irmã (88,9%). Estudos realizados previamente em outras culturas sobre o TF apresentam proporções semelhantes de pacientes provenientes de famílias tradicionais. Pacientes provenientes de famílias não-tradicionais podem necessitar de maior tempo de tratamento de para se recuperarem [66, 69]. Além disso, as famílias que apresentam conflitos persistentes e altos níveis de crítica dos pais em relação aos filhos, têm maiores chances de desistência e de falha terapêutica [63, 104].

As adolescentes incluídas neste estudo apresentaram idade média de 14,64 anos e eram em sua maioria brancas (77,8%). Estes dados correspondem às características dos indivíduos mais acometidos pela AN na literatura (sexo feminino e idade média em torno de 15 anos) e às referências populacionais da região sudeste do Brasil² [7, 66, 69, 73].

O diagnóstico mais frequente na população estudada foi de AN típica (88,9%), incluindo a presença de amenorreia. Estudos epidemiológicos demonstram que na adolescência são mais frequentes os casos de TANE ou AN atípica do que os casos de AN típica, que apresentam todos os critérios diagnósticos segundo o DSM-IV-TR [13, 16, 105]. Este dado sugere a população deste estudo apresenta maior gravidade de sintomas quando comparada a populações de estudos epidemiológicos, possivelmente devido a escassez de centros de tratamento especializado em nosso país e ao longo tempo de espera das pacientes por tratamento [21].

Em relação ao subtipo de sintomas de AN, todas as pacientes incluídas no estudo apresentavam apenas sintomas restritivos, o que pode ter contribuído para os resultados positivos do TF nesta população. Em adolescentes, são mais frequentes os casos de AN com

² Fonte: Instituto brasileiro de geografia e estatística (IBGE)

sintomas restritivos do que purgativos [8, 105]. Por outro lado, a presença de sintomas purgativos leva a apresentações de maior gravidade e pior prognóstico [106, 107]. Muitas vezes, pacientes com AN purgativa apresentam complicações clínicas que levam a hospitalização na primeira avaliação [26, 108].

A presença de comorbidades psiquiátricas nesta população mostrou-se tão frequente quanto os dados disponíveis na literatura [30, 32, 109]. Aproximadamente metade das pacientes incluídas no estudo apresentaram diagnósticos concomitantes de transtornos ansiosos e depressão em associação a AN. A presença de comorbidades psiquiátricas contribui para maiores chances de hospitalização, pior prognóstico da AN e menor resposta ao TF de curta duração [40, 66, 108]. Neste estudo, duas pacientes necessitaram de hospitalização, ambas as pacientes apresentavam diagnósticos de comorbidades psiquiátricas.

Os resultados preliminares do TF foram avaliados neste estudo considerando-se a evolução das pacientes nos parâmetros: peso, estado menstrual, sintomas alimentares segundo DAWBA e EDE-Q, e funcionamento global segundo CGAS.

A recuperação de peso é o foco principal do TF, por meio da realimentação que é promovida pelos pais ao assumirem o controle da alimentação do filho doente. Este estudo atingiu plenamente este objetivo. O ganho de peso médio das pacientes foi de 7Kg entre início e fim do TF. O resultado foi significativo tanto quando considerado o peso isoladamente ($p=0,036$), quanto quando considerada a evolução do IMC das pacientes ($p=0,036$). De acordo com o gráfico de crescimento CDC-NCHS, o IMC médio desta população no início do tratamento estava abaixo do 10º percentil e após o tratamento entre o 25º e o 50º percentis, passando de uma faixa de baixo peso, com risco de complicações clínicas, a uma faixa de peso considerada adequada e saudável. Mesmo esta sendo a primeira tentativa de adaptação e implantação do TF em um país de cultura latina, o resultado obtido foi semelhante ao observado em ensaios clínicos que avaliaram o TF em populações de adolescentes norte-americanas e inglesas [62, 65, 66].

No início do tratamento, oito das nove pacientes incluídas no estudo apresentavam amenorreia (87,5%). Na AN, a recuperação do estado menstrual segue a recuperação de peso. No entanto, a recuperação do funcionamento hormonal do eixo hipotálamo-hipófise pode não ocorrer imediatamente após a recuperação de peso e demorar seis meses ou mais para se restabelecer [110, 111]. Ao final do tratamento, quatro pacientes (50%) apresentavam ciclos

menstruais regulares, este resultado não foi estatisticamente significativo. Como o TF tem duração aproximada de seis meses, formulamos a hipótese de que este tempo não foi suficiente para que as demais pacientes retornassem ao seu funcionamento hormonal adequado. Esta hipótese foi confirmada em avaliação de seguimento realizada seis meses após o término do tratamento, quando todas as pacientes tratadas apresentaram ciclos menstruais regulares [101].

Na avaliação final, a maioria das pacientes apresentou remissão dos sintomas alimentares segundo o DAWBA. Apenas uma paciente se manteve com critérios diagnósticos suficientes para o diagnóstico de AN. Os sintomas alimentares foram avaliados também pelo EDE-Q, que apresentou melhora em sua pontuação global média entre as avaliações inicial e final, com redução da gravidade dos sintomas alimentares ao longo do tempo. A evolução do EDE-Q não foi estatisticamente significativa ($p=0,176$), o que pode ser explicado pelo tamanho reduzido da amostra e pela tendência dos adolescentes a minimizarem seus sintomas [112].

O funcionamento global das pacientes, avaliado pela escala CGAS, apresentou melhora na pontuação entre as avaliações inicial e final. A pontuação média na escala CGAS de 54,75 (faixa 51-60) para 69,13 (faixa 61-70). Considerando a escala utilizada, em média estas pacientes passaram de um nível de funcionamento definido por *“funcionamento variável com dificuldades esporádicas ou sintomas em várias áreas”* a um nível definido por *“alguma dificuldade em uma única área, mas geralmente funcionando muito bem”* [113]. Esta evolução não foi considerada estatisticamente significativa, o que pode ser explicado pelo número restrito de pacientes na amostra. No entanto, se considerarmos as perdas que as pacientes tem com os sintomas da AN, o tempo que passam focadas em sintomas relacionados ao peso e a alimentação, o afastamento da maioria das atividades durante o tratamento, a presença frequente de comorbidades psiquiátricas; é possível que o retorno ao funcionamento normal de uma adolescente demore mais do que o tempo de tratamento.

O TF é tradicionalmente utilizado na Inglaterra para o tratamento de adolescentes com AN desde a década de 1980, quando foram realizados os primeiros estudos sistematizados sobre o método [61]. Este estudo piloto é o primeiro sistematizado sobre o TF para AN em adolescentes brasileiras. A possibilidade do treinamento de terapeutas, a aceitação do método pelas famílias e os resultados positivos obtidos confirmam que o TF é

aplicável a esta população. O método que é tradicional na Inglaterra e em países de língua inglesa, pode tornar-se uma nova possibilidade de tratamento para adolescentes com AN no Brasil e em outras culturas [101]. No entanto, é evidente a necessidade de expansão da amostra de pacientes tratados, para que seja possível a consolidação dos resultados obtidos e a posterior expansão para outros centros de tratamento.

6.2 Discussão de resultados do estudo comparativo

Com base nos resultados positivos obtidos no estudo piloto, foi realizado o estudo comparativo entre o TF e o TM que possibilitou: a ampliação da amostra de pacientes tratadas pelo TF, a comparação de efetividade entre TF e TM, e o cálculo de custos das duas modalidades de tratamento.

O grupo controle, que recebeu o TM, foi selecionado retrospectivamente a partir de uma amostra clínica de pacientes tratadas no ambulatório do PROTAD. Os critérios utilizados para seleção de controles foram os mesmos utilizados para inclusão dos pacientes tratados pelo TF, com o objetivo de pareamento das amostras, minimizando possíveis vieses de seleção.

Tanto os pacientes do grupo controle quanto os pacientes que receberam TF foram tratados de acordo com a modalidade de tratamento disponível no momento de sua procura pelo ambulatório do PROTAD, ainda que em tempos distintos. Este fato sugere que ambos os grupos são constituídos por pacientes que refletem a realidade da população acometida pela AN, que busca tratamento em ambulatório especializado do serviço público de saúde.

Neste estudo, apesar de não ter havido randomização das pacientes e dos dois grupos terem sido tratados em tempos diferentes, foram utilizados os mesmos critérios de inclusão e exclusão para ambos os grupos com o objetivo de pareamento das amostras. Verificou-se que as características sócio-demográficas e clínicas dos dois grupos no início do tratamento foram semelhantes na maioria dos parâmetros avaliados, o que permite que os grupos sejam comparáveis.

6.2.1 Características da amostra na avaliação inicial

A idade média do grupo que recebeu o TF foi de 14,49 anos e do grupo que recebeu o TM foi de 15,30 anos. Esta diferença, apesar de estatisticamente significativa ($p=0,049$), parece ser discreta; pois quando as idades foram consideradas em meses, a diferença não se mostrou significativa ($p=0,119$). Em geral, a idade média de adolescentes incluídas em estudos anteriores sobre tratamento para AN está na faixa de 14-15 anos [45, 66, 71, 72]. É também por volta dos 15 anos que ocorre o pico de incidência da AN [8].

A comparação das características sócio-demográficas entre os grupos, TF e TM, evidenciou que ambos apresentaram composição semelhante em relação à classe socioeconômica, etnia, tipo de escola e tipo de família. Estudos realizados nos Estados Unidos demonstraram que os TA são mais comuns em populações brancas e latinas do que em afrodescendentes e asiáticas [114, 115]. No entanto, o risco de desenvolvimento de TA é maior neste grupos quando expostos a cultura ocidental [5]. O predomínio de adolescentes brancas nas pacientes incluídas neste estudo está de acordo com as características da população da região sudeste do Brasil³.

Ambos os grupos apresentaram a maioria das pacientes provenientes das classes socioeconômicas A e B, segundo o CCEB. Alguns estudos prévios reportaram que a AN é mais frequente em populações de classes média e alta. No entanto, este é um dado controverso e tem-se verificado mais recentemente que a AN ocorre também em países e em populações pobres e de baixa renda [5, 114, 116].

O CCEB é baseado no número de itens de bens de consumo existentes na casa e no grau de instrução do chefe da família. Este critério foi desenvolvido com o objetivo de classificação estatística da população brasileira em grandes grupos econômicos, no entanto pode não refletir as condições socioeconômicas reais das famílias avaliadas. Por exemplo, dentro das classes sociais A e B pelo CCEB, a renda média familiar mensal pode ter uma ampla variação de R\$ 1.600-7.500 [89].

Considerando-se os altos custos de tratamento para pacientes com AN, mesmo as famílias classificadas pelo CCEB como classes A e B podem não ter possibilidade de manter um tratamento privado e dependem do sistema público de saúde. Ainda considerando este critério, um fator que pode ter contribuído para a amostra deste estudo ser predominantemente

³ Fonte: Instituto brasileiro de geografia e estatística (IBGE)

proveniente de classes A e B é o maior nível de instrução dos chefes das famílias, que possivelmente leva a maior informação sobre problemas de saúde como a AN e a maior facilidade de busca por recursos de saúde especializados [79, 81, 82].

As famílias das pacientes de ambos os grupos apresentaram constituição semelhante em relação a tipo de família, números de irmãos e familiares. Em ambos os casos, a maioria dos pacientes vivia com ambos os pais (68,2%), com pelo menos um irmão, sem diferença no número médio de irmãos (média=1,14) ou no número de familiares vivendo na mesma casa (média=3,84). Se considerarmos os dados de referência da população brasileira⁴, a proporção de pessoas casadas na faixa etária de 30 a 50 anos (faixa etária estimada dos pais da população em estudo) está em torno de 60%. O grupo de famílias do estudo parece ter uma proporção maior de famílias intactas do que a média da população brasileira.

Tradicionalmente as famílias de pacientes com AN são descritas com altos níveis de exigência, com padrões de funcionamento bastante rígidos e seus membros encontram-se excessivamente ligados e indiferenciados. Estas famílias tendem a evitar conflitos e rejeitar mudanças, o que poderia justificar a maior prevalência de famílias tradicionais entre as famílias destes pacientes [51]. Por outro lado, as famílias tradicionais respondem melhor a modalidades de tratamento que incluam a participação da família e possivelmente sua organização estrutural permite que eles busquem e permaneçam em tratamento com maior frequência do que famílias não-tradicionais [66, 67].

Na avaliação inicial, a maioria das pacientes de ambos os grupos apresentou critérios diagnósticos para AN típica, incluindo o critério amenorreia, sem diferença estatisticamente significativa entre os grupos tanto para o diagnóstico ($p=0,323$) quanto para a presença de amenorreia ($p=0,617$). A proporção maior de indivíduos com quadros de AN típica pode representar um grupo de pacientes com maior gravidade de sintomas do que os pacientes incluídos em estudos anteriores sobre o tratamento da AN em adolescentes, em que a proporção de pacientes com diagnóstico de AN atípica (sem amenorreia) pode chegar a 60% [66, 71, 72].

Os dados de peso, estatura e IMC iniciais de ambos os grupos foram semelhantes, sem diferença estatisticamente significativa entre eles. Ambos os grupos apresentaram IMC médio abaixo do percentil esperado para a idade, de acordo com gráfico de crescimento CDC-NCHS

⁴ Fonte: Instituto brasileiro de geografia e estatística (IBGE)

[25]. Estes achados permitem a comparação de resultados entre as duas modalidades de tratamento em relação a recuperação de peso após o tratamento.

Em relação ao subtipo de sintomas e a presença de comorbidades psiquiátricas, o grupo que recebeu o TM apresentou uma proporção maior de pacientes com sintomas purgativos ($p=0,010$) e com comorbidades ($p=0,056$). No entanto, a avaliação do funcionamento global das pacientes evidenciou que ambos os grupos apresentavam-se na mesma faixa de funcionamento no início do tratamento, com grau de comprometimento semelhante.

6.2.2 Comparação de efetividade entre tratamento familiar e tratamento multidisciplinar

Neste estudo, tanto o TF quanto o TM demonstraram resultados positivos na evolução das medidas de desfecho avaliadas: recuperação de peso e IMC, recuperação dos ciclos menstruais, melhora do funcionamento global e remissão de sintomas de AN. A comparação dos resultados entre os grupos evidenciou que ambos os métodos são alternativas efetivas de tratamento para AN em adolescentes.

Apesar de até o presente estudo o TF ser inédito no Brasil, esta é a modalidade de tratamento para AN em adolescentes mais investigada em estudos controlados [117, 118]. Os estudos prévios sobre o TF foram realizados em países de língua inglesa e o compararam a psicoterapias individuais, principalmente a psicoterapia psicodinâmica ego-orientada [61, 62, 64, 65, 72], ou a variações do método TF, com pais tratados separadamente e com diferentes tempos de duração do tratamento [63, 66, 67, 73]. Não há estudos que compararam o TF a uma modalidade de TM ambulatorial. Os estudos que avaliaram previamente o TM, o compararam a tratamentos não especializados na comunidade ou a tratamentos em internação [45, 76, 119].

O tempo médio de tratamento do grupo que recebeu o TF foi de 4,43 meses, inferior a seis meses, pois foram incluídas nesta análise as desistências e falhas terapêuticas. No TM, o tempo médio foi de 12,33 meses. Nesta modalidade as pacientes permanecem em tratamento durante o tempo que for necessário para a remissão dos sintomas.

Ambos os grupos apresentaram resultados semelhantes em recuperação de peso, de sintomas alimentares e do funcionamento global dos adolescentes. No entanto, no TM as pacientes necessitaram de um maior tempo em tratamento para atingirem estes resultados. A maior frequência de sintomas purgativos e de comorbidades psiquiátricas observadas no grupo TM podem ter contribuído para prolongar o tempo de tratamento [32, 39, 104, 106].

A seguir, serão discutidos os resultados comparativos entre TF e TM de acordo com cada uma das medidas avaliadas.

6.2.2.1 Evolução de peso, estatura e IMC

O TF e o TM demonstraram-se igualmente efetivos em relação a recuperação de peso após o tratamento. O ganho de peso médio, entre início e fim do tratamento, foi de 5,67Kg no TF e de 6,6Kg no TM. Ambos os grupos apresentaram recuperação de peso satisfatória após o tratamento, sem diferença estatisticamente significativa entre eles ($p=0,628$). A boa evolução é confirmada quando é considerada a evolução do IMC, tanto em número absoluto quanto de acordo com o gráfico de crescimento do CDC-NCHS, em que ambos os grupos apresentaram um aumento médio de pelo menos um percentil, atingindo a faixa entre o 25º e o 50º percentis, considerada adequada para o desenvolvimento [25, 91].

A evolução de peso, estatura e IMC de ambos os grupos indica que após o tratamento, tanto TF quanto TM, houve a retomada do desenvolvimento e crescimento ponderoestatural deste grupo de adolescentes. Em pacientes com AN de início na adolescência, pode haver interrupção no crescimento e desenvolvimento; resultando em atraso do crescimento, além da possibilidade de perda óssea (osteopenia e osteoporose) e de perda da função ovariana transitória ou permanente, levando a infertilidade [29, 95, 111]. A recuperação de peso, além de evidenciar a recuperação dos sintomas da AN, previne que as adolescentes sejam afetadas por consequências clínicas da AN que podem ser irreversíveis.

A recuperação de peso é o objetivo primário do tratamento da AN. Além de prevenir que o paciente sofra as consequências físicas da desnutrição e do baixo peso, os sintomas cognitivos da AN tendem a melhorar com a recuperação de peso e ser mais facilmente abordáveis por intervenções psicoterápicas [120-122].

Em estudos anteriores que avaliaram a eficácia de tratamentos para AN em adolescentes, o ganho de peso médio foi semelhante ao observado neste estudo [45, 66, 71, 119], com manutenção de peso estável em avaliações de seguimento realizadas dois a cinco anos após o tratamento [67]. O acompanhamento das pacientes deste estudo é necessário para avaliação da manutenção dos resultados obtidos.

6.2.2.2 Recuperação do estado menstrual

Ambos os grupos apresentaram evolução do estado menstrual positiva, com uma proporção maior de pacientes do grupo TM apresentando ciclos menstruais regulares ao final do tratamento ($p < 0,000$). Esta diferença possivelmente se deve aos diferentes tempos de tratamento entre os grupos. O tempo médio do TM foi significativamente maior que o tempo médio do TF. Os resultados da avaliação de seguimento das pacientes do estudo piloto demonstraram que, seis meses após o término do TF, todas as pacientes que concluíram o estudo apresentavam menstruações regulares [101].

A presença de ciclos menstruais regulares é um indicador direto de recuperação do funcionamento hormonal das pacientes. Em estudo prévio foi observado que a maioria das pacientes apresentou retorno dos ciclos menstruais na faixa de percentil de IMC entre 14^o e 39^o de acordo com o gráfico do CDC-NCHS. Em média, as pacientes de ambos os grupos aqui estudados apresentavam-se nesta faixa ao final do tratamento. No entanto, no mesmo estudo foi relatado que em 86% das pacientes que recuperam o peso, o retorno dos ciclos menstruais ocorre até seis meses após sua estabilização [91, 123].

6.2.2.3 Evolução do funcionamento global (CGAS)

De acordo com a escala CGAS, na avaliação inicial ambos os grupos apresentaram funcionamento médio na faixa de 51-60, que indica “*um funcionamento variável, com sintomas e dificuldades esporádicas em várias mas não em todas as áreas sociais; as*

dificuldades são evidentes para aqueles que encontram a adolescente em um ambiente disfuncional, mas não ocorre em todos os lugares”, ou seja, os momentos das refeições evidenciam as maiores dificuldades, no entanto, na escola os sintomas podem não ser evidentes [113].

Após o tratamento, houve melhora significativa na pontuação da CGAS em ambos os grupos, sem diferença significativa entre eles ($p=0,358$). Ambos os grupos atingiram a faixa média de 71-80, que indica *“não mais que um leve prejuízo no funcionamento em casa, na escola ou com os pares, as dificuldades são breves e sua interferência no funcionamento é transitória”*. Esta evolução evidencia os benefícios de ambos os tratamentos para as pacientes, não apenas em relação aos sintomas alimentares mas também em relação ao funcionamento global. Algumas dificuldades sociais e familiares podem persistir após o tratamento, pois após a recuperação dos sintomas da AN e o fim do tratamento, é necessário algum tempo para a retomada dos relacionamentos e atividades normais da adolescência, que indicam o retorno ao seu desenvolvimento normal [101, 124].

Apesar do baixo peso e da sintomatologia grave, frequentemente pacientes com AN mantêm suas atividades cotidianas de forma aparentemente normal. No entanto, os sintomas da AN tem grande impacto na vida do adolescente, não apenas em sua saúde física e mental, mas também em suas atividades sociais, escolares, relações familiares e amizades [22, 125]. Nestes pacientes, a manutenção das atividades escolares e esportivas podem fazer parte da sintomatologia da AN, com objetivo de controle de peso, e evidenciam alto grau de rigidez e perfeccionismo, características associadas ao diagnóstico de AN [121, 122, 126]. Frequentemente estas pacientes apresentam isolamento social, dificuldades de relacionamento familiar, e não têm outros interesses além de peso, forma corporal e alimentação, consequências da AN que interferem significativamente em seu funcionamento.

O foco do TF é na recuperação dos sintomas da AN; no entanto, durante o tratamento são considerados outros aspectos da adolescência e como ela é afetada pela AN. Isso ocorre particularmente durante as fases II e III, quando os sintomas da AN estão estáveis e pode-se falar sobre como o adolescente e toda a família foram afetados pela AN, e sobre como eles lidam com as outras questões da adolescência [60, 127]. Em estudos anteriores foi verificado que tanto pais quanto pacientes apresentam altos níveis de satisfação e reconhecimento dos

resultados do TF. No entanto, alguns pacientes relatam a necessidade de atendimento individual para abordar outros assuntos, não relacionados a AN [102, 128].

No TM, as intervenções têm como objetivo abordar a AN em seus múltiplos aspectos. São incluídas abordagens psicológicas, como o grupo psicodinâmico, que permitem que as questões da adolescência, relacionadas ou não a AN, sejam consideradas. Os principais temas tratados pelas adolescentes no grupo são: as transformações corporais, o perfeccionismo, o controle, o relacionamento com os pais, e as questões de dependência e autonomia. Observa-se neste temas a sobreposição de dificuldades que podem ser tanto relacionadas ao TA quanto a própria adolescência [97].

A consideração das questões da adolescência é um aspecto comum ao TF e ao TM. No entanto, como algumas dificuldades sociais podem persistir após a recuperação dos sintomas da AN, em alguns casos pode ser necessário o encaminhamento para psicoterapia individual após o fim do tratamento, com o objetivo de apoiar a retomada do funcionamento normal da adolescência [102, 128].

6.2.2.4 Avaliação de resposta a tratamento: recuperação da anorexia nervosa

A proporção de pacientes que apresentaram como desfecho a recuperação completa ou parcial da AN, foi de 75% no grupo que recebeu o TF, e de 62,5% no grupo que recebeu o TM, sem diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p=0,378$). Neste estudo, foi considerada recuperação completa, a recuperação do peso, a ausência de critérios diagnósticos para AN e alta clínica após o tratamento. Foi considerada recuperação parcial, a recuperação parcial do peso, a ausência de critérios diagnósticos para AN, com necessidade de continuidade de tratamento ambulatorial após a avaliação final.

Estudos sobre resultados de tratamento para AN utilizam diferentes critérios para definição de recuperação [47, 118]. A tendência atual da literatura é definir recuperação como a associação de recuperação de peso e dos sintomas psicológicos da AN. A medida mais comumente utilizada para avaliação de sintomas de AN é a entrevista EDE [42, 129]. Neste estudo, a avaliação dos sintomas alimentares foi realizada pela entrevista diagnóstica

DAWBA em associação ao EDE-Q, versão do EDE simplificada para autopreenchimento. No entanto, o EDE-Q foi aplicado apenas no grupo que recebeu o TF. Em estudo que comparou a sessão de TA do DAWBA a entrevista EDE, foi observado que as medidas são comparáveis e o DAWBA mostrou-se mais adequado para pacientes adolescentes [130].

Estudos prévios, realizados com pacientes adolescentes e com critérios de recuperação semelhantes aos utilizados neste estudo, demonstram que os índices de remissão em pacientes tratados com TF variam entre 67% e 80% [66, 69, 72, 73], e em pacientes tratados com TM variam entre 55% e 60% [45, 76, 119]. Apesar dos resultados do TF parecerem superiores na revisão de literatura, as duas modalidades de tratamento não foram comparadas em nenhum dos estudos prévios. Dois estudos compararam o TM com tratamento em internação [45, 76]. O primeiro estudo realizado sobre TF avaliou pacientes que foram randomizados para duas modalidades de psicoterapia após saírem da internação [61, 62]. Seguindo-se a este, vários estudos que avaliaram o TF excluem da randomização pacientes que apresentem critérios de internação [66, 69, 72]. Aparentemente, os pacientes incluídos nos estudos sobre TM apresentam maior gravidade de sintomas do que aqueles incluídos nos estudos sobre TF. Portanto, estes estudos não podem ser comparados considerando-se apenas as taxas de recuperação de sintomas de AN.

6.2.2.5 Evolução das comorbidades psiquiátricas

Ao final do tratamento, ambos os grupos apresentaram evolução positiva das comorbidades psiquiátricas, com uma proporção significativa de pacientes apresentando remissão dos sintomas das comorbidades, sem diferença significativa entre os grupos ($p=0,216$). Estes resultados demonstram que o tratamento oferecido para as comorbidades psiquiátricas foi efetivo em ambos os grupos.

Assim como relatado previamente na literatura [30, 32, 133], neste estudo as comorbidades mais frequentes foram a depressão (43,2%), seguida pelos transtornos ansiosos (22,7%) e pelo TOC (6,8%). Houve pacientes que apresentaram dois diagnósticos de comorbidades psiquiátricas associado a AN (18,2%). Entre os transtornos ansiosos, a maioria das pacientes apresentou o diagnóstico de TAG. É relatado que os transtornos ansiosos mais

frequentes em pacientes com AN são o TAG e a fobia social [30]. Em contraste com achados prévios, neste estudo não foi encontrada alta prevalência de fobia social, com apenas uma paciente apresentando este diagnóstico na avaliação inicial.

O tratamento oferecido para as comorbidades psiquiátricas foi medicamentoso, sendo que os medicamentos de escolha para ansiedade, TOC ou depressão, foram os antidepressivos inibidores da recaptação de serotonina [134, 135]. Pacientes que apresentaram sintomas de auto ou heteroagressividade secundários a AN ou a depressão, receberam antipsicóticos atípicos em associação [38].

Para pacientes que apresentam comorbidades psiquiátricas em associação ao diagnóstico de AN, é preconizado que o tratamento das comorbidades seja realizado concomitantemente ao tratamento da AN [33, 38, 43]. A presença de comorbidades psiquiátricas tem sido relatada como fator de mau prognóstico da AN [39]. Assim como a presença de outros sintomas psiquiátricos interfere na evolução da AN, o extremo baixo peso pode interferir na resposta ao tratamento com medicamentos antidepressivos, que tem sua eficácia comprometida devido à desnutrição [38].

6.2.2.6 Avaliação de fatores preditivos de resposta a tratamento

O grupo que recebeu o TM apresentou um número maior de pacientes com sintomas purgativos e com comorbidades psiquiátricas do que o grupo que recebeu o TF. A presença destes fatores pode interferir negativamente na resposta ao tratamento para AN [32, 39, 104, 106]. Com base em revisão da literatura, foram considerados outros possíveis fatores de mau prognóstico: maior idade de início de sintomas, maior tempo de sintomas, baixo peso no início do tratamento, e pacientes provenientes de famílias não-tradicionais [5, 66, 131]. Para avaliar se houve interferência de algum destes fatores na resposta ao tratamento neste estudo, foi realizada análise de resultados controlando-se estas variáveis através de um modelo de regressão logística.

O resultado da análise demonstrou que a única variável que interferiu de forma significativa na resposta ao tratamento foi o maior tempo de duração de sintomas, tanto no TF

quanto no TM. Ou seja, mesmo com algumas diferenças entre os dois grupos, a resposta ao tratamento parece ser semelhante entre ambos e o maior tempo de duração de sintomas piora o prognóstico da AN independentemente da modalidade de tratamento utilizada. Apesar do grupo que recebeu o TM ter maior presença de sintomas purgativos e de comorbidades psiquiátricas, estes fatores parecem não ter interferido de forma significativa na resposta ao tratamento neste grupo.

O tempo médio de evolução sintomas da população total incluída no estudo foi de 12,27 meses, o que pode contribuir para o agravamento da sintomatologia da AN e para a interrupção dos ciclos menstruais. Apesar de parte destas pacientes terem buscado outras formas de tratamento antes de serem atendidas no PROTAD, aparentemente estes tratamentos não foram efetivos. A falta de recursos especializados no tratamento de TA aumenta o tempo de espera por tratamento e consequentemente o tempo de evolução e a gravidade dos sintomas.

O prognóstico da AN em pacientes adultas é reconhecidamente pior do que em pacientes adolescentes, com maiores taxas de cronicidade e de mortalidade [8, 37, 38, 106, 132]. Pacientes com início tardio dos sintomas alimentares apresentam pior prognóstico. No entanto, muitas pacientes que apresentam este diagnóstico na vida adulta tiveram o início do quadro na adolescência, apresentando longo tempo de duração de sintomas, o que contribui de forma significativa para o pior prognóstico [7, 39].

Por outro lado, o diagnóstico e o tratamento precoces da AN contribuem de forma positiva para a remissão de sintomas após o tratamento [39, 104, 132]. Desde os primeiros estudos sobre o TF há evidências de que pacientes com tempo de evolução de sintomas inferior a três anos apresentam melhor evolução com esta metodologia de tratamento [61, 62]. Mesmo em pacientes que recebem tratamento, o maior tempo de evolução de sintomas aumenta o risco de cronicidade. Em estudo de seguimento de pacientes adultas com sintomas de AN por mais de 10 anos, foi verificado que aquelas que evoluíram cronicamente apresentaram tempo médio de duração de sintomas na primeira avaliação de 4,5 anos, enquanto as pacientes que tiveram evolução positiva tiveram um tempo médio de duração de sintomas de 2,4 anos [106].

Os dados apresentados fortalecem a relevância dos resultados obtidos neste estudo. Tanto o TF quanto o TM demonstraram-se efetividade no tratamento da AN em adolescentes.

No entanto, ambos apresentam melhores resultados quando iniciados precocemente, o que reforça a necessidade de maior disponibilidade de serviços especializados para o tratamento de AN, evitando que os pacientes tenham que aguardar por longos períodos para conseguirem tratamento.

No TF, é necessária a participação de toda a família do tratamento. Em estudo prévio, foi demonstrado que pacientes provenientes de famílias não-tradicionais necessitam de um tempo maior de tratamento [66], no entanto neste estudo esta variável não interferiu no resultado do TF. Possivelmente, mesmo morando com apenas um dos pais, é necessária uma boa estrutura familiar e um bom relacionamento entre os membros da família para que todos aceitem participar desta modalidade de tratamento, fatores que contribuem para o bom prognóstico [39, 41].

Foi relatado anteriormente que famílias com alto grau de críticas dos pais em relação aos filhos apresentam pior prognóstico quando a família é tratada em sessões familiares conjuntas [73]. Pacientes com problemas graves de relacionamento familiar podem necessitar de adaptações do TF em que pais e filhos são tratados separadamente ou podem se beneficiar de outras modalidades, como o TM, em que não é necessária a participação de todos de forma simultânea, mas a inclusão dos pais no tratamento ocorre em momentos específicos como o grupo de mães e a orientação nas consultas médicas e nutricionais [77].

Além disso, pacientes com maior tempo e gravidade de sintomas alimentares, e com comorbidades psiquiátricas severas podem necessitar de maior tempo de tratamento ou de tratamentos com associação de múltiplas intervenções, como o TM [38, 43, 47, 131]. Em estudo que comparou o TF de curta e de longa duração, pacientes com maior gravidade de sintomas e comorbidades apresentaram melhor resposta a modalidade de longa duração [66, 67]. No entanto, os resultados obtidos neste estudo não são suficientes para esclarecer se existe um perfil de pacientes mais indicado para cada modalidade de tratamento. São necessários mais estudos controlados, preferencialmente randomizados, e com populações mais amplas para esclarecer esta questão.

6.2.3 Comparação de custos de tratamento

O avaliação de custos das duas modalidades de tratamento deste estudo, TF e TM, evidenciou que o custo do TM (R\$ 1.538,99) é aproximadamente o dobro do custo do TF (R\$ 693,83 - 807,64). Estes cálculos foram realizados apenas com base nos custos diretos destas intervenções, de acordo com os honorários de profissionais envolvidos nos tratamentos. O TM envolve a participação de uma equipe de profissionais especializados no atendimento direto de cada paciente, enquanto no TF apenas um profissional é responsável pelo atendimento direto da família, contando com uma equipe de profissionais na retaguarda para as avaliações e supervisão dos casos. A diferença considerável nos custos entre as duas intervenções se deve ao número de profissionais envolvidos, mas também aos diferentes tempos médios de duração dos tratamentos. Ainda que seja feita uma estimativa considerando o mesmo tempo de tratamento para as duas modalidades (6 meses), o custo do TM permanece sendo 44-67% maior que o custo do TF.

No Brasil, há uma escassez de recursos especializados para o tratamento de adolescentes com AN. A população estimada de jovens acometidas pela AN no país está em torno de 84.500 pacientes⁵. Para atender esta demanda, são necessários serviços especializados, que ofereçam modalidades de tratamento com eficácia bem estabelecida e com melhor relação custo-efetividade, de acordo com as evidências disponíveis na literatura científica [78].

O impacto econômico da AN para o indivíduo e para a sociedade é comparável ao da esquizofrenia, que é o transtorno psiquiátrico mais incapacitante. As internações de pacientes com AN apresentam custos significativamente altos [80, 83], mas sua eficácia não é superior a de tratamentos ambulatoriais [45, 76]. A necessidade de maior disponibilidade de intervenções ambulatoriais que possam ser iniciadas precocemente representa não apenas um benefício econômico, mas a possibilidade de melhorar o prognóstico de pacientes com AN [108, 136].

Na análise realizada neste estudo, não foram considerados custos indiretos associados ao tratamento, como despesas relacionadas a contas de consumo, manutenção de instalações

⁵ De acordo com dados do IBGE, a população de meninas de 15 a 19 anos (faixa etária mais acometida pela AN) é de 8.450.000. Para estimativa, foi considerada prevalência de AN de 1%.

do ambulatório e equipe de profissionais não envolvidos diretamente com o tratamento; ou os custos da AN para a sociedade como o uso de outros recursos de saúde, o uso de recursos da comunidade e a perda de dias de trabalho ou escolares do paciente e da família. Para uma análise mais adequada de custo-efetividade, teriam que ser considerados os custos diretos e indiretos de tratamento, comparando-os com os custos das consequências sofridas pelos pacientes caso não tratados [137].

Estudos anteriores que realizaram análises de custo-efetividade estimam que ainda que os tratamentos especializados para AN tenham custos elevados, a economia que eles proporcionam em uso de recursos da comunidade e redução de perdas para pacientes e familiares é considerável, estimando-se que a cada ano de vida livre de doença a economia seria em torno de US\$ 30.180 (R\$ 50.702)⁶ [82, 84].

Apesar de não terem sido considerados os custos indiretos associados a AN neste estudo, com a análise realizada foi possível estimar a relação entre os custos do TM e do TF. Como as populações dos dois grupos e os resultados dos tratamentos foram semelhantes, a comparação entre os custos indica que realmente há uma diferença considerável entre os custos do TF e do TM.

Considerando a necessidade de expansão de serviços especializados para o tratamento da AN em adolescentes, os custos diretos do TM são aproximadamente o dobro dos custos do TF. Além disso, o TM envolve a necessidade de treinamento de uma equipe especializada de médicos, psicólogos e nutricionistas, cada um dentro de área de atuação [77]. Por outro lado, o TF é uma intervenção única, disponível em manual e que pode ser aplicada por profissionais da área de saúde, médicos ou não, com a supervisão de um especialista no método [60]. O TF é uma intervenção que tem sido tradicionalmente estudada para o tratamento da AN em adolescentes em outros países, que se mostrou tão efetiva quanto o TM na população de adolescentes brasileiras avaliadas neste estudo, mas com custos consideravelmente inferiores e mais facilmente disseminável para profissionais da área de saúde em novos centros de tratamento.

⁶ Cotação: 1US\$=R\$ 1,68 em 28/10/2011 (Fonte: Thomson Reuters)

6.3 Limitações do estudo

As limitações relacionadas ao delineamento de pesquisa utilizado foram: a utilização de controles históricos e a comparação de duas modalidades de tratamento sem distribuição aleatória de pacientes entre os grupos. Na seleção de pacientes para o grupo controle, as amostras foram pareadas de acordo com os critérios de inclusão no estudo, no entanto algumas variáveis não puderam ser controladas e os grupos foram tratados em épocas diferentes. As pacientes não foram alocadas de forma aleatória entre as duas modalidades de tratamento, o que permite a possibilidade de vieses de seleção, ainda que tenham sido definidos critérios de inclusão e seleção de controles para evitá-los.

A seleção retrospectiva do grupo controle não permitiu que o EDE-Q fosse aplicado neste grupo, pois esta medida não estava disponível em português no momento em que as pacientes foram avaliadas. Devido a isto, não foi possível comparar a evolução desta medida entre os grupos.

Houve diferenças nas características clínicas da amostra em relação aos sintomas purgativos e às comorbidades psiquiátricas, resultando em dois grupos com perfis diferentes nestes aspectos, o que pode ter interferido nos resultados encontrados.

Os tempos de tratamento das duas modalidades avaliadas foram diferentes, o que se deve ao fato de ter sido feita a comparação de um tratamento com tempo e número de sessões pré-estabelecidas (TF) a um tratamento realizado em um ambulatório clínico, em que o tempo de tratamento não é pré-definido (TM). A realização de um ensaio clínico randomizado, em que ambas as modalidades de tratamento tivessem tempos pré-definidos e as avaliações pudessem ser feitas no mesmo intervalo de tempo, poderia controlar esta limitação.

O número total de pacientes incluídas no estudo é restrito e foram incluídas apenas pacientes do sexo feminino. Além disso, a população é representada por uma maioria proveniente de classes sociais A e B, que estuda em escola privada e mora com ambos os pais. Estas características não permitem afirmar que estas modalidades de tratamento possam ser efetivas para todos os adolescentes brasileiros com AN, sem que sejam realizados estudos com populações mais amplas que confirmem os resultados obtidos.

Na análise de custos de tratamento, existem limitações por não terem sido calculados os custos indiretos dos tratamentos e por não ter sido realizada uma análise de custo-efetividade, que permitiria quantificar não apenas os custos com o tratamento, mas os custos de vida dos pacientes avaliados e o quanto se economiza com o tratamento.

6.4 Diretrizes futuras

Este foi o primeiro estudo que comparou os resultados do TF e do TM em adolescentes com AN. Tanto o TF quanto o TM demonstraram-se alternativas efetivas de tratamento para AN em adolescentes, mas o custo do TF foi consideravelmente inferior ao custo do TM. Ambas as modalidades apresentam aspectos a serem considerados em sua aplicabilidade na prática clínica e em pesquisas futuras.

6.4.1 Diretrizes para a prática clínica

As pacientes incluídas no estudo são provenientes da população de pacientes que procuraram o ambulatório do PROTAD ao longo dos anos, o que torna os resultados obtidos na pesquisa bastante próximos da realidade e aplicáveis na prática clínica.

No TF, é necessária a disponibilidade da família em comparecer as sessões, o que talvez não seja possível em famílias com dificuldades graves de relacionamento familiar ou muito desorganizadas. As famílias brasileiras tiveram uma boa aceitação do TF, o método foi efetivo e parece ser mais facilmente disseminável para outros centros, devido a seu custo ser mais acessível que o do TM, e a possibilidade de treinamento e supervisão de profissionais através do manual de tratamento.

As pacientes tratadas pelo TF neste estudo apresentaram uma frequência menor de sintomas purgativos e de comorbidades psiquiátricas do que o grupo tratado com o TM. Estudos anteriores sobre o TF sugerem que pacientes com maior gravidade de sintomas alimentares ou comorbidades psiquiátricas podem necessitar de maior tempo de tratamento e

de um maior número de sessões para atingir a remissão dos sintomas, o que pode ser considerado na aplicação do TF na prática clínica.

No TM são utilizadas múltiplas intervenções associadas, o que faz com os custos desta modalidade de tratamento sejam mais elevados. O grupo que recebeu o TM era constituído de pacientes com maior frequência de sintomas purgativos e de comorbidades psiquiátricas. No entanto, estes fatores parecem não ter interferido de forma significativa em seus resultados. O tempo médio de tratamento no grupo TM foi maior do que no grupo TF. A flexibilidade do tempo de tratamento pode beneficiar os pacientes que apresentam sintomas mais graves, que podem demorar mais tempo para obter a remissão dos sintomas.

Independentemente da modalidade de tratamento, a inclusão da família é fundamental para o tratamento da AN em adolescentes. No TF, a família é atendida em conjunto e as decisões sobre o tratamento são tomadas pela família. No TM, os pais ou responsáveis participam do tratamento e são orientados pela equipe, mas não há a obrigatoriedade de que todos participem ao mesmo tempo. Em casos de famílias em que não há disponibilidade de todos comparecerem ao tratamento, o TM parece ser uma boa opção.

6.4.2 Diretrizes para pesquisas futuras

Com base nos resultados obtidos neste estudo, as diretrizes futuras para pesquisas sobre o tratamento da AN em adolescentes devem considerar: a necessidade de inclusão de um maior número de pacientes e de pacientes do sexo masculino, a possibilidade de disseminação do TF para outros centros de tratamento no Brasil, a possibilidade de realização de ensaios clínicos randomizados para estabelecer se existem perfis de pacientes mais indicados para alguma das modalidades de tratamento, a realização de análises de custo-efetividade de tratamento, e o acompanhamento em avaliações de seguimento a longo prazo das pacientes que participaram deste estudo.

7 Conclusão

Os resultados deste estudo demonstraram a aplicabilidade do TF em adolescentes brasileiras com AN, com efetividade comparável a de estudos prévios sobre o método, realizados em países de língua inglesa. A comparação de resultados entre o TF e o TM evidenciou que ambos os métodos são igualmente efetivos em relação a: recuperação de peso, remissão de sintomas de AN e melhora do funcionamento global das adolescentes.

Em ambas as modalidades de tratamento, o tempo de duração de sintomas de AN foi identificado como um fator preditivo de resposta a tratamento. Pacientes com maior tempo de sintomas apresentaram menores chances de resposta, tanto ao TF quanto ao TM.

A comparação de custos entre as duas modalidades de tratamento evidenciou que os custos diretos do TM são aproximadamente o dobro dos custos do TF. O TF apresenta custos consideravelmente inferiores ao TM, além de estar disponível em manual e poder ser aplicado por apenas um profissional capacitado; características que o tornam mais acessível e mais facilmente disseminável para outros centros de tratamento, reduzindo o tempo de espera e melhorando o prognóstico de adolescentes com AN.

Referências bibliográficas⁷

1. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à saúde*. 10ª revisão. São Paulo: Universidade de São Paulo, Organização Mundial da Saúde, 1997.
2. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Revised 4th ed. Washington DC: American Psychiatry Association, 2000.
3. BRAVENDER, T. et al. *Classification of child and adolescent eating disturbances. Workgroup for Classification of Eating Disorders in Children and Adolescents (WCEDCA)*. Int J Eat Disord, **40 Suppl**: p. S117-22, 2007.
4. WEINBERG, C., CORDÁS T.A. *Do altar às passarelas: da anorexia santa à anorexia nervosa*. São Paulo: Annablume, 2006. 110p.
5. MILLER, M.N., PUMARIEGA, A.J. *Culture and eating disorders: a historical and cross-cultural review*. Psychiatry, **64**(2): p. 93-110, 2001.
6. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3rd ed. Washington DC: American Psychiatric Association, 1980.
7. HOEK, H.W., VAN HOEKEN D. *Review of the prevalence and incidence of eating disorders*. Int J Eat Disord, **34**(4): p. 383-96, 2003.
8. LUCAS, A.R. et al. *50-year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minn.: a population-based study*. Am J Psychiatry, **148**(7): p. 917-22, 1991.
9. LUCAS, A.R. et al. *The ups and downs of anorexia nervosa*. Int J Eat Disord, **26**(4): p. 397-405, 1999.
10. MAKINO, M., TSUBOI, K., DENNERSTEIN, L. *Prevalence of eating disorders: a comparison of Western and non-Western countries*. MedGenMed, **6**(3): p. 49, 2004.
11. BENNETT, D. et al. *Anorexia nervosa among female secondary school students in Ghana*. Br J Psychiatry, **185**: p. 312-7, 2004.
12. HUDSON, J.I. et al. *The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication*. Biol Psychiatry, **61**(3): p. 348-58, 2007.
13. MACHADO, P.P. et al. *The prevalence of eating disorders not otherwise specified*. Int J Eat Disord, **40**(3): p. 212-7, 2007.
14. PELAEZ-FERNANDEZ, M.A., LABRADOR, F.J., RAICH, R.M. *Prevalence of eating disorders among adolescent and young adult scholastic population in the region of Madrid (Spain)*. J Psychosom Res, **62**(6): p. 681-90, 2007.
15. BULIK, C.M. et al. *Prevalence, heritability, and prospective risk factors for anorexia nervosa*. Arch Gen Psychiatry, **63**(3): p. 305-12, 2006.

⁷ Sistema numérico, de acordo com Associação Brasileira de Normas Técnicas, NBR 6023.

16. FAIRBURN, C.G., BOHN, K. *Eating disorder NOS (EDNOS): an example of the troublesome "not otherwise specified" (NOS) category in DSM-IV*. Behav Res Ther, **43**(6): p. 691-701, 2005.
17. FLEITLICH-BILYK, B., GOODMAN, R. *Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, **43**(6): p. 727-34, 2004.
18. MOYA, T., B. FLEITLICH-BILYK, B., GOODMAN, R. *Brief report: young people at risk for eating disorders in Southeast Brazil*. J Adolesc, **29**(2): p. 313-7, 2006.
19. NUNES, M.A. et al. *Prevalence of abnormal eating behaviours and inappropriate methods of weight control in young women from Brazil: a population-based study*. Eat Weight Disord, **8**(2): p. 100-6, 2003.
20. ALVES, E. et al. *Prevalence of symptoms of anorexia nervosa and dissatisfaction with body image among female adolescents in Florianopolis, Santa Catarina State, Brazil*. Cad Saude Publica, **24**(3): p. 503-12, 2008.
21. MOYA, T., B. FLEITLICH-BILYK, B. *Waiting lists for treatment of eating disorders in childhood and adolescence*. Rev Bras Psiquiatr, **25**(4): p. 259-60, 2003.
22. BRYANT-WAUGH, R., LASK, B. *Overview of the eating disorders*. In: LASK, B., BRYANT-WAUGH, R. (Ed.). *Eating disorders in childhood and adolescence*. Hove: Routledge, 2007. p. 35-50.
23. PINZON, V. *Anorexia e Bulimia nervosa: quadro clínico e comorbidades*. In: WEINBERG, C. (Ed.). *Transtornos alimentares na infância e adolescência: uma visão multidisciplinar*. São Paulo: Sá editora, 2008. p. 77-88.
24. DE ONIS, M. et al. *Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents*. Bull World Health Organ, **85**(9): p. 660-7, 2007.
25. KUCZMARSKI, R.J. et al. *CDC growth charts: United States*. Adv Data, (314): p. 1-27, 2000.
26. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. COMMITTEE ON ADOLESCENCE. *Identifying and treating eating disorders*. Pediatrics, **111**(1): p. 204-11, 2003.
27. FLEITLICH-BILYK, B., LOCK, J. *Eating disorders*. In: BANASCHEWSKI, T., ROHDE, L.A. (Ed.) *Biological Child Psychiatry: recent trends and developments*. Basel: Karger, 2008 p. 138-152.
28. MOYA, T. et al. *The Eating Disorders Section of the Development and Well-Being Assessment (DAWBA): development and validation*. Rev Bras Psiquiatr, **27**(1): p. 25-31, 2005.
29. PINHAS, L., STEINEGGER, M.C., KATZMAN, D. *Clinical assessment and physical complications*. In: LASK, B., BRYANT-WAUGH, R. (Ed.). *Eating disorders in childhood and adolescence*. Hove: Routledge, 2007. p. 99-124.
30. GODART, N.T. et al. *Comorbidity between eating disorders and anxiety disorders: a review*. Int J Eat Disord, **32**(3): p. 253-70, 2002.
31. O'BRIEN, K.M., VINCENT, N.K. *Psychiatric comorbidity in anorexia and bulimia nervosa: nature, prevalence, and causal relationships*. Clin Psychol Rev, **23**(1): p. 57-74, 2003.

32. LEWINSOHN, P.M., STRIEGEL-MOORE, R.H., SEELEY, J.R. *Epidemiology and natural course of eating disorders in young women from adolescence to young adulthood*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, **39**(10): p. 1284-92, 2000.
33. LASK, B., BRYANT-WAUGH, R. *Overview of management*, In: LASK, B., BRYANT-WAUGH, R. (Ed.). *Eating disorders in childhood and adolescence*. Hove: Routledge, 2007. p. 149-175.
34. PINZON, V. et al. *Peculiaridades do tratamento da anorexia e da bulimia nervosa na adolescência: a experiência do PROTAD*. Rev Psiq Clin, **31**(4): p. 167-169, 2004.
35. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM-V Development*, 2010. Disponível em: <http://www.dsm5.org/>. Acesso em: 23 de novembro de 2011.
36. ATTIA, E., ROBERTO, C.A. *Should amenorrhea be a diagnostic criterion for anorexia nervosa?* Int J Eat Disord, **42**(7): p. 581-9, 2009.
37. PAPADOPOULOS, F.C. et al. *Excess mortality, causes of death and prognostic factors in anorexia nervosa*. Br J Psychiatry, **194**(1): p. 10-7, 2009.
38. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Treatment of patients with eating disorders, 3rd edition*. Am J Psychiatry, **163**(7 Suppl): p. 4-54, 2006.
39. STEINHAUSEN, H.C. *The outcome of anorexia nervosa in the 20th century*. Am J Psychiatry, **159**(8): p. 1284-93, 2002.
40. STEINHAUSEN, H.C. *Outcome of eating disorders*. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am, **18**(1): p. 225-42, 2009.
41. GOWERS, S., DOHERTY, F. *Outcome and prognosis*. In: LASK, B., BRYANT-WAUGH, R. (Ed.). *Eating disorders in childhood and adolescence*. Hove: Routledge, 2007. p. 75-96.
42. COUTURIER, J., LOCK, J. *What is remission in adolescent anorexia nervosa? A review of various conceptualizations and quantitative analysis*. Int J Eat Disord, **39**(3): p. 175-83, 2006.
43. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. *Eating disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders: a national clinical practice guideline*. London: NICE, 2004.
44. ROBIN, A.L., GILROY, M., DENNIS, A.B. *Treatment of eating disorders in children and adolescents*. Clin Psychol Rev, **18**(4): p. 421-46, 1998.
45. GOWERS, S.G. et al. *Clinical effectiveness of treatments for anorexia nervosa in adolescents: randomised controlled trial*. Br J Psychiatry, **191**: p. 427-35, 2007.
46. ROBERGEAU, K., JOSEPH, J., SILBER, T.J. *Hospitalization of children and adolescents for eating disorders in the State of New York*. J Adolesc Health, **39**(6): p. 806-10, 2006.
47. GOWERS, S., BRYANT-WAUGH, R. *Management of child and adolescent eating disorders: the current evidence base and future directions*. J Child Psychol Psychiatry, **45**(1): p. 63-83, 2004.

48. CASPER, R.C. *How useful are pharmacological treatments in eating disorders?* Psychopharmacol Bull, **36**(2): p. 88-104, 2002.
49. HAY, P.J., CLAUDINO, A.M. *Clinical psychopharmacology of eating disorders: a research update.* Int J Neuropsychopharmacol: p. 1-14, 2011. In press.
50. BULIK, C.M. et al. *Anorexia nervosa treatment: a systematic review of randomized controlled trials.* Int J Eat Disord, **40**(4): p. 310-20, 2007.
51. MINUCHIN, S., ROSMAN, B.L., BAKER, L. *Psychosomatic families. Anorexia Nervosa in context.* Cambridge: Harvard University Press, 1978.
52. EMANUELLI, F. et al. *Family functioning in anorexia nervosa: British and Italian mothers' perceptions.* Eating Behaviors, **4**: p. 27-39, 2003.
53. LE GRANGE, D. *The Maudsley family-based treatment for adolescent anorexia nervosa.* World Psychiatry, **4**(3): p. 142-6, 2005.
54. HONIG, P., *Family approaches. Evidence-based and collaborative practice.* In: LASK, B., BRYANT-WAUGH, R. (Ed.). *Eating disorders in childhood and adolescence.* Hove: Routledge, 2007. p. 215-228.
55. SELVINI-PALAZZOLI, M. *Self-starvation: From the intrapsychic to the transpersonal approach.* London: Chaucer, 1974.
56. MINUCHIN, S., ROSMAN, B.L., BAKER, L. *The outcome.* In: MINUCHIN, S., ROSMAN, B.L., BAKER, L. (Ed.) *Psychosomatic families. Anorexia Nervosa in context.* Cambridge: Harvard University Press, 1978. p. 126-138.
57. MINUCHIN, S., LEE, W., SIMON, G.M. *Terapias familiares: prática clínica e supervisão.* In: MINUCHIN, S., LEE, W., SIMON, G.M. (Ed.) *Dominando a terapia familiar.* Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 62-83.
58. LOCK, J. *Treating adolescents with eating disorders in the family context. Empirical and theoretical considerations.* Child Adolesc Psychiatr Clin N Am, **11**(2): p. 331-42, 2002.
59. DARE, C. *The family therapy of anorexia nervosa.* J Psychiatr Res, **19**(2-3): p. 435-43, 1985.
60. LOCK, J. et al. *Treatment Manual for anorexia nervosa: a Family-based Approach.* New York: The Guilford Press, 2001.
61. RUSSELL, G.F. et al. *An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa.* Arch Gen Psychiatry, **44**(12): p. 1047-56, 1987.
62. EISLER, I. et al. *Family and individual therapy in anorexia nervosa. A 5-year follow-up.* Arch Gen Psychiatry, **54**(11): p. 1025-30, 1997.
63. EISLER, I. et al. *Family therapy for adolescent anorexia nervosa: the results of a controlled comparison of two family interventions.* J Child Psychol Psychiatry, **41**(6): p. 727-36, 2000.
64. ROBIN, A.L. et al. *Family therapy versus individual therapy for adolescent females with anorexia nervosa.* J Dev Behav Pediatr, **15**(2): p. 111-6, 1994.

65. ROBIN, A.L. et al. *A controlled comparison of family versus individual therapy for adolescents with anorexia nervosa*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, **38**(12): p. 1482-9, 1999.
66. LOCK, J. et al. *A comparison of short- and long-term family therapy for adolescent anorexia nervosa*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, **44**(7): p. 632-9, 2005.
67. LOCK, J., COUTURIER, J., AGRAS, W.S. *Comparison of long-term outcomes in adolescents with anorexia nervosa treated with family therapy*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, **45**(6): p. 666-72, 2006.
68. LOCK, J. et al. *Is family therapy useful for treating children with anorexia nervosa? Results of a case series*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, **45**(11): p. 1323-8, 2006.
69. LOEB, K.L. et al. *Open trial of family-based treatment for full and partial anorexia nervosa in adolescence: evidence of successful dissemination*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, **46**(7): p. 792-800, 2007.
70. PAULSON-KARLSSON, G., ENGSTROM, I., NEVONEN, L. *A pilot study of a family-based treatment for adolescent anorexia nervosa: 18- and 36-month follow-ups*. Eat Disord, **17**(1): p. 72-88, 2009.
71. COUTURIER, J., ISSERLIN, L., LOCK, J. *Family-based treatment for adolescents with anorexia nervosa: a dissemination study*. Eat Disord. **18**(3): p. 199-209, 2010.
72. LOCK, J. et al. *Randomized clinical trial comparing family-based treatment with adolescent-focused individual therapy for adolescents with anorexia nervosa*. Arch Gen Psychiatry. **67**(10): p. 1025-32, 2010.
73. EISLER, I. et al. *A randomised controlled treatment trial of two forms of family therapy in adolescent anorexia nervosa: a five-year follow-up*. J Child Psychol Psychiatry, **48**(6): p. 552-60, 2007.
74. FISHER, C.A., S.E. HETRICK, and N. RUSHFORD, *Family therapy for anorexia nervosa*. Cochrane Database Syst Rev, **14**(4), 2010.
75. TURKIEWICZ, G. *Fatores de risco para o desenvolvimento dos transtornos alimentares*. In: WEINBERG, C. (Ed.). *Transtornos alimentares na infância e adolescência: uma visão multidisciplinar*. São Paulo: Sá editora, 2008. p. 59-76.
76. CRISP, A.H. et al. *A controlled study of the effect of therapies aimed at adolescent and family psychopathology in anorexia nervosa*. Br J Psychiatry, **159**: p. 325-33, 1991.
77. WEINBERG, C. *Transtornos alimentares na infância e adolescência: uma visão multidisciplinar*. São Paulo: Sá editora, 2008. 235p.
78. FLEITLICH-BILYK, B. *Saúde mental e transtornos alimentares em crianças e adolescentes no Brasil: a importância da criação de serviços especializados*. In: WEINBERG, C. (Ed.). *Transtornos alimentares na infância e adolescência: uma visão multidisciplinar*. São Paulo: Sá editora, 2008. p. 9-19.
79. SIMON, J., SCHIMIDT, U., PILLING, S. *The health service use and cost of eating disorders*. Psychol Med, **35**(11): p. 1543-51, 2005.

80. Striegel-Moore, R.H., et al., *One-year use and cost of inpatient and outpatient services among female and male patients with an eating disorder: evidence from a national database of health insurance claims*. Int J Eat Disord, 2000. **27**(4): p. 381-9.
81. Lock, J., J. Couturier, and W.S. Agras, *Costs of remission and recovery using family therapy for adolescent anorexia nervosa: a descriptive report*. Eat Disord, 2008. **16**(4): p. 322-30.
82. Crow, S.J. and J.A. Nyman, *The cost-effectiveness of anorexia nervosa treatment*. Int J Eat Disord, 2004. **35**(2): p. 155-60.
83. Meads, C., L. Gold, and A. Burls, *How is outpatient care compared to inpatient care for treatment of anorexia nervosa? A sistematic review*. Eur Eat Disorders Rev, 2001. **9**: p. 229-241.
84. BYFORD, S. et al. *Economic evaluation of a randomised controlled trial for anorexia nervosa in adolescents*. Br J Psychiatry, **191**: p. 436-40, 2007.
85. YOUTHINMIND. *DAWBA Information for researchers and clinicians about the Development and well-being assessment*. Disponível em: <http://www.dawba.com> Acesso em: 23 de novembro de 2011.
86. GOODMAN, R. et al. *The Development and Well-Being Assessment: description and initial validation of an integrated assessment of child and adolescent psychopathology*. J Child Psychol Psychiatry, **41**(5): p. 645-55, 2000.
87. FAIRBURN, C.G., BEGLIN, S.J. *Assessment of eating disorders: interview or self-report questionnaire?* Int J Eat Disord, **16**(4): p. 363-70, 1994.
88. SHAFFER, D. et al. *A children's global assessment scale (CGAS)*. Arch Gen Psychiatry, **40**(11): p. 1228-31, 1983.
89. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. *Crítério de classificação econômica Brasil*, 2003. Disponível em: <http://www.abep.org> Acesso em: 23 de novembro de 2011.
90. SERVIÇO DE PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA. *1º Congresso Internacional de Psiquiatria da Infância e Adolescência do SEPIA do IPQ-HCFMUSP*, 2007. Disponível em: <http://www.eventus.com.br/sepia/> Acesso em: 23 de novembro de 2011.
91. GOLDEN, N.H. et al. *Treatment goal weight in adolescents with anorexia nervosa: use of BMI percentiles*. Int J Eat Disord, **41**(4): p. 301-6, 2008.
92. SPSS INC. *Statistical Package for the Social Sciences, version 14.0 for Windows*. Chicago: SPSS Inc, 2005.
93. NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS. *Growthcharts*, 2000. Disponível em: <http://www.cdc.gov/growthcharts> Acesso em: 23 de novembro de 2011.
94. OLIVEIRA, P.B., KITADE, R.D. *Manejo nutricional dos transtornos alimentares na infância e adolescência*. In: WEINBERG, C. (Ed.). *Transtornos alimentares na infância e adolescência: uma visão multidisciplinar*. São Paulo: Sá editora, 2008. p. 131-144.

95. MOYA, T., COMINATO, L. *Complicações Clínicas*. In: WEINBERG, C. (Ed.). *Transtornos alimentares na infância e adolescência: uma visão multidisciplinar*. São Paulo: Sá editora, 2008. p. 89-114.
96. GRAEFF-MARTINS, A.S., FLEITLICH-BILYK, B., PINZON, V. *Grupo de terapia cognitivo-comportamental*. In: WEINBERG, C. (Ed.). *Transtornos alimentares na infância e adolescência: uma visão multidisciplinar*. São Paulo: Sá editora, 2008. p. 145-154.
97. GONZAGA, A.P., NICOLETTI, M. *Grupo de psicoterapia de orientação psicodinâmica*. In: WEINBERG, C. (Ed.). *Transtornos alimentares na infância e adolescência: uma visão multidisciplinar*. São Paulo: Sá editora, 2008. p. 155-178.
98. COBELO, A.W. *A importância da inclusão da família no tratamento multidisciplinar dos transtornos alimentares na infância e adolescência*. In: WEINBERG, C. (Ed.). *Transtornos alimentares na infância e adolescência: uma visão multidisciplinar*. São Paulo: Sá editora, 2008. p. 115-130.
99. NICOLETTI, M. et al. *Grupo psicoeducativo multifamiliar no tratamento dos transtornos alimentares na adolescência*. *Psicologia em estudo*, **15**(1): p. 217-223, 2010.
100. R DEVELOPMENT CORE TEAM. *R Statistical Software, version 2.13.1 for Windows*. Auckland: The R Foundation for Statistical Computing, 2011.
101. TURKIEWICZ, G. et al. *Feasibility, acceptability, and effectiveness of family-based treatment for adolescent anorexia nervosa: an observational study conducted in Brazil*. *Rev Bras Psiquiatr*, **32**(2): p. 169-72, 2010.
102. PEREIRA, T., LOCK, J., OGGINS, J. *Role of therapeutic alliance in family therapy for adolescent anorexia nervosa*. *Int J Eat Disord*, **39**(8): p. 677-84, 2006.
103. MCMASTER, R. et al. *The parent experience of eating disorders: interactions with health professionals*. *Int J Ment Health Nurs*, **13**(1): p. 67-73, 2004.
104. LOCK, J. et al. *Predictors of dropout and remission in family therapy for adolescent anorexia nervosa in a randomized clinical trial*. *Int J Eat Disord*, **39**(8): p. 639-47, 2006.
105. ACKARD, D.M., FULKERSON, J.A., NEYMARK-SZTAINER, D. *Prevalence and utility of DSM-IV eating disorder diagnostic criteria among youth*. *Int J Eat Disord*, **40**(5): p. 409-17, 2007.
106. DETER, H.C., HERZOG, D. *Anorexia nervosa in a long-term perspective: results of the Heidelberg-Mannheim study*. *Psychosomatic Medicine*, **56**: p. 20-27, 1994.
107. WOODSIDE, D.B., CARTER, J.C., BLACKMORE, E. *Predictors of premature termination of inpatient treatment for anorexia nervosa*. *Am J Psychiatry*, **161**: p. 2277-2281, 2004.
108. STEINHAUSEN, H.C. et al. *Course and predictors of rehospitalization in adolescent anorexia nervosa in a multisite study*. *Int J Eat Disord*, **41**(1): p. 29-36, 2008.
109. LEWINSOHN, P.M. et al. *The prevalence and co-morbidity of subthreshold psychiatric conditions*. *Psychol Med*, **34**(4): p. 613-22, 2004.
110. JACOANGELI, F. et al. *Amenorrhea after weight recover in anorexia nervosa: role of body composition and endocrine abnormalities*. *Eat Weight Disord*, **11**(1): p. e20-6, 2006.

111. WARREN, M.P., et al., *Functional hypothalamic amenorrhea: hypoleptinemia and disordered eating*. J Clin Endocrinol Metab, **84**: p. 873-877, 1999.
112. COUTURIER, J.L., LOCK, J. *Denial and minimization in adolescents with anorexia nervosa*. Int J Eat Disord, **39**(3): p. 212-6, 2006.
113. SCHAFFER, D., GOULD, M.S., BRASIC, J. *A children's global assessment scale (CGAS)*. Archives of General Psychiatry, **40**: p. 1228-1231, 1983.
114. NEUMARK-SZTAINER, D. et al. *Ethnic/racial differences in weight-related concerns and behaviors among adolescent girls and boys: findings from project EAT*. J Psychosom Res, **53**: p. 963-974, 2002.
115. LEE, H.Y., LOCK, J. *Anorexia nervosa in Asian-American adolescents: do they differ from their non-Asian peers*. Int J Eat Disord, **40**: p. 227-231, 2007.
116. CRAGO, M., SHISLAK, C.M., ESTES, L.S. *Eating disturbances among American minority groups: a review*. Int J Eat Disord, **19**: p. 239-248, 1996.
117. FAIRBURN, C.G. *Evidence-based treatment of anorexia nervosa*. Int J Eat Disord, **37** Suppl: p. S26-30; discussion S41-2, 2005.
118. LOCK, J. *Treatment of adolescent eating disorders: progress and challenges*. Minerva Psichiatr, **51**(3): p. 207-216, 2010.
119. GOWERS, S. et al. *Outcome of outpatient psychotherapy in a random allocation treatment study of anorexia nervosa*. Int J Eat Disord, **15**(2): p. 165-77, 1994.
120. LAUER, C.J. et al. *Neuropsychological assessments before and after treatment in patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa*. Journal of Psychiatric Research, **33**: p. 129-138, 1999.
121. DUCHESNE, M. et al. *Neuropsychology of eating disorders: a systematic review of the literature*. Rev Bras Psiquiatr, **26**(2): p. 107-117, 2004.
122. TCHANTURIA, K. et al. *Neuropsychological studies in anorexia nervosa*. Int J Eat Disord, **37**: P. S72-S76, 2005.
123. GOLDEN, N.H. et al. *Resumption of menses in anorexia nervosa*. Arch Pediatr Adolesc Med, **151**: p. 16-21, 1997.
124. WEINBERG, C. *Adolescência e transtornos alimentares*. In: WEINBERG, C. (Ed.). *Transtornos alimentares na infância e adolescência: uma visão multidisciplinar*. São Paulo: Sá editora, 2008. p. 47-58.
125. GOODMAN, R., SCOTT, S. *Assessment*. In: GOODMAN, R., SCOTT, S. (Ed.). *Child Psychiatry*. London: Blackwell Publishing, 2005. p. 3-21.
126. GILLBERG, I.C. et al. *Cognitive and executive functions in anorexia nervosa ten years after onset of eating disorder*. Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, **29**(2): p. 170-178, 2007.
127. LE GRANGE, D. *Family therapy for adolescent anorexia nervosa*. J Clin Psychol, **55**: p. 727-739, 1999.

128. KRAUTTER, T., LOCK, J. *Is manualized family-based treatment for adolescent anorexia nervosa acceptable to patients? Patient satisfaction at the end of treatment.* Journal of Family Therapy, **26**: p. 66-82, 2004.
129. COUTURIER, J., LOCK, J. *What is recovery in adolescent anorexia nervosa?* Int J Eat Disord, **39**(7): p. 550-5, 2006.
130. HOUSE, J. et al. *Diagnosing eating disorders in adolescents: a comparison of the eating disorder examination and the development and well-being assessment.* Int J Eat Disord, **41**(6): p. 535-41, 2008.
131. CASTRO-FORNIELES, J. et al. *Predictors of weight maintenance after hospital discharge in adolescent anorexia nervosa.* Int J Eat Disord, **40**: p. 129-135, 2007.
132. KORNDORFER, S.R. et al. *Long-term survival of patients with anorexia nervosa: a population-based study in Rochester, Minn.* Mayo Clin Proc, **78**: p. 278-284, 2003.
133. KAYE, W.H. et al. *Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa.* Am J Psychiatry, **161**(12): p. 2215-21, 2004.
134. SMIGA, S.M., ELLIOTT, G.R. *Psychopharmacology of depression in children and adolescents.* Pediatr Clin North Am, **58**(1): p. 155-171, 2011.
135. KODISH, I. et al. *Pharmacotherapy for anxiety disorders in children and adolescents.* Pediatr Clin North Am, **58**(1): p. 55-72, 2011.
136. WILLER, M.G., THURAS, P., CROW, S.J. *Implications of the changing use of hospitalization to treat anorexia nervosa.* Am J Psychiatry, **162**: p. 2374-2376, 2005.
137. SILVA, L.K., *Technology assessment and cost-effectiveness analysis in health care: the adoption of technologies and the development of clinical guidelines for the Brazilian national system.* Ciên saúde coletiva, **8**(2): p. 501-520, 2003.

Anexos

Anexo A – Termo de consentimento livre e esclarecido

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP

MODELO DE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME:
- DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº: SEXO: M ☐ F ☐
- DATA NASCIMENTO:/...../.....
- ENDEREÇO: Nº APTO:
- BAIRRO: CIDADE:
- CEP: TELEFONE: DDD (.....)
2. RESPONSÁVEL LEGAL
- NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)
- DOCUMENTO DE IDENTIDADE: SEXO: M ☐ F ☐
- DATA NASCIMENTO:/...../.....
- ENDEREÇO: Nº APTO:
- BAIRRO: CIDADE:
- CEP: TELEFONE: DDD (.....)

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: Tratamento familiar para Anorexia Nervosa: adaptação e avaliação de eficácia em amostra de adolescentes brasileiras.

PESQUISADOR : Dra Bacy Fleitlich-Bilyk

INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº 76370

CARGO/FUNÇÃO: Médica coordenadora do PROTAD (Projeto de atendimento, ensino e pesquisa de transtornos alimentares na infância e adolescência).

UNIDADE DO HCFMUSP: Instituto de Psiquiatria

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO ☒ RISCO MÉDIO ☐

RISCO BAIXO ☐ RISCO MAIOR ☐

4. DURAÇÃO DA PESQUISA : 12 meses

Estas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que visa avaliar a aplicabilidade e eficácia do tratamento familiar para anorexia nervosa em adolescentes brasileiras. O tratamento familiar será realizado através de atendimentos às famílias de pacientes com diagnóstico de anorexia nervosa por terapeutas treinados neste método e com experiência no tratamento de transtornos alimentares na infância e adolescência, e terá duração de seis meses. O tratamento é dividido em três fases e tem como objetivos a recuperação do peso e de hábitos alimentares saudáveis destas pacientes. Antes do início do tratamento, sua filha será avaliada por médico psiquiatra, médico pediatra e nutricionista. Caso o pesquisador responsável por este projeto considere que existe algum risco para a saúde de sua filha em continuar no estudo, ela será afastada da pesquisa e encaminhada para outra forma de tratamento, mais adequado para ela naquele momento. Caso o responsável pela paciente opte por não participar ou por desistir do estudo, não haverá danos para a paciente ou sua família e, ela será encaminhada para outra forma de tratamento. As dúvidas em relação ao estudo deverão ser esclarecidas com Dra Bacy Fleitlich-Bilyk no Instituto de Psiquiatria, Rua Dr Ovídio Pires de Campos, nº785 ou pelo telefone (11)3069-6508.

É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição;

Direito de confidencialidade – As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros pacientes, não sendo divulgado a identificação de nenhum paciente;

Despesas e compensações: não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Em caso de dano pessoal, diretamente causado pelos procedimentos ou tratamentos propostos neste estudo (nexo causal comprovado), o participante tem direito a tratamento médico na Instituição, bem como às indenizações legalmente estabelecidas.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo " Tratamento familiar para Anorexia Nervosa: adaptação e avaliação de eficácia em amostra de adolescentes brasileiras."

Eu discuti com Dra. Bacy Fleitlich-Bilyk sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Assinatura do paciente/representante legal _____ Data ____ / ____ / ____

Assinatura da testemunha _____ Data ____ / ____ / ____

para casos de pacientes menores de 18 anos, analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual. *(Somente para o responsável do projeto)*

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

Assinatura do responsável pelo estudo _____ Data ____ / ____ / ____

Anexo B - Levantamento sobre o desenvolvimento e bem-estar de crianças e adolescentes
(Sessão P Alimentação, peso e forma corporal)

Levantamento Sobre o Desenvolvimento e Bem-Estar de Crianças e Adolescentes (DAWBA)

Questionário para pais de crianças entre 5 e 17 anos

Sobrenome da criança:

Nome da criança:

Idade:

Data de Nascimento:

Masculino/Feminino:

Número de Matrícula (hosp.):

Data da entrevista:

Nome do entrevistado(a):

Nome do entrevistador(a):

O primeiro passo é aplicar o Questionário de Dificuldades e Capacidades (SDQ) Pa 4-16, então fazer a pontuação e, em seguida, assinalar abaixo. Subtraia a pontuação pró-social da pontuação social – isto normalmente resultará num número negativo (porque a pontuação pró-social é, em geral, mais alta que a pontuação social), mas lembre-se de mostrar o sinal negativo. Somente pontuações positivas maior ou igual a 2 são relevantes para as regras de pular questões do DAWBA.

Pontuação emocional	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pontuação de hiperatividade	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pontuação de conduta	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pontuação social	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pontuação pró-social	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Social menos pró-social	(pontuação positiva reflete pontuação social > pontuação pró-social) (pontuação negativa reflete pontuação social < pontuação pró-social)										

**Pontuação Aptidões
Sociais**

(da Escala de Aptidões Sociais na página 2)

Escala de Aptidões Sociais

Como se compara o/a [Nome] com as outras crianças/pessoas da idade dele/a nas seguintes situações:

		Muito pior que a média	Um pouco pior que a média	Na média	Um pouco melhor que a média	Muito melhor que a média
SAS1	É capaz de rir com os outros, por exemplo, aceitando brincadeiras leves e reagindo adequadamente.	0	1	2	3	4
SAS2	É fácil de conversar com ele/a, mesmo sobre um tema que ele/a não tem um interesse especial.	0	1	2	3	4
SAS3	É capaz de se comprometer e ser flexível	0	1	2	3	4
SAS4	Encontra a coisa certa para dizer ou a forma certa de tornar mais fácil uma situação tensa ou embaraçosa.	0	1	2	3	4
SAS5	Tem bom espírito quando não ganha ou percebe que está errado/a. Sabe perder.	0	1	2	3	4
SAS6	Outras pessoas se sentem bem com ele/a.	0	1	2	3	4
SAS7	Lendo as entrelihas do que as pessoas dizem, ele/a é capaz de saber o que as pessoas estão realmente pensando ou sentindo.	0	1	2	3	4
SAS8	Depois de ter feito algo errado, ele/a é capaz de pedir desculpas e arrumar a situação de forma que não fiquem maus sentimentos.	0	1	2	3	4
SAS9	Sabe liderar os outros sem parecer mandão/mandona.	0	1	2	3	4
SAS10	Sabe o que é apropriado e o que não é nas diferentes situações sociais.	0	1	2	3	4

copyright Robert Goodman, 2001

Agora pontue a escala somando todos os dez itens e escreva a pontuação na primeira página.

Sessão P Alimentação, Peso e Forma Corporal

P1	Não	Sim
a) O/A [Nome] já se achou gordo/a mesmo quando as pessoas diziam a ele/a que ele/a estava <i> muito </i> magro/a?	0	1
b) O/A [Nome] ficaria envergonhado/a se as pessoas soubessem o quanto ele/a come?	0	1
c) O/A [Nome] já provocou vômito (de propósito)?	0	1
d) Decidir o que comer, onde comer ou quanto comer, atrapalha muito a vida dele/a?	0	1
e) Se o/a [Nome] come demais, ele/a se culpa muito?	0	1

Se dois ou mais dos itens em P1 tiverem sido respondidos com “Sim”, então continue. Caso contrário pule para seção Q

P2a	Qual a altura do/a [Nome]? (mais ou menos)	<input type="text"/> cms
P2b	Quanto o/a [Nome] pesa hoje em dia? (mais ou menos)	<input type="text"/> kg
P2c	Qual foi o menor peso dele/a nos últimos doze meses? 	<input type="text"/> kg
P2d	Qual o maior peso que ele/a já teve? (<i>exceto na gravidez</i>)	<input type="text"/> kg

P3 Você descreveria o/a [Nome] hoje em dia como muito magro/a, magro/a, normal, gordinho/a ou gordo/a?

Muito magro/a	Magro/a	Normal	Gordinho/a	Gordo/a
0	1	2	3	4

↓ ↓ } Vá direto para P5

P4

P4 Comparando como ele/a está este ano com como ele/a foi nos anos anteriores, você diria que ele/a ...

Era ainda mais magro/a nos anos anteriores	Sempre foi magro/a assim	Está um pouco mais magro/a este ano que nos anos anteriores	Está muito mais magro/a este ano que nos anos anteriores
0	1	2	3

P5 Hoje, o/a próprio/a [Nome] se descreveria como muito magro/a, magro/a, normal, gordinho/a ou gordo/a?

Muito magro/a	Magro/a	Normal	Gordinho/a	Gordo/a
0	1	2	3	4

Se P3 = 'Muito magro/a' ou P5 = 'Muito magro/a', então assinale o item para 'Muito magro/a' na lista de checagem em M1 (p.55)

P6 Você ou outras pessoas – resto da família, um amigo, um médico – têm estado muito preocupados que o peso do/a [Nome] tem atrapalhado a saúde física dele/a?

Não	Sim
0	1

P7 O que o/a [Nome] pensa? Ele/a acha que o peso dele/a tem atrapalhado a saúde física dele/a?

Não	Sim
0	1

P8 O/A [Nome] tem medo de ganhar peso ou ficar gordo/a?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

} P10 ↓ P9

P9 A idéia de ganhar peso ou ficar gorda apavora o/a [Nome] de verdade?

Não	Sim
0	1

P10	Se o médico dissesse a ele/a que teria que ganhar dois quilos, seria fácil, difícil ou impossível o/a [Nome] aceitar isso?	Fácil	Difícil	Impossível
		0	1	2

(Se a criança tem problemas físicos que torna difícil para ela ganhar peso, a pergunta é se ela tentaria ganhar peso e não se ela conseguiria de fato.)

P11	O/A [Nome] tenta não comer coisas que engordam?	Não	Um pouco	Muito
		0	1	2
		P13		P12

P12	E ele/a consegue? (evitar comidas que engordam)	Nunca	Algumas vezes	A maior parte das vezes	Sempre
		0	1	2	3

P13	O/A [Nome] gasta muito tempo pensando em comida?	Não	Sim
		0	1

P14 Algumas pessoas contam que elas têm um desejo muito grande por comida, e que este desejo é tão difícil de resistir que é como um dependente de álcool ou drogas se sente em relação a álcool ou drogas.

O/A [Nome] se sente assim em relação à comida?	Não	Um pouco	Muito
	0	1	2

Se P9 = 'Sim' ou P10 = 'Impossível' ou P14 = 'Muito', então assinale o item 'Se preocupa com peso e comida' na lista de checagem em M1 (p.55).

P15 Algumas pessoas perdem o controle sobre o que comem e aí comem muita comida em pouco tempo. Por exemplo, elas podem abrir a geladeira e comer tudo que elas encontram pela frente, comendo tanto que chegam a se sentir mal fisicamente. Isso costuma acontecer quando essas pessoas estão sozinhas.

Isso aconteceu ou acontece com o/a [Nome]?	Não	Sim
	0	1
	P18	Marque 'Perder o Controle' na lista de checagem em M1 (p.55). Continue em P16

P16	Nos últimos três meses, mais ou menos, isso aconteceu ...	Não aconteceu	Ocasionalmente	Uma vez por semana	Duas vezes por semana ou mais
		0	1	2	3

P17	Quando isso acontece, o/a [Nome] tem a sensação de perder o controle do que ele/a come?	Não	Sim
		0	1

P17a) Por favor, descreva o que e quanto o/a [Nome] come durante uma situação em que ele/a come muito.

P18 Para não ganhar peso nos últimos 3 meses o/a [Nome] ...

(Quando a resposta for “não”, cheque se a criança tenta mas não tem permissão)

	Não	Tenta mas não tem permissão	Um pouco	Muito
a) Come menos nas refeições	0	1	2	3
b) Pula refeições	0	1	2	3
c) Fica sem comer por várias horas, como por ex. o dia todo ou a maior parte do dia	0	1	2	3
d) Esconde ou joga fora alimentos que outras pessoas dão para ele/a	0	1	2	3
e) Faz mais exercício	0	1	2	3
f) Provoca vômitos	0	1	2	3
g) Toma remédios com a idéia de perder peso	0	1	2	3
Descreva:				
h) Faz outras coisas (por ex. não tomar insulina em diabéticos). Descreva:	0	1	2	3
.....				

Se a resposta para qualquer um dos itens de P18 foi ‘Muito’, assinale ‘Evita ganho de peso’ na lista de checagem em M1 (p.55). Se ‘Perda de controle’ está assinalado na lista de checagem, então siga com a questão P19. Caso contrário, vá direto para P20 para as meninas ou P26 para os meninos

P19	Você me contou minutos atrás sobre momentos em que o/a [Nome] perde o controle e come muito. Depois que isso acontece, ele/a costuma (reduzir o que come/ fazer exercícios/ vomitar/ tomar remédios) para evitar engordar?	Não	Sim
		0	1

Em meninos, vá direto para P26

P20	A [Nome] menstruou nos últimos três meses?	Não	Sim
		0	1
		↓	↓
		P21	P22

P21	A [Nome] já teve alguma menstruação?	Não	Sim
		0	1
		↓	↓
		P26	P23

P22	A [Nome] esta tomando pílulas ou injeções hormonais? (incluindo contraceptivos)	Não	Sim
		0	1
		↓	↓
		Siga com P23 em todos os casos	

P23) Por favor, descreva como suas menstruações da [Nome] tem sido em geral e como elas têm sido recentemente.

Se P21 foi 'Sim', pergunte:

P24) Por que você acha que a [Nome] não menstruou nos últimos três meses?

Se P22 foi 'Sim', pergunte:

P25) Por favor, descreva que efeitos pílulas ou injeções hormonais têm nas menstruações da [Nome].

- P26 **Regra para pular questões antes de começar a P26:** Se 'Muito magro/a', 'Preocupa-se com peso e comida', 'Perda de Controle' ou 'Evita ganho de peso' foram assinalados na lista de checagem em M1 (p.55), então siga adiante. Caso contrário, pule para a próxima sessão.

Você me falou sobre a forma como o/a [Nome] come e sobre o peso dele/a. Quanto você acha que essas coisas incomodam a ele/a?

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3

- P27 O quanto à forma como o/a [Nome] come ou a sua preocupação com seu peso tem interferido no/as ...

- a) Dia-a-dia em casa
- b) Amizades
- c) Aprendizado escolar
- d) Atividades de lazer

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3

- P28 Essas coisas são um peso para você ou para a família como um todo?

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3

Anexo C – EDE-Q: Questionário de exame para transtornos alimentares

Questionário sobre alimentação

Instruções: As questões a seguir dizem respeito somente às últimas 4 semanas (28 dias). Por favor, leia cada questão atentamente e responda todas as questões. Obrigado.

Questões 1 a 12: Por favor assinale o número que considerar mais apropriado. Lembre-se que as questões se referem somente às últimas 4 semanas (28 dias).

Em quantos dos últimos 28 dias...	Nenhum dia	1-5 dias	6-12 dias	13-15 dias	16-22 dias	23-27 dias	todos os dias
1. Você <u>tentou</u> de forma consciente restringir o que come para influenciar sua forma ou peso (mesmo que não tenha sido bem-sucedido)?	0	1	2	3	4	5	6
2. Você passou muito tempo sem comer alguma coisa (8 horas ou mais, estando acordado) para influenciar sua forma ou peso?	0	1	2	3	4	5	6
3. Você <u>tentou</u> evitar algum tipo de alimento de que gosta para influenciar sua forma ou peso (mesmo que não tenha sido bem-sucedido)?	0	1	2	3	4	5	6
4. Você <u>tentou</u> seguir regras definidas em relação à sua alimentação (por exemplo, um limite de calorias) para influenciar sua forma ou peso (mesmo que não tenha sido bem-sucedido)?	0	1	2	3	4	5	6
5. Você teve um forte desejo de ficar com o estômago <u>vazio</u> para influenciar sua forma ou peso?	0	1	2	3	4	5	6
6. Você teve um forte desejo de ter o abdome <u>totalmente plano</u> ?	0	1	2	3	4	5	6

Em quantos dos últimos 28 dias ...	Nenhum dia	1-5 dias	6-12 dias	13-15 dias	16-22 dias	23-27 dias	todos os dias
7. Pensar sobre <u>comida, alimentação ou calorias</u> dificultou a concentração em coisas que te interessam (por exemplo, trabalho, conversar, ler)?	0	1	2	3	4	5	6
8. Pensar sobre <u>forma ou peso</u> dificultou a concentração em coisas que te interessam (por exemplo, trabalho, conversar, ler)?	0	1	2	3	4	5	6
9. Você teve um medo intenso de perder o controle sobre a alimentação?	0	1	2	3	4	5	6
10. Você teve um medo intenso de ganhar peso?	0	1	2	3	4	5	6
11. Você se sentiu gordo (a)?	0	1	2	3	4	5	6
12. Você teve um forte desejo de perder peso?	0	1	2	3	4	5	6

Questões 13-18: Por favor preencha a lacuna com o número apropriado. Lembre-se que as questões só se referem às últimas 4 semanas (28 dias).

Durante as últimas 4 semanas (28 dias) ...

13. Quantas vezes você comeu o que outras pessoas considerariam uma quantidade excessivamente grande de comida (nas mesmas circunstâncias)?
14. Em quantas dessas ocasiões você teve a sensação de ter perdido o controle sobre que você estava comendo (no momento em que estava comendo)?
15. Em quantos DIAS esses episódios de ingestão excessiva ocorreram (isto é, você ingeriu uma quantidade excessivamente grande de comida e teve a sensação de perder o controle na mesma ocasião)?
16. Quantas vezes você provocou o vômito como meio de controlar sua forma ou peso?
17. Quantas vezes você tomou laxantes como meio de controlar sua forma ou peso?

18. Quantas vezes você fez se exercitou de modo “impulsivo” ou “compulsivo” como meio de controlar seu peso, forma ou quantidade de gordura, ou para queimar calorias?

Questões 19 a 21: Por favor assinale o número apropriado. Note que para essas questões o termo “ingestão excessiva” significa comer o que outros considerariam uma quantidade excessiva de comida na mesma circunstância, acompanhada pela sensação de ter perdido o controle sobre a alimentação.

	Nenhum dia	1-5 dias	6-12 dias	13-15 dias	16-22 dias	23-27 dias	todos os dias
19. Em quantos dos últimos 28 dias você comeu escondido/a (isto é, secretamente)? ...Não conte episódios de ingestão excessiva	0	1	2	3	4	5	6
20. Qual foi a proporção de vezes em que você se sentiu culpado (a) ao comer (sentiu que tinha feito algo errado) por causa dos efeitos disso sobre a sua forma ou peso? ... Não conte episódios de ingestão excessiva	Nenhuma vez 0	Poucas vezes 1	Menos que a metade 2	Metade das vezes 3	Mais que a metade 4	A maior parte das vezes 5	Todas as vezes 6
21. Nos últimos 28 dias, quão preocupado você ficou com outras pessoas vendo você comer? ... Não conte episódios de ingestão excessiva	Nem um pouco 0	Ligeiramente 1	Moderadamente 2	Profundamente 3	4	5	6

Questões 22 a 28: Por favor assinale o número apropriado. Lembre-se que as questões se referem somente às últimas 4 semanas (28 dias).

Nos últimos 28 dias ...	Nem um pouco		Ligeiramente		Moderadamente	Profundamente	
22. O seu <u>peso</u> influenciou a maneira como você se julga (vê, sente, avalia) como pessoa?	0	1	2	3	4	5	6
23. A sua <u>forma</u> influenciou a maneira como você se julga (vê, sente, avalia) como pessoa?	0	1	2	3	4	5	6

Nos últimos 28 dias ...	Nem um pouco	Ligeiramente	Moderadamente	Profundamente			
24. Quanto você teria se chateado se te pedissem para se pesar uma vez por semana (nem mais, nem menos) pelas próximas 4 semanas?	0	1	2	3	4	5	6
25. Quão insatisfeito/a você se sentiu com seu <u>peso</u> ?	0	1	2	3	4	5	6
26. Quão insatisfeito/a você se sentiu com sua <u>forma</u> ?	0	1	2	3	4	5	6
27. Quão desconfortável você se sentiu vendo seu corpo (por exemplo, observando sua forma no espelho, em reflexos em vitrines, ao se despir ou ao tomar banho)?	0	1	2	3	4	5	6
28. Quão desconfortável você se sentiu com <u>outras pessoas</u> vendo seu corpo (por exemplo, num vestiário, ao nadar, ou ao usar roupas apertadas)?	0	1	2	3	4	5	6

Qual seu peso atual? (Por favor coloque a melhor estimativa possível)

Qual sua altura? (Por favor coloque a melhor estimativa possível)

Se mulher: Ficou sem menstruar nos últimos 3 ou 4 meses?

Em caso de resposta afirmativa, por quantos meses?

Você está tomando anticoncepcionais (pílula)?

Obrigado(a)

Anexo D – CGAS: Escala de funcionamento global para crianças

NSW Department of Health – MH-OAT Project

CGAS Information Sheet

Childrens Global Assessment Scale (CGAS)

1. Enter a score from 1-100
2. Rate the child/adolescents most impaired level of general functioning during the period rated by selecting the lowest level which describes his/her functioning on a hypothetical continuum of health-illness
3. Use intermediary levels eg. 35, 94, 68
4. Rate actual functioning regardless of treatment or prognosis, using the descriptions below as a guide

100-91	Superior functioning
90-81	Good functioning
80-71	No more than a slight impairment in functioning
70-61	Some difficulty in a single area, but generally functioning pretty well
60-51	Variable functioning with sporadic difficulties
50-41	Moderate degree of interference in functioning
40-31	Major impairment to functioning in several areas
30-21	Unable to function in almost all areas
20-11	Needs considerable supervision
10-1	Needs constant supervision

Principle reference

Schaffer D, Gould MS, Brasic J, et al. (1983) A children's global assessment scale (CGAS). *Archives of General Psychiatry*, 40, 1228-1231.

Description

The Childrens Global Assessment Scale (CGAS) is a measure developed by Schaffer and colleagues at the Department of Psychiatry, Columbia University to provide a global measure of level of functioning in children and adolescents. The measure provides a single global rating only, on scale of 0-100. In making their rating, the clinician makes use of the glossary details to determine the meaning of the points on the scale.

CGAS Glossary

Rate the patient's most impaired level of general functioning for the specified time period by selecting the *lowest* level which describes his/her functioning on a hypothetical continuum of health-illness. Use intermediary levels (eg 35, 58, 62).

Rate actual functioning regardless of treatment or prognosis. The examples of behaviour provided are only illustrative and are not required for a particular rating.

- 100-91** *Superior functioning* in all areas (at home, at school and with peers); involved in a wide range of activities and has many interests (eg., has hobbies or participates in extracurricular activities or belongs to an organised group such as Scouts, etc); likeable, confident; 'everyday' worries never get out of hand; doing well in school; no symptoms.
- 90-81** *Good functioning in all areas*; secure in family, school, and with peers; there may be transient difficulties and 'everyday' worries that occasionally get out of hand (eg., mild anxiety associated with an important exam, occasional 'blowups' with siblings, parents or peers).
- 80-71** *No more than slight impairments in functioning* at home, at school, or with peers; some disturbance of behaviour or emotional distress may be present in response to life stresses (eg., parental separations, deaths, birth of a sib), but these are brief and interference with functioning is transient; such children are only minimally disturbing to others and are not considered deviant by those who know them.
- 70-61** *Some difficulty in a single area but generally functioning pretty well* (eg., sporadic or isolated antisocial acts, such as occasionally playing hooky or petty theft; consistent minor difficulties with school work; mood changes of brief duration; fears and anxieties which do not lead to gross avoidance behaviour; self-doubts); has some meaningful interpersonal relationships; most people who do not know the child well would not consider him/her deviant but those who do know him/her well might express concern.
- 60-51** *Variable functioning with sporadic difficulties or symptoms in several but not all social areas*; disturbance would be apparent to those who encounter the child in a dysfunctional setting or time but not to those who see the child in other settings.
- 50-41** *Moderate degree of interference in functioning in most social areas or severe impairment of functioning in one area*, such as might result from, for example, suicidal preoccupations and ruminations, school refusal and other forms of anxiety, obsessive rituals, major conversion symptoms, frequent anxiety attacks, poor to inappropriate social skills, frequent episodes of aggressive or other antisocial behaviour with some preservation of meaningful social relationships.
- 40-31** *Major impairment of functioning in several areas and unable to function in one of these areas* (ie., disturbed at home, at school, with peers, or in society at large, eg., persistent aggression without clear instigation; markedly withdrawn and isolated behaviour due to either mood or thought disturbance, suicidal attempts with clear lethal intent; such children are likely to require special schooling and/or hospitalisation or withdrawal from school (but this is not a sufficient criterion for inclusion in this category).
- 30-21** *Unable to function in almost all areas* eg., stays at home, in ward, or in bed all day without taking part in social activities or severe impairment in reality testing or serious impairment in communication (eg., sometimes incoherent or inappropriate).
- 20-11** *Needs considerable supervision* to prevent hurting others or self (eg., frequently violent, repeated suicide attempts) or to maintain personal hygiene or gross impairment in all forms of communication, eg., severe abnormalities in verbal and gestural communication, marked social aloofness, stupor, etc.
- 10-1** *Needs constant supervision* (24-hour care) due to severely aggressive or self-destructive behaviour or gross impairment in reality testing, communication, cognition, affect or personal hygiene.

Anexo E – CCEB: Critério de classificação econômica Brasil

Critério de Classificação Econômica Brasil

O Critério de Classificação Econômica Brasil, enfatiza sua função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de “classes sociais”. A divisão de mercado definida abaixo é, exclusivamente de **classes econômicas**.

SISTEMA DE PONTOS

Posse de Itens

	Quantidade de Itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	2	3	4	5
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	2	3	4	4
Automóvel	0	2	4	5	5
Empregada mensalista	0	2	4	4	4
Aspirador de pó	0	1	1	1	1
Máquina de lavar	0	1	1	1	1
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	2	2	2	2
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	1	1	1	1

Grau de Instrução do chefe de família

Analfabeto / Primário incompleto	0
Primário completo / Ginásial incompleto	1
Ginásial completo / Colegial incompleto	2
Colegial completo / Superior incompleto	3
Superior completo	5

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

PROCEDIMENTO NA COLETA DOS ITENS

É importante e necessário que o critério seja aplicado de forma uniforme e precisa. Para tanto, é fundamental atender integralmente as definições e procedimentos citados a seguir.

Para aparelhos domésticos em geral devemos:

Considerar os seguintes casos

- Bem alugado em caráter permanente
- Bem emprestado de outro domicílio há mais de 6 meses
- Bem quebrado há menos de 6 meses

Não considerar os seguintes casos

- Bem emprestado para outro domicílio há mais de 6 meses
- Bem quebrado há mais de 6 meses
- Bem alugado em caráter eventual
- Bem de propriedade de empregados ou pensionistas

Televisores

Considerar apenas os televisores em cores. Televisores de uso de empregados domésticos (declaração espontânea) só devem ser considerados caso tenha(m) sido adquirido(s) pela família empregadora.

Rádio

Considerar qualquer tipo de rádio no domicílio, mesmo que esteja incorporado a outro equipamento de som ou televisor. Rádios tipo walkman, conjunto 3 em 1 ou microsystems devem ser considerados, desde que possam sintonizar as emissoras de rádio convencionais. Não pode ser considerado o rádio de automóvel.

Banheiro

O que define o banheiro é a existência de vaso sanitário. Considerar todos os banheiros e lavabos com vaso sanitário, incluindo os de empregada, os localizados fora de casa e os da(s) suite(s). Para ser considerado, o banheiro tem que ser privativo do domicílio. Banheiros coletivos (que servem a mais de uma habitação) não devem ser considerados.

Automóvel

Não considerar táxis, vans ou pick-ups usados para fretes, ou qualquer veículo usado para atividades profissionais. Veículos de uso misto (lazer e profissional) não devem ser considerados.

Empregada doméstica

Considerar apenas os empregados mensalistas, isto é, aqueles que trabalham pelo menos 5 dias por semana, durmam ou não no emprego. Não esquecer de incluir babás, motoristas, cozinheiras, copeiras, arrumadeiras, considerando sempre os mensalistas.

Aspirador de Pó

Considerar mesmo que seja portátil e também máquina de limpar a vapor (Vaporetto).

Máquina de Lavar

Perguntar sobre máquina de lavar roupa, mas quando mencionado espontaneamente o tanquinho deve ser considerado.

Videocassete e/ou DVD

Verificar presença de qualquer tipo de vídeo cassete ou aparelho de DVD.

Geladeira e Freezer

No quadro de pontuação há duas linhas independentes para assinalar a posse de geladeira e freezer respectivamente. A pontuação entretanto, não é totalmente independente, pois uma geladeira duplex (de duas portas), vale tantos pontos quanto uma geladeira simples (uma porta) mais um freezer.

As possibilidades são:

Não possui geladeira nem freezer	0 pt
Possui geladeira simples (não duplex) e não possui freezer	2 pts
Possui geladeira de duas portas e não possui freezer	3 pts
Possui geladeira de duas portas e freezer	3 pts
Possui freezer mas não geladeira (caso raro mas aceitável)	1 pt

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

Este critério foi construído para definir grandes classes que atendam às necessidades de segmentação (por poder aquisitivo) da grande maioria das empresas. Não pode, entretanto, como qualquer outro critério, satisfazer todos os usuários em todas as circunstâncias. Certamente há muitos casos em que o universo a ser pesquisado é de pessoas, digamos, com renda pessoal mensal acima de US\$ 30.000. Em casos como esse, o pesquisador deve procurar outros critérios de seleção que não o CCEB.

A outra observação é que o CCEB, como os seus antecessores, foi construído com a utilização de técnicas estatísticas que, como se sabe, sempre se baseiam em coletivos. Em uma determinada amostra, de determinado tamanho, temos uma determinada probabilidade de classificação correta, (que, esperamos, seja alta) e uma probabilidade de erro de classificação (que, esperamos, seja baixa). O que esperamos é que os casos incorretamente classificados sejam pouco numerosos, de modo a não distorcer significativamente os resultados de nossa investigação.

Nenhum critério, entretanto, tem validade sob uma análise individual. Afirmarções freqüentes do tipo “... *conheço um sujeito que é obviamente*

classe D, mas pelo critério é classe B...” não invalidam o critério que é feito para funcionar estatisticamente. Servem porém, para nos alertar, quando trabalhamos na análise individual, ou quase individual, de comportamentos e atitudes (entrevistas em profundidade e discussões em grupo respectivamente). Numa discussão em grupo um único caso de má classificação pode pôr a perder todo o grupo. No caso de entrevista em profundidade os prejuízos são ainda mais óbvios. Além disso, numa pesquisa qualitativa, raramente uma definição de classe exclusivamente econômica será satisfatória.

Portanto, é de fundamental importância que todo o mercado tenha ciência de que o CCEB, ou qualquer outro critério econômico, não é suficiente para uma boa classificação em pesquisas qualitativas. Nesses casos deve-se obter além do CCEB, o máximo de informações (possível, viável, razoável) sobre os respondentes, incluindo então seus comportamentos de compra, preferências e interesses, lazer e hobbies e até características de personalidade.

Uma comprovação adicional da conveniência do Critério de Classificação Econômica Brasil é sua discriminação efetiva do poder de compra entre as diversas regiões brasileiras, revelando importantes diferenças entre elas

DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO POR REGIÃO METROPOLITANA

CLASSE	Total BRASIL	Gde. FORT	Gde. REC	Gde. SALV	Gde. BH	Gde. RJ	Gde. SP	Gde. CUR	Gde. POA	DF
A1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3
A2	5	4	4	4	5	4	6	5	5	9
B1	9	5	5	6	8	9	10	10	7	9
B2	14	7	8	11	13	14	16	16	17	12
C	36	21	27	29	38	39	38	36	38	34
D	31	45	42	38	32	31	26	28	28	28
E	4	17	14	10	4	3	2	5	5	4

RENDA FAMILIAR POR CLASSES

Classe	Pontos	Renda média familiar (R\$)
A1	30 a 34	7.793
A2	25 a 29	4.648
B1	21 a 24	2.804
B2	17 a 20	1.669
C	11 a 16	927
D	6 a 10	424
E	0 a 5	207

Apêndice

Apêndice A – Artigo publicado com resultados do estudo piloto

brief report

Feasibility, acceptability, and effectiveness of family-based treatment for adolescent anorexia nervosa: an observational study conducted in Brazil

Viabilidade, aceitação e eficácia do tratamento familiar para anorexia nervosa em adolescentes: um estudo observacional no Brasil

Gizela Turkiewicz,¹ Vanessa Pinzon,¹ James Lock,² Bacy Fleitlich-Bilyk³

¹ Institute of Psychiatry, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brazil

² Stanford Child and Adolescent Eating Disorder Program, Division of Child Psychiatry, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Stanford University, USA

³ Eating Disorders Outpatient and Inpatient Program, Child and Adolescent Psychiatry Division, Institute of Psychiatry, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brazil

Eating Disorders Outpatient and Inpatient Program, Child and Adolescent Psychiatry Division (PROTAD/SEPIA), Department of Psychiatry, Institute of Psychiatry, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brazil

Abstract

Objective: There is strong evidence that family-based treatment is effective in cases of adolescent anorexia nervosa. Although family-based treatment has been studied in English-speaking countries, there is a need to examine the generalizability of this approach to non-English speaking cultures. This pilot-study aimed to examine the feasibility, acceptability, and effectiveness of family-based treatment in Brazil.

Method: Observational study of adolescents with anorexia nervosa (excluding menstrual criteria), as determined with the Diagnostic and Well-Being Assessment, referred for treatment at a specialized center in São Paulo, Brazil. The following data were collected at baseline, at the end of treatment, and after six months of follow-up: weight; height; body mass index; menstrual status; Eating Disorder Examination Questionnaire score; and Children Global Assessment of Functioning Scale score.

Results: Of 11 eligible patients/families, 9 (82%) enrolled in the study, and 7 (78%) completed the treatment. The mean patient age was 14.64 ± 1.63 years (range, 12.33–17.00 years). The Wilcoxon signed rank test showed statistically significant improvement in weight and body mass index at the end of treatment, as well as after six months of follow-up, at which point none of the patients met the diagnostic criteria for any eating disorder. **Conclusion:** The results suggest that family-based treatment is acceptable and feasible for Brazilian families. Outcomes suggest that the approach is effective in this cultural context, leading to improvements similar to those reported in previous studies conducted in other cultures.

Descriptors: Anorexia nervosa; Family therapy; Adolescents; Evidence-based practice; Treatment outcome

Resumo

Objetivo: Estudos prévios demonstram fortes evidências de eficácia do Tratamento Familiar para anorexia nervosa em adolescentes. Os estudos disponíveis a respeito do tratamento familiar foram conduzidos em países de língua inglesa. É necessário avaliar a aplicabilidade deste método em países de língua não-inglesa. Este estudo piloto tem como objetivo avaliar a viabilidade, a aceitação e a eficácia do tratamento familiar no Brasil. **Método:** Estudo observacional de adolescentes com diagnóstico anorexia nervosa (exceto critério amenorréia) segundo o Levantamento sobre Diagnóstico e Bem-Estar de crianças e adolescentes encaminhadas para tratamento em um centro especializado na cidade de São Paulo, Brasil. Dados coletados no início do estudo, ao final do tratamento e seis meses após o término: peso, estatura, índice de massa corporal, menstruações, Questionário de Exame para Transtornos Alimentares e Escala de Funcionamento Global para Crianças. **Resultados:** Nove de 11 famílias elegíveis entraram no estudo (82%) e sete (78%) completaram o tratamento. A idade média foi 14,64 anos (DP = 1,63; 12,33–17,00). Teste dos sinais de Wilcoxon demonstrou melhora estatisticamente significativa no peso e índice de massa corporal ao final do tratamento e seis meses após o término. Nenhum dos pacientes preencheu critérios diagnósticos para qualquer transtorno alimentar no seguimento.

Conclusão: Os resultados sugerem que tratamento familiar é aceitável e viável para as famílias brasileiras. A evolução sugere que este método pode ser eficaz nesse contexto cultural com resultados positivos semelhantes a estudos prévios realizados em outras culturas.

Descritores: Anorexia nervosa; Terapia familiar; Adolescentes; Prática médica baseada em evidências; Resultado de tratamento

Correspondence

Gizela Turkiewicz
Rua Haddock Lobo, 846, cj1102B – Jd. Paulista
01414-000 São Paulo, SP, Brasil
Fax: (11) 3562-1207
E-mail: giturkiewicz@yahoo.com.br

Submitted: July 29, 2009

Accepted: October 6, 2009

Introduction

Anorexia nervosa (AN) is a serious psychiatric disorder with a prevalence rate of 0.3% in adolescent females.¹ AN is associated with a high mortality rate and is often complicated by psychiatric and medical comorbidity. The accumulated evidence supports the hypothesis that outcomes are better when adolescent patients and their parents are treated together. Studies suggest that family-based treatment (FBT), a method developed and described in a manual written specifically for AN by Lock (J.L.), is an effective treatment for AN.²⁻⁴ However, those studies were all conducted in English-speaking countries. The purpose of the current study is to examine the feasibility, acceptability, and effectiveness of this approach in Brazil.

To date, there have been no studies examining FBT for AN in Brazil. Specialized clinical treatment for adolescent AN in Brazil in public care is limited to a multidisciplinary program either as an inpatient or outpatient in the hospital where this study was conducted and other outpatient programs in university hospitals. The alternative is treatment at private clinics, which are not accessible for most of the population. There is a need to examine treatment alternatives for AN in Brazil because of high costs, long waiting lists, and limited public resources. For example, the estimated average waiting time for treatment in a specialized center has been shown to be 22 months per patient.⁵ There is evidence that the duration of AN is associated with greater morbidity and resistance to treatment, early intervention apparently leading to better outcomes.² Therefore, FBT might be a cost-effective alternative for the outpatient treatment of Brazilian adolescents with AN.

Method

Over a three-month period, eligible patients were identified from consecutive referrals to a multidisciplinary outpatient program specialized in treating adolescent eating disorders at a public hospital in the city of São Paulo, Brazil. The study was approved by the research ethics committee of the institution (0801/08). Written informed consent was obtained from parents or legal guardians. Eligibility was assessed during the first psychiatric evaluation of the patients, prior to any specialized intervention. Subjects were eligible to enroll in the study if they were ≤ 17 years of age, lived with at least one parent or legal guardian, and had been diagnosed with AN, based on the DSM-IV-TR (excluding the menstruation criterion). Subjects were excluded if presenting other psychiatric disorders that required immediate treatment (e.g., suicide threat) or requiring acute hospitalization for medical stabilization. The diagnosis of AN was established by trained interviewers using the Development and Well-being Assessment-Brazilian version.^{6,7} In addition, we collected pre-treatment, post-treatment, and six-month follow-up data on the following variables: weight; height; body mass index (BMI); and menstrual status. The self-report version of the Eating Disorder Examination, known as the Eating Disorder Examination-Questionnaire (EDE-Q)^{8,9} and the Children's Global Assessment Scale (CGAS)¹⁰ were applied at all assessment points. A target weight range was defined based

on individual pre-weight loss percentiles on the National Center for Health Statistics (NCHS) BMI-for-age growth chart. For patients who were overweight before the onset of the disorder, the target weight was set between the 25th and 50th percentiles on the same chart.¹¹

The treatment used in the study was FBT for AN, in accordance with the guidelines established in the manual.⁴ Prior to starting the study, therapists were trained in FBT in a workshop conducted by an expert, the first author of the manual. The study therapists (one psychiatrist and three psychologists) were supervised on a weekly basis by the principal investigator of this study and, online, by the first author of the manual. The FBT method applied in this study consisted of 10–12 family sessions over a six-month period.¹² FBT is sub-divided into three phases. In phase I, parents are coached by the therapist to take over control of weight restoration of their child. In phase II, once weight restoration is achieved, parents gradually return the control of eating and weight to the adolescent. Phase III briefly addresses adolescent developmental issues and termination of treatment.

The statistical analysis was carried out with the Statistical Package for the Social Sciences, version 14.0 (SPSS, Inc., Chicago, IL, USA). Descriptive statistics were performed in order to analyze the frequencies of the following variables: age; ethnicity; type of family; number of family members; and number of siblings. Nonparametric tests were performed in order to compare variables in the same patient at all assessments points. The Wilcoxon signed rank test for related samples was used in order to determine variations in weight, BMI, and CGAS score, as well as EDE-Q global score and restraint subscale score, between assessment points. McNemar's test was performed in order to compare menstrual status between assessment points.

Results

Over a three-month period, eleven participants were recruited for the study. None had received specialized treatment for AN before this study. Two patients were excluded between the recruitment and treatment phases, one due to the unavailability of the whole family to attend the sessions and the other because she required hospital admission for medical instability. Therefore, nine patients were enrolled in the study. Of those nine, one was referred to inpatient treatment after the first session due to medical instability and the family of another declined to participate beyond the first session. Therefore, only seven (78%) of the nine completed the treatment. Among the seven who completed FBT, the median number of sessions was 11 ± 1.11 (range, 9–12), distributed over a mean period of 5.7 ± 1.38 months (range, 4–7 months).

The mean age of the patients who enrolled in the study was 14.64 ± 1.63 years (range, 12.33–17.00 years). Seven (78%) were White, seven (78%) were from intact families, and eight (89%) had at least one sibling. Comorbid depression or anxiety was present in five patients (56%). Those five patients received concomitant treatment with antidepressants, which were started before the FBT was initiated.

Turkiewicz G et al.

Table 1 - Outcomes after treatment and at the end of the 6-month follow-up period

Variable	Baseline	End of FBT	p*	End of follow-up	p*
Weight (kg)	43.31 ± 7.57	50.48 ± 11.22	0.036**	55.85 ± 13.20	0.012***
BMI (kg/m ²)	16.39 ± 1.69	19.04 ± 3.34	0.036**	20.80 ± 3.47	0.012***
EDE-Q global score	2.81 ± 1.44	1.69 ± 2.01	0.176**	1.22 ± 1.73	0.069***
CGAS score	54.75 ± 8.61	69.13 ± 21.52	0.207**	80.75 ± 10.56	0.012***

BMI = body mass index; EDE-Q = Eating Disorder Examination-Questionnaire; CGAS = Children's Global Assessment Scale; FBT = family-based treatment
Data expressed as mean ± SD.

* Wilcoxon signed rank test

** end of FBT vs. baseline

*** end of follow-up vs. baseline

At baseline, the mean weight of the participants was 43.31 ± 7.57kg (range 32.8-49.3kg), and the mean BMI was 16.39 ± 1.69kg/m² (range, 13.83-18.89kg/m²). The BMI percentiles, according to the NCHS growth charts, were all below the 25th percentile.¹¹ At the end of the FBT, the mean weight was 50.5kg (SD = 11.22kg (range, 34.3-68.5kg), the mean BMI was 19.0 ± 3.3kg/m² (range, 14.4-22.9kg/m²). By the end of treatment, six (86%) of the seven patients who completed the treatment had achieved the target weight. At follow-up, the mean weight was 55.9 ± 13.2kg (range, 42-85kg), the mean BMI was 20.8 ± 3.5kg/m²; range, 17.6-28.4kg/m²). The Wilcoxon signed rank test showed statistically significant increases in weight from baseline to the end of treatment (Z = -2.100, p = 0.036) and from baseline to the end of follow-up (Z = -2.521, p = 0.012). Similar statistically significant changes were found in BMI at these assessment points (Table 1).

At first evaluation, eight (89%) of the patients had amenorrhea. At the end of treatment, four (44%) had regular menses, whereas all of the patients evaluated had regular menses at the end of follow-up. When McNemar's test was applied, a significant improvement in menstrual status was found when comparing baseline to the end of follow-up (p = 0.016). The mean EDE-Q global score was 2.81 ± 1.44 (range, 0.27-4.51) before treatment, 1.69 ± 2.01 (range, 0-5.01) at the end of treatment, and 1.22 ± 1.73 (range, 0-4.44) at the end of follow-up (Table 1). The difference between assessment points was not statistically significant for any of these values. Similarly, no significant changes were found between assessment points for the EDE-Q restraint subscale score, which was evaluated separately. The mean CGAS score was 54.8 ± 8.61 (range, 40-65) at baseline and 69.13 ± 21.5 (range, 35-90) at the end of treatment, with no significant post-treatment improvement (Z = -1.3, p = 0.21). However, as can be seen in Table 1, there was a significant difference between the mean CGAS score at baseline and that registered at the end of follow-up (80.8, SD = 10.5; range, 60-90; Z = -2.5, p = 0.01).

Eight families (89%) attended the final (six-month follow-up) evaluation, seven who had completed the treatment and one who had attended the first session and had then been referred for inpatient treatment. None of the patients examined in the final evaluation met the diagnostic criteria for any eating disorder. Six patients (67%) had no symptoms of eating disorders, although two (22%) still had symptoms (one had body image distortion, was engaging in excessive exercise and was trying unsuccessfully to

restrict food intake; the other had body image dissatisfaction and presented binge eating episodes without compensatory behaviors). None of the eight patients had experienced weight loss or developed amenorrhea.

Discussion

This is the first examination of FBT for AN in Brazilian adolescents. The feasibility and acceptability is demonstrated by the acceptance rate of the approach (82%). Of the nine families who started the FBT, 7 (78%) completed it—one family, of their own accord, declined to participate, and the other was referred to inpatient treatment by the team. FBT also appears to be effective in Brazilian adolescents with AN, in terms of weight recovery, menstrual recovery, and return to normal global functioning as assessed by the CGAS. These findings are consistent with those reported in trials using this approach with similar groups of young adolescents with AN in other cultures.^{13,14} It is noteworthy that most families who participated in the study were compliant with treatment and that all family members participated. This greater compliance might be in part due to the limited number of treatment alternatives or to the high costs of those alternatives. The majority of the patients in our sample belonged to intact families (77.8%), had at least one sibling (88.9%) and had the restrictive subtype of AN (100%), all of which are factors that could have contributed to high compliance and good outcomes.

In our study, the EDE-Q scores steadily improved over the course of our study (from assessment point to assessment point). However, the fact that our study sample was small might have limited the statistical power to detect changes in those measures. In addition, since EDE-Q is a self-report measure and only considers the responses of the adolescents, participants might have downplayed the severity of symptoms, as has been the case in previous reports.¹⁵ Other limitations of this study include the use of an observational case series design, the absence of males in the sample, and the lack of a comparison treatment. However, the aim of this pilot study was modest: to demonstrate the practical utility of FBT for adolescents with AN in Brazil. Therefore, even taking these limitations into account, our results support the view that FBT is acceptable, feasible, and effective for Brazilian adolescents with AN. Future studies should be conducted on a larger scale and should compare FBT with the standard treatment in order to identify the moderators of outcome and to calculate relative costs.

Acknowledgements

The authors are grateful to Ana Paula Gonzaga, Manoela Nicoletti, and Alicia Cobelo (the therapists involved in the study), as well as to the entire team of the Eating Disorders Outpatient and Inpatient Program at the Universidade de So Paulo Institute of Psychiatry, all of whom contributed to carrying out this study.

Disclosures

Writing group member	Employment	Research grant ¹	Other research grant or medical continuous education ²	Speaker's honoraria	Ownership interest	Consultant/ Advisory board	Other ³
Gizela Turkiewicz	PROTAD	-	-	-	-	-	-
Vanessa Pinzon	PROTAD	-	-	-	-	-	-
James Lock	Stanford University	-	-	-	-	-	-
Bacy Fleitlich-Bilyk	PROTAD HC-FMUSP	-	-	-	-	-	-

* Modest

** Significant

*** Significant. Amounts given to the author's institution or to a colleague for research in which the author has participation, not directly to the author. Note: PROTAD = Eating Disorders Outpatient and Inpatient Program; HC-FMUSP = Hospital das Clnicas da Faculdade de Medicina da Universidade de So Paulo.

For more information, see Instructions for Authors.

References

- Hoek HW, van Hoeken D. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *Int J Eat Disord*. 2003;34(4):383-96.
- Gowers S, Bryant-Waugh R. Management of child and adolescent eating disorders: the current evidence base and future directions. *J Child Psychol Psychiatry*. 2004;45(1):63-83.
- Bulik CM, Berkman ND, Brownley KA, Sedway JA, Lohr KN. Anorexia nervosa treatment: a systematic review of randomized controlled trials. *Int J Eat Disord*. 2007;40(4):310-20.
- Lock J, Le Grange D, Agras SW, Dare C. *Treatment manual for anorexia nervosa: a family-based approach*. New York: The Guilford Press; 2001.
- Moya T, Fleitlich-Bilyk B. Waiting lists for treatment of eating disorders in childhood and adolescence. *Rev Bras Psiquiatr*. 2003;25(4):259-60.
- 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.
- 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 Psychiatry*. 2000;41(5):645-55.
- Fairburn CG, Beglin SJ. Assessment of eating disorders: interview or self-report questionnaire? *Int J Eat Disord*. 1994;16(4):363-70.
- Mond JM, Hay PJ, Rodgers B, Owen C, Beumont PJ. Validity of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) in screening for eating disorders in community samples. *Behav Res Ther*. 2004;42(5):551-67.
- APA - American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM IV*. 2th ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 2002.
- Kuczmarski RJ, Ogden CL, Grummer-Strawn LM, Flegal KM, Guo SS, Wei R, Mei Z, Curtin LR, Roche AF, Johnson CL. CDC growth charts: United States. *Adv Data*. 2000;314:1-27.
- Lock J, le Grange D. Family-based treatment of eating disorders. *Int J Eat Disord*. 2005;37(Suppl):S64-7; discussion S87-9.
- Lock J, Couturier J, Agras WS. Comparison of long-term outcomes in adolescents with anorexia nervosa treated with family therapy. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006;45(6):666-72.
- Lock J, Agras WS, 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.
- Couturier JL, Lock J. Denial and minimization in adolescents with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*. 2006;39(3):212-6.