

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

RAPHAELA FERNANDA MUNIZ PALMA

Hospitalização integral para o tratamento de transtornos alimentares:  
características e resultados

Ribeirão Preto

2012

RAPHAELA FERNANDA MUNIZ PALMA

Hospitalização integral para o tratamento de transtornos alimentares:  
características e resultados

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título Mestre em Ciências, Programa de Pós Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Área de concentração: Processo Saúde-Doença e Epidemiologia

Orientador: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Rosane Pilot Pessa Ribeiro

Ribeirão Preto

2012

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

### **Ficha Catalográfica**

Palma, Raphaela Fernanda Muniz Palma

Hospitalização integral para o tratamento de transtornos alimentares: características e resultados. Ribeirão Preto, 2012.

118p. : il.; 30cm

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Processo Saúde-Doença e Epidemiologia.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Rosane Pilot Pessa Ribeiro

1. Transtornos Alimentares. 2. Hospitalização.
3. Anorexia nervosa. 4. Bulimia nervosa.

## FOLHA DE APROVAÇÃO

PALMA, Raphaela Fernanda Muniz

Título: Hospitalização integral para o tratamento de transtornos alimentares:  
características e resultados.

Dissertação apresentada à Escola de  
Enfermagem de Ribeirão Preto da  
Universidade de São Paulo, para  
obtenção do título Mestre em Ciências,  
Programa Pós Graduação Enfermagem  
em Saúde Pública

Aprovado em ...../ ...../ .....

### Banca Examinadora

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

## DEDICATÓRIA

*Aos meus pais, Dárcio e Iara,  
pelo dom da vida, por todo amor e  
esforço que sempre tiveram para  
que eu pudesse realizar meus  
sonhos.*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a DEUS, por guardar minha vida e guiar meus caminhos.

Aos meus pais, Dárcio e Iara, pelo amor, carinho, apoio e incentivo constantes. Vocês são o meu alicerce, sem vocês eu não seria ninguém!

Aos meus irmãos, Giovanna, Andressa, João Paulo, Ana Paula e Davi, pelo companheirismo, amor e carinho em sua forma mais pura.

Às minhas avós (Izabel e Ruth) e meus padrinhos (Daisy, André e Angélica), por todo o cuidado e mimo.

À Rosane, querida orientadora. Obrigada por me acolher e confiar em mim durante o desenvolvimento deste estudo. Agradeço o incentivo dado em cada palavra, abraço ou sorriso e, principalmente, por me ajudar docemente a manter o foco!

À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Daniela Saes Sartorelli, quem me iniciou na área de pesquisa durante a graduação. Dani, você é inspiradora!

Ao Prof<sup>o</sup> Dr<sup>o</sup> José Ernesto, por autorizar a realização desta pesquisa relacionada ao fruto de trabalho e pela importante contribuição, juntamente com o Prof<sup>o</sup> Dr<sup>o</sup> Manoel Antônio dos Santos, no exame de Qualificação.

À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Cláudia Benedita dos Santos, por me ajudar com as análises estatísticas.

Aos pacientes e ex-pacientes do GRATA, pois sem eles esse estudo não seria possível.

Ao Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública pela preciosa oportunidade.

À secretária do Programa Shirley Figueiredo por sempre me atender com sorriso no rosto e ao seu marido, Donizete Ferreira, que me ajudou muito durante a coleta de dados com os inúmeros agendamentos de prontuários.

À FAPESP, pelo apoio financeiro durante a realização deste estudo.

À Lya Duchini, pelo laço infinito de amizade, por todo o incentivo e companheirismo. Eu te admiro muito!

À Letícia Bizari, pela cumplicidade e amizade verdadeira. Obrigada por me ensinar a enxergar a vida através de lentes coloridas!

Às queridas amigas desde a época da graduação, Patricia Barbieri, Jaqueline Gentil, Roberta Santos, Eduarda Furtado e Sofia Ribeiro. Obrigada pela amizade e por sempre torcerem por mim.

Ao meu namorado Rafael, pelo amor, companheirismo e apoio. Agradeço também a toda sua família pelo carinho e acolhimento.

Aos amigos queridos que conheci e me incentivaram muito nesse caminhar, Bebel, Rita, Daniel, Taciana, Tammy, Christiane e Felipe Lauand, Gabriela e Pedro Schwartzmann, Beth, Carol Robotini e Rodrigo Silvino, Luciana Castilho, Ana Cristina Bragheto, Camargo, Paulinho, Francisca, Viviane, Jefferson e Vanilde.

Aos amigos Sérgio Campos Gonçalves e César Cintra pelo apoio e incentivo.

E, finalmente, agradeço a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a construção desse trabalho. Obrigada!

## RESUMO

PALMA, R.F.M. **Hospitalização integral para o tratamento de transtornos alimentares: características e resultados.** 2012. 118 f. Dissertação (mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

Os transtornos alimentares (TA) são doenças graves de etiologia multifatorial, que cursam com alterações importantes no comportamento alimentar e complicações clínicas como desnutrição e distúrbios hidroeletrólíticos, além de comorbidades psiquiátricas. A hospitalização integral é uma modalidade terapêutica indicada quando o seguimento ambulatorial não atinge resultados satisfatórios associados à piora dos sintomas. O objetivo deste estudo foi descrever as características e resultados da hospitalização dos pacientes com TA atendidos pelo Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP. Dados antropométricos, bioquímicos e clínicos foram coletados a partir da revisão de prontuários dos pacientes internados durante o período de 1982 a 2011. Como resultado, observou-se que das 186 pessoas que receberam atendimento pelo serviço, 44,6% deles (n=83) necessitaram de no mínimo, uma internação durante o tratamento. A predominância foi do sexo feminino (95,2%), da raça branca (94%), solteira (76%) e sem filhos (78,3%). Cursavam o ensino médio (50,6%) com idade de 23,3±10,8 anos. O diagnóstico era de anorexia do tipo restritivo (AN-R) para 54,2% (n=45) deles, 31,3% (n=26) apresentavam anorexia do subtipo compulsão periódica/purgativo (AN-CP) e 14,5% (n=12) tinham bulimia nervosa (BN). A média de internações foi de 1,9±3,9 vezes sendo que 73,5% (n=61) dos pacientes foram internados apenas uma vez, por 41,2±37,6 dias. Para aqueles que precisaram dessa modalidade de tratamento por mais de uma vez, a duração da hospitalização, considerando todas as internações, foi de 70,6±115,9 dias com extensa variação (3 a 804 dias). Não foi observada associação entre o número de internações com o Índice de Massa Corporal (IMC) e com o tempo de sintomas antes do diagnóstico. O IMC dos pacientes mudou significativamente ( $p < 0,05$ ) durante a internação (para o grupo com AN-R: de 13,5kg/m<sup>2</sup> para 14,8kg/m<sup>2</sup>; para os com AN-CP: de 15,7kg/m<sup>2</sup> para 16,9kg/m<sup>2</sup>; naqueles com BN: de 22,0kg/m<sup>2</sup> para 21,0kg/m<sup>2</sup>). A amenorréia esteve presente em 69% (n=45) das mulheres, sendo mais frequente naquelas com AN-R (65,1%). Dos 23 pacientes (27,7%) que realizaram o exame de densitometria óssea, 44,4% (n=10) apresentam osteopenia e 29,7% (n=7) osteoporose. Os valores médios da maioria dos parâmetros bioquímicos avaliados estavam dentro da normalidade, com exceção do beta-caroteno, que encontrava-se elevado, tanto no início quanto no final da internação. A Nutrologia foi a enfermaria na qual a maioria das internações ocorreu (79,5%) e a necessidade de terapia nutricional foi a indicação mais frequente (62,3%). A via de administração de nutrientes preferencialmente utilizada foi a via oral (67,5%), apesar de ter sido observado aumento de 2,3 vezes na escolha da terapia nutricional enteral exclusiva nos pacientes que foram internados mais de uma vez. O acompanhamento multidisciplinar foi evidenciado, pois além do médico, houve a participação maciça de nutricionistas (87,9%) e psiquiatras (72,3%). Como conclusão, a hospitalização integral é uma modalidade bastante indicada no tratamento de pacientes com TA, mas sua duração é prolongada e requer a assistência de diversos profissionais. No entanto, quando indicada a partir de critérios bem estabelecidos proporciona melhora no estado nutricional. Futuros estudos são necessários para ampliar e aprofundar os resultados encontrados possibilitando o aprimoramento de condutas terapêuticas.

**Palavras-chave:** transtornos alimentares, hospitalização, anorexia nervosa, bulimia nervosa.



## ABSTRACT

PALMA, R.F.M. **Inpatient treatment of eating disorders: characteristics and results.** 2012. 118 f. Dissertation [master's degree] – Ribeirão Preto Nursing School, São Paulo University, Ribeirão Preto, 2012.

Eating disorders (ED) are serious diseases with multiple etiologies that course with major changes in eating behavior and clinical complications such as malnutrition and electrolyte disturbances, and also psychiatric comorbidities. Inpatient treatment is a modality of treatment used when the outpatient follow-up did not reach satisfactory results associated with worsening of clinical status. The aim of this study was to describe the characteristics and outcomes of the hospitalization in patients with ED who were treated by Assistance Group on Eating Disorders from the Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP. Anthropometric, biochemical and clinical data were collected from the medical records of patients admitted between 1982 and 2011. It was observed that among 186 patients attended by the service, 44.6% (n = 83) required at least one inpatient treatment. Most patients were female (95.2%) and white (94%). The majority was single (76%), with no children 78.3%) and were high school students (50.6%). The mean age was  $23.3 \pm 10.8$  years old. According to the diagnosis, 54.2% of patients had anorexia nervosa, restricting subtype (AN-R), 31.3% had anorexia nervosa binge-eating/purging subtype (AN-CP) and 14.5% had bulimia nervosa (BN). The mean age at admission was  $23.3 \pm 10.8$  years (range 8-58 years), 73.5% of patients were hospitalized only once. The mean number of admissions was  $1.9 \pm 3.9$  times and 73.5% (n=61) were hospitalized only once, during  $41.2 \pm 37.6$  days. For those who needed this type of treatment more than once, the length of stay, considering all admissions, was  $70.6 \pm 115.9$  days with extensive variation (3-804 days). No associations were observed between the number of hospitalizations and Body Mass Index (BMI) and duration of symptoms before diagnosis. The BMI of the patients changed significantly ( $p < 0.05$ ) during hospitalization (for the group with AN-R, from  $13.5 \text{ kg/m}^2$  to  $14.8 \text{ kg/m}^2$ ; for AN-CP:  $15.7 \text{ kg/m}^2$  to  $16.9 \text{ kg/m}^2$ , those with BN: from  $22.0 \text{ kg/m}^2$  to  $21.0 \text{ kg/m}^2$ ). Amenorrhea was present in 69% (n = 45) women, most frequently in those with AN-R (65.1%). According to exam of bone densitometry of 23 patients (27.7%), 44.4% (n=10) had osteopenia and 29.7% (n=7) had osteoporosis. The mean values of most biochemical parameters were within normal limits, except for beta-carotene, which was above the normal range, both in admission and discharge. The Nutrology was the infirmary where the majority of hospitalizations occurred (79.5%), nutritional support was the most frequent indication for hospitalization (62.3%). The route of administration of nutrients preferably used was oral (67.5%), although it has been observed an increase at 2.3 times on exclusively enteral feeding in patients admitted more than once. The multidisciplinary team reveals, besides the doctor, the massive presence of dietitians (87.9%) and extensive involvement of psychiatrists (72.3%). It is concluded that inpatient treatment is needed in patients with ED, often shows prolonged duration and requires the assistance of various professionals. However, when indicated based on criteria well established can provide improvement in nutritional status. Future studies are needed to broaden the results enabling the improvement of therapeutic approaches.

**Key-words:** eating disorders, inpatient treatment, anorexia nervosa, bulimia nervosa.

## RESUMEN

PALMA, R.F.M. **Hospitalización integral para el tratamiento de trastornos de la conducta alimentaria: características y resultados.** 2012. 118 h. Disertación (maestría) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son enfermedades graves, de etiología multifactorial, que causan cambios importantes en el comportamiento alimentario y complicaciones clínicas como desnutrición y alteraciones hidroelectrolíticas, además de las comorbilidades psiquiátricas. Se indica la hospitalización integral como modalidad terapéutica cuando el seguimiento clínico no genera resultados satisfactorios asociados con el empeoramiento de los síntomas. El objetivo de este estudio fue describir las características y los resultados de la hospitalización de pacientes con TCA atendidos por el Grupo de Atención en Trastornos Alimentarios del Hospital de Clínicas de la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto-USP. Fueron recolectados datos antropométricos, bioquímicos y clínicos, por medio de consulta a los registros clínicos de los pacientes internados durante el período entre 1982 y 2011. Como resultado, se observó que de las 186 personas que recibieron atendimento en el servicio, el 44,6% (n=83) requirió al menos una hospitalización durante el tratamiento. La mayoría de los pacientes era del género femenino (95,2%), brancas (94%), solteras (76%) y sin hijos (78,3%). Estudiaban en la educación secundaria (50,6%) y tenían edad de  $23,3 \pm 10,8$  años. El diagnóstico era de anorexia de tipo restrictivo (AN-R) para el 54,2% (n=45), el 31,3% (n=26) presentaba anorexia de subtipo compulsión periódica/purgativa (AN-CP) y el 14,5% (n=12) tenía bulimia nerviosa (BN). El promedio de hospitalizaciones fue de  $1,9 \pm 3,9$  veces siendo que el 73,5% (n=61) de los pacientes fueron hospitalizados sólo una vez, por  $41,2 \pm 37,6$  días. Para aquellos que necesitaron de este tipo de tratamiento más de una vez, la duración de la hospitalización, teniendo en cuenta todas internaciones, fue del  $70,6 \pm 115,9$  días con amplia variación (3 a 804 días). No se observó asociación entre el número de internaciones con el Índice de Masa Corporal (IMC) y con el tiempo de los síntomas antes del diagnóstico. El IMC de los pacientes cambió de forma significativa ( $p < 0,05$ ) durante la hospitalización (para el grupo con AN-R: de  $13,5 \text{kg/m}^2$  a  $14,8 \text{kg/m}^2$ , para los con AN-CP: de  $15,7 \text{kg/m}^2$  a  $16,9 \text{kg/m}^2$ ; y aquellos con BN: de  $22,0 \text{kg/m}^2$  a  $21,0 \text{kg/m}^2$ ). La amenorrea estuvo presente en el 69% (n=45) de las mujeres, siendo más frecuente en aquellas con AN-R (65,1%). De los 23 pacientes (27,7%) que se sometieron al examen de densitometría ósea, el 44,4% (n=10) tenía osteopenia y el 29,7% (n=7) osteoporosis. Los valores medios de la mayoría de los parámetros bioquímicos evaluados fueron normales, excepto para el beta-caroteno que estaba elevado, tanto en el comienzo cuanto en el final de la hospitalización. La Nutriología fue la clínica en la cual la mayoría de las hospitalizaciones ocurrió (79,5%) y la necesidad de terapia nutricional fue la indicación más frecuente (62,3%). Se utilizó preferiblemente la vía oral (67,5%) para la administración de nutrientes, aunque se observó aumento de 2,3 veces en la elección de la terapia nutricional enteral exclusiva en los pacientes internados más de una vez. El acompañamiento multidisciplinario se hizo evidente, pues además del médico, hubo la participación intensa de los nutricionistas (87,9%) y psiquiatras (72,3%). Se concluye que la hospitalización integral es mucho indicada para el tratamiento de pacientes con TCA, pero su duración es prolongada y requiere la atención de diversos profesionales. Sin embargo, cuando se indica con base en criterios bien establecidos, proporciona una mejora del estado nutricional. Se necesitan más estudios para ampliar y profundizar los resultados encontrados, permitiendo el perfeccionamiento de las conductas terapéuticas.

**Palabras clave:** trastornos de la conducta alimentaria, hospitalización, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Fatores contribuintes na etiologia dos transtornos alimentares .....	17
Quadro 1 - Critérios diagnósticos para AN segundo DSM-IV-TR e CID-10 .....	20
Quadro 2 - Critérios diagnósticos para BN segundo DSM-IV-TR e CID-10 .....	22
Quadro 3 - Critérios diagnósticos propostos pelo DSM-V para AN e BN .....	24
Quadro 4 - Indicações para hospitalização integral de pacientes com AN ou BN.....	29
Quadro 5 - Indicações para a admissão hospitalar de adolescentes com AN segundo as diretrizes internacionais .....	30
Gráfico 1 - Número de pacientes atendidos pelo GRATA (n=186) no período do estudo e que necessitaram de internação (n=83) durante o tratamento, segundo década. Ribeirão Preto, 2011.....	47
Gráfico 2 - Diagnóstico da saúde óssea pelo exame de densitometria de pacientes portadores de TA (n=23) internados no HCFMRP-USP. Ribeirão Preto, 2011 .....	55
Gráfico 3 - Frequência de inadequação das médias dos resultados de vitaminas e beta-caroteno dos pacientes hospitalizados com TA no HCMFMRP-USP no início e final das internações. Ribeirão Preto, 2011.....	57
Gráfico 4 - Frequência de inadequação das médias dos resultados de hemograma e lipidograma dos pacientes hospitalizados com TA no HCFMRP-USP no início e final das internações. Ribeirão Preto, 2011 .....	58
Gráfico 5 - Frequência de inadequação das médias dos resultados de parâmetros bioquímicos dos pacientes hospitalizados com TA no HCFMRP-USP no início e final das internações. Ribeirão Preto, 2011.....	59
Gráfico 6 - Correlação linear de Pearson verificada entre o número de internações e IMC dos pacientes na admissão hospitalar (n=83; p=0,657). Ribeirão Preto, 2011 .....	61
Gráfico 7 - Correlação linear de Pearson verificada entre o número de internações e tempo de sintomas (em meses) antes do diagnóstico de TA dos pacientes (n=82; p=0,399). Ribeirão Preto, 2011.....	61
Gráfico 8 - Duração total da hospitalização (em dias) de pacientes portadores de TA segundo o número de internações no HCFMRP-USP. Ribeirão Preto, 2011 .....	62

Gráfico 9 - Número de pacientes hospitalizados com TA no HCFMRP-USP segundo indicação na primeira (n=83) e última internação (n=22). Ribeirão Preto, 2011 .....	63
Gráfico 10 - Distribuição dos pacientes internados com TA no HCFMRP-USP segundo a enfermaria na primeira (n=83) e última internação (n=22). Ribeirão Preto, 2011 .....	65
Gráfico 11 - Distribuição dos pacientes internados com TA no HCFMRP-USP segundo a via de administração de nutrientes na primeira (n=83) e última (n=22) internação. Ribeirão Preto, 2011 .....	66
Gráfico 12 - Presença dos profissionais da equipe multidisciplinar no tratamento hospitalar de pacientes com TA na primeira (n=83) e última internação (n=22). Ribeirão Preto, 2011 .....	67

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Classificação do estado nutricional segundo o IMC para adultos .....	41
Tabela 2 - Classificação do estado nutricional segundo o IMC para crianças e adolescentes .....	41
Tabela 3 - Valores de referências de exames bioquímicos adotados pelo HCFMRP-USP. Ribeirão Preto, 2011.....	42
Tabela 4 - Caracterização sociodemográfica dos pacientes hospitalizados com TA (n=83). Ribeirão Preto, 2011 .....	48
Tabela 5 - Caracterização dos pacientes hospitalizados com TA (n=83), segundo o diagnóstico e subtipos. Ribeirão Preto, 2011 .....	50
Tabela 6 - Índice de massa corporal ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ) dos pacientes hospitalizados no início e final das internações segundo diagnóstico. Ribeirão Preto, 2011.....	51
Tabela 7 - Estado nutricional dos pacientes adultos com TA no início e final da internação, segundo número de internações no HCFMRP-USP. Ribeirão Preto, 2011 .....	52
Tabela 8 - Estado nutricional de crianças e adolescentes com TA no início e final da internação, segundo número de internações no HCFMRP-USP. Ribeirão Preto, 2011.....	53
Tabela 9 - Pressão arterial e frequência cardíaca dos pacientes hospitalizados com TA (n=83) no início e final das internações. Ribeirão Preto, 2011.....	54
Tabela 10 - Presença de amenorréia em mulheres com TA no início e final da internação, segundo diagnóstico. Ribeirão Preto, 2011 .....	54
Tabela 11 - Parâmetros bioquímicos dos pacientes portadores de TA hospitalizados no HCFMRP-USP no início e final das internações. Ribeirão Preto, 2011 .....	56
Tabela 12 - Distribuição dos pacientes hospitalizados com TA no HCFMRP-USP segundo número de internações, diagnóstico e indicação da internação. Ribeirão Preto, 2011 .....	64
Tabela 13 - Distribuição dos pacientes hospitalizados com TA no HCFMRP-USP segundo diagnóstico e desfecho do tratamento. Ribeirão Preto, 2011 .....	69
Tabela 14 - Variação da perda amostral dos dados coletados para o estudo. Ribeirão Preto, 2011 .....	116

## LISTA DE SIGLAS

ACUTE	ACUTE Center for Eating Disorders
AN	Anorexia Nervosa
AN-CP	Anorexia Nervosa tipo Compulsão Periódica/purgativo
ANOVA	Análise de Variância
AN-R	Anorexia Nervosa tipo Restritivo
APA	American Psychiatric Association
BN	Bulimia Nervosa
CID-10	Classificação Internacional de Doenças, 10ª edição
DEXA	Absorciometria de Feixe Duplo
DSM-IV-TR	Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais. 4ª edição - texto revisado
FC	Frequência Cardíaca
GET	Gasto Energético Total
GRATA	Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares
HCFMRP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
HD	Hospital Dia
HDL	Lipoproteína de Alta Densidade
IMC	Índice de Massa Corporal
LDL	Lipoproteína de Baixa Densidade
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pressão Arterial
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
TA	Transtornos Alimentares
TCPA	Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica
TNE	Terapia Nutricional Enteral
TNP	Terapia Nutricional Parenteral
USP	Universidade de São Paulo

# SUMÁRIO

<b>1. Introdução</b> .....	<b>17</b>
1.1 Transtornos Alimentares: etiologia e epidemiologia .....	17
1.2 Critérios diagnósticos e quadro clínico .....	20
1.2.1 Novas propostas para os critérios diagnósticos no DSM V .....	23
1.3 Tratamento e níveis de assistência .....	26
1.3.1 Atendimento ambulatorial.....	26
1.3.2 Tratamento residencial.....	27
1.3.3 Hospitalização parcial.....	27
1.3.4 Hospitalização integral .....	29
1.4 O tratamento oferecido pelo GRATA.....	31
<b>2. Objetivos</b> .....	<b>35</b>
2.1 Objetivo Geral .....	35
2.2 Objetivos específicos .....	35
<b>3. Metodologia</b> .....	<b>37</b>
3.1 Tipo de estudo.....	37
3.2 Sujeitos.....	37
3.3 Localização dos prontuários.....	37
3.4 Obtenção da amostra .....	39
3.5 Aspectos éticos .....	39
3.6 Procedimentos .....	39
3.7 Análise dos dados .....	40
3.8 Classificação do Estado Nutricional .....	41
3.9 Parâmetros Bioquímicos .....	42
3.10 Desfecho .....	43
3.11 Perda amostral .....	43
<b>4. Resultados</b> .....	<b>46</b>
4.1 Perfil dos pacientes .....	46
4.1.1 Pacientes atendidos e internados pelo serviço .....	46
4.1.2 Características sociodemográficas.....	47
4.1.3 Distribuição segundo diagnóstico do TA .....	49
4.1.4. Estado nutricional.....	50

4.1.5 Quadro clínico .....	53
4.1.5.1 Pressão arterial e frequência cardíaca .....	53
4.1.5.2 Amenorréia e estado ósseo.....	54
4.1.6 Parâmetros bioquímicos.....	55
4.2 Perfil das internações .....	60
4.2.1 Idade dos pacientes, número e duração das internações .....	60
4.2.2 Indicações de internação.....	63
4.2.3 Local das internações.....	64
4.2.4 Terapia nutricional.....	65
4.2.5 Acompanhamento multidisciplinar .....	66
4.2.6 Desfecho do tratamento .....	67
<b>5. Discussão .....</b>	<b>70</b>
<b>6. Conclusões e Considerações finais .....</b>	<b>91</b>
<b>Referências .....</b>	<b>96</b>
<b>Apêndices .....</b>	<b>114</b>
<b>Anexo .....</b>	<b>118</b>



## ***INTRODUÇÃO***

---

## 1. Introdução

### 1.1 Transtornos Alimentares: etiologia e epidemiologia

Os transtornos alimentares (TA) constituem doenças graves e complexas que cursam frequentemente com outras comorbidades, podendo apresentar alto grau de mortalidade, sobretudo na adolescência, quando geralmente se iniciam, afetando ampla e severamente o desenvolvimento do indivíduo (PINZON et al., 2004).

Os múltiplos fatores que contribuem para o desenvolvimento dos TA culminam em alterações graves do comportamento alimentar com consumo e padrões drasticamente fora dos normais, variando entre a ausência e o excesso, dependendo do diagnóstico (CARTWRIGHT, 2004). Portadores de TA apresentam problemas psicológicos e as comorbidades mais prevalentes envolvem condições psiquiátricas tais como depressão, transtornos de ansiedade e personalidade (MARTINS; SASSI, 2004).

As causas do desenvolvimento dos TA permanecem sem completa elucidação. Entretanto, o modelo mais aceito atualmente envolve a etiologia multifatorial, abrangendo fatores genéticos, fisiológicos, psicológicos e ambientais. (Figura 1).



Figura 1. Fatores contribuintes na etiologia dos transtornos alimentares (adaptado de Cartwright, 2004).

A influência dos fatores socioculturais no contexto dos TA abrange vários níveis de compreensão. A opinião da família, em especial a da mãe, é significativa na formação da opinião dos filhos em relação à aparência, peso e forma do corpo (ADAMI-LAUAND; RIBEIRO, 2011). Crianças e adolescentes, principalmente do sexo feminino aprendem sobre comportamentos e atitudes com seus familiares e amigas, tanto pelo encorajamento em fazer dietas para perda de peso como pelo medo de não serem aceitas no grupo, caso não exibam corpos condizentes com os padrões de beleza atuais. O estudo de Polivy e Herman (2002) apontou que o impacto da opinião da família e dos amigos sobre os jovens é maior do que o da mídia. Somado a isso, o padrão de beleza exibido pelos meios de comunicação e convívio social desempenham efeitos marcantes sobre as mulheres, principais acometidas pelos TA. Além disso, a supervalorização do corpo feminino e a idealização da magreza na cultura ocidental reforçam os aspectos psicopatológicos centrais dessas doenças (MORGAN; VECCHIATTI; NEGRÃO, 2002).

A influência dos fatores genéticos nos TA não foi completamente esclarecida devido a limitações metodológicas. Entretanto, estudos em gêmeos têm apontado que existam maiores ocorrências em gêmeos monozigóticos do que em gêmeos dizigóticos (BULIK et al., 2000; STOBBER et al., 2000; KLUMP; MCGUE; IACONO, 2002). Ainda, alterações genéticas podem influenciar a dinâmica neuroquímica, diminuindo os níveis de serotonina, endorfina e norepinefrina, hormônios associados à depressão e diminuição na satisfação física e emocional (BAILER; KAYE, 2003).

Os níveis alterados de componentes neuroquímicos e hormonais encontram-se entre os fatores fisiológicos que desregulam o humor e apetite nos pacientes com TA, tipicamente apresentam altos níveis de cortisol e vassopressina, hormônios que têm sido correlacionados com o sofrimento emocional, comumente observado nesses pacientes (DEVLIN et al., 1997). Além disso, os níveis de colecistoquinina, importante mediador da saciedade: noradrenalina, serotonina e endorfinas estão marcadamente diminuídas nos TA (BARBARICH; KAYE; JIMERSON, 2003; HADLEY; WALSH, 2003).

A presença de eventos estressores (abuso sexual, trauma e recebimento constantes de comentários depreciativos na infância) associada a deficiências afetivas; como baixa auto-estima, humor depressivo, traços obsessivos e perfeccionista, impulsividade, ansiedade e irritabilidade contribuem para a psicopatologia dos TA (MORGAN; VECCHIATTI; NEGRÃO, 2002).

Diversos estudos têm demonstrado associação entre os TA e comorbidades psiquiátricas. A relação existente entre eles é bastante complexa e vem sendo cada vez mais estudada nas últimas décadas devido às implicações que resultam no tratamento desses pacientes. Os transtornos psiquiátricos com grande prevalência entre os pacientes com TA são: transtornos afetivos (especialmente, depressivos), ansiosos, transtornos de personalidade do tipo borderline, histriônico e anacástico (MARTINS; SASSI, 2004).

Os TA mais conhecidos e discutidos são a anorexia nervosa (AN) e a bulimia nervosa (BN). A prevalência dessas doenças é variável em estudos epidemiológicos devido à divergência entre instrumentos, metodologia e/ou utilização de critérios diagnósticos mais restritos ou abrangentes. Alguns estudos demonstram que a prevalência de AN varia em média entre 0,3 e 3,7% e a bulimia entre 1,0 e 4,2% (AALTO-SETALA et al., 2001; HOEK; van HOEKEN, 2003; HOEK, 2006; HUDSON et al., 2007). Em relação ao gênero, os TA apresentam predominância em mulheres jovens, com relação homem-mulher em média de 1:10 e até de 1:20 (KLEIN; WALSH, 2004).

Em um estudo de revisão sobre incidência de TA publicado por Hoek e van Hoeken (2003) evidenciou-se que entre os anos 1950 e 1980 houve aumento na incidência de AN. No caso da BN, por ter sido reconhecida como categoria distinta de TA em 1979 (RUSSEL, 1979), nessa época, houve um aumento da incidência, o que pode ter sido ocasionado pelo simples fato do maior reconhecimento no meio médico, pois a partir dos anos 80, as taxas tanto de BN quanto AN na população se estabilizaram. O mesmo estudo aponta que as taxas de incidência nos países industrializados residem na faixa de 8 mulheres e 0,1 homem a cada 100 mil habitantes/ano para AN e 12 mulheres e 0,8 homens em 100 mil habitantes/ano na BN.

O estudo de Currin et al. (2005) com investigação específica de casos novos de TA em mulheres com 10 a 39 anos no período entre 1994 e 2000 encontrou-se taxas de incidência de 4,7 e 6,6 a cada 100 mil habitantes/ano para AN e BN, respectivamente. O mesmo estudo conclui que a incidência de AN permaneceu estável ao longo do período estudado, enquanto para a BN houve um aumento na incidência até o ano de 1996, quando então passou a declinar.

## 1.2 Critérios diagnósticos e quadro clínico

Os critérios diagnósticos vigentes para a AN e BN seguem os sistemas classificatórios do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais com texto revisado (DSM-IV-TR) publicados pela *American Psychiatric Association* (APA) e Classificação Internacional de Doenças, 10ª edição (CID-10) da Organização Mundial da Saúde (OMS) e estão apresentados nos quadros abaixo.

Quadro 1 – Critérios diagnósticos para AN segundo DSM-IV-TR e CID-10.

<b>Anorexia Nervosa</b>	
<b>DSM-IV-TR<sup>1</sup></b>	<b>CID-10<sup>2</sup></b>
Perda de peso e recusa em manter o peso na faixa normal ( $\geq 85\%$ do esperado)	Perda de peso e manutenção abaixo do normal com índice de massa corporal (IMC) $< 17,5 \text{ kg/m}^2$
Medo mórbido de engordar mesmo estando abaixo do peso	Medo de engordar e percepção de estar muito gorda(o)
Perturbação na forma de vivenciar o baixo peso, influência indevida do peso sobre a auto-avaliação e negação do baixo peso	Perda de peso auto-induzida por evitar o consumo de alimentos que engordam
Amenorréia por pelo menos três ciclos consecutivos	Distúrbio endócrino envolvendo o eixo hipotálamo-hipofisário-gonadal (amenorréia) e atraso desenvolvimento puberal
Subtipos: restritivo e compulsão periódica/purgativo	*vômitos auto-induzidos, purgação e uso de inibidores do apetite e/ou diuréticos podem estar presentes

<sup>1</sup>DSM-IV-TR (APA, 2002). <sup>2</sup>CID-10 (OMS, 1993).

Notam-se diferenças nos sistemas classificatórios propostos para diagnóstico da AN, apesar da semelhança na marcante perda de peso nos dois critérios. No DSM-IV-TR, a inadequação do peso é referente a estar abaixo de 85% daquele esperado, enquanto no CID-10, propõe-se uma faixa de corte no Índice de Massa Corporal (IMC). Ambos citam o medo intenso de engordar e a influência indevida da imagem corporal no controle do peso. Entretanto, no DSM-IV-TR existe a negação do baixo peso, o que não está presente no CID-10. A amenorréia deve estar presente e é demarcada por um período de tempo no DSM-IV-TR; já no CID-10, cita-se apenas o aparecimento do distúrbio. A mais importante divergência entre as classificações refere-se à subdivisão do diagnóstico. A AN é subdividida no DSM-IV-TR em anorexia nervosa tipo restritivo (AN-R) na qual os pacientes fazem intensas restrições na alimentação, jejuns prolongados ou excessivos exercícios físicos objetivando a perda de peso; e em anorexia nervosa tipo compulsão periódica/purgativo (AN-CP), na qual podem ocorrer episódios de compulsão e/ou purgação para evitar o ganho de peso. Tal divisão não ocorre no CID-10, apesar dessa classificação citar que os mecanismos compensatórios possam estar presentes.

Para o diagnóstico de BN (Quadro 2), ambos os sistemas classificatórios citam a ocorrência de episódios de compulsão alimentar pelo mesmo período (mínimo de duas vezes por semana, durante pelo menos três meses), assim como a utilização de mecanismos compensatórios como indução de vômitos, abuso de laxantes e diuréticos, jejuns prolongados, exercícios excessivos ou uso de drogas para evitar o ganho de peso. O DSM-IV-TR aponta a influência indevida da imagem corporal sobre o controle do peso e o CID-10 refere-se apenas ao medo de engordar que interfere no controle do peso dentro de valores normais. Assim como para a AN, o DSM-IV-TR faz a divisão entre os tipos de BN; em seu subtipo purgativo os pacientes utilizam os mecanismos compensatórios para evitar o ganho de peso frente ao consumo calórico desenfreado e no tipo não purgativo, o peso passa a ser controlado pela prática excessiva de atividades físicas ou jejuns prolongados. Apenas o CID-10 cita a possibilidade de negligência do tratamento insulínico por parte de pacientes diabéticos visando à perda de peso.

Quadro 2 – Critérios diagnósticos para BN segundo DSM-IV-TR e CID-10.

<b><i>Bulimia Nervosa</i></b>	
<b>DSM-IV-TR<sup>1</sup></b>	<b>CID-10<sup>2</sup></b>
Episódios recorrentes de compulsão alimentar (excesso alimentar + perda de controle) com frequência dos episódios compulsivos e compensatórios pelo menos duas vezes/semana por três meses	Episódios recorrentes de hiperfagia (duas vezes/semana por três meses), preocupação persistente com o comer e desejo irresistível de comida
Métodos compensatórios para prevenção de ganho de peso: indução de vômitos, uso de laxantes, diuréticos, enemas, jejum, exercícios excessivos ou outros	Uso de métodos compensatórios para neutralizar ingestão calórica: vômitos, abuso de laxantes, jejuns ou uso de drogas (anorexígenos, hormônios tireoidianos ou diuréticos)*
Influência indevida do peso/forma corporal sobre a auto-avaliação	Medo de engordar que leva a busca de um peso abaixo do limiar ótimo ou saudável
Subtipos: purgativo e não-purgativo	* diabéticas podem negligenciar o tratamento insulínico

<sup>1</sup>DSM-IV-TR (APA, 2002). <sup>2</sup>CID-10 (OMS, 1993).

As complicações clínicas relacionadas à AN são decorrentes diretamente da desnutrição. Enquanto na BN as complicações clínicas são frequentemente relacionadas ao distúrbio hidroeletrolítico (BORGES et al., 2006). Os TA influenciam intensamente o estado nutricional e o metabolismo. Suas conseqüências físicas se refletem sobre vários sistemas orgânicos podendo ocorrer redução da força muscular, fraqueza do músculo cardíaco, diminuição no crescimento, alterações endócrinas, hidroeletrolíticas, gastrintestinais, alterações no sistema imunológico com redução dos mecanismos de defesa e até alterações na matriz cerebral (STEWART, 1992; SHARP; FREEMAN, 1993; KEREM; KATZMAN, 2003; PHILLIPI; ALVARENGA, 2004).

Na AN, a ingestão alimentar aquém das necessidades de macro e micronutrientes determina a queima de reservas de gordura e massa muscular ocasionando a perda de peso acentuada, carências nutricionais importantes e diminuição da taxa metabólica basal (RIGAUD, 2000; ZWAAN; ASLAM; MITCHELL,

2002). As alterações metabólicas são semelhantes às encontradas no estado de inanição (SAITO; SILVA, 2001). Também é comum a hipercolesterolemia, ocasionada na maioria dos casos, por perda grave da massa gordurosa corporal. A lipólise encontra-se aumentada, além do retardo na remoção das partículas de lipoproteína de baixa densidade (*low density lipoprotein* - LDL) (WEINBRENNER et al., 2004).

A desnutrição não é vista com frequência em pacientes com BN, entretanto a ingestão energética alimentar e a distribuição dos macronutrientes sofrem demasiadas alterações devido ao descontrole alimentar e prática de mecanismos compensatórios (ALVARENGA; LARINO, 2002). Do ponto de vista clínico, observa-se alterações hidroeletrólíticas importantes, sobretudo em relação ao sódio, potássio e cloro, alterações gastrintestinais, problemas dentários como o aumento da frequência do desenvolvimento de cáries e perda dos dentes, aumento dos triglicérides plasmáticos, alterações hematológicas e comprometimento muscular e cardíaco (CARNEY; ANDERSEN, 1996; SALVY; McCARGAR, 2002; PHILLIPI; ALVARENGA, 2004).

### **1.2.1 Novas propostas para os critérios diagnósticos no DSM V**

Embora o número de doenças tenha sido ampliado para atender à maioria dos pacientes com TA que se apresentam para tratamento nos centros especializados, aproximadamente 50% dos casos ainda se encaixam na categoria residual sendo considerados atípicos ou não especificados por não preencherem todos os critérios da doença para atribuição do diagnóstico (ZWAAN; HERZOG, 2011). Muitos pacientes sofrem de distúrbios alimentares clinicamente relevantes sem nunca terem se encaixado entre os principais diagnósticos de TA como AN e BN (FAIRBURN; COOPER, 2011).

A APA no final de 2010 propôs algumas modificações nos atuais critérios diagnósticos de TA (Quadro 3). O principal objetivo da nova versão é fazer com que os critérios sejam descritivos e não de cunho meramente etiológico. As alterações propostas para essa nova versão incluem a abolição de formulações que assumem que o paciente baseia sua conduta de forma intencional com termos que poderiam assumir caráter depreciativo e difíceis de medir objetivamente. O lançamento do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, versão V (DSM-V) está previsto para 2013 no Congresso anual da APA (ZWAAN; HERZOG, 2011).



Quadro 3 – Critérios diagnósticos propostos pelo DSM-V<sup>3</sup> para AN e BN.

Anorexia nervosa	Bulimia nervosa
<p>(A) Restrição do consumo de energia em relação à demanda, conduzindo a um peso corporal significativamente baixo para idade, sexo, desenvolvimento e saúde física. Peso significativamente baixo é definido como um peso menor do que o considerado mínimo normal; ou, para crianças e adolescentes, peso menor do que o mínimo esperado.</p> <p>(B) Medo intenso de ganhar peso ou ficar gordo(a), ou comportamento persistente que interfere com o ganho de peso, embora esteja com um peso significativamente baixo.</p> <p>(C) Perturbação no modo como o peso ou imagem são vivenciadas, influência indevida do peso ou imagem corporal na auto-avaliação ou persistência da falta de reconhecimento da gravidade do baixo peso atual.</p>	<p>(A) Episódios recorrentes de compulsão alimentar. Um episódio de compulsão alimentar é caracterizado por ambos os seguintes procedimentos:</p> <p>(1) Comer, num período limitado de tempo (por exemplo, dentro de um período de 2 horas), uma quantidade de comida que é definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria durante um período de tempo semelhante em circunstâncias semelhantes;</p> <p>(2) Sensação de falta de controle sobre o ato de comer durante o episódio (por exemplo, um sentimento que não se pode parar de comer ou controlar o que ou quanto está comendo).</p> <p>(B) Comportamentos compensatórios inadequados recorrentes para prevenir o ganho de peso, como vômitos auto-induzidos; uso indevido de laxantes, diuréticos ou outros medicamentos, jejum, ou exercícios excessivos.</p> <p>(C) Compulsão alimentar e os comportamentos compensatórios inadequados ocorrem, em média, pelo menos uma vez por semana durante 3 meses.</p>
<p><u>Subtipos:</u></p> <p><u>Restritivo:</u> durante os últimos 3 meses, o indivíduo não tenha apresentado episódios de compulsão alimentar ou de purgação (isto é, auto-indução de vômito ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas).</p> <p><u>Compulsão periódica/purgativo:</u> durante os últimos 3 meses, o indivíduo manteve episódios recorrentes de compulsão alimentar ou de purgação (isto é, auto-indução de vômito ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas).</p>	<p>(D) A auto-avaliação é indevidamente influenciada pela forma e peso corporais.</p> <p>(E) O distúrbio não ocorre na vigência de anorexia nervosa.</p>

<sup>3</sup>DSM-V (APA, 2010.)

Entre os critérios diagnósticos para AN é proposta a substituição dos termos “recusa” e “negação”, essas palavras foram consideradas pejorativas e de difícil mensuração. É recomendado que a reformulação do critério deva se concentrar em práticas comportamentais. O termo “medo de ganhar peso” também deverá ser abolido por apenas uma minoria dos indivíduos relatarem explicitamente esse medo (BECKER; EDDY; PERLOE, 2009).

Observa-se também a extinção da amenorréia como critério diagnóstico, devido a ocorrência do TA em homens, crianças e adolescentes antes da menarca, pacientes que fazem uso de contraceptivos orais ou já na menopausa. Esse critério ocorre como consequência orgânica da desnutrição e passa a ser utilizado como indicador negativo de importância prognóstica na AN (ATTIA; ROBERTO, 2009; ZWAAN; HERZOG, 2011).

A APA reconhece que a divisão de subtipos ocorra preferencialmente para fins de pesquisa, mas sugere que quando for utilizada seja definido e especificado um período para a duração dos sintomas, propõe-se a manutenção dos comportamentos purgativos compensatórios durante pelo menos três meses para serem classificados como AN-CP (PEAT et al., 2009).

O texto que acompanha o DSM V fornece exemplos como referência para facilitar a decisão dos profissionais da saúde baseados no IMC e não mais em porcentagem de adequação do peso. Adotando IMC abaixo de  $18,5\text{kg/m}^2$  para adultos e percentil menor que 10 para crianças e adolescentes (ZWAAN; HERZOG, 2011).

Para a BN, propõe-se que haja redução na frequência dos episódios de compulsão alimentar e medidas compensatórias de duas vezes para um episódio por semana, durante um período de três meses, com objetivo de abarcar e diagnosticar maior número de pacientes. Essa mudança se deve ao fato da literatura científica demonstrar que as características clínicas dos indivíduos que referiram menor frequência dos episódios serem semelhantes aos pacientes do critério atual (WILSON; SYSKO, 2009; ZWAAN; HERZOG, 2011). Recomenda-se também, o abandono do subtipo não purgativo, após revisão realizada por van Hoeken et al. (2009) que indicou que existe pouca informação sobre esse tipo de BN, além dos dados disponíveis sugerirem que indivíduos com este subtipo se assemelham mais a indivíduos com outro tipo de TA, o Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica (TCAP).

### 1.3 Tratamento e níveis de assistência

Dada a complexidade da etiologia dos TA, torna-se imprescindível o olhar atento e multifacetado para o manejo terapêutico da AN e BN; o tratamento dessas doenças é desafiador e requer a abordagem de uma equipe multidisciplinar bem treinada em serviços especializados.

O nível de cuidado apropriado para um paciente é determinado no momento do seu diagnóstico inicial e, posteriormente, sempre que uma mudança relevante em sua condição exija uma transição para um nível diferente. As configurações incluem o seguimento ambulatorial, tratamento domiciliar, hospitalização parcial em hospitais-dia (HD) e hospitalização integral para pacientes graves que necessitem de tratamento para as complicações agudas da doença. Ao determinar o nível inicial de atendimento ou a mudança para um nível diferente de cuidados, é essencial analisar em conjunto a condição física geral, complicações médicas, deficiências, comorbidade psiquiátrica, comportamento, interação familiar, recursos sociais, meio ambiente e serviços disponíveis (GUIMARÃES; SALZANO; ABREU, 2002; CABRERA, 2006; DONINI et al., 2010).

Em geral, as metas do tratamento da AN envolvem o restabelecimento do peso, normalização do padrão alimentar, da percepção de fome e saciedade, correção das sequelas biológicas da desnutrição, além de buscar restaurar o acometimento psicológico decorrente da doença (APA, 2000). Já os objetivos na assistência a pacientes com BN são: diminuir as compulsões alimentares, estabelecer um padrão regular de refeições, incrementar a variedade de alimentos consumidos, corrigir deficiências nutricionais e estabelecer práticas de alimentação saudáveis, associado à melhoria nos aspectos psicológicos dos pacientes (LATTERZA et al., 2004).

#### 1.3.1 Atendimento ambulatorial

Inicialmente, o tratamento deve ocorrer em contexto ambulatorial com médicos clínicos ou nutrólogos e nutricionistas, agregando-se a psicoterapia prestada pelos psicólogos, em uma equipe multidisciplinar, objetivando em primeira

instância, a normalização do comportamento e padrão alimentar, bem como a recuperação do peso. A avaliação ou seguimento com psiquiatra também deve ocorrer para fins diagnósticos ou tratamento com medicação psicotrópica. Entre os pacientes com AN, as reavaliações devem ser frequentes devido ao maior risco de complicações clínicas. Já na BN, habituais, com freqüência que pode variar entre os serviços. O atendimento deve seguir um programa estruturado com intervenções baseadas no paciente e na família (CABRERA, 2006).

### **1.3.2 Tratamento residencial**

Esse nível de assistência para tratamento dos TA é mais comum nos Estados Unidos, sendo indicado para pacientes que não apresentam complicações clínicas, mas que necessitam de apoio e supervisão para minimizar as prática alimentares anormais. O tratamento residencial segue um plano estruturado e inclui monitoramento das condições clínicas pelo médico, além do suporte e supervisão pela equipe de enfermagem durante as refeições. Terapia individual e familiar também são prestadas (FRISCH; HERZOG; FRANCO, 2006; KAYE; KAPLAN; ZUCKER, 1996). Apesar do conforto nesse tipo de tratamento, poucos são os indivíduos que se enquadram nesse perfil devido ao alto custo e necessidade de adesão por parte do paciente e família, que deve apresentar-se funcional e colaborativa.

### **1.3.3 Hospitalização parcial**

A hospitalização parcial geralmente ocorre em HD, sendo indicada para pacientes que não necessitam de supervisão e cuidados 24 horas, mas que também não são capazes de apresentar sucesso nos programas ambulatoriais. Nesse nível os pacientes recebem atendimento e supervisão por um período de até 8 horas, com atividades estruturadas incluindo apoio e incentivo durante as refeições e lanches. Na indicação de hospitalização parcial, o médico considera quantos dias por semana o paciente precisa comparecer a fim de obter o benefício máximo (ZIPFEL et al., 2002).

Os critérios de indicação de internação parcial, em geral, seguem as definições de critério para admissão em HD dadas por Boardman e Hodgson (2006):

- pacientes que já foram tratados em regime de hospitalização integral e que necessitam de nova internação;
- presença de baixo risco de auto ou hetero-agressão;
- impossibilidade ou incapacidade de auto-cuidado;
- ausência de complicações clínicas agudas.

O HD em Toronto no Canadá é considerado pioneiro no atendimento aos TA na modalidade de atendimento com regime de hospitalização parcial (APA, 1990). O programa desenvolve atendimentos voltados para grupos de pacientes considerando-se aspectos psicoeducacionais a respeito dos TA. Em nosso país, o Ambulatório de Bulimia e Transtornos Alimentares do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo desenvolveu um modelo de atendimento em HD. Tal programa tem a duração fixa de doze semanas e pode contar com até quatro participantes. O atendimento é multidisciplinar, com participação de psiquiatras, psicólogos, nutricionistas, acompanhantes terapêuticos, arteterapeutas, enfermeiros e educadores físicos. A principal indicação para encaminhamento ao HD do AMBULIM foi o insucesso do tratamento ambulatorial (GUIMARÃES; SALZANO; ABREU, 2002; SALZANO; CORDÁS, 2003).

Em revisão publicada Abbate-Daga et al. (2009) na qual foram analisados os programas para tratamento em HD de onze centros especializados ao redor do mundo, evidenciou-se que os mesmos apresentam algumas características similares, mas mantêm também muitas diferenças entre eles, o que sugere o caráter ainda experimental desse nível de tratamento. Entre as semelhanças destacam-se: utilização como referencial do modelo biopsicossocial, técnicas do modelo cognitivo-comportamental, estabelecimento de contrato comportamental, triagem para a seleção dos pacientes, terapia da imagem corporal, envolvimento da família e estratégias para normalização do peso e do comportamento alimentar. Esta revisão também propõe a existência de dois modelos diferentes de HD: o primeiro, com duração mais curta, com foco principalmente no sintoma; e o segundo, focado no indivíduo com duração variável e objetivos centrados nas habilidades dos pacientes, compreensão psicodinâmica dos sintomas e mudanças gradativas no peso corporal.

### 1.3.4 Hospitalização integral

A hospitalização integral é a modalidade terapêutica utilizada pelas equipes quando outras tentativas de tratamento falharam. Ocorre em serviços especializados sob regime de internação em hospitais de nível terciário ou hospitais universitários. As indicações para hospitalização integral de pacientes com TA, em geral, englobam (ANZAI; LINDSEY-DUDLEY; BIDWELL, 2002; WOODSIDE, 2002):

- estado nutricional insatisfatório, na maioria das vezes com peso abaixo de 75% de adequação segundo o IMC ou perda de 15% do peso corporal em três meses;
- descompensação clínica com distúrbios hidroeletrólíticos;
- Pressão arterial (PA) < 90/60mmHg em adultos e < 80/50 em crianças e adolescentes. Frequência cardíaca (FC) < 50bpm;
- comorbidades psiquiátricas ou risco de suicídio iminente;
- pouca continência familiar e situações de tensão ambiental;
- abuso de substâncias e exacerbação de sintomas purgativos.

Cabrera (2006) propõe indicações para hospitalização integral para pacientes com TA, conforme mostrado no quadro abaixo:

Quadro 4 – Indicações para hospitalização integral de pacientes com AN ou BN\*.

Anorexia nervosa	Bulimia nervosa
<p><u>Indicações:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- IMC &lt; 16kg/m<sup>2</sup></li> <li>- falha no tratamento ambulatorial;</li> <li>- tratamento intensivo com recuperação nutricional monitorada;</li> <li>- correção dos distúrbios orgânicos;</li> <li>- comorbidades psiquiátricas graves e tentativa de suicídio.</li> </ul>	<p><u>Indicações:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- controle das alterações metabólicas;</li> <li>- hematêmese;</li> <li>- ciclo compulsão/purgação descontrolados;</li> <li>- comorbidades psiquiátricas graves e tentativa de suicídio.</li> </ul>

\* Adaptado de CABRERA, 2006.

Para Guimarães, Salzano e Abreu (2002), a hospitalização integral para pacientes com BN raramente acontece e suas principais indicações clínicas são

decorrentes de complicações associadas aos sintomas purgativos persistentes, como alterações hidroeletrolíticas e hemodinâmicas. Também pode ocorrer em casos mais graves por indicações psiquiátricas devido ao elevado risco de suicídio.

A AN, devido às suas graves conseqüências nos sistemas orgânicos decorrentes da desnutrição (GOLDEN, 2002; MEHLER; KRANTZ, 2003; SYLVESTER; FORMAN, 2008), é o TA mais prevalente nas intervenções hospitalares (WILLER; THURAS; CROW, 2005; GOWERS et al., 2007; LONG; KIRSTY-ANNE; HOLLIN, 2011). As indicações de internação e principais diretrizes internacionais para o tratamento dos TA (AAP, 2003; GOLDEN et al; 2003 (SAM); APA, 2006), estão demonstradas no Quadro 5.

Quadro 5 – Indicações para a admissão hospitalar de adolescentes com AN, segundo as diretrizes internacionais.

	<b>SAM (2003)</b>	<b>AAP (2003)</b>	<b>APA (2006)</b>
Peso	≤75% peso ideal	<75% peso ideal; <10% gordura corporal	<85% peso saudável
FC (bpm*)	<50 durante o dia; <45 à noite	<50 durante o dia; <45 à noite	±40
PA (mmHg)	< 80/50	Sistólica < 90	<80/50
Temperatura	35,6°C	35,6°C	36,1°C
Eletrólitos	hipocalemia	Potássio <3,2 mmol/L	Hipocalemia, hipofosfatemia, hipomagnesemia
Geral	Falha no tratamento ambulatorial	Falha no tratamento ambulatorial	Pobre motivação para recuperação

\*bpm= batimentos por minutos.

Adaptado de Schwartz et al., 2008 (SAM= Society for Adolescent Medicine; AAP= American Academy of Pediatrics; APA= American Psychiatric Association).

A hospitalização quando indicada de forma adequada, pode ser bastante efetiva, proporcionando além da melhora clínica e nutricional, a chance para que o paciente readquira o seu equilíbrio emocional e sua capacidade de lidar com o ambiente externo (WISEMAN et al., 2001; NUNES et al., 2006). Na conduta nutricional durante a internação, prioriza-se a recuperação do peso e a reeducação alimentar, sendo que a alimentação por via oral é, sem dúvida, a primeira e melhor opção. No entanto, como esses pacientes apresentam relação conturbada e distorcida com a alimentação, muitas vezes faz-se necessário a utilização de terapia nutricional enteral (TNE) ou parenteral (TNP). O uso da TNE pode ser importante recurso na recuperação do peso em pacientes com AN (BUFANO et al., 1990; ROBB et al., 2002; ZUERCHER et al., 2003), além de apresentar menor risco do que a TNP (PACCAGNELLA et al., 2006).

Muitas incertezas ainda persistem acerca do melhor cenário para o tratamento dessas doenças, qual a melhor combinação entre os tipos de intervenção em diferentes fases da doença e o tempo necessário para o tratamento (WILSON; VITOUSEK; LOEB, 2000). Todavia, o ganho de peso continua sendo um componente crítico do tratamento que, quando não obtido no âmbito ambulatorial, leva à necessidade de hospitalização (GUIMARÃES; SALZANO; ABREU, 2002; WILLIAMS; GOODIE; MOTSINGER, 2008).

#### **1.4 O tratamento oferecido pelo GRATA**

No início dos anos 80, foi criado pela Divisão de Nutrologia do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão o Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares (GRATA), para prestar assistência a portadores de TA no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP). Ao longo dos anos, à sua equipe agregaram-se vários profissionais e atualmente conta com uma equipe multidisciplinar composta por médicos (nutrólogo e psiquiatra), psicólogos e nutricionistas, além de estagiários nas áreas de psicologia e nutrição (DOS SANTOS, 2006).

Os encaminhamentos para esse serviço são feitos pelas Unidades básicas veiculadas ao sistema de saúde de Ribeirão Preto e região ou por outros grupos de



assistência à saúde presentes na cidade ou em outras localidades. Os pacientes passam por uma consulta de triagem onde é feito o diagnóstico diferencial para AN e BN e quando diagnosticados, os pacientes permanecem em uma lista de espera para serem incluídos no tratamento e são contactados tão logo surja uma vaga. No entanto, em caso de urgência devido à grave desnutrição e/ou distúrbios hidroeletrólíticos, esses pacientes são internados para restabelecimento do aspecto físico e nutricional, e após a melhora do quadro, passam a ser seguidos ambulatorialmente (DA SILVA; DOS SANTOS, 2006).

O serviço oferece atendimento semanal na esfera ambulatorial com frequência de retorno variada, dependendo da necessidade do caso. São oferecidos atendimentos clínicos individuais com médicos nutrólogos e psiquiatras, consultas com nutricionistas, apoio psicológico, além da psicoterapia individual para pacientes e familiares em outro horário. Atividades educativas/informativas e de apoio em grupo também são realizadas antes dos atendimentos individuais, para pacientes e familiares separadamente.

Aqueles pacientes sem complicações clínicas graves, mas com comorbidades psiquiátricas importantes, podem ser encaminhados para hospitalização parcial junto ao Hospital Dia Psiquiátrico, coordenado pelo Departamento de Neurociências e Ciências do comportamento da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP. Entretanto, pacientes que apresentam quadro clínico mais grave com indicação de hospitalização integral, são encaminhados para internação nas enfermarias do HCFMRP-USP. A admissão hospitalar é mediada pelos médicos que compõe a equipe do GRATA, geralmente residentes ou contratados pelo hospital. As internações geralmente são realizadas em enfermarias da Clínica Médica (especificamente na Unidade Metabólica da Nutrologia) ou nas enfermarias da Psiquiatria. O seguimento dos pacientes nessa situação é realizado pela equipe fixa de profissionais do hospital, com possibilidade de assistência de outras especialidades como terapeutas ocupacionais e assistentes sociais por pedido de interconsulta (DA SILVA; DOS SANTOS, 2006).

O tratamento psicológico oferecido consiste no fortalecimento dos esquemas de autonomia pessoal e na busca pela individuação por meio da psicoterapia individual, em grupo e a psicoterapia familiar (OLIVEIRA; DOS SANTOS; 2006; SOUZA; DOS SANTOS, 2006). A medicação psicotrópica é utilizada como fator coadjuvante no tratamento (CABRERA, 2006).

O tratamento nutricional também é direcionado ao paciente e à família, com consultas individuais e grupos de orientação. Na AN objetiva-se a reabilitação nutricional e recuperação gradativa do peso associada à negociação constante com o paciente, pois são elementos fundamentais no tratamento o respeito aos limites quanto à aceitação da proposta e compreensão da resistência por parte dos pacientes. As orientações nos casos de BN incluem o planejamento alimentar e o fracionamento das refeições (SICCHIERI; BIGUETTI; BORGES, 2006).

São poucos os estudos e dados na literatura internacional e nacional referentes aos resultados do tratamento com hospitalização integral de pacientes portadores de AN ou BN. Além disso, no Brasil existem poucos serviços especializados na assistência aos TA, o que contribui para a escassez de dados sobre o tema.

Nesse contexto, estudos que se propõem a investigar as indicações e resultados da internação hospitalar no tratamento dos TA podem ser úteis para o aprimoramento dessa assistência.

## ***OBJETIVOS***

---

## **2. Objetivos**

### **2.1 Objetivo Geral**

Descrever as características e resultados da hospitalização integral de pacientes com TA que realizaram tratamento em serviço especializado.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Identificar o número de pacientes atendidos pelo serviço que necessitaram de internação integral, sua distribuição segundo características sociodemográficas e diagnóstico;
- Apresentar a evolução do estado nutricional, quadro clínico e exames bioquímicos dos pacientes;
- Detectar a frequência de amenorréia e estado da saúde óssea dos pacientes;
- Descrever o perfil das internações, indicação e enfermaria utilizada;
- Descrever os tipos de terapia nutricional utilizadas durante a internação e presença de profissionais em equipe multidisciplinar envolvidos no tratamento hospitalar;
- Descrever o desfecho do tratamento dos pacientes na ocasião do término do estudo.

## ***METODOLOGIA***

---

### **3. Metodologia**

#### **3.1 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo transversal de caráter descritivo exploratório com delineamento quantitativo.

#### **3.2 Sujeitos**

Foram incluídos no estudo pacientes com TA seguidos pelo GRATA, serviço especializado do HCFMRP-USP, que foram internados no período compreendido entre o início dos atendimentos (1982) até junho de 2011, com diagnóstico de AN ou BN, independente do sexo e idade, com duração de internação igual ou superior a três dias. Foram excluídos aqueles pacientes cujos prontuários não foram encontrados nos arquivos médicos.

#### **3.3 Localização dos prontuários**

Por meio do levantamento dos registros de pacientes realizado em sistema informatizado implantado no HCFMRP-USP junto ao Departamento de Seção de Dados Médicos, foram encontrados os registros de 171 pacientes que estiveram internados com diagnóstico de AN ou BN no referido período.

O HCFMRP-USP dispõe de extenso arquivo físico e virtual no qual são armazenados todos os registros de atendimento médico e de outros profissionais da saúde tais como: ficha de primeiro atendimento, lista de problemas, epicrise geral, evolução e observação clínica, evolução social e de terapia ocupacional, fichas TPR-PA (temperatura, pulso, respiração e pressão arterial), relatório de evolução da Enfermagem, prescrição dietética e medicamentosa, fichas de anestesia, relatórios e

resultados de exames, entre outros registros dos procedimentos e serviços realizados na Instituição.

A organização e localização dos prontuários de pacientes nos arquivos do HCFMRP-USP para pesquisa é feita da seguinte forma:

- Digitalizados: as folhas e fichas contidas no prontuário impresso foram escaneadas e convertidas em arquivos do tipo “.pdf” visualizados em computador próprio da Sala de Pesquisa do HCFMRP-USP. Prontuários deste tipo são referentes aos pacientes com último atendimento no período entre 1988 e 1995;
- Óbitos digitalizados: as folhas e fichas contidas no prontuário impresso foram escaneadas e convertidas em arquivos do tipo “.pdf” visualizados em computador próprio da Sala de Pesquisa do HCFMRP-USP. São prontuários de pacientes com óbitos ocorridos entre 2002 e 2005, com sequência até 0003426A;
- Óbitos micro-filmados: as folhas e fichas dos prontuários impressos foram fotografadas e convertidas em fitas de microfilmes visualizados em equipamento próprio sob supervisão de um funcionário da Sala de Pesquisa do HCFMRP-USP, referem-se aos pacientes com óbitos registrados até 1995;
- Óbitos semi-ativo: prontuários em versão impressa localizados em sede externa de armazenamento de prontuários do HCFMRP-USP situada junto à Rua Canindé, nº 507 em Ribeirão Preto-SP, disponíveis para pesquisa no local sob agendamento. Referentes aos pacientes falecidos desde 1995 até os dias atuais;
- Semi-ativo: prontuários em versão impressa localizados em espaço externo próprio para armazenamento de prontuários deste tipo no HCFMRP-USP, disponíveis para pesquisa no local sob agendamento. Referentes aos pacientes com último atendimento ou movimentação de prontuário no ano de 2006;
- Serviço de Arquivo Médico (SAME): prontuários em versão impressa localizados no Serviço de Arquivo Médico do HCFMRP-USP, disponíveis para pesquisa no local sob agendamento. Referem-se aos pacientes em seguimento no Hospital ou com movimentações de prontuários frequentes.

De acordo com a localização dos prontuários, cinco (3%) não foram encontrados, 38 (22,1%) eram prontuários digitalizados, cinco (3%) eram óbitos digitalizados, três (1,7%) eram óbitos micro-filmados, dois (1,2%) eram óbitos semi-ativos, 52 (30,4%) prontuários eram semi-ativos e 66 (38,6%) deles estavam localizados no SAME.

### **3.4 Obtenção da amostra**

A partir da localização e pesquisa em cada um dos 171 prontuários, 30 pacientes foram excluídos por não serem portadores de TA, 39 pacientes internados com AN ou BN foram excluídos por não terem recebido atendimento no GRATA e 14 foram excluídos pelo tempo de hospitalização inferior a três dias. Além disso, cinco prontuários não foram encontrados. Sendo assim, a amostra final foi constituída por dados referentes a 83 pacientes portadores de TA que foram atendidos pelo GRATA e que necessitaram de internação para tratamento de AN ou BN.

### **3.5 Aspectos éticos**

Este projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCFMRP- USP (Ofício nº976/2010), por se tratar de uma investigação com seres humanos (ANEXO A). O uso e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido foram dispensados por se tratar de um estudo baseado em dados coletados de prontuários dos pacientes. Foram respeitados todos os aspectos éticos envolvidos, assegurando a impossibilidade de identificação do sujeito e mantidas as informações em sigilo, conforme a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

### **3.6 Procedimentos**

Os dados foram coletados seguindo o instrumento de coleta de dados desenvolvido para o projeto (APÊNDICE A).

Os dados sociodemográficos envolveram informações referentes à data de nascimento, raça, procedência, escolaridade, profissão, estado civil e número de filhos.

Os dados sobre a doença foram relacionados ao diagnóstico do paciente, idade no diagnóstico, tempo de sintomas apresentados antes do diagnóstico, tempo de tratamento antes da internação, presença de amenorréia, resultado do exame de



densitometria óssea por meio da absorciometria de feixe duplo (DEXA – *dual X-ray absorptiometry*) realizado no aparelho Hologic QDR 4500W<sup>®</sup> (Bedford: MA, USA).

Entre as informações relacionadas às internações encontram-se: o número de hospitalizações e duração total em dias, idade nas internações, indicações para internação, local (enfermaria), dados de peso e altura, IMC, PA sistólica e diastólica, FC, via de administração de nutrientes preferencialmente utilizada (oral, enteral ou parenteral), prescrição energética no início da internação e gasto energético total (GET) estimado por meio da equação de Harris & Benedict (MILES, 2006).

O atendimento multidisciplinar foi investigado nas internações e sendo considerado quando além do médico, esteve presente o acompanhamento de profissionais como nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional e psiquiatra.

Os dados nas internações foram coletados no início e final da primeira internação para aqueles que tiveram apenas uma internação. Para aqueles que necessitaram de mais de uma internação, os dados foram coletados no início da primeira internação e ao término da última internação.

Os parâmetros bioquímicos analisados envolveram os resultados nos momentos acima mencionados dos seguintes exames: albumina, proteínas totais, ferro, hemoglobina, hematócrito, glicemia, colesterol, triglicérides, frações LDL e HDL-colesterol, sódio, potássio, vitaminas A, C, B12, beta-caroteno e ácido fólico.

### **3.7 Análise dos dados**

As informações coletadas foram transportadas para um banco de dados com técnica de dupla-digitação e validação no programa Excel do software Microsoft Office, versão 2007.

Os resultados descritivos foram obtidos por meio do cálculo das médias (desvio padrão), valores mínimos e máximos para as variáveis contínuas, além das frequências para as variáveis categóricas. A normalidade das variáveis contínuas foi avaliada por meio do teste Kolmogorov-Smirnov. Foram empregados os testes paramétricos *t-Student* pareado, correlação linear de Pearson e análise de variância (ANOVA). Para verificar diferenças estatísticas entre as múltiplas comparações no teste ANOVA, optou-se pelo método Bonferroni. Os testes não-paramétricos

utilizados foram *Chi-quadrado* e *Wilcoxon*. O valor de  $p < 0,05$  foi adotado como significativo e todos os cálculos das análises estatísticas foram realizados com auxílio do software SPSS versão 17.0 (SPSS Inc. Chicago, USA).

### 3.8 Classificação do Estado Nutricional

A denominação do estado nutricional de pacientes adultos ( $\geq 20$  anos) foi feita mediante classificação do IMC, segundo preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1998), conforme tabela abaixo.

Tabela 1 - Classificação do estado nutricional segundo IMC para adultos.

IMC (kg/m <sup>2</sup> )	Classificação
$\leq 16$	Magreza grau III
16 - 16,9	Magreza grau II
17 - 18,4	Magreza grau I
18,5 - 24,9	Eutrofia
25 - 29,9	Sobrepeso
30 - 34,9	Obesidade grau I
35 - 39,9	Obesidade grau II
$\geq 40$	Obesidade grau III

A classificação do estado nutricional de crianças e adolescentes até 19 anos seguiu a estratificação segundo percentis obtidos pela da curva de IMC para idade utilizada pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Ministério da Saúde, 2009), conforme demonstrado na Tabela 2.

Tabela 2 - Classificação do estado nutricional segundo IMC para crianças e adolescentes.

Percentis	Classificação
$< p3$	Baixo IMC para idade
$\geq p3$ e $< p85$	Eutrofia
$\geq p5$ e $< p97$	Sobrepeso
$\geq p97$	Obesidade

### 3.9 Parâmetros Bioquímicos

A adequação dos exames bioquímicos seguiu os valores de referência adotados pelo Laboratório de Análises Clínicas do HCFMRP-USP, conforme mostrado abaixo.

Tabela 3 - Valores de referência de exames bioquímicos adotados pelo HCFMRP-USP. Ribeirão Preto, 2011.

<b>Parâmetro bioquímico</b>	<b>Valor de referência</b>
Albumina	3,5 - 5g/dl
Proteínas totais	6,4 - 8,2 g/dl
Ferro	35 - 150 mg/dl
Hemoglobina	♂ 13,5 - 17,5 g% ♀ 12 - 15,5 g%
Hematócrito	♂ 39 - 45% ♀ 35 - 45%
Glicemia	70 - 100mg/dl
Colesterol	< 200mg/dl
Triglicérides	< 150mg/dl
LDL-c	< 130mg/dl
HDL-c	> 40mg/dl
Sódio	135 - 145mEq/L
Potássio	3,5 - 5mmol/L
Vitamina A	Deficiente 10ug/dl Baixo 10 – 19ug/dl Aceitável 20 - 49ug/dl Alto > 50ug/dl
Vitamina C	Deficiente <0,2mg/dl Baixo 0,2 - 0,29mg/dl Aceitável 0,3mg/dl
Vitamina B12	174 - 878pg/ml
Ácido fólico	3 - 17ng/dl
Beta caroteno	Deficiente <20ug/dl Baixo 20 – 30ug/dl Aceitável 40 - 99ug/dl Alto ≥100ug/dl

Devido à baixa frequência de pacientes do sexo masculino (n=4), os valores de referência para adequação da hemoglobina e hematócrito considerados foram para o sexo feminino.

### 3.10 Desfecho

O desfecho foi considerado mediante o último registro de atendimento recebido pelo pacientes no serviço em seus prontuários e não ao término da última internação. Foram categorizados como desfecho:

- “em seguimento”: pacientes que continuaram em tratamento para os TA em consultas ambulatoriais;
- “alta”: pacientes que receberam alta do serviço;
- “perda de seguimento”: pacientes que foram desligados do serviço por não seguirem adequadamente as orientações propostas em contrato inicial e condutas indicadas pelos profissionais ou devido às faltas excessivas, além daquelas permitidas pelo contrato inicial;
- “óbito”: pacientes que foram a óbito;
- “encaminhado”: pacientes que foram encaminhados para outros serviços para tratamento a pedido da família ou pela impossibilidade de continuarem sendo atendidos na cidade de Ribeirão Preto.

### 3.11 Perda amostral

Algumas das variáveis não foram possíveis de serem coletadas e analisadas devido à ausência de informações no prontuário, seja pela falta de registro sob responsabilidade dos profissionais da saúde ou pela não realização de exames.

A perda amostral variou amplamente, entre 1,2% e 95,5% entre as 45 variáveis consideradas (APÊNDICE B). Os exames bioquímicos, correspondendo a 37,7% das variáveis, foram os que tiveram maior perda amostral, cuja perda variou entre 6% e 95,5%. Observou-se, excepcionalmente, a escassez total de resultados de exames sanguíneos referentes à dosagem de ácido fólico no início da última internação entre os pacientes que tiveram mais de uma hospitalização. Entretanto, esse momento da internação não foi considerado nas análises dos resultados.

A perda amostral para variáveis relacionadas à doença (tempo de sintomas antes do diagnóstico e/ou internação, e tempo de tratamento prévio a hospitalização) variou entre 1,2% e 7%. As variáveis referentes ao quadro clínico (valores de peso e altura, classificação do estado nutricional pelo IMC, presença de amenorréia, resultados do exame de densitometria óssea e adequação da prescrição energética) tiveram perda amostral entre 4,5% e 72,3%.

Vale ressaltar que a falta de determinadas informações contribuíram diretamente para não obtenção de outros resultados. Exemplo disso é a falta de dados de peso ou altura impossibilitando o cálculo do IMC. Por outro lado, não houve perda amostral para dados sociodemográficos (gênero, idade no diagnóstico, procedência, escolaridade, estado civil, número de filhos, ocupação e raça), diagnóstico, idade na internação, indicação de internação, enfermaria, via de administração dos nutrientes, prescrição dietética, acompanhamento multidisciplinar, PA sistólica e diastólica, FC e desfecho.

## ***RESULTADOS***

---

## 4. Resultados

A amostra final do presente estudo, após localização e pesquisa dos prontuários do HCFMRP-USP, foi constituída por dados referentes a 83 pacientes portadores de AN e BN que foram atendidos pelo GRATA e que necessitaram de internação para tratamento no período entre 1982 e 2011.

Pelo fato de ter sido verificada grande variabilidade no número de internações desses pacientes (1 a 26 vezes), optou-se pela divisão na análise dos resultados entre pacientes que tiveram apenas uma internação (n=61) e pacientes que precisaram de mais de uma internação (n=22).

Os valores apresentados referentes à primeira internação estão relacionados aos dados obtidos de todos os pacientes em sua primeira hospitalização para tratamento dos TA (n=83), sendo o início considerado o momento da admissão hospitalar. Já os dados referenciados como última internação estão relacionados aos pacientes que apresentaram mais de uma hospitalização (n=22), pois, obviamente apenas esses poderiam ter primeira e última internação.

Quando foi necessário comparar a evolução da hospitalização, foram considerados os dados relativos à admissão hospitalar e final da primeira internação para os pacientes que tiveram apenas uma internação. Para aqueles que foram internados mais de uma vez, considerou-se o início da primeira (admissão hospitalar) e final da última internação.

### 4.1 Perfil dos pacientes

#### 4.1.1 Pacientes atendidos e internados pelo serviço

Entre todos os pacientes que receberam atendimento pelo GRATA no período de abrangência do estudo (n=186), 44,6% deles (n=83) necessitaram de no mínimo, uma internação durante o tratamento. Ao longo dos anos, constatou-se que a

escolha da hospitalização como modalidade terapêutica foi diminuindo (Gráfico 1). No início do funcionamento do serviço, na década de 80, 77,7% dos pacientes (n=14) em tratamento foram internados. Já na década seguinte, a relação entre pacientes atendidos e internados caiu à metade (n=28) e a partir de 2000, a internação dos pacientes ocorreu em apenas 36,2% dos casos (n=41) em seguimento.

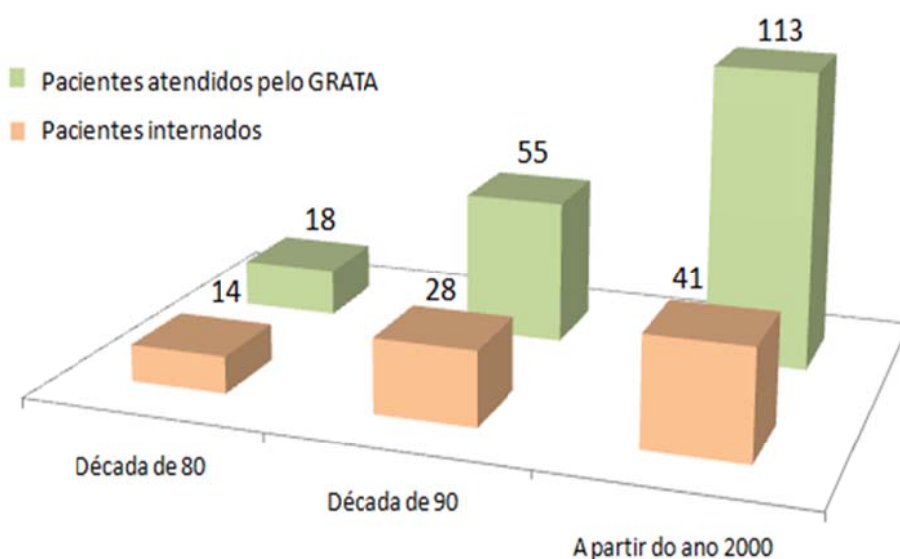


Gráfico 1 - Número de pacientes atendidos pelo GRATA (n=186) no período do estudo que necessitaram de internação (n=83) durante o tratamento, segundo década. Ribeirão Preto, 2011.

#### 4.1.2 Características sociodemográficas

Na Tabela 4 está demonstrada a distribuição da amostra segundo as características sociodemográficas. Evidencia-se predominância de pacientes do sexo feminino e da raça branca, com média de idade na época do diagnóstico de  $22,6 \pm 10,7$  anos, variando de 8 a 58 anos, sendo 53% adultos (n=44) e 47% crianças e adolescentes (n=39). A maioria era solteira, sem filhos e cerca da metade dos pacientes era estudante cursando o ensino médio. Observa-se que maior parte deles reside em cidades do estado de São Paulo com cerca de um terço na cidade de Ribeirão Preto.



Tabela 4 - Caracterização sociodemográfica dos pacientes hospitalizados com TA (n=83). Ribeirão Preto, 2011.

Variáveis	[n(%)]
<i>Sexo</i>	
Feminino	79 (95,2)
Masculino	4 (4,8)
<i>Estado civil</i>	
Solteiro	63 (76)
Casado/amasiado	16 (19,3)
Divorciado/viúvo	4 (4,7)
<i>Filhos</i>	
Sim	18 (21,7)
Não	65 (78,3)
<i>Raça</i>	
Branca	78 (94)
Mulata	4 (4,8)
Negra	1 (1,2)
<i>Escolaridade</i>	
Ensino Fundamental	21 (25,3)
Ensino Médio	42 (50,6)
Ensino Superior	20 (24,1)
<i>Procedência</i>	
Ribeirão Preto	30 (36,1)
Outras cidades do Estado de São Paulo	43 (51,8)
Outros Estados	10 (12,1)
<i>Ocupação</i>	
Estudante	46 (55,4)
Do lar	18 (21,7)
Exerce atividades profissionais	19 (22,9)

### 4.1.3 Distribuição segundo diagnóstico do TA

A distribuição dos pacientes segundo diagnóstico do TA (Tabela 5) demonstrou preponderância de AN (85,5%). Quando observado os seus subtipos, cerca de quase metade (n=45) deles apresentava o tipo restritivo (AN-R) e 31,3% (n=26) tinham AN-CP. Pacientes portadores de BN abarcaram apenas 14,5% (n=12) dos casos.

Em relação à idade na época do diagnóstico, esta foi maior entre os portadores de BN e bastante próxima dos pacientes com AN-CP. Não foram observadas diferenças entre as médias de idades nos diferentes diagnósticos pelo teste ANOVA ( $p= 0,738$ ).

A duração média dos sintomas da doença entre os tipos de TA antes do diagnóstico foi de  $32,4\pm 45,8$  meses com extensa variação de 1 a 240 meses. Quando separados diagnósticos e subtipos, observou-se que o tempo de sintomas dos pacientes antes de diagnosticados com AN-R foi menor, sendo que para os portadores de AN-CP ou BN, o período sintomatológico foi pelo menos três vezes maior. O tempo de sintomas apresentados pelos pacientes com AN-R diferiu significativamente entre os pacientes com AN-CP e BN (ANOVA;  $p < 0,05$ ), porém não houve diferenças entre os grupos AN-CP e BN.

O tempo de tratamento para o TA entre o diagnóstico e a primeira internação teve média de  $4,8\pm 12,5$  meses e variação de 1 a 96 meses. O maior tempo de tratamento antes da internação ocorreu entre pacientes com AN-CP evidenciado tanto na média como no tempo máximo apresentado, seguidos de pacientes com AN-R. Os portadores de BN apresentaram os intervalos mais curtos de tratamento antes da internação. Não foram identificadas, pelo teste ANOVA, diferenças entre as médias para o tempo de tratamento nos diferentes diagnósticos ( $p= 0,243$ ).

Tabela 5 – Caracterização dos pacientes hospitalizados com TA (n=83), segundo o diagnóstico e subtipos. Ribeirão Preto, 2011.

	n(%)	$\bar{X}$	$\pm$ SD	Mín	Máx
<i>AN-R</i>	45 (54,2)				
Idade (anos)		21,7	12,6	8	58
Tempo de sintomas (meses)		15,4	18,7	1	108
Tempo de tratamento antes da internação (meses)		3,4	17,1	1	30
<i>AN-CP</i>	26 (31,3)				
Idade (anos)		23,4	9,4	12	52
Tempo de sintomas (meses)		45,1	56,8	2	240
Tempo de tratamento antes da internação (meses)		8,3	19,9	1	96
<i>BN</i>	12 (14,5)				
Idade (anos)		24	3,9	19	32
Tempo de sintomas (meses)		68,2	62,9	1	180
Tempo de tratamento antes da internação (meses)		1,6	3,6	1	12

#### 4.1.4. Estado nutricional

Quando observados os valores médios de IMC segundo diagnóstico, observa-se que os pacientes com AN-R, independente do número de internações, mantiveram-se ao término delas com magreza grau III. Houve transição ao término das internações para os pacientes portadores de AN-CP, evoluindo de magreza grau III para grau II. Nos subtipos de AN, evidencia-se aumento nos valores finais de IMC, o que não ocorreu entre os pacientes com BN, apesar de permanecerem, em média, em eutrofia tanto no início quanto no término das internações. Houve diferença estatística entre os valores médios de IMC inicial entre os diferentes diagnósticos demonstradas pelo teste ANOVA. Já para o IMC final, as diferenças foram observadas entre os pares de grupos AN-R e BN; e também AN-CP e BN ( $p < 0,05$ ).

Tabela 6 – Índice de massa corporal ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ) dos pacientes hospitalizados no início e final das internações segundo diagnóstico. Ribeirão Preto, 2011.

	Início					Final				
	n	$\bar{X}$	$\pm\text{SD}$	Mín	Máx	n	$\bar{X}$	$\pm\text{SD}$	Mín	Máx
AN-R	45	13,5	2,5	8,9	21,6	44	14,8	2,7	9,3	22,1
AN-CP	26	15,7	3,9	9,1	21,2	25	16,9	2,9	11,9	23,3
BN	12	22	5,4	16,1	37,3	10	21	6,3	13,8	32,7

O valor médio do IMC dos pacientes adultos ( $n=41$ ) no início da internação foi de  $16,53\pm 4,9\text{kg}/\text{m}^2$  (mínimo: 9,1; máximo  $37,3\text{kg}/\text{m}^2$ ) e ao final  $17,47\pm 4,3\text{kg}/\text{m}^2$  (mínimo: 12,0; máximo:  $37,7\text{kg}/\text{m}^2$ ). Para as crianças e adolescentes ( $n=38$ ), o valor médio encontrado para o IMC no começo da internação foi de  $13,78\pm 2,57\text{kg}/\text{m}^2$  (mínimo: 8,9; máximo:  $19,4\text{kg}/\text{m}^2$ ); ao final da internação a média foi de  $15,11\pm 2,99\text{kg}/\text{m}^2$  (mínimo: 9,3; máximo:  $23,3\text{kg}/\text{m}^2$ ). Apesar de continuarem abaixo dos valores referentes à eutrofia, a melhoria observada na evolução do estado nutricional durante a hospitalização de adultos, crianças e adolescentes demonstrou diferença estatística ( $p < 0,05$ ).

Nas tabelas seguintes (Tabelas 7 e 8) estão apresentadas as frequências para o estado nutricional de adultos, crianças e adolescentes no início e final da internação de acordo com o número de internações. Ressalta-se que para os pacientes que tiveram mais de uma internação, os valores de início e final referem-se aos valores coletados no início da primeira internação e final da última internação, respectivamente.

A maioria dos pacientes adultos (Tabela 4) apresentou desnutrição, principalmente de nível grave (magreza grau III), independente do número de internações. Mais da metade dos pacientes (60,6%;  $n=20$ ) internados apenas uma vez encontrava-se desnutrida no início da internação. A frequência de desnutrição foi superior (90,9%;  $n=10$ ) entre aqueles hospitalizados mais de uma vez. Mesmo com valores alarmantes, nota-se discreta diminuição daqueles com magreza grau III ao término da internação, passando de 33,3% para 30% dos casos entre os pacientes internados apenas uma vez.

Apesar dos valores correspondentes ao início e final das internações para pacientes que foram internados mais de uma vez não sofrerem mudança, em análise mais acurada, constatou-se a alternância do estado nutricional para duas pacientes: uma tinha magreza grau III no início da primeira internação e passou para eutrofia ao final da última internação. A outra paciente respondeu evolutivamente com o inverso devido à piora no quadro, passando de eutrofia para magreza grau III.

Tabela 7 - Estado nutricional dos pacientes adultos com TA no início e final da internação, segundo número de internações no HCFMRP-USP. Ribeirão Preto, 2011.

Estado Nutricional [n (%)]	Pacientes com uma internação		Pacientes com mais de uma internação	
	Início n=33	Final n=30	Início n=11	Final n=11
Magreza grau III	11 (33,3)	9 (30)	8 (72,7)	8 (72,7)
Magreza grau II	3 (9,1)	4 (13,3)	-	-
Magreza grau I	6 (18,2)	4 (13,3)	2 (18,2)	2 (18,2)
Eutrofia	11 (33,3)	12 (40)	1 (9,1)	1 (9,1)
Sobrepeso	1 (3,05)	-	-	-
Obesidade grau I	-	-	-	-
Obesidade grau II	1 (3,05)	1 (3,4)	-	-
Obesidade grau III	-	-	-	-

Para as crianças e adolescentes (Tabela 5), situações de sobrepeso e obesidade foram inexistentes. Pacientes internados apenas uma vez, em sua maioria, apresentava baixo IMC para idade tanto no início quanto no final da internação, apesar do aumento no número de pacientes que normalizaram esse parâmetro ao final da internação.

Entre os pacientes que foram hospitalizados mais de uma vez, nota-se que a maioria estava com baixo IMC para idade no início, mas ao final das internações, pacientes eutróficos corresponderam à maioria.

Tabela 8 - Estado nutricional de crianças e adolescentes com TA no início e final da internação, segundo número de internações no HCFMRP-USP. Ribeirão Preto, 2011.

Estado Nutricional [n (%)]	Pacientes com uma internação		Pacientes com mais de uma internação	
	Início n=30	Final n=29	Início n=9	Final n=9
Baixo IMC para idade	26 (86,7)	20 (69)	6 (67)	4 (44,4)
Eutrofia	4 (13,3)	9 (31)	3 (33)	5 (55,6)
Sobrepeso/obesidade	-	-	-	-

#### 4.1.5 Quadro clínico

##### 4.1.5.1 Pressão arterial e frequência cardíaca

Os valores médios de PA sistólica, PA diastólica e FC (Tabela 9) mantiveram-se abaixo dos valores de normotensão preconizados pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (2011) no início e final da internação para todos os pacientes (n=83), sem diferenças estatísticas. Não existe classificação para PA inferior a 120x80mmHg, sendo ainda considerados normotensos indivíduos com valores inferiores a estes desde que não apresentem sintomas associados à hipotensão ou bradicardia.

Em análise minuciosa, foi observado que no início da internação, 10,8% dos pacientes (n=9) apresentavam PA sistólica menor que 90mmHg e 7,2% deles (n=6) com PA diastólica abaixo de 60mmHg, valores compatíveis com quadro de hipotensão. Porém, ao término das internações, a PA sistólica de 92,7% (n=77) e PA diastólica de 98,8% (n= 82) dos pacientes se estabilizaram.

Tabela 9 – Pressão arterial e frequência cardíaca dos pacientes hospitalizados com TA (n=83) no início e final das internações. Ribeirão Preto, 2011.

	Inicial $\bar{X}$ ( $\pm$ DP)	Final $\bar{X}$ ( $\pm$ DP)	p
PA sistólica (mmHg)	98,22 (11,70)	98,84 (9,67)	0,563
PA diastólica (mmHg)	65,43 (10,85)	65,60 (6,34)	0,896
FC (bpm)	76,72 (16,04)	77,67 (11,90)	0,630

#### 4.1.5.2 Amenorréia e estado ósseo

Entre as 79 pacientes do sexo feminino (95,2%) do estudo, 65 delas (82,2%) continuam em seus prontuários informações referentes à presença ou não de amenorréia no início da internação e 62 (78,4%) no final. Apesar da falta dos dados de todas elas, foi possível observar que a proporção de pacientes que estavam em amenorréia foi alta e semelhante no início e no final das internações, 69% e 67%, respectivamente. Na Tabela 10 está apresentada a presença de amenorréia nas pacientes segundo diagnóstico. Destaca-se a presença do quadro em mais da metade das pacientes com AN, sendo superior entre as portadoras de AN-R.

Tabela 10 - Presença de amenorréia em mulheres com TA no início e final da internação, segundo diagnóstico. Ribeirão Preto, 2011.

Diagnóstico clínico	Presença de amenorréia		
		Início	Final
[n (%)]	n	n=65	n=62
AN-R	43	28 (65,1)	26 (60,4)
AN-CP	24	14 (58,3)	13 (54,1)
BN	12	3 (25)	3 (25)

Em relação ao estado ósseo, apenas 23 pacientes (27,7%) realizaram o exame de densitometria óssea durante a internação. Como resultado, 74,1% deles (n=17) já demonstrava deficiência óssea como ilustrado no gráfico a seguir, dentre esses pacientes apenas um era representante do sexo masculino com diagnóstico de osteopenia.

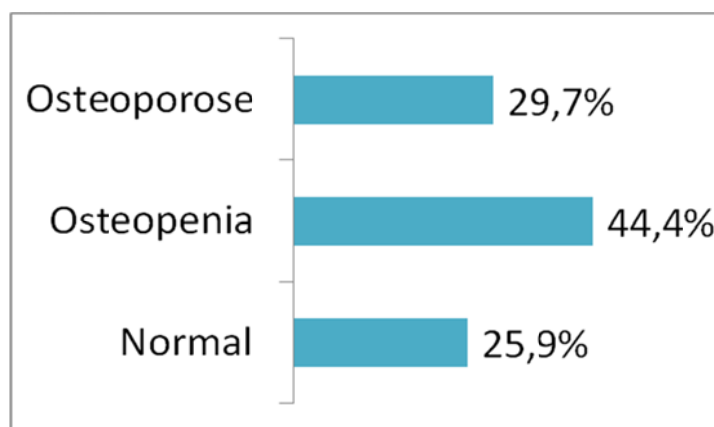


Gráfico 2 – Diagnóstico da saúde óssea pelo exame de densitometria de pacientes portadores de TA (n=23) internados no HCFMRP-USP. Ribeirão Preto, 2011.

#### 4.1.6 Parâmetros bioquímicos

Os valores médios da maioria das variáveis (albumina, proteínas totais, ferro, hemoglobina, hematócrito, glicemia, colesterol total, triglicérides, LDL-colesterol, HDH-colesterol, potássio, sódio, vitamina C, vitamina A, vitamina B12 e ácido fólico) estavam dentro do limite da normalidade (Tabela 11). Apenas para o beta-caroteno, os níveis médios encontravam-se acima da normalidade tanto no início quanto no final das internações.

Para analisar a evolução dessas variáveis foi aplicado o teste *t-Student* pareado após a comprovação da normalidade pelo teste de Kolmogorov-Smirnoff (com exceção da glicemia para o qual aplicou-se o teste de Wilcoxon). Destaca-se a evolução e melhoria dos parâmetros com significância estatística ( $p < 0,05$ ) para albumina, hematócrito, HDL-c e potássio.



Tabela 11 - Parâmetros bioquímicos dos pacientes portadores de TA hospitalizados no HCFMRP-USP no início e final das internações. Ribeirão Preto, 2011.

	n	$\bar{X}$ ( $\pm$ DP) Inicial	$\bar{X}$ ( $\pm$ DP) Final	p
Albumina (g/dl)	49	3,82 (0,71)	4,16 (0,71)	0,000
Proteínas totais (g/dl)	30	6,74 (0,89)	6,78 (0,94)	0,848
Ferro (mg/dl)	29	75,06 (33,85)	86,01 (33,92)	0,234
Hemoglobina (g%)	42	12,40 (1,61)	12,22 (1,49)	0,474
Hematócrito (%)	42	34,71 (2,97)	36,80 (4,21)	0,000
Glicemia (mg/dl)	45	81,85 (42,44)	82,75 (19,29)	0,340
Colesterol (mg/dl)	19	154,38 (35,62)	158,05 (35,09)	0,725
Triglicérides (mg/dl)	19	81,26 (43,88)	71,68 (35,96)	0,413
LDL-c (mg/dl)	9	86,56 (30,89)	85,56 (25,19)	0,948
HDL-c (mg/dl)	16	45,61 (9,98)	51,48 (12,44)	0,017
Potássio (mmol/L)	51	3,83 (0,71)	4,20 (0,44)	0,003
Sódio (mEq/L)	51	139,06 (4,56)	140,04 (3,29)	0,169
Vitamina A (ug/dl)	15	46,26 (26,86)	46,48 (25,67)	0,982
Vitamina C (mg/dl)	16	0,34 (0,21)	0,38 (0,15)	0,548
Vitamina B12 (pg/ml)	7	518,29 (328,52)	455,14 (36,66)	0,642
Beta caroteno (ug/dl)	15	210,21 (166,60)	199,04 (111,70)	0,702
Ácido fólico (ng/ml)	8	11,26 (7,02)	11,23 (5,27)	0,990

Nos gráficos seguintes estão demonstradas as frequências dos resultados de exames que foram inadequados, ou seja, a porcentagem de pacientes que tinham níveis abaixo da normalidade para albumina, proteínas totais, ferro, hemoglobina, hematócrito, glicemia, HDL-colesterol, sódio, potássio, vitamina C, vitamina B12 e ácido fólico; ou valores acima da normalidade para colesterol, triglicérides, LDL-colesterol e beta-caroteno. Com relação à vitamina A foram encontradas inadequações com valores inferiores ou acima da normalidade.

Os resultados de todos os parâmetros bioquímicos, em menor ou maior escala, apresentaram inadequações frente aos valores de normalidade adotados pelo Laboratório de Análises Clínicas do HCFMRP-USP tanto no início como no final da internação dos pacientes. Notou-se exceção desta situação para o ferro e vitamina B12, pois todos os pacientes normalizaram seus níveis ao final da internação.

Os parâmetros bioquímicos com as maiores taxas de inadequação foram as vitamina A e beta-caroteno como mostrado no Gráfico 3. Entretanto, de uma maneira geral é possível notar tendência de melhoria nos resultados de exames

para a maioria dos parâmetros bioquímicos ao término da hospitalização dos pacientes.

Destaca-se também, que em análise detalhada para glicemia, 6 (8,4%) pacientes apresentavam no início da internação valores abaixo de 60mg/dl, valor de hipoglicemia indicativo de necessidade de intervenção hospitalar.

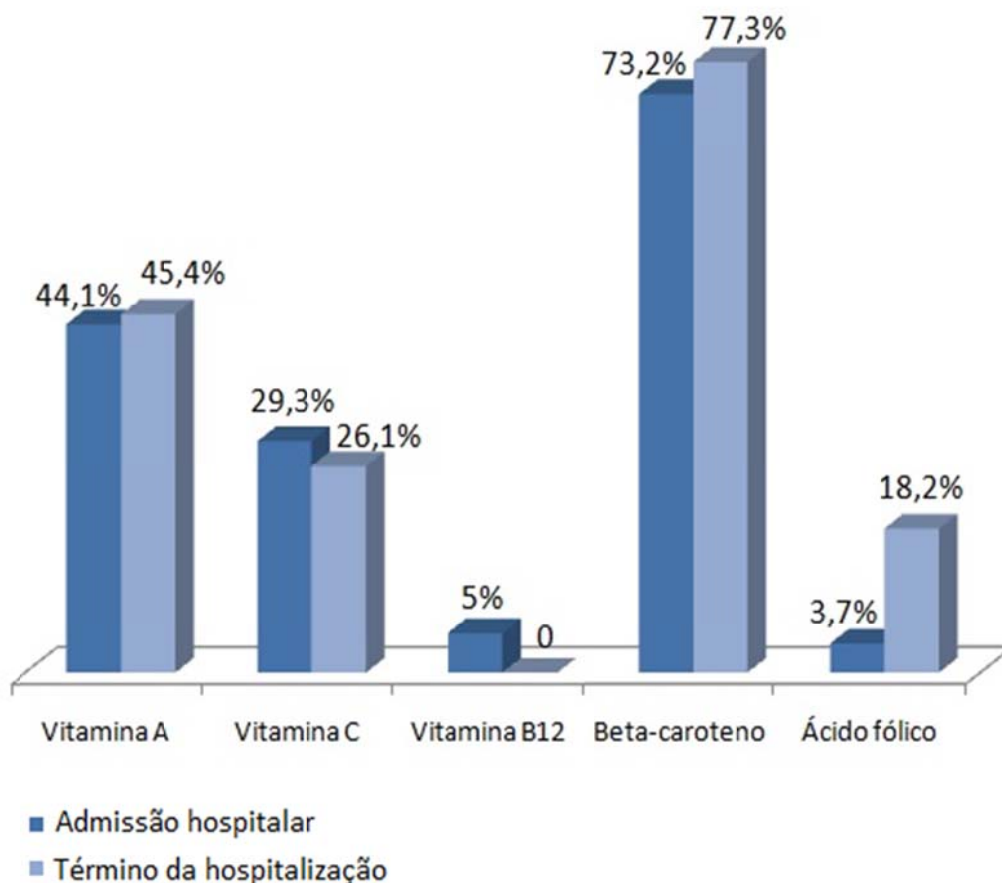


Gráfico 3 - Frequência de inadequação dos resultados de vitaminas e beta-caroteno dos pacientes hospitalizados com TA no HCFMRP-USP no início e final das internações. Ribeirão Preto, 2011.

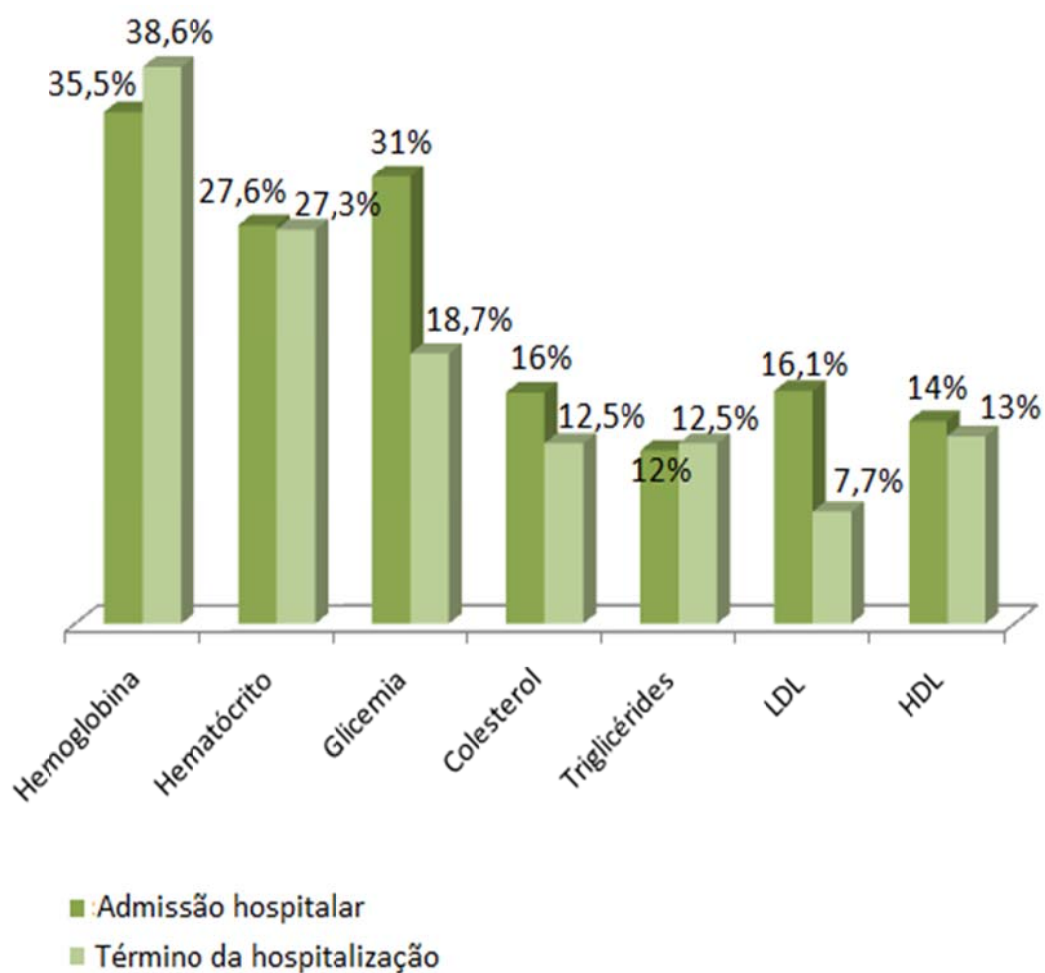


Gráfico 4 - Frequência de inadequação dos resultados de hemograma, glicemia e lipidograma dos pacientes hospitalizados com TA no HCMFRP-USP no início e final das internações. Ribeirão Preto, 2011.

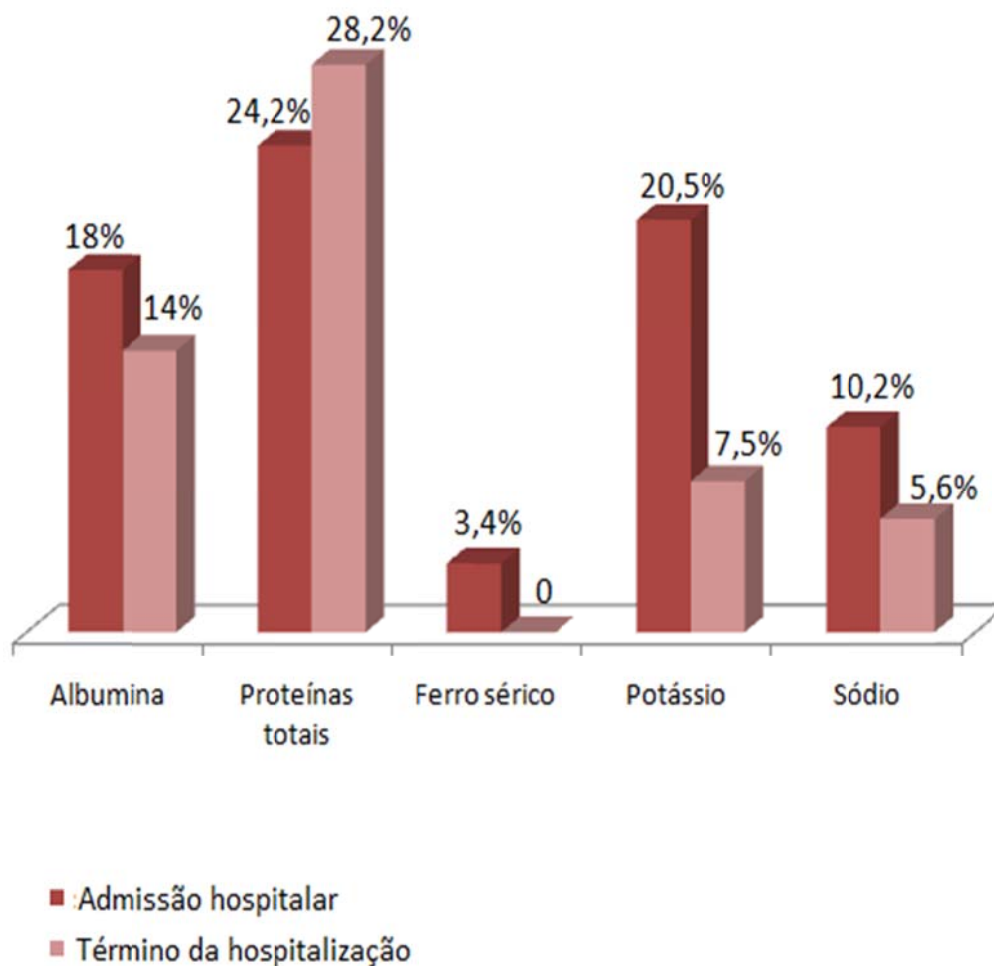


Gráfico 5 - Frequência de inadequação dos resultados de parâmetros bioquímicos dos pacientes hospitalizados com TA no HCMFMRP-USP no início e final das internações. Ribeirão Preto, 2011.

## 4.2 Perfil das internações

### 4.2.1 Idade dos pacientes, número e duração das internações

A idade média dos pacientes na primeira internação foi de  $23,3 \pm 10,8$  anos (variação de 8 a 58 anos), aumentando naturalmente com o decorrer do tempo para  $30,9 \pm 16,6$  anos (variação de 9 a 68 anos) na última internação.

Na primeira internação dos pacientes ( $n=83$ ) haviam duas crianças (2,4%), 37 adolescentes (44,6%) e 44 adultos (53%); para aqueles que tiveram mais de uma internação ( $n=22$ ), a proporção na última internação foi de duas crianças (9%), 9 adolescentes (41%) e 11 adultos (50%).

Com relação ao número de internações, a média foi de  $1,9 \pm 3,9$  vezes (variando de 1 a 26 vezes). Constatou-se que a maioria dos pacientes (73,5%) foi internada apenas uma vez ( $n=61$ ); 18 pacientes tiveram de duas a cinco internações (21,7%) e 4,8% da amostra ( $n=4$ ) necessitaram de mais de cinco internações. Não foram observadas associações entre o número de internações e IMC (Gráfico 6) e entre o número de internações com tempo de sintomas antes do diagnóstico (Gráfico 7). Além disso, não houve correlação, pelo teste Chi-quadrado, entre o número de internações e o diagnóstico ( $p= 0,694$ ).

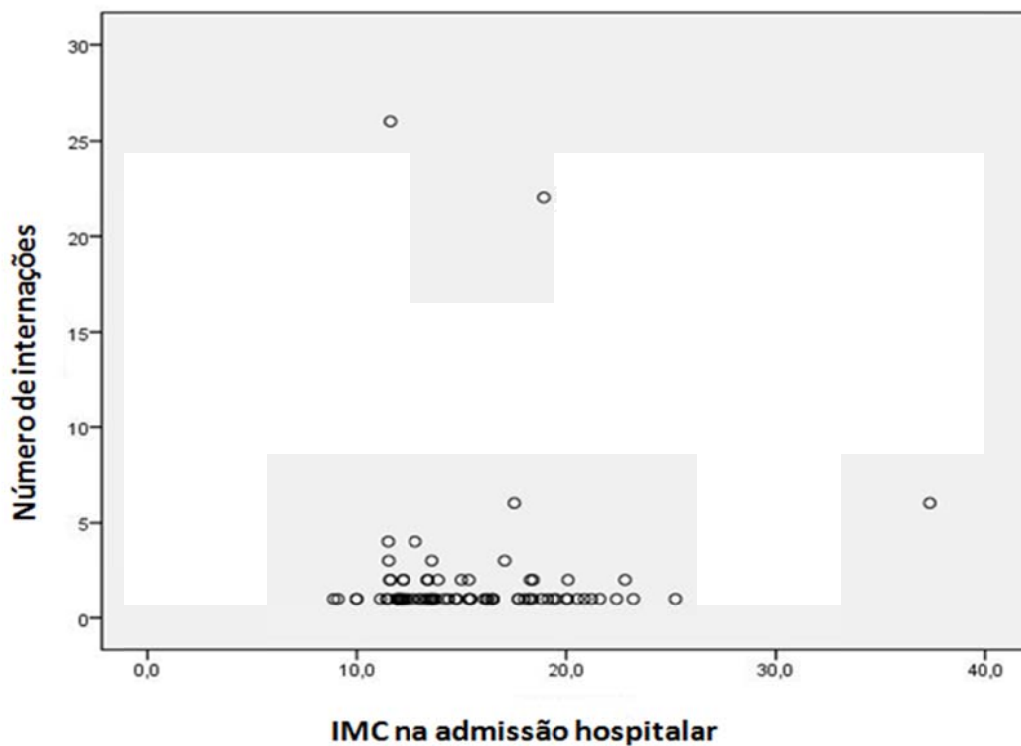


Gráfico 6 – Correlação linear de Pearson verificada entre o número de internações e IMC dos pacientes na admissão hospitalar (n=83;  $p=0,657$ ). Ribeirão Preto, 2011.

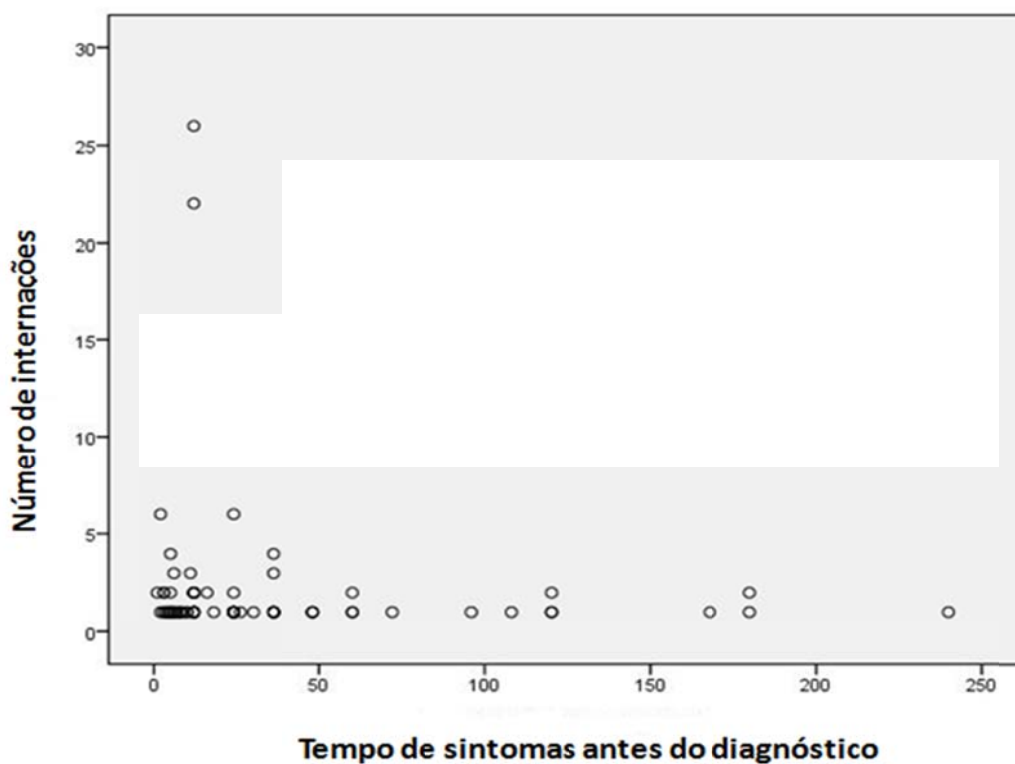


Gráfico 7 – Correlação linear de Pearson verificada entre o número de internações e tempo de sintomas (em meses) antes do diagnóstico de TA dos pacientes (n=82;  $p=0,399$ ). Ribeirão Preto, 2011.

O tempo médio total de hospitalização, independente do número de internações, foi de  $70,6 \pm 115,9$  dias com extensa variação (3 a 804 dias). Na primeira internação, a duração média foi de  $41 \pm 35,4$  dias (mínimo 3; máximo 159 dias) e na última, de  $12,7 \pm 37,6$  dias (mínimo 3; máximo 222 dias).

A distribuição dos pacientes segundo a duração total das internações está ilustrada no Gráfico 8. Para os pacientes que foram internados apenas uma vez ( $n=61$ ), destaca-se que 60,7% das hospitalizações tiveram duração de 11 a 60 dias, considerada de tempo intermediário.

Já para os pacientes com mais de uma internação ( $n=22$ ), comparando as categorias isoladamente, nota-se, evidentemente, que os dias totais nas internações excederam a categoria de duração curta (3 a 10 dias de internação). A distribuição da frequência dos pacientes com diversas internações concentrou-se principalmente entre os períodos de internação de 31 a 90 dias ( $n=10$ ; 45,4%) e superiores a 91 dias em 41% dos casos ( $n=9$ ). Em menor escala, 13,6% dos pacientes ( $n=3$ ) apresentaram tempo total de hospitalização nas internações entre 11 a 30 dias.

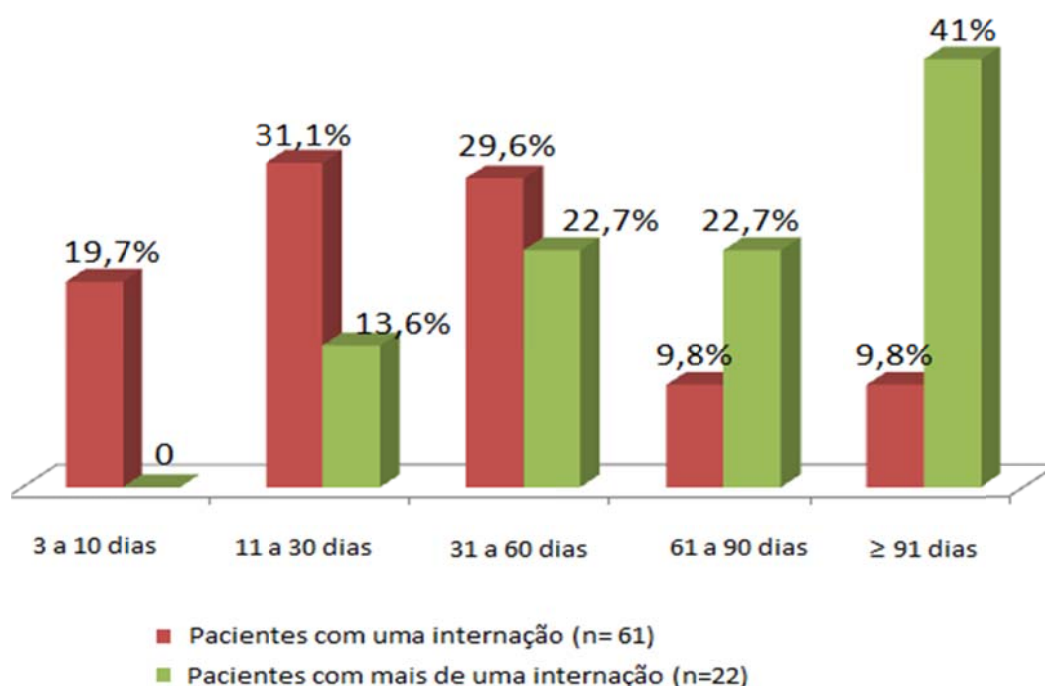


Gráfico 8 - Duração total da hospitalização (em dias) de pacientes portadores de TA segundo o número de internações no HCFMRP-USP. Ribeirão Preto, 2011.

#### 4.2.2 Indicações de internação

Quanto às indicações que os pacientes com TA tiveram para internação (Gráfico 9), as mais frequentes foram para realização de terapia nutricional (suporte nutricional ou reposição hidroeletrólítica), seguida da investigação do quadro clínico e devido à depressão e/ou ideação suicida. Pode-se observar que as hospitalizações para terapia nutricional foram superiores a mais da metade das indicações, tanto na primeira como na última internação.

Aproximadamente um terço dos pacientes (30,1%) em sua primeira hospitalização foi internado para investigação do quadro, número que naturalmente caiu na última internação. A necessidade de internação de pacientes devido à depressão/ideação suicida ocorreu em poucos casos, e foi proporcionalmente maior entre pacientes com BN, internados apenas uma vez.

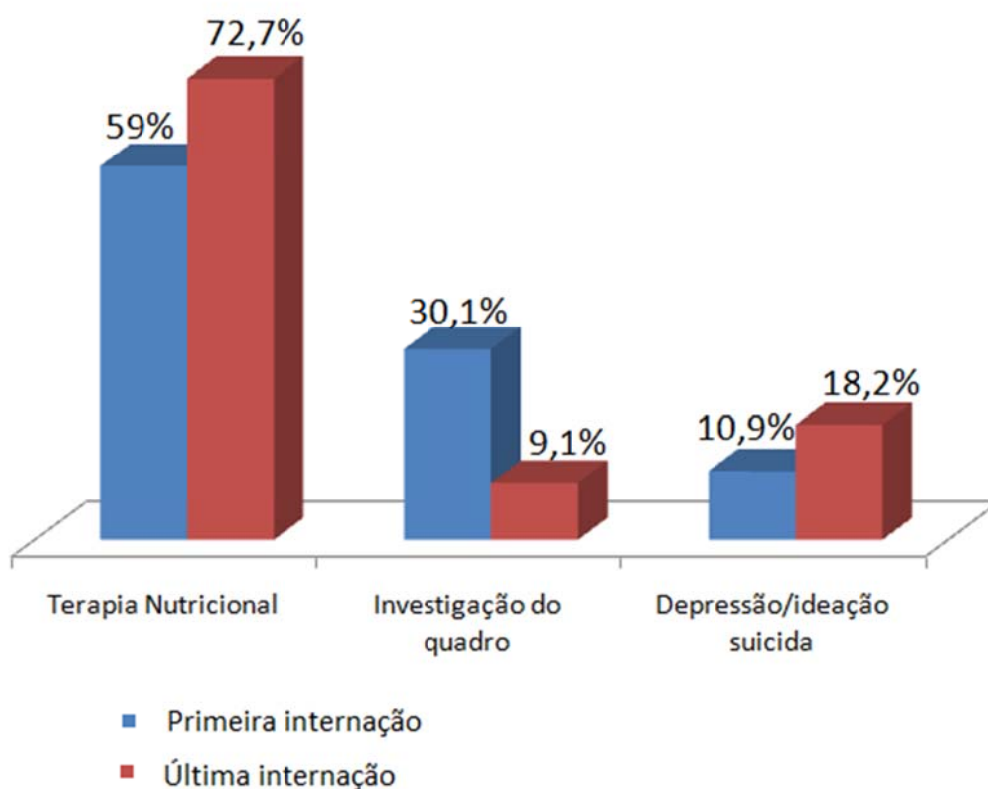


Gráfico 9 - Número de pacientes hospitalizados com TA no HCFMRP-USP segundo indicação na primeira (n=83) e última internação (n=22). Ribeirão Preto, 2011.



Na Tabela 12, as indicações para hospitalização dos pacientes são apresentadas segundo o diagnóstico e o número de internações. Observa-se entre os pacientes que tiveram apenas uma internação, a indicação para realização de terapia nutricional foi mais necessária nos quadros de AN. Para os pacientes que foram internados mais de uma vez, a indicação para investigação do quadro naturalmente diminuiu e a indicação para terapia nutricional permaneceu a mais frequente, principalmente para pacientes com AN.

Tabela 12 - Distribuição dos pacientes hospitalizados com TA no HCFMRP-USP segundo número de internações, diagnóstico e indicação da internação. Ribeirão Preto, 2011.

Indicação da internação [n (%)]	Pacientes com apenas uma internação n=61			Pacientes com mais de uma internação n=22		
	AN-R n=32	AN-CP n=19	BN n=10	AN-R n=13	AN-CP n=7	BN n=2
Terapia Nutricional	22 (68,7)	13 (68,4)	3 (30)	9 (69,2)	6 (85,7)	1 (50)
Investigação do quadro	8 (25)	5 (26,3)	4 (40)	1 (7,7)	-	1 (50)
Depressão/ideação suicida	2 (6,3)	1 (5,3)	3 (30)	3 (23,1)	1 (14,3)	-

#### 4.2.3 Local das internações

Em relação ao local onde as internações ocorreram (Gráfico 10), a enfermaria de Nutrologia foi a mais utilizada, na qual a maioria dos casos permaneceu tanto na primeira (79,5%) como na última internação (59,1%). A Unidade de Psiquiatria apresentou aumento no número de internações (10,9 para 22,7%) entre os pacientes que precisaram dessa modalidade terapêutica por mais de uma vez. Em

menor escala, as internações ocorreram na Unidade de Emergência (U.E.) e em outras enfermarias do HCFMRP-USP.

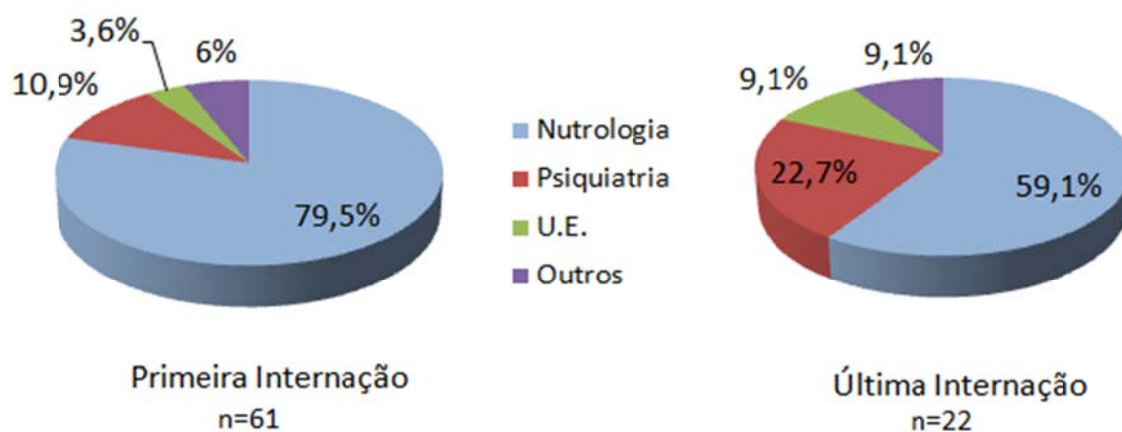


Gráfico 10 - Distribuição dos pacientes internados com TA no HCFMRP-USP segundo a enfermaria na primeira (n=83) e última (n=22) internação. Ribeirão Preto, 2011.

#### 4.2.4 Terapia nutricional

A via de administração de nutrientes preferencialmente utilizada nas internações para alimentação dos pacientes foi a via oral, abarcando, tanto na primeira como na última internação, a maioria dos casos (Gráfico 11).

O uso da TNE associada à alimentação por via oral permaneceu semelhante quando comparadas as sequências de internações. Já a associação da alimentação por via oral com suplementos nutritivos foi reduzida à metade na última internação em relação à primeira. Destaca-se o aumento em 2,3 vezes na escolha da TNE como via exclusiva de administração de nutrientes na última internação dos pacientes.

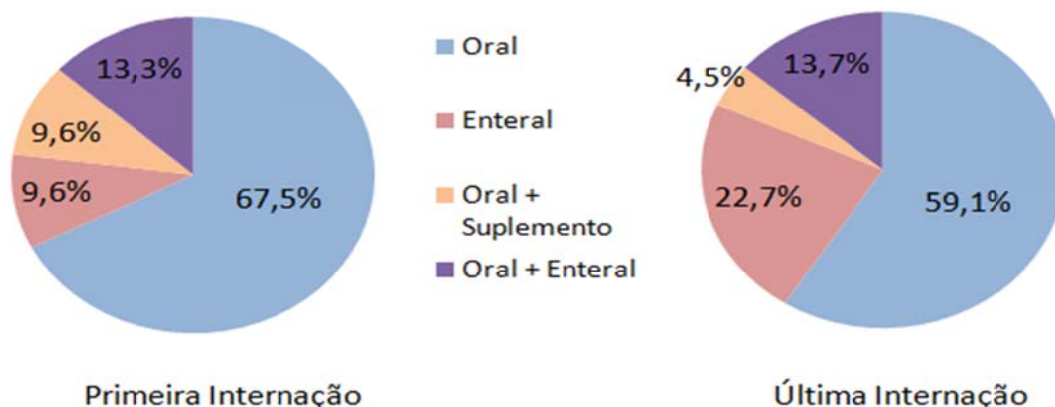


Gráfico 11 - Distribuição dos pacientes internados com TA no HCFMRP-USP segundo a via de administração de nutrientes na primeira (n=83) e última (n=22) internação. Ribeirão Preto, 2011.

A média do GET dos pacientes na primeira internação (n=83) foi de  $1576,03 \pm 184,84$  kcal e da prescrição dietética no início da internação  $1969,59 \pm 530,50$  kcal/dia. Na última internação,  $1503,23 \pm 159,59$  kcal para o GET e  $1977,20 \pm 508,15$  kcal/dia para a prescrição. Com diferença estatística entre as médias do GET e prescrição na primeira e última internação ( $p < 0.05$ ). Apesar das médias superiores das prescrições em relação ao GET dos pacientes, observou-se que no início das internações apenas 77,1% delas supriam o GET dos pacientes na primeira internação e 85% na última hospitalização.

#### 4.2.5 Acompanhamento multidisciplinar

Na investigação do acompanhamento multidisciplinar pela equipe fixa nas Enfermarias do HCFMRP-USP durante as internações dos pacientes com TA além do profissional médico, o Gráfico 12 revela a presença maciça de nutricionistas e intensa participação de psiquiatras. O seguimento dos pacientes por psicólogos foi bem menos frequente no período de hospitalização, permanecendo semelhante tanto na primeira quanto na última internação. Destaca-se ainda, o aumento da atuação de terapeutas ocupacionais durante a sequência de internações.

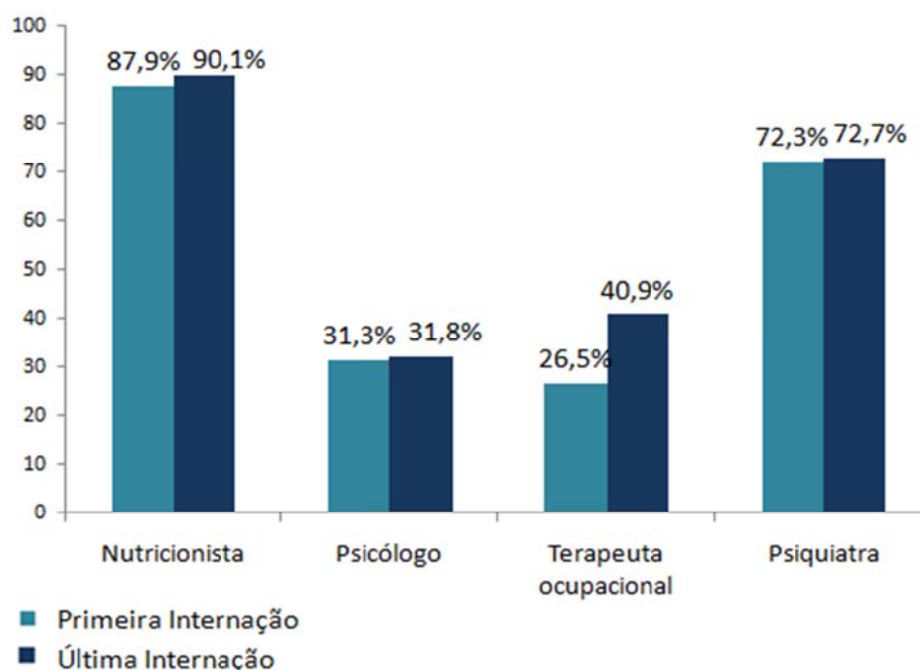


Gráfico 12 - Presença dos profissionais da equipe multidisciplinar no tratamento hospitalar de pacientes com TA na primeira (n=83) e última internação (n=22). Ribeirão Preto, 2011.

#### 4.2.6 Desfecho do tratamento

O desfecho do tratamento, apresentado na Tabela 13, foi considerado pela observação do último registro de atendimento recebido pelos pacientes em seus prontuários e não ao término da última internação.

Observa-se nos que a maioria deles, independente do diagnóstico, perdeu o seguimento no serviço, sendo esta mais intensa entre os pacientes com BN.

Destaca-se a alta de 14 pacientes portadores de AN (16,8%) e uma (8%) com BN; a maior frequência de alta ocorreu entre pacientes com AN-CP. Apenas quatro (4,8%) pacientes, todas com AN-R, foram a óbito.

Aproximadamente 15% dos pacientes com AN-CP que necessitaram de internação para tratamento dos TA e uma pequena parcela de pacientes com AN-R (4,4%) permanecem em seguimento no serviço. Em apenas um caso ocorreu encaminhamento do paciente a pedido da família para tratamento em outro serviço.

Tabela 13 - Distribuição dos pacientes hospitalizados com TA no HCFMRP-USP segundo diagnóstico e desfecho do tratamento. Ribeirão Preto, 2011.

Desfecho	AN-R	AN-CP	BN
[n (%)]	n=45	n=26	n=12
Perdeu seguimento	30 (66,7)	16 (61,5)	11 (92)
Alta	8 (17,8)	6 (23,1)	1 (8)
Em seguimento	2 (4,4)	4 (15,4)	-
Óbito	4 (8,9)	-	-
Encaminhado	1 (2,2)	-	-

## ***DISCUSSÃO***

---

## 5. Discussão

As pressões midiáticas da contemporaneidade contribuíram diretamente na formação de novos padrões de estética e beleza. O ideal de magreza ditado e propagado e sua intrínseca relação com a felicidade veio transformando e deturpando radicalmente a noção de bem estar físico e social da população nos países industrializados (STICE et al., 1994; FAIRBURN et al., 1999; MELLIN; IRWIN; SCULLY, 2002; FIELD et al., 2003; THOMPSON; HAMMOND, 2003). Essa pressão auto-imposta para inclusão e aceitação na sociedade culmina com o aumento do número de pessoas que se deterioraram física e mentalmente no desenvolvimento e curso dos TA (CARTWRIGHT, 2004).

A tendência de acobertar e manter em segredo a doença associada à baixa prevalência desses quadros na população em geral, interfere nas estimativas de estudos epidemiológicos. Esses baseiam-se principalmente em amostras específicas em centros de tratamentos para essas doenças ou população de risco (MORGAN; CLAUDINO, 2005), com esse viés, as taxas são subestimadas.

No Brasil, não existem estudos epidemiológicos com bases populacionais representativas, utilizando-se instrumentos adequados e validados para se investigar a prevalência de TA. Apesar disso, Nunes et al. (2003) observaram taxas de sintomas de TA em 513 mulheres de Porto Alegre- RS na faixa etária entre 12 e 29 anos. Os resultados mostraram que 10,9% da amostra apresentavam alimentação fora dos padrões da normalidade, 8,5% faziam uso de laxantes, 2,8% de diuréticos e 1,4% apresentavam vômito como mecanismo compensatório para evitar ganho de peso.

Apesar da ausência de dados de prevalência, e não obstante a real incidência na população, a partir da década de 50, o número de centros especializados no tratamento de TA elevou-se, primeiramente em países desenvolvidos, e após os anos 80, também no Brasil. Desde essa época, foram criados no país nove serviços especializados para o tratamento dessas doenças concentrados nas regiões Sul e Sudeste. Apesar do aumento no número de serviços especializados, ainda apresentam longas filas de espera devido à elevada demanda por atendimento e/ou

por problemas estruturais que impedem o adequado e completo manejo terapêutico (APPOLINARIO; MAYA, 2006).

Publicações relacionadas às posições e orientações para o tratamento dos TA são consensuais ao enfatizar a necessidade de abordagem multidisciplinar no cuidado dessas doenças dado o acometimento clínico, nutricional e psicológico dos pacientes. São também discutidos os níveis apropriados para manejo terapêutico (GUIMARÃES; SALZANO; ABREU, 2002; EBELING et al., 2003; BEUMONT et al., 2004; SCHWARTZ et al, 2008; APA, 2006).

O GRATA, um dos serviços pioneiros no tratamento de TA, destaca-se entre as principais equipes do Brasil. Os atendimentos são prestados por uma equipe multidisciplinar completa e bem treinada, inserida em um dos principais hospitais de nível terciário do país, o HCFMRP-USP. Ao longo dos seus 30 anos de assistência atendeu cerca de 186 pacientes portadores de TA (DOS SANTOS, 2006).

Diante deste contexto, o presente estudo visou à descrição do perfil dos pacientes que foram internados. Além disso, buscou contribuir para a divulgação da experiência para outros serviços, possibilitando a troca de informação dos resultados encontrados e o aprimoramento das estratégias terapêuticas.

Estudos têm demonstrado que pacientes diagnosticados com graves TA, com quadro grave em sua maioria, necessitarão de pelo menos uma internação para tratamento durante o curso da doença na tentativa de reverter ou minimizar as complicações clínicas e comorbidades associadas (CASPER; JABINE, 1996; MILOS et al., 2005). Apesar da elevada proporção de internações durante o tratamento, pouco se sabe sobre as características desses pacientes e o tipo de tratamento prestado a eles (CALDERON et al., 2007).

Na literatura há escassez, sobretudo na nacional, sobre a divulgação dos resultados da hospitalização de pacientes com TA. Dentre as publicações internacionais, as divergências metodológicas dificultam a direta comparação dos dados com o presente estudo. As principais diferenças observadas estão relacionadas à duração dos estudos e período mínimo de hospitalização, visto que no presente estudo, admissões em HD ou duração inferior a três dias foram desconsideradas.

Em 2001, Wiseman et al. publicou um estudo sobre a hospitalização de pacientes com TA em Nova Iorque entre 1980 e 1998, observando mudança nos padrões com aumento no número de hospitalizações, passando de 20 para 182. A



experiência do ACUTE (*ACUTE Center for Eating Disorders*) centro de tratamento especializado em TA nos Estados Unidos, demonstrou que apenas entre os anos 2008 e 2010, 76 pacientes foram admitidos para tratamento hospitalar (CHU et al., 2012). No GRATA, apesar de evidenciado o aumento no número de hospitalizações com o passar dos anos, 14 na década de 80 e 41 após o ano 2000, observa-se que a escolha de hospitalização como modalidade terapêutica tem diminuído, pois nos últimos 30 anos, houve redução na relação atendimento/internação, reduzindo de 77,7% para 36,2% dos casos. Um declínio nas taxas de internação para tratamento de TA também foram observadas nos hospitais da Polônia, entre 2003 e 2007 (GAJEWSKA et al., 2009). Striegel-Moore et al. publicaram em 2000, uma análise de custos na qual analisaram os registros de pedidos de atendimento para TA durante o ano de 1997 em base de dados de diversos serviços de saúde. Naquele ano, 566 pacientes de ambos os sexos portadores de AN e 766 com BN foram tratados e destes, foram internados 21% com AN e 12,5% com BN.

Nos últimos 15 anos, particularmente nos EUA, observou-se mudança no cenário hospitalar em relação ao tratamento dos TA apresentando redução nas taxas de internação associada às novas políticas de saúde (WISEMAN et al., 2001). No Brasil, o tratamento hospitalar para essas doenças sempre foi, em sua grande maioria, disponibilizado por grupos assistenciais em centros universitários vinculados a hospitais públicos com profissionais prestando serviços de forma voluntária (APPOLINARIO; MAYA, 2006). A diminuição no número de internações de pacientes com TA em nosso país pode estar associada ao fato de que, anteriormente, o tratamento hospitalar era imediatamente indicado dado o acometimento físico e clínico dos pacientes que se encontravam quase sempre muito debilitados. Entretanto, com o passar dos anos, a melhora observada nos pacientes em seguimento ambulatorial ou em HD contribuiu para que muitos profissionais e também pacientes dessem preferência para essa abordagem terapêutica (STRIEGEL-MOORE et al, 2000; WILSON, VITOUSEK; LOEB, 2000; ZIPFEL et al, 2002; SALZANO; CORDÁS, 2003; ZEECK et al., 2009). As indicações atuais para hospitalização, de um modo geral, são para pacientes graves e seguem critérios clínicos claramente estabelecidos (GUIMARÃES; SALZANO; ABREU, 2002; SCHWARTZ et al., 2008).

As características sócio-demográficas dos pacientes hospitalizados pelo GRATA foram semelhantes em relação a outros estudos: predominância de

pacientes do sexo feminino (95,2%) e da raça branca (94%), com média de idade na época do diagnóstico próxima aos 21 anos. A maioria era solteira (76%), sem filhos (78,3%), estudantes cursando o ensino médio (50,6%) e residente da área urbana (WISEMAN et al., 2001; CALDERON et al., 2007; GUARDA et al., 2007; GAJEWSKA et al., 2009; LOPES-DE-ANDRES et al., 2010; CHU et al., 2012).

A AN, devido às suas graves conseqüências nos sistemas orgânicos decorrentes da desnutrição (GOLDEN, 2002; MEHLER; KRANTZ, 2003; SYLVESTER; FORMAN, 2008), associada à severidade ainda maior quando diagnosticada em crianças e adolescentes por influenciar diretamente o desenvolvimento e crescimento (GOLDEN et al., 2003; KATZMAN, 2005), torna-se o diagnóstico de TA mais prevalente nas intervenções hospitalares (WILLER; THURAS; CROW, 2005; GOWERS et al., 2007; LONG; KIRSTY-ANNE; HOLLIN, 2011). A distribuição dos pacientes internados pelo GRATA de acordo com o diagnóstico, demonstrou preponderância de AN (85,5%), sobretudo em seu subtipo restritivo (54,2%). A taxa de internação nos casos de BN (14,5%) foi semelhante à encontrada no estudo de Striegel-Moore et al. (2000).

O diagnóstico de TA está estabelecendo-se de maneira cada vez mais precoce, sendo encontrado também em crianças e adolescentes (FAVARO et al., 2009). Em estudo nacional de comorbidades conduzido por Merikangas et al. em 2010, foram publicados dados alarmantes sobre a prevalência de TA, na ordem de 2,7% entre adolescentes na faixa etária entre 13 e 18 anos.

Na literatura, nota-se que na AN, os pacientes são mais jovens. No presente estudo, a média de idade mais baixa foi encontrada entre pacientes com AN (21,7 anos). Entretanto, este valor é superior às médias demonstradas em outros estudos (WILLER; THURAS; CROW, 2005; CALDERON et al., 2007; GOWERS et al., 2007; HUDSON et al., 2007; FAVARO et al., 2009; LOPES-DE-ANDRES et al., 2010). Em contrapartida, Woodside (1992) apresentou dados de 323 pacientes atendidos em centro de referência de nível terciário, com valores mais próximos das médias de idade dos pacientes do presente estudo, tanto para AN quanto para BN.

O tempo de sintomas apresentado pelos pacientes até que os mesmos sejam diagnosticados com TA é bastante variável. As perturbações psicológicas que comumente se apresentam, próprias do quadro, passam comumente despercebidas em primeira instância por serem associadas às características típicas da adolescência, tais como: irritabilidade, alteração no caráter, humor depressivo,

isolamento, ou em alguns casos, hiperatividade (FISHER et al., 1995; SCHMIDT; DA MATA, 2008). A instalação do quadro de TA pode ser inicialmente dissimulada com justificativas que não despertam intensa preocupação, visto que atualmente, um regime alimentar com limitações quanti e qualitativas dos alimentos é encarado como atitude normal (MORGAN; VECCHIATTI; NEGRÃO, 2002). O quadro só chama atenção quando é percebido por familiares ou pessoas próximas frente a uma atitude de indiferença por parte do portador associada ao progressivo emagrecimento (SCHMIDT; DA MATA, 2008). Diante de qualquer alegação referente à perda de peso, é comum os pacientes explicarem sua atitude pelo desejo de emagrecer, pois encaram-se demasiadamente gordos, mesmo apresentando-se aos olhos alheios, uma magreza impressionante (CASH; DEAGLE, 1997). A negação da doença, parte integrante do quadro dos TA, bem como a inadmissível recuperação do peso principalmente entre os anoréxicos, faz com que a procura pelo tratamento assumam uma tendência tardia (FIELD et al., 2003; ROSEN, 2010).

A despeito dos esforços para se mascarar a doença, os TA acabam sendo reconhecidos com grande variação no tempo de sintomas até o diagnóstico: são detectados mais rapidamente em portadores de AN, dado o progressivo e rápido emagrecimento, e tardio entre pacientes com BN que comumente mantêm o peso dentro da faixa de normalidade. A pesquisa de Hudson et al. (2007) revelou que o tempo médio de sintomas apresentados por pacientes com AN foi de 1,7 anos e com BN, de 8,3 anos. Os achados do presente estudo quando comparados aos desse autor, indicam tempo médio de sintomas menores antes do diagnóstico, sendo 15,4 meses (1,3 anos) para pacientes com AN-R; 45,1 meses (3,7 anos) na AN-CP e 68,2 meses (5,7 anos) nos casos de BN.

Apesar das hospitalizações ocorrerem mais frequente e rapidamente nos pacientes com AN (WISEMAN et al., 2001; LOPES-DE-ANDRES et al., 2010; WEAVER; LIEBMAN, 2012; CHU et al., 2012), os achados do presente estudo demonstram que aqueles com BN apresentaram os intervalos mais curtos de tratamento antes da internação ( $1,6 \pm 3,6$  meses). A inversão observada nessa amostra pode ser explicada pelo fato de que muitos desses pacientes foram internados para avaliação do quadro clínico, como será apresentado adiante.

Os TA, com suas graves alterações no comportamento alimentar, influenciam diretamente o metabolismo energético e os padrões de fome e saciedade (OBARZANEK; LESEM; JIMERSON, 1994; SCHEBENDACH et al., 1997; POLITO et

al., 2000). A ingestão calórica inadequada, a variedade limitada na dieta e a baixa representatividade dos grupos alimentares, resultam em consumo insuficiente de energia, vitaminas e minerais (HADIGAN et al., 2000).

A restrição calórica auto-imposta e progressiva nos pacientes com AN ocasiona o desenvolvimento de complicações clínicas semelhantes ao quadro de desnutrição crônica (FLEITLICH et al., 2000; GOLDEN, 2002; KATZMAN, 2005; BORGES et al., 2006): diminuição de reservas energéticas corporais, baixo peso, redução da massa muscular, disfunção endócrina – especialmente no eixo hipotalâmico-gonadal, edema devido à diminuição de proteínas viscerais, anemia, alterações ósseas e nas concentrações séricas de vitaminas e minerais (CLAUDINO; BORGES, 2002; LEVINE, 2002; SANTOS et al., 2004).

Pacientes bulímicos normalmente mantêm o peso na faixa de adequação, mas apresentam distúrbios hidroeletrólitos importantes, sendo as alterações nos eletrólitos e a presença de comorbidades, as principais causas de hospitalização (ALVARENGA; LARINO, 2002; SALVY; McCARGAR, 2002; PHILLIPI; ALVARENGA, 2004; BORGES et al., 2006). A média do IMC dos pacientes com BN na admissão hospitalar foi de  $21,9 \pm 5,4 \text{ kg/m}^2$  e ao final, de  $21,0 \pm 6,3 \text{ kg/m}^2$ . Essa redução pode ser explicada pela piora na compulsão alimentar, pois na internação a dieta é planejada prevendo o fornecimento de refeições fracionadas com quantidades mais adequadas de alimentos.

O estado nutricional é uma característica clínica importante a ser considerada nos TA, pois a desnutrição nos pacientes é um achado recorrente na literatura. Chu et al. (2012) divulgou que a média de IMC dos 62 pacientes na admissão hospitalar pelo ACUTE (Acute Comprehensive Urgent Treatment for Eating Disorders), em Denver nos Estados Unidos, foi de  $12,9 \pm 2,0 \text{ kg/m}^2$  e  $13,1 \pm 1,9 \text{ kg/m}^2$  ao final da internação. O estudo randomizado e controlado de Gowers et al. (2007) encontrou em 57 pacientes internados, IMC médio inicial de  $15,3 \pm 1,6 \text{ kg/m}^2$ . No estudo das coortes de Willer, Thuras e Crow (2005), observou-se, na década de 70, média de  $13,7 \pm 1,5 \text{ kg/m}^2$  na admissão hospitalar e  $16,7 \pm 1,4 \text{ kg/m}^2$  ao término; já nos anos 90,  $14,6 \pm 1,7 \text{ kg/m}^2$  no início da internação e  $17,2 \pm 1,6 \text{ kg/m}^2$  no final. Os resultados dessa investigação demonstram que a evolução da média de IMC de 81 pacientes internados na admissão hospitalar foi de  $15,4 \pm 4,3 \text{ kg/m}^2$  para  $16,3 \pm 3,9 \text{ kg/m}^2$  no final das internações. Comparativamente aos estudos acima mencionados, observa-se que os resultados encontrados nesta pesquisa mantêm a característica comum de

manutenção de desnutrição entre os pacientes ao final das internações, apesar do aumento nos valores médios. Em caráter isolado, as maiores médias de IMC foram encontradas no serviço brasileiro.

Dentre os achados do presente estudo, observou-se que houve grande prevalência, na admissão hospitalar, de desnutrição em adultos (60,6%), crianças e adolescentes (86,7%), principalmente entre os adultos que necessitaram de mais de uma intervenção hospitalar para tratamento (91%). Já entre as crianças e adolescentes que foram hospitalizadas mais de uma vez, a frequência de desnutrição diminuiu (67%). Howard et al. (1999) divulgou que as maiores taxas de readmissão hospitalar foram associados com menores índices de IMC no momento da admissão.

O foco central no tratamento da AN é a recuperação nutricional em razão do comprometimento físico apresentado. Por isso, esse é o TA com maior número de complicações clínicas e subseqüentes hospitalizações. O paciente anoréxico é pouco colaborativo em razão da negação da doença, característica típica do quadro. Sendo a recuperação do peso um dos pilares do tratamento dos TA, os pacientes mais graves e com caráter assumidamente crônico da doença rotineiramente apresentam longos anos de tratamento e inúmeras internações, pois não conseguem admitir ou manter o peso atingido fora do ambiente hospitalar. As mulheres com AN freqüentemente respondem mal ao tratamento (KAYE et al., 1999; TOZZI et al., 2003) e o baixo peso é um fator preditor para readmissões hospitalares (WILLER; THURAS; CROW, 2005; GOWERS et al., 2007; STEINHAUSEN et al., 2008);

Com relação ao número de internações, Wiseman et al. (2001) constatou que as taxas de readmissão aumentaram nos EUA no período entre 1984 e 1998, passando de 2% para 24% das admissões. Durante o período de 30 anos de abrangência do presente estudo, verificou-se que a maioria dos pacientes (73,5%) foi internada apenas uma vez e 25,3% dos casos necessitaram de readmissão hospitalar, com média no número de internações de  $1,9 \pm 3,9$  vezes.

A duração das internações no mesmo estudo de Wiseman et al. (2001) mostrou redução relevante no tempo de hospitalização; na década de 80, as internações duravam, em média, 149,5 dias. Já nos anos 90, apenas 23,7, dias. O estudo de coorte de Willer, Thuras e Crow (2005) também mostrou diminuição no período de internação; na década de 70, a hospitalização durava em média 73,1

dias; já na década de 90, caiu aproximadamente pela metade: 37,6 dias. Em concordância com os estudos mencionados, nessa investigação, a duração das internações também apresentou redução ao longo das décadas. Na década de 80, as internações duravam, em média, 57,8 dias; na década seguinte; 42,7 dias e após o ano 2000, 34,1 dias.

As complicações clínicas relacionadas aos TA influenciam intensamente o estado nutricional e o metabolismo, com reflexos em diferentes sistemas orgânicos. Suas conseqüências físicas se refletem sobre vários sistemas orgânicos, podendo ocorrer redução da força muscular, fraqueza do músculo cardíaco, redução do crescimento corporal, alterações endócrinas, hidroeletrólíticas, gastrintestinais, alterações no sistema imunológico com redução dos mecanismos de defesa e até alterações na matriz cerebral (STEWART, 1992; SHARP; FREEMAN, 1993; KEREM; KATZMAN, 2003; PHILLIPI; ALVARENGA, 2004).

O acometimento do músculo cardíaco já pode aparecer nos primeiros estágios dos TA. Apesar da possibilidade de reversão das anormalidades funcionais e estruturais com a identificação e tratamento precoces (PANAGIOTOPOULOS et al., 2000; MONT et al., 2003), a mortalidade nos TA frequentemente está associada à complicações cardíacas (JÁUREGUI-GARRIDO; JÁUREGUI-LOBERA, 2012). Os relatos mais comuns de complicações cardiovasculares nos TA divulgados na literatura incluem bradicardia sinusal, hipotensão ortostática, aumento do tônus vagal, baixa contratilidade miocárdica, prolapso da válvula mitral, redução na espessura da parede e da massa ventricular esquerda (LUPOGLAZOFF et al., 2001; MONT et al., 2003; SWENNE; THURFJELL, 2003).

As recomendações atuais sugerem que os adolescentes com bradicardia sinusal grave, definida como uma freqüência cardíaca menor que 50 batimentos por minuto durante o dia ou inferior a 45 batimentos por minuto durante a noite, devem ser internados para monitorização cardíaca e ganho de peso gradual (GOLDEN et al., 2003; APA, 2006; CASIERO; FRISHMAN, 2006). Relatos apontam que a bradicardia sinusal pode estar presente em 35-95% dos adolescentes com AN (DEC; BIEDERMAN; HOUGEN, 1987; PALLA; LITT, 1988; PANAGIOTOPOULOS et al., 2000; MONT et al., 2003), sendo associada ao aumento no tônus vagal (PETRETTA et al., 1997; GALLETTA et al., 2003) e diminuição da taxa metabólica (FROLICH et al., 2001; GALETTA et al., 2003). A média dos resultados de freqüência cardíaca dos 83 pacientes incluídos no presente estudo foi superior aos

valores críticos para esse parâmetro. Com relação à pressão arterial, a APA define o quadro de hipotensão quando a PA sistólica é menor que 90mmHg e a diastólica inferior a 60mmHg. No presente estudo, observou-se que 10,8% e 7,2% dos pacientes apresentavam na admissão hospitalar, respectivamente, PA sistólica e diastólica baixas, compatíveis com critérios de internação. Porém, ao término das internações, a PA sistólica de 91,5% e PA diastólica de 98,8% dos pacientes se estabilizaram.

Outra complicação clínica bastante freqüente nas mulheres acometidas pelos TA é a amenorréia. Esse quadro é definido quando há ausência de menstruação espontânea em uma mulher em idade reprodutiva (NEVILLE; GOLDEN, 2008). Nos TA, a amenorréia é estabelecida quando há ausência de pelo menos 3 ciclos consecutivos, fazendo parte dos critérios diagnósticos para AN atualmente preconizados pelo DSM-IV. Entretanto, sua utilização como critério no diagnóstico poderá ser abandonada na próxima publicação do DSM-V (WILFLEY et al., 2007; ZWAAN; HERZOG, 2011; SYSKO et al., 2012).

A etiologia da amenorréia na AN ocorre devido a associação entre a baixa porcentagem de gordura corporal e um distúrbio endócrino envolvendo o eixo hipotalâmico-hipofisário-gonadal. Os níveis de hormônio luteinizante, folículo estimulante e estradiol estão baixos nessa condição, a secreção de LH faz com que ocorra uma reversão para um padrão pré-puberdade, diminuindo os tamanhos do útero e ovários dos pacientes (LUCAS et al., 1999a; NEVILLE; GOLDEN, 2008).

Uma grande variação de pacientes com amenorréia na época do diagnóstico do TA é observada na literatura, desde 36% até 93% (SWIFT et al., 1987; ENGEL et al., 1989; ROSENVINGE; MOULAND, 1990; FAIRBURN et al., 1993). A proporção de pacientes que estavam em amenorréia neste estudo foi alta e semelhante no início e no final das internações, sendo 69% e 67%, respectivamente. O quadro estava presente na maioria dos casos de AN na admissão hospitalar, sobretudo em seu subtipo restritivo (65,1%) e em 25% daqueles com BN.

A osteoporose é uma das principais preocupações experimentadas pelos clínicos no tratamento dos TA. A perda de peso, acompanhada da amenorréia, pode resultar nessa grave e potencialmente incapacitante complicação médica. O pico de massa óssea é alcançado em adultos jovens e é um importante determinante da densidade óssea final. Por isso, o desenvolvimento de TA nessa fase pode provocar consequências irreversíveis, pois uma vez estabelecido o quadro

de osteopenia ou osteoporose, não há possibilidade de reversão à condição normal dos ossos (SOYKA et al., 1999; BAKER; ROBERTS; TOWELL, 2000; WONG et al., 2001).

O estudo de Lucas et al. (1999b) mostrou que o risco a longo prazo de qualquer fratura é quase três vezes maior em pacientes com AN. Assim, um episódio de AN na juventude pode prejudicar permanentemente a integridade esquelética e provocar aumento na incidência de fraturas debilitantes.

Zipfel et al. (2001) investigou prospectivamente o curso da densidade mineral óssea em pacientes com AN e BN ao longo de 3,6 anos de seguimento. A prevalência de osteoporose encontrada por ele foi de 54,2% de osteopenia e 20,8% de osteoporose ao término desse período. No presente estudo, encontrou-se considerável prevalência de deficiência óssea (74,1% dos pacientes), entre eles 44,4% apresentavam osteopenia e 29,7% osteoporose, segundo resultados do DEXA.

Os efeitos marcantes da AN sobre a saúde óssea nos conduzem à indagação da importância da investigação precoce de anormalidades no desenvolvimento ósseo entre os portadores de TA. Como a perda óssea parece começar no início do curso da doença e apresentar progressão rápida e, potencialmente inexorável, a avaliação pela densitometria óssea deve ser realizada para rastreamento de deficiência (MEHLER; KRANTZ, 2003).

Alterações bioquímicas e distúrbios hidroeletrólíticos também são manifestações clínicas bastante comuns aos pacientes com TA, principalmente entre os portadores de BN ou AN-CP devido aos mecanismos compensatórios para evitar o ganho de peso (ASSUMPÇÃO; CABRAL, 2002; BORGES et al., 2006).

A hipocalcemia é uma anormalidade eletrólítica recorrente nos TA e ocorre devido aos vômitos ou uso indevido de laxantes e diuréticos. Por ser o potássio um íon intracelular, suas concentrações plasmáticas conduzem a perturbações na regulação ácido-base e refletem em suas concentrações plasmáticas a diminuição das reservas corporais totais (POWERS et al., 1995). No abuso de laxantes como mecanismo purgativo para evitar o ganho de peso, o íon é perdido pelo intestino. Durante o vômito, uma parte é espoliada pela prática compensatória, mas a hipocalcemia no vômito ocorre principalmente devido à alcalose metabólica que se estabelece secundária à perda do íon hidrogênio. Esta perda eleva a concentração



de bicarbonato direcionada aos rins, que por sua vez, responde com excreção aumentada de potássio.

Greenfeld et al. (1995) avaliou as concentrações de potássio em 945 pacientes com TA seguidos ambulatorialmente e encontrou baixa frequência de hipocalemia entre eles, apenas em 46 pacientes (4,3%). A frequência de pacientes do presente estudo com concentrações de potássio abaixo da normalidade na admissão hospitalar pode ser considerada elevada (20,5%). Pacientes que necessitam de intervenção hospitalar geralmente apresentam graves sintomas e descompensações clínicas e metabólicas, o que naturalmente, esclarece a alta prevalência de hipocalemia na amostra investigada.

A presença de hiponatremia é um problema subreconhecido nos TA por não ser comum e sua causa está associada à ingestão excessiva de água, levando à hiponatremia dilucional. Pode ser causada, em menor escala, pelo abuso de diuréticos, sendo que o uso indevido e excessivo leva à depleção do volume plasmático, sobretudo em pacientes gravemente desnutridos (CHALLIER; CABROL, 1995; WINSTON, 2012). Baixas concentrações de sódio na admissão hospitalar dos pacientes deste estudo foram encontradas em apenas 10,2% deles, frequência muito menor do que as observadas na amostra de Chu et al. (2012), na qual 56% dos pacientes apresentavam hiponatremia na admissão.

A albumina é uma proteína sérica fundamental para a manutenção da pressão osmótica mantendo a distribuição correta dos líquidos corporais entre o compartimento intra e o extravascular. Em pacientes gravemente desnutridos, como nos casos de AN, suas concentrações podem ser mais baixas, pois o consumo alimentar inadequado associado às baixas reservas protéicas, podem diminuir sua síntese no fígado (WATERLOW, 1996). Em contrapartida, evidências atuais têm demonstrado que as concentrações séricas de albumina mesmo em pacientes com desnutrição importante, geralmente são normais (SMITH; ROBINSON; FLECK, 1996; HALUZIK et al., 1999; CAREGARO et al., 2001; KRANTZ et al., 2005). A razão para isto não é muito bem conhecida, mas pesquisadores sugerem que os níveis normais podem refletir a preservação relativa de proteína frente à redução do consumo ou a uma mudança nas concentrações de albumina do meio extravascular para o intravascular (WATERLOW, 1996). Atualmente, a hipoalbuminemia em pacientes com TA é associada ao mau prognóstico (NOVA et al., 2004). Os achados do presente estudo corroboram o paradoxo da albumina em concentrações normais

nos TA, pois a hipoalbuminemia foi encontrada em apenas 12 pacientes (18%) na admissão hospitalar. O mesmo aconteceu para os resultados sanguíneos de proteínas totais, que também estão associadas ao estado nutricional e reservas corporais. A inadequação desse parâmetro esteve presente em apenas 16 pacientes (24,2%).

Nos TA, principalmente na AN, a hipoglicemia é um achado comum (CONNAN; LIGHTMAN; TREASURE, 2000), principalmente porque reflete o baixo e irregular consumo de glicose por parte desses pacientes. No entanto, a hipoglicemia grave é um sinal de prognóstico ruim e indicativo de hospitalização imediata (GUIMARÃES; SALZANO; ABREU, 2002). Chu et al. (2012) recentemente revelou que 44% dos pacientes hospitalizados no ACUTE, entre 2008 e 2010, para estabilização médica apresentavam, na admissão hospitalar, hipoglicemia. Os achados do presente estudo demonstraram prevalência inferior de hipoglicemia no início da internação (31%).

A anemia pode estar presente em até 30% dos casos de AN e BN, sendo geralmente do tipo normocítica e normocrômica. Esse quadro pode ser consequência da ingestão insuficiente de ferro, favorecendo o aparecimento da deficiência do tipo ferropriva. Baixas ingestões de vitamina B12 ou folato também podem contribuir para a instalação de anemia macrocítica nos pacientes (DEVUYST et al., 1993; SAITO et al., 1999; ASSUMPÇÃO; CABRAL, 2002).

Os exames laboratoriais nesta investigação sugerem que o perfil de anemia dos pacientes esteve associado à diminuição dos níveis de hemoglobina; as taxas de inadequação para as concentrações de hemoglobina e hematócrito foram encontradas em 35,5% e 27,6% dos pacientes, respectivamente, no início da internação. A anemia ferropriva foi pouco prevalente, pois apenas 2 pacientes estavam com valores de ferro sérico baixo do normal, assim como para os outros tipos de anemia relacionadas às deficiências de vitamina B12 e ácido fólico. A inadequação na admissão hospitalar para essas vitaminas ocorreu em apenas um paciente.

Diversos estudos têm demonstrado altas concentrações de colesterol total e alterações nas frações lipídicas de triglicérides, lipoproteína de baixa densidade (*Low Density Lipoprotein* - LDL-colesterol) e lipoproteína de alta densidade (*High Density Lipoprotein* - HDL-colesterol) em pacientes com TA, principalmente com AN (OHWADA et al., 2006; MATZKIN et al., 2006; MATZKIN et al., 2007; RIGAUD;

TALLONNEAU; VERGE, 2009). As frequências de inadequações no perfil lipídico dos pacientes do presente estudo estiveram entre 12 a 16%. Os valores médios observados no início da primeira internação são comparados aos resultados de estudos desenvolvidos por Boland et al. (2001), Matzkin et al. (2006), Misra e Klibanski (2006), Ohwada et al. (2006). Para o colesterol, a média encontrada (164,2mg/dL) foi inferior àquelas divulgadas por Matzkin et al. (191,4mg/dL) e Boland et al. (199mg/dL), e superior às de Misra e Klibanski (144,7mg/dL) e Ohwada et al. (155,2mg/dL). Para os triglicérides, a média dos valores (94,2mg/dL) foi superior às encontradas nos outros estudos. Com relação ao LDL-colesterol, a média do presente estudo (89,2mg/dL) foi inferior às publicadas por Matzkin et al. (119,6mg/dL) e Boland et al. (118mg/dL) e superior às de Misra e Klibanski (83,5mg/dL) e Ohwada et al. (81mg/dL). Finalmente, para o HDL-colesterol (49,7mg/dL), a média encontrada foi, de maneira geral, inferior às outras investigações.

A ingestão de vários micronutrientes pela dieta encontra-se reduzida na AN, principalmente zinco, cobre, vitamina C e vitaminas do complexo B (HADIGAN et al., 2000). A recomendação para os pacientes com AN que apresentam risco de deficiência múltipla de micronutrientes é a suplementação vitamínica já nos estágios iniciais de tratamento da doença (WINSTON, 2012).

Níveis baixos de vitamina C nos pacientes com TA comumente são relacionados ao baixo consumo e à desnutrição (BORGES et al., 2006) e sua deficiência é preocupante devido à sua relação com o escorbuto e suas manifestações orais (SCHLOSSER; PIRIGY; MIROWSKI, 2011). A hipovitaminose C neste estudo foi encontrada em 29,3% dos pacientes no início da internação, possivelmente decorrente da alimentação inadequada. Entretanto, é provável que eles não apresentavam manifestações clínicas desta deficiência, mas o exame clínico para confirmar essa hipótese não foi descrito no prontuário dos pacientes.

A hiper胡萝卜素emia é um achado laboratorial bem documentado e frequente na AN, responsável pela coloração alaranjada na pele dos pacientes (BIRMINGHAM, 2002). Suas concentrações séricas estão aumentadas na AN em relação à população em geral (BOLAND et al., 2001). Estudos têm evidenciado hiper胡萝卜素emia em número significativo de indivíduos com TA; sua causa não está muito bem elucidada, mas é frequentemente associada à ingestão excessiva de

frutas e vegetais ricas em caroteno (WINSTON, 2012), alimentos preferidos para consumo devido ao baixo teor calórico.

Boland et al. (2001) encontrou, em amostra de 101 pacientes com AN, prevalência de 62% de hipercarotenemia. Sherman et al. (1994) observou prevalência menor em sua amostra, apenas 13% dos portadores de TA apresentavam esse quadro, nenhum deles com BN. A prevalência de hipercarotenemia nos pacientes de TA desse estudo foi alta e superior aos estudos acima descritos; 73,2% no início da internação e 77,3% ao término da hospitalização.

Os achados para a vitamina A demonstraram que as médias encontradas entre os pacientes, tanto no início quanto no final da internação, estiveram na faixa da normalidade, assim como em outras publicações que divulgaram valores normais de vitamina A nos pacientes com AN (CASPER et al., 1980; ROCK; VASANTHARAJAN, 1995).

Há evidências de que, com a restauração do peso, muitas das complicações clínicas podem ser revertidas (HADLEY; WALSH, 2003; MONT et al., 2003; SHAMIN et al., 2003). Sendo assim, a estabilização dos parâmetros clínicos e nutricionais são componentes essenciais para o tratamento dos TA.

As indicações de internação hospitalar nessas situações compreendem critérios clínicos tais como: peso corporal inferior a 75% do peso esperado, distúrbios hidroeletrólíticos, alterações hemodinâmicas, hipotensão, bradicardia e desidratação grave. Também incluem presença de comorbidades psiquiátricas como depressão, risco elevado de auto-agressão, ideação ou tentativa de suicídio. Além disso, consideram o insucesso nas abordagens prévias no âmbito ambulatorial ou em HD (WILSON; VITOUSEK; LOEB, 2000; GUIMARÃES; SALZANO; ABREU, 2002; CARTWRIGHT, 2004; YAGER; ANDERSEN, 2005; SYLVESTER; FORMAN, 2008).

A maioria dos pacientes deste estudo foi internada para receber terapia nutricional, sendo 59% na primeira internação e 72,7% na última; objetivando a recuperação do peso e compensação dos distúrbios hidroeletrólíticos. As taxas de internação do presente estudo foram semelhantes àquelas descritas por Chu et al. (2012) no qual 71% dos pacientes foram interados para estabilização médica no ACUTE.

Um achado interessante neste estudo foi que aproximadamente um terço dos pacientes na admissão hospitalar foi internado para investigação do quadro, número que naturalmente caiu na última internação. Grande parte desses pacientes tinham diagnóstico de BN, o que pode explicar o fato deles serem internados mais rapidamente (média 1,6 meses) do que os portadores de AN.

Outro dado encontrado foi que as internações devido à depressão/ideação suicida aumentaram na última internação entre aqueles mais graves que necessitaram de mais de uma internação. A depressão é uma comorbidade psiquiátrica que deve ser considerada e tratada devido à sua associação direta com o suicídio. Sua prevalência é alta entre pacientes com TA (WILLER; THURAS; CROW, 2005; CALDERON et al., 2007).

O suicídio é uma causa comum de morte nos TA e tentativas de suicídio podem ocorrer tanto na AN quanto BN. Franko et al. (2004) reportou que 15% de sua amostra relatou pelo menos, uma tentativa de suicídio em um período de 8 anos. A tentativa de suicídio foi mais frequente entre pacientes anoréxicos (22,1%) do que bulímicos (10,9%). No estudo de Milos et al. (2004), tentativas de suicídio foram relatadas por 26% dos pacientes, sendo que indivíduos com TA do tipo purgativo tiveram histórico de tentativas mais frequentes do que os do tipo restritivo. Na presente investigação, observou-se que internações devido a depressão ou ideação suicida foram mais frequentes entre pacientes com BN (30%).

As internações para tratamento de TA ocorrem, em sua maioria, em leitos psiquiátricos ou de clínica médica. Em pesquisa realizada por Calderon et al. (2007) com dados de adolescentes hospitalizados com TA nos EUA, observou-se que 53% da amostra foi internada em enfermaria de psiquiatria e apenas 12% em enfermaria de clínica médica. Entretanto, no presente estudo, a enfermaria com maior número de internações foi a da Nutrologia, com 79,5% na primeira internação e 59,1% na última. O aumento nas taxas de internação no setor de Psiquiatria, de 10,9% para 22,7% pode estar associado à contratação de uma médica psiquiatra que, há aproximadamente três anos, compõe a equipe multidisciplinar do GRATA. Esse fato estaria facilitando o processo de internação dos pacientes graves seguidos ambulatorialmente. Em menor escala, as internações que ocorreram na U.E do Hospital foram aquelas devido às tentativas de suicídio.

As abordagens do tratamento nutricional distinguem-se entre os diagnósticos de TA, pois eles apresentam marcantes diferenças no comportamento alimentar. Os

objetivos da terapia nutricional na AN estão relacionadas à recuperação do peso, manejo e restabelecimento das complicações clínicas decorrentes da desnutrição, normalização do padrão alimentar e da regulação da percepção de fome/saciedade (APA, 2000). Já na BN, as metas envolvem a redução dos episódios de compulsão alimentar, o controle dos mecanismos purgativos compensatórios, a normalização do padrão alimentar e a correção de deficiências nutricionais.

O impacto gerado sobre o crescimento e desenvolvimento de crianças e adolescentes com AN exigem urgência de assistência e eficiência do tratamento na recuperação nutricional e ganho de peso (KOHN; MADDEN; CLARKE, 2011). Algumas publicações reconhecem a contribuição dos cuidados precoces e do ganho de peso na obtenção de melhores resultados no tratamento e diminuição da morbidade em adolescentes com AN (GOLDEN et al., 2003; KATZMAN, 2005).

A escolha preferencial para administração dos nutrientes é a via oral, principalmente pelo aspecto fisiológico de estimular o trato gastrintestinal dos pacientes e possibilitar o enfrentamento e superação do medo de alimentar-se (ALVARENGA; LARINO, 2002). O fornecimento da dieta com alimentos é a primeira escolha para a recuperação do peso e a mais bem-sucedida a longo-prazo. Não é necessariamente indicada a prescrição de uma dieta modificada para não reforçar nos pacientes a idéia de segregar alimentos comuns, sendo suficiente apenas o aumento na quantidade dos alimentos e o fracionamento das refeições. O plano alimentar deve ser personalizado contendo refeições principais e lanches intermediários (SYLVESTER; FORMAN, 2002; LATTERZA et al., 2004). Deve-se resgatar e reforçar com os pacientes portadores de TA a importância de uma alimentação saudável e equilibrada, contendo os diferentes grupos de alimentos (SICCHIERI et al., 2006).

A prescrição de uma dieta adequada na internação é um dos principais pilares do tratamento para os TA, objetivando, em primeira instância, garantir a necessidade energética oferecendo macro e micronutrientes suficientes para a recuperação das funções metabólicas, orgânicas e imunológicas (MEHLER; KRANTZ, 2003; MORGAN; CLAUDINO, 2005). Entretanto, o aumento de energia deve ser feito gradualmente para resultar em restauração do peso adequada, com cuidado para evitar a síndrome de realimentação. Essa situação ocorre principalmente na vigência do suporte nutricional enteral ou parenteral, e é caracterizada pelo aparecimento de hipofosfatemia grave e súbita, alterações em concentrações de potássio e

magnésio, intolerância à glicose, disfunção gastrointestinal, complicações neurológicas e acometimento cardíaco (ORNESTEIN et al., 2003; MEHANNA; MOLEDINA; TRAVIS, 2008). Devido a gravidade e risco de morte por essa síndrome, muitos profissionais demonstram cautela na prescrição dietética, fornecendo inicialmente um aporte calórico abaixo das necessidades energéticas dos pacientes internados. Esse comportamento foi observado nesta pesquisa, ao evidenciar-se que apenas 77,1% das prescrições dietéticas supriam o GET dos pacientes na admissão hospitalar.

Ressalta-se que não há referências específicas sobre o fornecimento calórico das prescrições, mas variação do aporte inicial entre 10 e 60 kcal/kg por dia, baseados em 25-75% da ingestão total de energia de pacientes com TA podem ser consideradas (O'CONNOR; GOLDIN, 2011). A Sociedade de Medicina e Saúde do Adolescente (GOLDEN et al., 2003) em sua publicação sobre TA, recomenda aumento progressivo na prescrição de calorias aos pacientes, juntamente com acompanhamento do seu peso, sinais vitais, fluidos e níveis de eletrólitos a fim de evitar a síndrome de realimentação. Sugere utilização da sonda nasogástrica como via de alimentação para aqueles indivíduos com desnutrição grave.

A nutrição enteral e parenteral são também métodos indicados para alimentação, apesar de serem invasivos, por apresentar risco de complicações infecciosas e gastrintestinais (BRAUNSCHWEIG ET AL., 2001). A indicação dessas formas de suporte nutricional frequentemente ocorre quando os pacientes encontram-se muito desnutridos e/ou recusam a alimentação por via oral (MORGAN; CLAUDINO, 2005). O uso da TNE neste estudo aumentou entre os pacientes que necessitaram de mais de uma internação, demonstrando a possível falha nas tentativas anteriores de recuperação do estado nutricional utilizando-se a via oral. Outra via de administração utilizada nas internações do serviço foi a associação da alimentação oral com suplementos calóricos fornecidos no intervalo entre as refeições ou dieta enteral noturna, objetivando o aumento no aporte calórico diário para otimizar a recuperação do peso.

A assistência e os cuidados prestados aos pacientes com TA requerem a atuação conjunta de profissionais especializados e capacitados compondo uma equipe multi e interdisciplinar, dado o acometimento clínico e psicológico dos pacientes (CABRERA, 2006). A composição básica de uma equipe multidisciplinar nessas situações deve contar com médico clínico ou nutrólogo, psiquiatra, psicólogo e

nutricionista. É evidente que a inclusão de outros profissionais como endocrinologistas, terapeutas ocupacionais, dentistas e enfermeiros agrega abordagens complementares, ampliando as possibilidades terapêuticas. Cada profissional desempenha suas funções dentro de sua área específica e o grande diferencial consiste em abrir espaço para outras especialidades em reuniões e discussões clínicas que possam contribuir na tomada de decisões (WALSH; WHEAT; FREUND, 2000)

O médico clínico ou nutrólogo tem como função tratar as complicações clínicas nos pacientes, priorizando normalizar as alterações laboratoriais com reposição de eletrólitos, observar e tratar possíveis perdas ósseas, bem como garantir prescrições dietéticas adequadas para a recuperação do estado nutricional. Ao psiquiatra, cabe a confirmação do diagnóstico de TA com exclusão de outras doenças psiquiátricas que possam alterar o comportamento alimentar. Prescreve medicação psicotrópica, além de possibilitar a articulação entre as orientações da equipe, paciente e família. Juntamente com o clínico, realiza a ligação entre o tratamento ambulatorial e a internação. A abordagem psicológica oferecida pelos psicólogos remete à escuta, auxiliando o paciente a identificar os conflitos inconscientes, desejos e sensações associadas ao comportamento alimentar deturpado. Os nutricionistas realizam a avaliação nutricional e planejamento alimentar com orientações para melhorar o padrão dietético e possibilitar a recuperação do estado nutricional.

Neste contexto, O GRATA atua principalmente em nível ambulatorial com equipe multidisciplinar composta por todos esses profissionais, a maioria deles com atuação voluntária (DA SILVA; DOS SANTOS, 2006). Quando os pacientes são internados, o seguimento é realizado pela equipe fixa do próprio hospital que conta, em sua maioria, com médicos clínicos, nutricionistas, enfermeiros, assistente social e profissionais em formação nos programas de especialização e residência. Além disso, os pacientes frequentemente são atendidos por outros profissionais (psiquiatras, nutrólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais) mediante pedido de interconsulta solicitado pelo médico que está acompanhando o caso. Para minimizar as dificuldades enfrentadas pela existência de equipes distintas (ambulatório e enfermaria), os profissionais buscam contato constante com reuniões para discussão e planejamento das estratégias terapêuticas.

Com relação ao acompanhamento multidisciplinar durante a internação, o presente estudo constatou a presença maciça de nutricionistas e intensa



participação de psiquiatras, pois estes já faziam parte da equipe do hospital ou eram facilmente solicitados pelos pedidos de interconsulta. Sylvester e Forman (2002) já haviam destacado a importância da atuação do psiquiatra no auxílio da identificação e diagnóstico de comorbidades, bem como a intervenção psicofarmacológica que se faz necessária no tratamento dos TA. A atuação do psicólogo foi solicitada em 31% das internações. Verificou-se que a participação do terapeuta ocupacional aumentou durante o período de abrangência de estudo, devido à integração do profissional na equipe e ao relato dos benefícios que podem ser agregados ao tratamento (MORAIS, 2006; QUILES-CESTARI; RIBEIRO, 2012).

Quanto à avaliação da evolução e prognóstico dos TA, não há medidas padronizadas (GORGATI; AMIGO, 2005) e os critérios de alta são variáveis nos diferentes serviços. Entretanto, observa-se que o estado nutricional não representa, isoladamente, critério para alta hospitalar, devendo-se considerar conjunção de fatores como recuperação do peso, normalização dos ciclos menstruais, melhora da distorção da imagem corporal e do padrão alimentar, bem como restabelecimento das relações interpessoais (GOLAN; HEYMAN, 2005; YAGER; ANDERSEN, 2005).

Nesse sentido, o estudo de Sicchieri et al. (2007) avaliaram o estado nutricional e ingestão alimentar de pacientes com TA que receberam tratamento pelo GRATA e tiveram alta do serviço. Entre os 25 candidatos, apenas 10 foram localizados e participaram da pesquisa, com variação no tempo de alta hospitalar entre três e 16 anos. Os resultados demonstraram que 90% dos sujeitos restabeleceram o peso. Observou-se melhora importante na ingestão alimentar do valor calórico total e adequação dos nutrientes na maioria dos casos.

Apesar dos esforços para que o tratamento dos TA resulte em melhora clínica, pesquisas sugerem que aproximadamente metade dos pacientes abandonam prematuramente o seguimento (KAHN; PIKE, 2001; EIVORS; BUTTON; WARNER, 2003; ZMUKELR et al., 2012). Elevadas taxas de abandono também foram observadas no desfecho da amostra do presente estudo nos diferentes diagnósticos, sendo ainda maiores na BN (92%). Pacientes com AN-CP foram aqueles que melhor responderam ao tratamento e 23% receberam alta do serviço, o que também aconteceu com 17,8% dos pacientes com AN-R. Apenas um paciente com BN teve alta (8%). Menores taxas foram encontradas entre os pacientes que permaneciam em seguimento no serviço, variando de 4,4 a 15,4% entre os pacientes com AN.

Os TA estão associados com maior risco de morte prematura com taxas e causa diversas de mortalidade: inanição ocorrida pela desnutrição, distúrbios hidroeletrólítico, desidratação, suicídio e alcoolismo e parada cardíaca. As taxas de mortalidade na AN variam entre 1,36% a 20% e são menores na BN, 1% a 3% (HERZOG et al., 2000). Estudos têm demonstrado que aproximadamente um terço das mortes na AN ocorre devido a causas cardíacas (JÁUREGUI-GARRIDO; JÁUREGUI-LOBERA, 2012). A taxa de mortalidade do GRATA durante o período que abrangeu este estudo foi de 8,9%, ou seja, quatro pacientes, todos portadores de AN-R, onde metade faleceu por complicações cardíacas associadas aos TA.

## ***CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS***

---

## 6. Conclusões e Considerações finais

Diante dos resultados apresentados, as seguintes conclusões podem ser apontadas:

1- Quanto ao perfil dos pacientes internados:

- dos 186 pacientes atendidos pelo serviço desde a sua criação, 44,6% necessitaram de, no mínimo, uma internação e destes, 11,8% precisaram de mais de uma internação;

- a maioria dos pacientes era do sexo feminino, da raça branca, solteira, sem filhos e estudantes do ensino médio;

- a proporção de adultos foi semelhante ao grupo de crianças e adolescentes nas internações;

- o diagnóstico preponderante nas internações foi de AN, sobretudo AN-R;

- houve grande variação no tempo de sintomas apresentados antes do diagnóstico, sendo menor nos portadores de AN-R, e pelo menos, três vezes maior nos grupos de AN-CP e BN;

- a maioria dos pacientes adultos apresentou desnutrição, principalmente de nível grave e sua frequência foi superior entre aqueles hospitalizados mais de uma vez;

- as crianças e os adolescentes, quando comparados aos adultos, demonstraram aumento maior na frequência daqueles que evoluíram para eutrofia, independente do número de internações.

- observou-se melhora estatisticamente significativa do estado nutricional dos pacientes com AN durante a hospitalização, apesar de continuarem abaixo da eutrofia, Houve discreta diminuição do IMC no grupo com BN, mas mantiveram-se dentro da faixa de normalidade;

- os valores médios de PA sistólica, PA diastólica e FC estiveram abaixo dos valores normais. Entretanto, poucos pacientes apresentavam valores críticos indicativos de necessidade de internação na admissão hospitalar;

- o quadro de amenorréia foi identificado em mais da metade das pacientes com AN, sendo superior entre as portadoras de AN-R;

- mais da metade dos pacientes apresentava deficiência óssea, dos quais aproximadamente um terço dos pacientes apresentava osteoporose;
- a maioria dos parâmetros bioquímicos estava dentro da normalidade, com exceção do beta-caroteno, que se encontrava elevado, tanto no início quanto no final da internação;
- notou-se tendência de melhoria dos resultados bioquímicos ao término da hospitalização na maioria dos parâmetros observados, principalmente em relação à albumina, hematócrito, HDL-c e potássio.

## 2- Quanto às internações:

- ao longo das décadas, observou-se que apesar do aumento no número de casos assistidos pelo serviço, as taxas de internação diminuíram;
- o número de internações variou muito e o grupo de pacientes internados apenas uma vez foi cerca de três vezes maior do que o grupo de pacientes hospitalizados mais vezes;
- a duração das internações se mostrou prolongada, e ainda mais duradoura no grupo de pacientes que necessitaram de mais de uma internação;
- não foram observadas associações entre o número de internações e IMC. Além disso, não houve correlação entre o número de internações e o diagnóstico;
- as indicações para internação mais frequentes foram para realização de terapia nutricional (suporte nutricional ou reposição hidroeletrólítica), sendo superiores a mais da metade das indicações, tanto na primeira como na última internação;
- a enfermaria de Nutrologia foi a mais utilizada, na qual a maioria dos casos permaneceu tanto na primeira como na última internação. O setor de Psiquiatria apresentou aumento na admissão dos casos de pacientes entre aqueles que necessitaram de mais de uma internação;
- a via de administração de nutrientes preferencialmente utilizada para alimentação dos pacientes foi a via oral, abarcando, tanto na primeira como na última internação, a maioria dos casos;
- o uso TNE como via exclusiva de alimentação apresentou aumento em 2,3 vezes na última internação dos pacientes que foram internados mais de uma vez;

- o acompanhamento multidisciplinar contou com marcante presença de nutricionistas e psiquiatras, tanto na primeira como na última internação;
- com relação ao desfecho do tratamento, evidenciou-se que a maioria dos pacientes, independente do diagnóstico, perdeu o seguimento no serviço, sendo mais intensa entre os pacientes com BN. Porém, alguns pacientes receberam alta hospitalar, principalmente àqueles com AN-CP.

### ***Considerações finais***

Pesquisas que adotam como metodologia a coleta de dados por meio de revisão de prontuários apresentam, inevitavelmente, viés importante relacionado à perda ou omissão de informações registradas pelos profissionais de saúde. Essa foi a principal dificuldade encontrada no desenvolvimento deste estudo, cuja perda amostral variou amplamente, de 1,2 a 95,5% entre as 45 variáveis analisadas. Apesar do maior contribuinte para esse fato ter sido a não realização de algum exame bioquímico, observou-se que a ausência de dados relacionados ao quadro clínico ou tempo de doença ocorreu, em primeira instância, pela falta de registro da informação pelo profissional de saúde no prontuário do paciente. Também, houve a dificuldade na leitura e visualização das informações contidas nos prontuário, seja pela caligrafia pouco legível dos profissionais ou pela perda da qualidade no processo microfilmagem ou digitalização.

A trajetória metodológica para coleta e abordagem dos dados sofreu modificação após ter sido observada grande variabilidade no número de internações (de 1 a 26 vezes). Dada a dificuldade de se avaliar cada período de forma isolada, optou-se pela evolução dos parâmetros estudados apresentada entre o início da primeira admissão hospitalar até momento final da última internação.

Há escassez de relatos na literatura nacional e internacional referente à hospitalização integral de pacientes portadores de AN ou BN. No Brasil, isso se deve ao fato de existirem poucos serviços especializados que oferecem tratamento, com predomínio de atividades de natureza assistencial. Conseqüentemente, investigações científicas nessa área apresentam limitações relacionadas, sobretudo,

às dificuldades na formação e treinamento de pesquisadores, além da falta de investimentos em recursos humanos, pois a maioria dos serviços contam com profissionais que atuam de forma voluntária. Esses fatores certamente contribuem para a limitação de conhecimento científico sobre o tema.

Diante dos dados encontrados, acredita-se que este estudo foi válido por investigar as características e resultados da hospitalização dos pacientes seguidos pelo GRATA-HCFMRP-USP. O desempenho deste serviço, que tem vasta experiência no tratamento dos TA, já foi evidenciado e divulgado em várias publicações, mas este trabalho foi pioneiro neste foco de abordagem. Este levantamento destaca-se pela variedade de resultados obtida a partir da exploração descritiva. No entanto, abre possibilidade para novas investigações e associações entre os dados, dos quais destacam-se a verificação da presença de comorbidade e suas diferenças entre os diagnósticos, além da possibilidade de separação para abordar diferenças entre os grupos de pacientes que tiveram uma ou mais de uma internação. Outro caminho a ser explorado diz respeito aos fatores preditivos para a internação dos pacientes, bem como um estudo mais detalhado sobre as características da doença antes do diagnóstico e do tratamento, seja ele de natureza ambulatorial ou hospitalar. As causas da mortalidade dos pacientes também poderão ser investigadas com maior profundidade.

Diante dessas considerações, acredita-se que este estudo pode contribuir para a literatura científica ao divulgar os resultados do tratamento hospitalar de pacientes atendidos por um serviço especializado ao longo de seus 30 anos de existência. No entanto, futuros estudos são necessários para ampliar e aprofundar os resultados encontrados possibilitando o aprimoramento das condutas terapêuticas, pois muitas incertezas ainda persistem acerca do melhor cenário para o tratamento dessas doenças, qual a melhor combinação entre os tipos de intervenção e o tempo necessário para o tratamento.

## ***REFERÊNCIAS***

---



## Referências\*

AALTO-SETALA, T. et al. One-month prevalence of depression and other DSM-IV disorders among young adults. **Psychological Medicine**, London, v.31, p. 791-801, 2001.

ABBATE-DAGA, G. et al. Day hospital programmes for eating disorders: a review of the similarities, differences and goals. **Eating and Weight Disorders, Milano**, v.14, p. 31-41, 2009. Supplement 2-3.

ADAMI-LAUAND, C.B.; RIBEIRO, R.P.P. A herança transgeracional nos transtornos alimentares: algumas reflexões. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 22, n.4, p. 927-942, 2011.

ALVARENGA, M.; LARINO, M.A. Terapia nutricional na anorexia e bulimia nervosas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.24, n. 3, p. 39-43, 2002.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (AAP). Committee on Adolescence. Identifying and treating eating disorders: Policy statement. **Pediatrics**, Springfield, v.111, p.204 –211. 2003.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). A Multifaceted Program for Preventing and Treating Eating Disorders: Programme for Eating Disorders, Department of Psychiatry The Toronto Hospital, University of Toronto. **Psychiatric Services**, Washington, v. 41, n.10, 1990.

\_\_\_\_\_. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders. **The American Journal of Psychiatry**, Arlington, v.157, n.1, 2000.

\_\_\_\_\_. **Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais: texto revisado (DSM-IV-TR)**. 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

\_\_\_\_\_. Treatment of patients with eating disorders, 3 ed. **The American Journal of Psychiatry**, Arlington v.163, p. 4–54, 2006. Supplement 7.

\_\_\_\_\_. **DSM-V Development. Feeding and Eating Disorders**, Arlington, 2010. Disponível em: <<http://www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/FeedingandEatingDisorders.aspx>>. Acesso em 26 Abr. 2012.

---

\* De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas NBR 6023, 2ª edição. São Paulo, 2009.

ANZAI, N.; LINDSEY-DUDDLEY, K.; BIDWELL, R.J. Inpatient and partial hospital treatment for adolescent eating disorder. **Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America**, Philadelphia, v.11, p. 279-309, 2002.

APPOLINARIO, J.C.; MAYA, T. Serviços de transtornos alimentares no Brasil e no mundo. In: Nunes, M.A; Appolinario, J.C; Galvao, A. N, Coutinho W (Ed). **Transtornos Alimentares e Obesidade**. 2.ed. Porto Alegre. Artmed, 2006, p 169-181.

ASSUMPÇÃO, C.L.; CABRAL, M.D. Complicações clínicas da anorexia nervosa e bulimia nervosa. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.24, p. 29-33, 2002. Suplemento 3.

ATTIA, E.; ROBERTO, C.A. Should Amenorrhea Be a Diagnostic Criterion for Anorexia Nervosa? **International Journal of Eating Disorders**, New York, v.42, p.581–589, 2009.

BAILER, U.F.; KAYE, W.H. A review of neuropeptide and neuroendocrine dysregulation in anorexia and bulimia nervosa. **Current Drug Targets-CNS & Neurological Disorders**, Hilversum, v.2, n.1, p. 53-59, 2003.

BAKER, D.; ROBERTS, R.; TOWELL, T. Factors predictive of bone mineral density in eating-disordered women: A longitudinal study. **International Journal of Eating Disorders**, New York, v.27, p.29-35, 2000.

BARBARICH, N.C.; KAYE, W.H.; JIMERSON, D. Neurotransmitter and imaging studies in anorexia nervosa: new targets for treatment. **Current Drug Targets-CNS & Neurological Disorders**, Hilversum, v.2, n.1, p.61-72, 2003.

BECKER, A.E.; EDDY, T. K; PERLOE, A. Clarifying Criteria for Cognitive Signs and Symptoms for Eating Disorders in DSM-V. **International Journal of Eating Disorders**, New York, v.42, p. 611–619, 2009.

BEUMONT, P. et al. Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the treatment of anorexia nervosa. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, Melbourne, v.38, p. 659–670, 2004.

BIRMINGHAM, C.L. Hypercarotenemia. **The New England Journal of Medicine**, Boston, v.347, p. 222-223, 2002.

BOARDMAN, A.; HODGSON R. Community in-patient units and halfway hospitals. **Advances in Psychiatric Treatment**, London, v.6, p.120-127, 2006.

BOLAND, B. et al. Serum betacarotene in anorexia nervosa patients: a case-control study. **International Journal of Eating Disorders**, New York, v.30, p.299–305, 2001.

BORGES, N.J.B.G. et al. Transtornos alimentares – Quadro clínico. **Medicina**, Ribeirão Preto, v.39, n.3, p. 340-348, 2006.

BRAUNSCHWEIG, C.L. et al. Enteral compared with parenteral nutrition: a meta-analysis. **The American Journal of Clinical Nutrition**, Bethesda, v.74, n. 4, p. 534-542, 2001.

BUFANO, G. et al. Enteral nutrition in anorexia nervosa. **Journal of Parenteral and Enteral Nutrition**, Baltimore, v.14, n.4, p. 404-407, 1990.

BULIK, C.M. et al. Twin studies of eating disorders: a review. **International Journal of Eating Disorders**, New York, v.27, n.1, p.1-20, 2000.

CABRERA, C.C. Estratégias de intervenção interdisciplinar no cuidado com o paciente com transtorno alimentar: o tratamento farmacológico. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 39, n.3, p. 375-389, 2006.

CALDERON, R. et al. Inpatients with eating disorders: demographic, diagnostic and service characteristics from a Nationwide Pediatric Sample. **International Journal of Eating Disorders**, New York, v.40, p. 622-628, 2007.

CAREGARO, L. et al. Insulin-like growth factor 1 (IGF-1), a nutritional marker in patients with eating disorders. **Clinical Nutrition**, Oxford, v.20, p. 251–257, 2001.

CARNEY, C.P.; ANDERSEN, A.E. Eating disorders: guide to medical evaluation and complications. **Psychological Medicine**, London, v.10, n.4, p. 657-679, 1996.

CARTWRIGHT, M.M. Eating disorder emergencies: understanding the medical complexities of the hospitalized eating disordered patient. **Critical Care Nursing Clinics of North America**, Philadelphia, v.16, p. 515 – 530, 2004.

CASH, T.F.; DEAGLE E.A. The Nature and Extent of Body Image Disturbances in Anorexia Nervosa and Bulimia: a Meta-analysis. **International Journal of Eating Disorders**, New York, v.22, p. 107-25, 1997.

CASIERO, D.; FRISHMAN, W.H. Cardiovascular complications of eating disorders. **Cardiology in Review**, Hagerstown, v.14, n.5, p. 227-31, 2006.

CASPER, R.C.; JABINE, L.N. An eight-year follow-up: outcome from adolescent compared to adult onset anorexia nervosa. **Journal of Youth and Adolescence**, New York, v.25, p. 499-517, 1996.

CASPER, R.C. et al. An evaluation of trace metals, vitamins, and taste function in anorexia nervosa. **The American Journal of Clinical Nutrition**, Bethesda, v.33, p.1801-1808, 1980.

CHALLIER, P.; CABROL, S. Severe hyponatremia associated with anorexia nervosa: role of inappropriate antidiuretic hormone secretion? **Archives de Pédiatrie**, Paris, v.2, p.977-979, 1995.

CHU, E.S. et al. ACUTE center for eating disorders. **Journal of Hospital Medicine**, New York, v.7, n.4, p. 340-344, 2012.

CLAUDINO, A.M.; BORGES, M.B.F. Critérios diagnósticos para os transtornos alimentares: conceitos em evolução. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.24, p. 7-12, 2002. Suplemento 3.

CONNAN, F.; LIGHTMAN, S.; TREASURE, J. Biochemical and endocrine complications. **European Eating Disorders Review**, Chichester, v.8, p. 144-157, 2000.

CURRIN, L. et al. Time trends in eating disorder incidence. **The British journal of Psychiatry** : the journal of mental science, London, v.186, p. 132-135, 2005.

DA SILVA, L.M.; DOS SANTOS, M.A. Construindo pontes: relato de uma equipe multidisciplinar em transtornos alimentares. **Medicina**, Ribeirão Preto, v.39, n.3, p. 415-424, 2006.

DEC, G.W.; BIEDERMAN, J.; HOUGEN, T.J. Cardiovascular findings in adolescent inpatients with anorexia nervosa. **Psychosomatic Medicine**, Baltimore, v.49, p. 285-292, 1987.

DEVLIN, M.J. et al. Postprandial cholecystokinin release and gastric emptying in patients with bulimia nervosa. **The American Journal of Clinical Nutrition**, Bethesda, v.65, n.1, p. 114-120, 1997.

DEVUYST, O. et al. Haematological changes and infectious complications in anorexia nervosa: a case-control study. **The Quarterly journal of Medicine**, London, v.86, p. 791-799, 1993.

DONINI, L.M. et al. Obesity and Eating Disorders. Indications for the different levels of care. An Italian Expert Consensus Document. **Eating and Weight Disorders**, Milano, v.15, n.1, p. 1-31, 2010. Supplement 1-2.

DOS SANTOS, J.E. GRATA: Nossa história, trabalho e desafios. **Medicina**, Ribeirão Preto, v.39, n. 3, p. 323-326, 2006.

EBELING, H. et al. A practice guideline for treatment of eating disorders in children and adolescents. **Annals of Medicine**, London, v.35, p. 488–501, 2003.

EIVORS, A.; BUTTON, E.; WARNER, S. Understanding the experience of drop-out from treatment for anorexia nervosa. **European Eating Disorders Review**, Chichester, v.11, n.2, p. 90-107, 2003.

ENGEL, K. et al. Long-term stability of anorexia nervosa treatments: Follow-up study of 218 patients. **Psychiatric Developments**, London, v.4, p. 395-407, 1989.

FAIRBURN, C.G. et al. Psychotherapy and bulimia nervosa: Longer-term effects of interpersonal psychotherapy, behavior therapy and cognitive behavior therapy. **Archives of General Psychiatry**, Chicago, v.50, p. 419-428, 1993.

FAIRBURN. et al. Risk factors for anorexia nervosa: Three integrated case-control comparisons. **Archives of General Psychiatry**, Chicago, v.56, p. 468.-472, 1999.

FAIRBURN, C.G.; COOPER, Z. Eating disorders: DSM-V and clinical reality. **British Journal of Psychiatry**, London, v.198, p. 8-10, 2011.

FAVARO, A. et al. Time trends in age at onset of anorexia nervosa and bulimia nervosa. **The Journal of Clinical Psychiatry**, Memphis, v.70, n.12, p. 1715-21, 2009.

FIELD, A.E. et al. Relation between dieting and weight change among preadolescents and adolescents. **Pediatrics**, Springfield, v.112, n.4, p. 900–906, 2003.

FISHER, M. et al. Eating disorders in adolescents: a background paper. **The Journal of Adolescent Health**: official publication of the Society for Adolescent Medicine, New York, v.16, p. 420–437, 1995.

FLEITLICH, B.W. et al. A. Anorexia nervosa na adolescência. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.76, p. 323-329, 2000. Suplemento 3.

FRANKO, D.L. et al. What predicts suicide attempts in women with eating disorders **Psychological Medicine**, London, v.34, n.5, p.843-853, 2004.

FRISCH, M.J.; HERZOG, D.B.; FRANKO, D.L. Residential treatment for eating disorders. **International Journal of Eating Disorders, New York**, v.39, p. 434–442, 2006.

FROLICH, J. et al. Pericardial effusions in anorexia nervosa. **European Child & Adolescent Psychiatry**, Toronto, v.10, p. 54-62, 2001.

GAJEWSKA, M. et al. Hospitalization of people with eating disorders in Polish general and psychiatric hospitals in years 2003-2007. **Przegląd Epidemiologiczny**, Warszawa, v.64, n.4, p. 571-577, 2009.

GALETTA, F. et al. Heart rate variability and left ventricular diastolic function in anorexia nervosa. **The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine**, New York, v.32, p. 416-422, 2003.

GOLAN, M.; HEYMAN, N. Managing Eating Disorders in the Natural Environment: Intensive vs. Limited Programs. **The Israel Journal of Psychiatry and related Sciences**, Jerusalem, v.42, n.3, p. 163–171, 2005.

GOLDEN, M.H.N. The Development of Concepts of Malnutrition. **The Journal of Nutrition**, Philadelphia, v.2, p. 2117-2122, 2002.

GOLDEN, M.H.N. et al. Eating disorders in adolescents: position paper of the Society for Adolescent Medicine (SAM). **The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine, New York**, v.33, p. 496-516, 2003.

GORGATI, S.B.; AMIGO, V.L. Anorexia nervosa: manifestações clínicas, curso e prognóstico. In: Claudino A, Zanella T(Ed). **Guia de transtornos alimentares e obesidade**. 2.ed. Barueri: Manole, 2005, cap.4, p.39-48.

GOWERS, S.G. et al. Clinical effectiveness of treatments for anorexia nervosa in adolescents. **The British Journal of Psychiatry: the journal of mental science**, London, v.191, p. 427-435, 2007.

GREENFELD, D. et al. Hypokalemia in outpatients with eating disorders. **The American Journal of Psychiatry**, Arlington, v.152, n.1, p. 60-63, 1995.

GUARDA, A.S. et al. Coercion and Change in Perceived Need for Admission in Patients Hospitalized for Eating Disorders. **The American Journal of Psychiatry**, Arlington, v.164, p. 108–114, 2007.

GUIMARÃES, D.B.S.; SALZANO, F.T.; ABREU, C.N. Indicações para internação hospitalar completa ou parcial. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.24, n.3, p. 60-62, 2002.

HADIGAN, C.M. et al. Assessment of macronutrient and micronutrient intake in women with anorexia nervosa. **The International Journal of Eating Disorders**, New York, v.28, p. 284–92, 2000.

HADLEY, S.J.; WALSH, B.T. Gastrointestinal disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa. **Current Drug Targets-CNS & Neurological Disorders**, Hilversum, v.2, n.1, p.1-9, 2003.

HALUZIK, M. et al. Serum leptin levels in patients with anorexia nervosa before and after partial refeeding: Relationships to serum lipids and biochemical parameters. **Physiological Research**, Czech Republic, v.48, p. 197–202, 1999.

HERZOG, D.B. et al. Mortality in eating disorders: a descriptive study. **The International Journal of Eating Disorders**, New York, v.28, n.1, p.20–26, 2000.

HOEK, H.K; van HOEKEN, D. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. **The International Journal of Eating Disorders**, New York, v.34, p.383-96, 2003.

HOEK, H.W. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. **Current Opinion in Psychiatry**, Philadelphia, v.19, n.4, p. 389-394, 2006.

van HOEKEN, D. et al. The Validity and Utility of Subtyping Bulimia Nervosa. **The International Journal of Eating Disorders**, New York, v.42, p. 595–602, 2009.

HOWARD, M.D. et al. Predictors of Success or Failure of Transition to Day Hospital Treatment. **The American Journal of Psychiatry**, Arlington, v.156, p. 1697–1702, 1999.

HUDSON, J.I. et al. The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. **Biological Psychiatry**, New York, v.61, p. 348-358, 2007.

JÁUREGUI-GARRIDO, B.; JÁUGUERI-LOBERA, I. Sudden death in eating disorders. **Vascular Health and Risk Management**, Auckland, v.8, 91–98, 2012.

KAHN, C.; PIKE, K.M. In search of predictors of dropout from inpatient treatment for anorexia nervosa. **The International Journal of Eating Disorders**, New York, v.30, n.3, p. 237-244, 2001.

KATZMAN, D.K. Medical Complications in Adolescents with Anorexia Nervosa: A Review of the Literature. **The International Journal of Eating Disorders**, New York, v.37, p. S52–S59, 2005.

KAYE, W.H.; KAPLAN, A.S. ZUCKER. Treating eating disorder patients in a managed care environment. **The Psychiatric Clinics of North America**, Philadelphia, v.19, n.4, p. 793-810, 1996.

KAYE, W. et al. New directions in treatment research of anorexia and bulimia nervosa. **Biological Psychiatry**, New York, v. 45, p. 1285–1292, 1999.

KEREM, N.C.; KATZMAN, D.K. Brain structure and function in adolescents with anorexia nervosa. **Adolescent Medicine**, Philadelphia, v.14, p. 109-118, 2003.

KLEIN, D.A.; WALSH, T. Eating Disorders: Clinical Features and Pathophysiology. **Physiology & Behaviour**, New York, v.81, n.2, p. 359-74, 2004.

KLUMP, K.L.; MCGUE, M.; IACONO, W.G. Genetic relationships between personality and eating attitudes and behaviors. **Journal of Abnormal Psychology**, Washington, v.111, n.2, p. 380-389, 2002.

KOHN, M.R.; MADDEN, S.; CLARKE, S.D. Refeeding in anorexia nervosa: increased safety and efficiency through understanding the pathophysiology of protein calorie malnutrition. **Current Opinion in Pediatrics**, Philadelphia, v.23, p. 390–394, 2011.

KRANTZ, M.J. et al. The Paradox of Normal Serum Albumin in Anorexia Nervosa: A Case Report. **The International Journal of Eating Disorders**, New York, v.37, p. 278–280, 2005.

LATTERZA, A.R et al. Tratamento nutricional dos transtornos alimentares. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.31, n.4, p. 173-176, 2004.

LEVINE, R.L. Endocrine aspects of eating disorders in adolescents. **Adolescent Medicine**, Philadelphia, v.13, n.1, p. 129-43, 2002.



LONG, C.G.; KIRSTY-ANNE, F.; HOLLIN, C.R. Treatment of Chronic Anorexia Nervosa: A 4-Year Follow-Up of Adult Patients Treated in an Acute Inpatient Setting. **Clinical Psychology & Psychotherapy**, Chichester, v.19, p. 1–13, 2011.

LOPES-DE-ANDRES, A. et al. Hospitalization trends in Spanish children and adolescents with eating disorders (1998–2007). **Appetite**, London, v. 55, p. 147-151, 2010.

LUCAS, A.R. et al. The ups and downs of anorexia nervosa. **The International Journal of Eating Disorders**, New York, v.26, p. 397–405, 1999a.

LUCAS, A.R. et al. Long-term fracture risk among women with anorexia nervosa: A population-based cohort study. **Mayo Clinic Proceedings**, Rochester, v.74, p. 972-977, 1999b.

LUPOGLAZOFF, J.M. et al. Cardiac consequences of adolescent anorexia nervosa. **Archives des Maladies du coeur et des Vaisseaux**, Paris, v.94, p. 494-452, 2001.

MARTINS, F.C.O.; SASSI JR, E. A comorbidade entre transtornos alimentares e de personalidade e suas implicações clínicas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.31, n.4, p. 161-163, 2004.

MATZKIN, V.B. et al. Cholesterol concentrations in patients with anorexia nervosa and in healthy controls. **The International Journal of Psychiatric Nursing Research**, Southampton, v.11, p. 1283–1293, 2006.

MATZKIN, V.B. et al. Risk factors for cardiovascular disease in patients with anorexia nervosa. **The International Journal of Psychiatric Nursing Research**, Southampton, v.13, p. 1531–1545, 2007.

MEHANNA, H.M.; MOLEDINA, J.; TRAVIS, J. Refeeding syndrome: what it is, and how to prevent and treat it. **BMJ**, London, v.336, p. 1495-1498, 2008.

MEHLER, P.S.; KRANTZ, M. Anorexia Nervosa Medical Issues. **Journal of Women's Health**, Larchmont, v.12, n.4, p. 332-340, 2003.

MELLIN, L.M.; IRWIN JR, C.E.; SCULLY, S. Prevalence of cents: correlations with weight status and disordered eating behaviors. **International Journal of Obesity and related Metabolic Disorders**, London, v.26, n.1, p. 123– 131, 2002.

MERIKANGAS, K.R. et al. Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: Results from the National comorbidity Study – Adolescent Supplement (NCS-A). **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, Baltimore, v.49, n.10, p. 980-989, 2010.

MILES, J. M. Energy expenditure in hospitalized patients: implications for nutritional support. **Mayo Clinic Proceedings**, Rochester, v.81, n.6, p. 809-816, 2006.

MILOS, G. et al. Suicide attempts and suicidal ideation: links with psychiatric comorbidity in eating disorder subjects. **General Hospital Psychiatry**, New York, v.26, n.2, p. 129–135, 2004.

MILOS, G. et al. Instability of eating disorders diagnoses: prospective study. **The British Journal of Psychiatry: the journal of mental science**, London, v.187, p. 573-578, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)**. Brasília, 2009. Disponível em: <[http://nutricao.saude.gov.br/documentos/sisvan\\_norma\\_tecnica\\_crianças.pdf](http://nutricao.saude.gov.br/documentos/sisvan_norma_tecnica_crianças.pdf)>. Acesso em 17 Set. 2009.

MISRA, M.; KLIBANSKI, A. Anorexia nervosa and osteoporosis. **Reviews in Endocrine & Metabolic Disorders**, Boston, v.7, p. 91–99, 2006.

MONT, L. et al. Reversibility of cardiac abnormalities in adolescents with anorexia nervosa after weight recovery. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, Baltimore, v.42, p. 808–813, 2003.

MORAIS, L.V. A assistência do terapeuta ocupacional para pessoas com anorexia nervosa: relato de experiência. **Medicina**, Ribeirão Preto, v.39, n.3, p. 381-385, 2006.

MORGAN, C.H; Claudino, A.M. Epidemiologia e Etiologia. In: Claudino AM, Zanella AT (Ed). **Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar**. UNIFESP/Escola Paulista de Medicina. Transtornos Alimentares e Obesidade. 1.ed. Barueri: Manole, 2005, p: 15-23.

MORGAN, C.M.; VECCHIATTI, I.R.; NEGRÃO, A.B. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos sócio-culturais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.24, p.18-23, 2002. Suplemento 3.

NEVILLE, H.; GOLDEN, L. The Pathophysiology of Amenorrhea in the Adolescent. **Annals of the New York Academy of Sciences**, New York, v.1135, p. 163–178, 2008.

NOVA, E. et al. Indicators of nutritional status in restricting-type anorexia nervosa patients: a 1-year follow-up study. **Clinical Nutrition**, Edinburgh, v.23, p. 1353–1359, 2004.

NUNES, M.A.; APPOLINARIO, J.C.; GALVÃO, A.N.; COUTINHO, W. **Transtornos alimentares e obesidade**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2006, p.183-193.

NUNES, M.A.; et al. Prevalence of abnormal eating behaviours and inappropriate methods of weight control in young woman from Brazil: a population-based study. **Eating and Weight Disorders**, Milano, v.8, p. 100-106, 2003.

O'CONNOR, G.; GOLDIN, J. The refeeding syndrome and glucose load. **The International Journal of Eating Disorders**, New York, v.44, p.182-185, 2011.

OBARZANEK, E.; LESEM, M.D.; JIMERSON, D.C. Resting metabolic rate of anorexia nervosa patients during weight gain. **The American Journal of Clinical Nutrition**, Bethesda, v.60, p. 666-673, 1994.

OHWADA, R. et al. Etiology of hypercholesterolemia in patients with anorexia nervosa. **The International Journal of Eating Disorders**, New York, v.39, p.598-601, 2006.

OLIVEIRA, E.A.; DOS SANTOS, M.A. Perfil psicológico de pacientes com anorexia e bulimia nervosas: a ótica do psicodiagnóstico. **Medicina**, Ribeirão Preto, v.39, n.3, p. 353-360, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDAL DE SAÚDE (OMS). **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**. Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993, 351 p.

ORNESTEIN, R.M. et al. Hypophosphatemia during nutritional rehabilitation in anorexia nervosa: implications for refeeding and monitoring. **The Journal of Adolescent Health**: official publication of the Society for Adolescent Medicine, New York, v.32, p. 83-88, 2003.

PACCAGNELLA, A. et al. Application criteria of enteral nutrition in patients with anorexia nervosa: correlation between clinical and psychological data in a "lifesaving" treatment. **Journal of Parenteral and Enteral Nutrition**, Thorofare, v.30, n. 3, p. 231-239, 2006.

PALLA, B.; LITT, I.F. Medical complications of eating disorders in adolescents. **Pediatrics**, Springfield, v.81, p. 613-660, 1988.

PANAGIOTOPOULOS, C. et al. Electrocardiographic findings in adolescents with eating disorders. **Pediatrics**, Springfield, v.105, p. 1100-1108, 2000.

PEAT, C. et al. Validity and utility of subtyping anorexia nervosa. **The International Journal of Eating Disorders**, New York, v. 42, p.590-594, 2009.

PETRETTA, M. et al. Heart rate variability as measure of autonomic nervous system function in anorexia nervosa. **Clinical Cardiology**, Hoboken, v.20, p. 219-225, 1997.

PHILIPPI, S.T.; ALVARENGA, M. Transtornos alimentares: uma visão nutricional. In: CORDÁS, T.A.; SALZANO, F.T.; RIOS, S.R (Ed). **Os transtornos alimentares e a evolução no diagnóstico e no tratamento**. Barueri: Manole, 2004, p. 39-62.

PINZON, V. et al. Peculiaridades do tratamento da anorexia e da bulimia nervosa na adolescência: a experiência do PROTAD. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.31, n.4, p. 167-169, 2004.

POLITO, A. et al. Basal metabolic rate in anorexia nervosa: relation to body composition and leptin concentrations. **The American Journal of Clinical Nutrition**, Bethesda, v.71, p. 1495, 2000.

POLIVY, J.; HERMAN, C.P. Causes of eating disorders. **Annual Review of Psychology**, Palo Alto, v.53, p. 187-213, 2002.

POWERS, P.S. et al. Total body potassium and serum potassium among eating disorder patients. **The International Journal of Eating Disorders**, New York, v.18, p. 269-276, 1995.

QUILES-CESTARI, L.M.; RIBEIRO, R.P.P. The occupational roles of women with anorexia nervosa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.20, n.2, p.235-242, 2012.

RIGAUD, D. Anorexia nervosa: a model of malnutrition. **Annales de Médecine Interne**, Paris, v.151, n.7, p. 549-555, 2000.

RIGAUD, D.; TALLONNEAU, I.; VERGE, B. Hypercholesterolaemia in anorexia nervosa: frequency and changes during refeeding. **Diabetes & Metabolism**, Paris, v.35, p.57-63, 2009.

ROBB, A.S. et al. Supplemental nocturnal nasogastric refeeding for better short-term outcome in hospitalized adolescent girls with anorexia nervosa. **The American Journal of Psychiatry**, Arlington, v.159, n.8, p. 1347-1353, 2002.

ROCK, C.L.; VASANTHARAJAN, S. Vitamin status of eating disorder patients: relationship to clinical indices and effect of treatment. **The International Journal of Eating Disorders**, New York, v.18, p. 257–262, 1995.

ROSEN, D.S. Identification and Management of Eating Disorders in Children and Adolescents. **Pediatrics**. Springfield, v.126, p. 1240-1253, 2010.

ROSENVINGE, J.H.; MOULAND, S.O. Outcome and prognosis of anorexia nervosa: A retrospective study of 41 subjects. **The British Journal of Psychiatry: the journal of mental science**, London, v.156, p. 92-97, 1990.

RUSSEL, G. Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. **Psychological Medicine**, London, v.9, p. 429-48, 1979.

SAITO, M.I.; SILVA, L.E.V. Adolescência: prevenção e risco. In: CERESER, M.G.; CORDÁS, T.A (Ed). **Transtornos alimentares: anorexia nervosa e bulimia**. São Paulo: Atheneu, 2001, p.269-276.

SAITO, S. et al. Rapid recovery from anorexia nervosa after a life-threatening episode with severe thrombocytopenia: report of three cases. **The International Journal of Eating Disorders**, New York, v.25, n.1, p. 113-118, 1999.

SALVY, S.J.; McCARGAR, L. Nutritional interventions for individuals with bulimia nervosa. **Eating and Weight Disorders**, Milano, v.7, n.4, p. 258-267, 2002.

SALZANO, F.T.; CORDÁS, T.A. Hospital-dia (HD) para transtornos alimentares: revisão da literatura e primeiras impressões do HD do ambulatório de bulimia e transtornos alimentares do IPqHCFMUSP (AMBULIM). **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.30, n.3, p. 86-94, 2003.

SANTOS, E. et al. Massa Óssea em Pacientes com Anorexia Nervosa. **Revista Brasileira de Obstetrícia e Ginecologia**, Rio de Janeiro, v.26, n.1, p.71-75, 2004.

SCHEBENACH, J.E. et al. The metabolic responses to starvation and refeeding in adolescents with anorexia nervosa. **Annals of the New York Academy of Sciences**, New York, v.817, p. 110-116, 1997.

SCHIMDT, E.; DA MATA, G.F. Anorexia nervosa: uma revisão. **Fractal: Revista de Psicologia**, Niteroi, v.20, n.2, p. 387-400, 2008.

SCHOLOSSER, B.J.; PIRIGY, M.; MIROWSKI, G.W. Oral manifestations of hematologic and nutritional diseases. **Otolaryngologic Clinics of North America**, Philadelphia, v.44, n.1, p. 183-203, 2011.

SCHWARTZ, B.I. et al. Variations in Admission Practices for Adolescents with Anorexia Nervosa: A North American Sample. **The Journal of Adolescent Health: official publication of the Society for Adolescent Medicine**, New York, v. 43, p. 425–43, 2008.

SHAMIN, T. et al. Resolution of vital sign instability: an objective measure of medical stability in anorexia nervosa. **The Journal of Adolescent Health: official publication of the Society for Adolescent Medicine, New York**, v.32, p. 73–77, 2003.

SHARP, C.W.; FREEMAN, P.L. The medical complications of anorexia nervosa. **The British Journal of Psychiatry: the journal of mental science**, London, v.162, p. 452-462, 1993.

SHERMAN, P. et al. Hypercarotenemia and transaminitis in female adolescents with eating disorders: A prospective, controlled study. **The Journal of Adolescent Health: official publication of the Society for Adolescent Medicine**, New York, v.15, n.3, p. 205-209, 1994.

SICCHIERI, J.M.F. et al. Manejo nutricional dos transtornos alimentares. **Medicina**, Ribeirão Preto, v.39, n.3, p. 371-374, 2006.

SICCHIERI, J.M.F. et al. Avaliação Nutricional de portadores de transtornos alimentares: resultados após a alta hospitalar. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.6, n.1, p. 68-75, 2007.

SMITH, G.; ROBINSON, P.H.; FLECK. A. Serum albumin distribution in early treated anorexia nervosa. **Nutrition**, Burbank, v.12, p.677–684, 1996.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretrizes de monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA) e III diretrizes de monitorização residencial da pressão arterial (MRPA). **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v.97, n.3, 2011. Suplemento 3.

SOUZA, L.V.; DOS SANTOS, M.A. A família e os transtornos alimentares. **Medicina**, Ribeirão Preto, v.39, n.3, p. 403-409, 2006.

SOYKA, L.A. et al. The effects of anorexia nervosa on bone metabolism in female adolescents. **The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism**, Springfield, v.84, p. 4489-4496, 1999.

STEINHAUSEN, H.C. et al. Course and predictors of rehospitalization in adolescent anorexia nervosa in a multisite study. **The International Journal of Eating Disorders**, New York, v.41, n.1, p. 29-36, 2008.

STEWART, D.E. Reproductive functions in eating disorders. **Annals of Medicine**, Helsinki, v.24, p. 287-291, 1992.

STICE, R. et al. Relation of media exposure to eating disorder symptomatology: an examination of mediating mechanisms. **Journal of Abnormal Psychology**, Washington, v.103, n.4, p. 836-840, 1994.

STOBER, M. et al. Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: evidence of shared liability and transmission of particular syndromes. **The American Journal of Psychiatry**, Arlington, v.157, n.3, p.393 –401, 2000.

STRIEGEL-MOORE, R.H.; et al. One year use and cost of inpatient and outpatient services among female and male patients with eating disorder: evidence from a National Database of Health Insurance Claims. **The International Journal of Eating Disorders**, New York, v.27, p. 381-389, 2000.

SWENNE, I.; THURFJELL, B. Clinical onset and diagnosis of eating disorders in premenarcheal girls is preceded by inadequate weight gain and growth retardation. **Acta paediatrica**, Oslo, v.92, p. 1133-1138, 2003.

SWIFT, W.J.et al. A follow-up study of thirty hospitalized bulimics. **Psychosomatic Medicine**, Baltimore, v.49, p. 45-55, 1987.

SYLVESTER, C.J.; FORMAN, S.F. Clinical practice guidelines for treating restrictive eating disorder patients during medical hospitalization. **Current Opinion in Pediatrics**, Philadelphia, v.20, p. 390–397, 2008.

SYSKO, R. et al. Test–retest reliability of the proposed DSM-5 eating disorder diagnostic criteria. **Psychiatry Research**, Amsterdam, v.30, n.2, p. 302-308, 2012.

THOMPSON, S.H.; HAMMOND, K. Beauty is as beauty does: body image and self-esteem of pageant contestants. **Eating and Weight Disorders**, Milano, v.8, n.2, p.231-237, 2003.

TOZZI, R. et al. Causes and Recovery in Anorexia Nervosa: The Patient's Perspective. **The International Journal of Eating Disorders**, New York, v.33, p.143–154, 2003.

WALSH, J.M.E.; WHEAT, M.R.; FREUND, K. Detection, Evaluation, and Treatment of Eating Disorders: The Role of the Primary Care Physician. **Journal of General Internal Medicine**, Philadelphia, v.15, p.577–590, 2000.

WATERLOW, J.C. On serum albumin in anorexia nervosa. **Nutrition**, Burbank, v.12, p.720–721, 1996.

WEAVER, L.; LIEBMAN, R. Treatment of anorexia nervosa in children and adolescents. **Current Psychiatry Reports**, Philadelphia, v.14, n.2, p. 96-100, 2012.

WEINBRENNER, T. et al. Lipoprotein metabolism in patient with anorexia nervosa: a case –control study investigating the mechanism leading to hypercholesterolaemia. **The British Journal of Nutrition**, Cambridge, v.91, n.6, p. 959-969, 2004.

WILFLEY, D.E. et al. Classification of eating disorders: Toward DSM-V. **The International Journal of Eating Disorders**, New York, v.40, n.3, p. S123–S129, 2007.

WILLER, M.G.; THURAS, P.; CROW, S.J. Implications of the Changing Use of Hospitalization. **The American Journal of Psychiatry**, Arlington, v.162, p. 2374–2376, 2005.

WILLIAMS, P.M.; GOODIE, J.; MOTSINGER, C.D. Treating Eating Disorders in Primary Care. **American Family Physician**, Kansas City, v.77, n.2, p. 187-195, 2008.

WILSON, G.T.; VITOUSEK, K.M.; LOEB, K.L. Stepped care treatment for eating disorders. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, Washington, v.84, p. 564-572, 2000.

WILSON, G.T.; SYSKO, R. Frequency of Binge Eating Episodes in Bulimia Nervosa and Binge Eating Disorder: Diagnostic Considerations. **The International Journal of Eating Disorders**, New York, v.42, p. 603–610, 2009.

WINSTON, A.P. The clinical biochemistry of anorexia nervosa. **Annals of Clinical Biochemistry**, London, v.49, p. 132–143, 2012.

WISEMAN, C.V. et al. Changing patterns of hospitalization in eating disorder patients. **The International Journal of Eating Disorders**, New York, v.30, p. 69–74, 2001.



WONG, J.C. et al. Bone mineral density in adolescent females with recently diagnosed anorexia nervosa. **The International Journal of Eating Disorders**, New York, v.29, n.1, p.11-16, 2001.

WOODSIDE, D.B. Inpatient treatment and medical management of anorexia nervosa and bulimia nervosa. In: FAIRBURN, C.G.; BROWNELL, K.D (Ed). **Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook**. 2.ed. New York: The Guildford Press, 2002, p.335-9.

WOODSIDE, D.B.; GARFINKEL, P.E. Age of onset in eating disorders. **The International Journal of Eating Disorders**, New York, v.12, n.1, p. 31–36, 1992.

YAGER, J.; ANDERSEN, A.E. Anorexia Nervosa. **The New England Journal of Medicine**, Boston, v.353, p. 1481-1488, 2005.

ZEECK, A. et al. Inpatient versus Day Treatment for Bulimia Nervosa: Results of a One-Year Follow-Up. **Psychotherapy and Psychosomatics**, Basel, v.78, p. 317–319, 2009.

ZIPFEL, S. et al. Osteoporosis in Eating Disorders: A Follow-Up Study of Patients with Anorexia and Bulimia Nervosa. **The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism**, Springfield, v.86, n.11, p. 5227-5233, 2001.

ZIPFEL, S. et al. Day Hospitalization Programs for Eating Disorders: a Systematic Review of the Literature **The International Journal of Eating Disorders**, New York, v.31, p. 105-17, 2002.

ZUERCHER, J. N. et al. Efficacy of voluntary nasogastric tube feeding in female in patients with anorexia nervosa. **Journal of Parenteral and Enteral Nutrition**, Thorofare, v. 4, p. 268-276, 2003.

ZWAAN, M.; ASLAM, Z.; MITCHELL, J.E. Research on energy expenditure in individuals with eating disorders: a review. **The International Journal of Eating Disorders**, New York, v.32, p. 127-134, 2002.

ZWAAN, M.; HERZOG, W. Diagnostik der Essstörungen Was wird das DSM-5 bringen? **Der Nervenarzt**, Berlin, v.82, p.1100–1106, 2011.

***APÊNDICES***

---

## Apêndices

### Apêndice A

#### Instrumento para coleta de dados

##### *Dados sócio-demográficos*

---

Nome: Registro:  
 Nascimento: Procedência: Escolaridade:  
 Estado civil: Nº filhos: Profissão: Raça:

##### *Dados sobre a doença e tratamento*

---

Diagnóstico: Idade no diagnóstico: Tempo dos sintomas:  
 Tempo de tratamento antes da internação:  
 Densitometria:  
 Desfecho:

##### *Dados da Internação*

---

Nº de internações total: Tempo de internação total (dias):

	1ª internação Início	1ª internação Final	Última internação Início	Última internação Final
Data				
Indicação				
Peso				
Altura				
IMC inicial				
IMC final				
Via de administração de nutrientes				
Prescrição dietética				
GET				
PA sistólica				
PA diastólica				
FC				
Amenorréia				
Enfermaria				
Acompanhamento multidisciplinar:				
Nutricionista				
Psicólogo				
Terapeuta ocupacional				
Psiquiatra				
Dias internação				

*Dados de exames bioquímicos na(s) internação(ões)*

Exames	1ª internação Inicial	1ª internação Final	Última internação Inicial	Última internação Final
Albumina Proteínas totais Ferro Hemoglobina Hematócrito Glicemia Colesterol Triglicérides LDL-c HDL-c Potássio Sódio Vitamina A Vitamina C Vitamina B12 Beta-caroteno Ácido fólico				

## Apêndice B

Tabela 14 – Variação da perda amostral entre os dados coletados para o estudo. Ribeirão Preto, 2001.


	Perda amostral (%)				Variação
	Primeira internação		Última internação		
	Início	Final	Início	Final	
Tempo de sintomas	1,2	-	-	-	0 a 1,2
Tempo de tratamento antes da internação	7	-	-	-	0 a 7
Peso	0	9	9	4,8	0 a 9
Altura	0	0	0	4,5	0 a 4,5
IMC	0	9	9	4,8	0 a 9
Amenorréia	15,7	-	-	20,5	15,7 a 20,5
Densitometria	72,3	68,7	68,7	72,3	68,7 a 72,3
IMC crianças e adolescentes	0	0	0	2,6	0 a 2,6
Adequação da prescrição	0	0	0	9	0 a 9
Albumina	19,3	50	59,1	41	19,3 a 59,1
Proteínas totais	20,5	59,1	72,7	53,1	20,5 a 72,7
Ferro	28,9	68,2	77,3	61,5	28,9 a 77,3
Hemoglobina	8,5	59,1	54,6	47	8,5 a 59,1
Hematócrito	8,5	59,1	54,6	47	8,5 a 59,1
Glicemia	14,5	50	50	42,2	14,5 a 50
Colesterol total	39,8	77,3	77,3	71,1	39,8 a 77,3
Triglicérides	41	77,3	77,3	72,3	41 a 77,3
LDL	62,7	91	81,8	84,4	62,7 a 91
HDL	48,2	86,8	81,8	72,3	48,2 a 86,8
Potássio	6	59	31,9	36,2	6 a 59
Sódio	6	59	31,9	36,2	6 a 59
Vitamina A	48,2	77,3	77,3	73,5	48,2 a 77,3
Vitamina C	50,6	68,2	81,9	72,3	50,6 a 81,9
Vitamina B12	76	95,5	95,5	85,5	76 a 95,5
Beta-caroteno	50,6	72,7	81,9	73,5	50,6 a 81,9
Ácido fólico	67,5	91	100	86,8	67,5 a 100

***ANEXO***


---

## Anexo

## Anexo A



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA  
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO



www.hcrp.usp.br

CÓPIA

Ribeirão Preto, 31 de março de 2010

Ofício nº 976/2010  
CEP/MGV

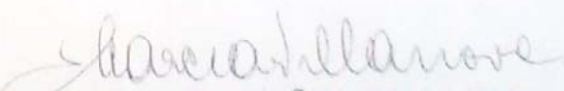
**Prezadas Senhoras,**

O trabalho intitulado **“HOSPITALIZAÇÃO INTEGRAL PARA O TRATAMENTO DE TRANSTORNOS ALIMENTARES: CARACTERÍSTICAS E RESULTADOS”** foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 304ª Reunião Ordinária realizada em 29/03/2010 e enquadrado na categoria: **APROVADO**, de acordo com o Processo HCRP nº 2154/2010.

*Este Comitê segue integralmente a Conferência Internacional de Harmonização de Boas Práticas Clínicas (IGH-GCP), bem como a Resolução nº 196/96 CNS/MS.*

Lembramos que devem ser apresentados a este CEP, o Relatório Parcial e o Relatório Final da pesquisa.

Atenciosamente.



**DRª MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA**  
Vice-Coordenadora do Comitê de Ética em  
Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssimas Senhoras  
**RAPHAELA FERNANDA MUNIZ PALMA**  
**PROFª DRª ROSANE PILOT PESSA RIBEIRO (Orientadora)**  
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP