



ARTIGO DE REVISÃO

Anorexia nervosa na adolescência*Adolescent onset anorexia nervosa*Bacy W. Fleitlich¹, Maria Aparecida Larino², Alícia Cobelo³, Táki A. Cordás⁴**Resumo**

Objetivo: O artigo faz uma revisão do tema Anorexia Nervosa na Adolescência. É consenso na literatura que este transtorno apresenta alta morbidade e mortalidade, e sua incidência vem crescendo nas últimas décadas, o que torna o tema de grande importância para a investigação científica.

Método: Os autores realizaram uma revisão não sistematizada da literatura e também utilizaram suas experiências clínicas no trabalho com pacientes adolescentes que sofrem de anorexia nervosa.

Resultados: Os fatores de risco mais conhecidos são a idade e o sexo, sendo na adolescência o pico de incidência e a prevalência nove vezes maior no sexo feminino. Acreditou-se inicialmente que a anorexia manifestava-se apenas nas classes socioeconômicas mais altas, expostas às exigências do padrão de beleza ocidental. Estudos mais recentes identificam incidência semelhante a do mundo ocidental também em classes mais baixas, áreas rurais e comunidades orientais. O quadro clínico caracteriza-se por recusa em manter o peso no limite inferior (ou acima dele) para a idade e altura, medo intenso de ganhar peso ou tornar-se gordo/a, mesmo estando abaixo do peso para a altura e a idade, distorção da imagem corporal e amenorréia. As complicações mais comuns são semelhantes às de um quadro de desnutrição crônica, e a principal comorbidade é a depressão.

Conclusões: O tratamento deve ser multidisciplinar, levando em conta a pluralidade dos fatores etiológicos. A abordagem familiar tem um papel importante, principalmente quando a manifestação desse transtorno ocorrer na adolescência.

J. pediatr. (Rio J.). 2000; 76 (Supl.3): S323-S329: anorexia nervosa, adolescência, transtornos alimentares

Introdução

A alimentação tem grande importância no desenvolvimento adequado das crianças e adolescentes. A manutenção de um padrão alimentar adequado reflete-se na saúde

Abstract

Objective: This paper reviews the theme adolescent onset anorexia nervosa. According to the literature, this disorder presents high morbidity and mortality, and its incidence has been rising over the past decades, highlighting the importance of investigating this subject.

Methods: The authors performed a non-systematic review of the related literature and also reported their clinical experiences.

Results: Age and gender are important risk factors. The peak of incidence occurs in adolescence and the prevalence is 9 times higher in females. It was initially believed that anorexia nervosa manifested only in higher socio-economic levels, exposed to the demands of western beauty standards. More recent studies have identified similar incidence of this disorder also in lower socio-economic levels, rural areas and Asian communities. The clinical features are: refusal to maintain weight at or above a minimally normal weight for age and height, intense fear of gaining weight or becoming fat, even though under weight, disturbance in the way of experiencing one's body weight or shape, and amenorrhea. The most common physical complications are similar to those of chronic malnutrition and the main comorbidity is depression.

Conclusions: Treatment should be multidisciplinary, taking into account the plurality of the causative factors. Family therapy plays an important role, particularly when treating adolescents.

J. pediatr. (Rio J.). 2000; 76 (Supl.3): S323-S329: anorexia nervosa, adolescence, eating disorders

física e mental do jovem, proporcionando subsídios para o total aproveitamento de sua potencialidade. O padrão alimentar adequado nem sempre é do conhecimento dos adolescentes ou dos adultos com que eles convivem¹.

O grau e os tipos de comprometimento do padrão alimentar normal variam muito. Alguns comportamentos inadequados, como exclusão de determinados tipos de alimentos ou de refeições ao longo do dia e realização de dietas não balanceadas, podem aparecer isoladamente ou fazendo parte de um transtorno psiquiátrico².

O transtorno alimentar (TA) mais comum entre os adolescentes, a anorexia nervosa (AN) é uma séria condição psiquiátrica, com conseqüências potencialmente fatais.

-
1. Médica Psiquiatra do Ambulatório de Bulimia e Transtornos Alimentares (AMBULIM) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
 2. Nutricionista do Ambulatório de Bulimia e Transtornos Alimentares (AMBULIM) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
 3. Terapeuta familiar do Ambulatório de Bulimia e Transtornos Alimentares (AMBULIM) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
 4. Coordenador Geral do Ambulatório de Bulimia e Transtornos Alimentares (AMBULIM) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Estimativas de morbidade e mortalidade de AN estão em torno de 4% a 8%³. AN é caracterizada por alterações extremas do hábito alimentar, consideradas patológicas (anorexia nervosa, subtipo restritivo), associadas a outros comportamentos voltados para o controle do peso, como abuso de drogas laxativas e anfetaminas (presente nos inibidores de apetite), vômitos induzidos e exercícios físicos exagerados (anorexia nervosa, subtipo bulímico)¹. O modelo etiológico atualmente aceito é multifatorial, incluindo características biológicas, psicológicas, familiares e fatores de risco socioeconômicos e culturais. Conseqüentemente, aspectos multidisciplinares do tratamento serão discutidos, enfocando-se a abordagem familiar, considerada fundamental na anorexia nervosa de início na adolescência³³.

Dados Epidemiológicos

A anorexia nervosa tornou-se uma importante preocupação na área de saúde pública no mundo ocidental. Há discussões sobre o aparente crescimento da incidência da AN e também sobre o seu reconhecimento em outras culturas não ocidentais.

Há diversos estudos epidemiológicos sobre TA, em sua maioria realizados em países ocidentais, desenvolvidos principalmente nos Estados Unidos e Europa. Os dados indicam um crescimento importante da incidência e prevalência destes transtornos nas últimas quatro décadas. As taxas variavam entre 0,08 na Suécia na década de 1940⁴ e 8,2 na América do Norte entre 1935 e 1976⁵ por 100.000 na população geral. Na Escócia, encontrou-se a taxa de 4,06 por 100.000⁶.

As taxas podem ser bem mais elevadas nas populações de risco (adolescentes, sexo feminino). Os resultados variam entre 0,55 em Monroe -NY entre 1960 e 1976⁷ e 56,7 em Rochester⁵ por 100.000. No estudo de Szmukler, 1986 havia um aumento da incidência de 4,06 para 30 por 100.000, quando considerava-se apenas a população de risco. Um abrangente estudo epidemiológico feito na Suécia avaliou a população escolar com 15 anos de idade, em Göteborg, e encontrou a prevalência de 0,84% para as meninas e 0,09% para os meninos⁸. Taxas de prevalência particularmente altas foram encontradas entre estudantes de moda (3,5%) e bailarinos profissionais (8,6%)⁹. Mais recentemente, os dados sobre a incidência da AN são de 0,7% para adolescentes, 0,2% em meninos e 1,1% em meninas¹⁰.

Fatores de Risco

Podemos observar que há grande variação nas taxas de incidência e prevalência de anorexia nervosa. Essa variação parece estar associada às populações de risco. Dentre os fatores de risco, a faixa etária e o sexo estão claramente envolvidos. A idade mais comum de início é a adolescência, e há um grande aumento da prevalência entre as mulheres. Somente 5 a 10% dos pacientes com AN são do sexo masculino¹¹⁻¹³.

Acreditava-se, inicialmente, que os transtornos alimentares afetavam apenas as classes socioeconômicas mais elevadas, de países ocidentais. Essa associação, entretanto, não é tão grande e pode refletir um viés dos encaminhamentos de pacientes, já que os estudos epidemiológicos inicialmente eram feitos em populações hospitalares⁸.

Mais recentemente, estudos populacionais têm mostrado pouca ou nenhuma associação de TA com o nível socioeconômico^{14,15}. Um estudo feito em Minnesota, baseado em dados do *Minnesota Adolescent Health Survey - 1988*, em escolas públicas, mostrou que havia associação do nível socioeconômico dos pais com insatisfação das adolescentes em relação a sua imagem corporal. Porém, não foi encontrada associação de transtornos alimentares com o nível socioeconômico¹⁶. Uma revisão da literatura, incluindo artigos que avaliam a interferência dos fatores socioeconômicos, também concluiu que não há evidências científicas suficientes para confirmar que as taxas de anorexia nervosa sejam mais elevadas nas populações de níveis socioeconômicos mais altos¹⁷.

Investigando aspectos culturais como fatores de risco, dois estudos japoneses compararam populações urbanas e rurais. Um deles encontrou que a prevalência de AN em escolas de 2º grau na cidade de Kyoto era de 0,2%, mas nas áreas rurais ao redor, a prevalência foi 4 vezes menor (0,05%)¹⁸. Outro estudo reportou a taxa de prevalência de AN em meninas japonesas três vezes mais baixa nas áreas rurais, do que urbanas¹⁹. Obtendo resultados diferentes, alunas de escolas públicas da zona rural no sul da Itália foram avaliadas e encontrou-se prevalência semelhante a de áreas urbanas ou metropolitanas²⁰.

Etiologia

A busca por uma única causa para a anorexia nervosa já foi abandonada. Acredita-se atualmente que características biológicas, psicológicas, familiares e socioculturais são fatores que interagem na determinação da manifestação de anorexia nervosa.

Dentre as características biológicas, devemos considerar os fatores genéticos. A incidência de anorexia nervosa em irmãs de pacientes com o transtorno é de 6%, aproximadamente seis vezes maior do que os valores mais altos encontrados em estudos populacionais⁴. Mais recentemente, um estudo com 45 pares de gêmeos observou que a concordância para a manifestação de anorexia nervosa em dizigóticos foi de 5%, enquanto que para monozigóticos foi de 56%²¹. Estes achados evidenciam que os fatores genéticos têm um papel importante na manifestação da anorexia nervosa.

Em relação às características psicológicas, a descrição comumente encontrada é a de indivíduos frustrados, insatisfeitos e raivosos, que se sentem incapazes de condenar os "cuidados" pelas suas insatisfações. Ao contrário, acreditam que as suas próprias necessidades é que são inadequadas e devem ser negadas²².

Há algumas características do ambiente familiar que se repetem nas famílias de pacientes com anorexia. Dentre elas as mais comuns são: sistemas homeostáticos rígidos, super-proteção, envolvimento excessivo entre os membros e pouca motivação para mudanças. Não há evidências de que essas características possam ser consideradas causas da anorexia nervosa. Alternativamente, indivíduos podem desenvolver este transtorno por outras razões independentes da organização familiar, mas os sintomas apresentados podem ser usados e mantidos pela família por razões da própria família²³.

As características biológicas, psicológicas e familiares, associadas aos fatores de risco socioculturais interagem e atuam alternada ou concomitantemente como fatores predisponentes, precipitantes e mantenedores da anorexia nervosa. Essa pluralidade de fatores etiológicos pressupõe que as abordagens terapêuticas também sejam multidisciplinares.

Quadro Clínico

Na anorexia nervosa há uma enorme preocupação com o peso, forma física e principalmente com a perda de peso. Mesmo bastante emagrecidos, os pacientes costumam sentir-se gordos ou desproporcionais, o que se denomina distorção da imagem corporal. Manifestam grande desejo de perder peso que, contraditoriamente, pode acentuar-se à medida em que o peso diminui. A perda de peso torna-se o grande objetivo e para atingi-lo, além das alterações alimentares (dietas e períodos de jejum), podem praticar exercícios físicos em exagero, usar medicações laxativas, diuréticos e/ou inibidores de apetite. O peso dos pacientes com anorexia encontra-se diminuído 15% ou mais em relação ao limite inferior esperado para a idade e a altura. Outro achado importante do quadro clínico é a presença de amenorréia de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos²⁴.

As características clínicas da anorexia nervosa de início na adolescência são semelhantes às identificadas nos pacientes adultos; entretanto há algumas peculiaridades. Os adolescentes (pré-púberes) tendem a atingir graus de edema mais elevados, devido à diferença na distribuição de tecido adiposo, quando comparados a indivíduos mais velhos com grau semelhante de desnutrição. Os adolescentes jovens parecem deteriorar mais rapidamente em relação à perda de peso; portanto, tendem a atingir os estágios mais graves da anorexia nervosa mais precocemente: por exemplo, sintomas depressivos, que nos pacientes adultos tendem a manifestar-se mais tardiamente, podem ser observados já no início do quadro nas adolescentes jovens. Também os episódios de comer compulsivo e o abuso de laxantes manifestam-se diferentemente nas adolescentes jovens, aparecendo com menor frequência do que nos pacientes adultos²⁵.

Critérios Diagnósticos²⁶

- a) Recusa em manter o peso mínimo para a idade e a altura, por exemplo, perda de peso e manutenção desta em 15% ou mais do esperado, ou ausência de ganho de peso esperado para aquele período de crescimento, levando a um peso menor do que 85% do esperado.
- b) Medo intenso de ganhar peso ou tornar-se gorda, mesmo estando abaixo do peso.
- c) Distúrbio na maneira de vivenciar sua forma ou peso corpóreo, influência indevida da forma ou peso corpóreo na auto-avaliação, ou negação da seriedade do baixo peso atual.
- d) Nas mulheres pós-menarca, amenorréia.

Especificam-se dois tipos de anorexia nervosa:

- *restritivo*: prevalecem comportamentos voltados ao controle da ingestão alimentar, como refeições restritivas (ex.: hipocalóricas, de baixo teor lipídico, hipoprotéicas), diminuição do número de refeições diárias, ou jejum, que pode ser de algumas horas ou períodos mais longos.
- *bulímico (binge-eating / purging)*: prevalecem comportamentos purgativos como vômitos, diarreia decorrente do abuso de laxantes; uso/abuso de inibidores do apetite e laxantes, prática de exercício excessivo voltado à perda de peso, além dos comportamentos restritivos que também podem estar presentes.

Complicações Clínicas

As conseqüências físicas são semelhantes às de um estado de desnutrição crônico. Quando acomete crianças ou adolescentes, interfere na curva de crescimento, levando a estaturas menores do que as esperadas, e atrasa ou até interrompe o desenvolvimento puberal.

A Tabela 1 resume algumas das principais complicações clínicas da anorexia nervosa. A maioria delas são mecanismos compensatórios que o organismo apresenta para tentar ajustar-se à diminuição da ingestão alimentar. O corpo reage como se houvesse ausência de alimentos no meio-ambiente e suprime ou diminui todas as funções essenciais, minimizando o gasto de energia e eventualmente alterando até as funções vitais²⁷.

Os quadros mais graves de anorexia nervosa são mais facilmente identificados. A perda de peso intensa, o tempo prolongado de evolução da doença, a recusa alimentar não camuflada são indicativos mais óbvios do quadro de AN²⁷.

A Tabela 2 ilustra sinais diagnósticos para os casos menos severos, ou com menos tempo de evolução.

Tabela 1 - Conseqüências físicas da anorexia nervosa

Sinais vitais	bradicardia hipotensão hipotermia
Sistema nervoso central	atrofia cerebral difusa / ocasionalmente atrofia regional
Cardiovascular	edema periférico diminuição do diâmetro cardíaco resposta diminuída à demanda física - exercício síndrome da artéria mesentérica superior
Renal	uremia pré-renal
Hematológico	anemia
Gastrointestinal	esvaziamento gástrico lentificado dilatação gástrica lactase e lipase intestinais diminuídas
Metabólico	hipercolesterolemia hipercarotenemia hipoglicemia aumento das enzimas hepáticas
Endocrinológico	diminuição do hormônio luteinizante diminuição do hormônio estimulante folicular diminuição de estrogênio ou progesterona diminuição da tirotoxinina normal diminuição da triiodotironina aumento da triiodotironina reversa aumento do cortisol aumento do hormônio de crescimento <i>diabetes insipidus</i> parcial

Comorbidades

Estudos sobre comorbidades reportam transtornos que precedem, acompanham e persistem (ou mesmo desenvolvem-se) depois do tratamento de anorexia nervosa. As comorbidades podem complicar o tratamento, mas também podem contribuir para a identificação de causas, fatores de risco e prognóstico da anorexia nervosa.

Transtornos Afetivos

Depressão maior é o transtorno afetivo mais comum na anorexia nervosa. Os transtornos afetivos representam 70% das comorbidades no momento da internação de pacientes com anorexia nervosa, e a depressão maior é diagnosticada em 53% das pacientes que buscam tratamento³⁴.

O estudo da depressão entre pacientes com AN apresenta dificuldades metodológicas e levanta a questão sobre a causalidade: será a depressão secundária ao TA e simples-

mente o resultado do comprometimento do estado nutricional da AN? Comorbidades como a depressão maior podem surgir depois do início dos TA, principalmente na AN do tipo restritivo, indicando um determinado sentido de causalidade. Em outros casos, observa-se que as comorbidades precedem o desenvolvimento dos sintomas da AN, talvez indicando uma relação inversa de causalidade. Provavelmente, a relação entre AN e depressão decorre de uma interação mais complexa do que uma relação simples de causa e efeito.

Tabela 2 - Sinais clínicos para auxílio diagnóstico em anorexia nervosa

1. Perda de peso de etiologia desconhecida
2. Crescimento pênodo-estatural inadequado
3. Amenorréia primária ou secundária de etiologia desconhecida
4. Hipercolesterolemia ou hiper-carotenemia de etiologia desconhecida em adulto jovem
5. Complicações médicas decorrentes do abuso de exercícios
6. Participação em grupos de risco: bailarinos, modelos, jogadores
7. Osteoporose em indivíduos jovens

Transtornos Ansiosos

Assim como com os transtornos depressivos, a relação entre AN e os transtornos ansiosos tem sido bastante estudada. Um estudo identificou a incidência de 65% de transtornos ansiosos, comparada a 21% nos controles; fobia social e transtorno obsessivo compulsivo foram os mais prevalentes²⁹. Também neste estudo, comparou-se a taxa de diagnósticos de transtornos ansiosos entre pacientes com AN após 10 anos de seguimento e identificou-se que 40% das pacientes sintomáticas para AN tinham diagnóstico de transtornos ansiosos, comparadas a apenas 17,6% nas pacientes assintomáticas para AN.

Transtornos de Personalidade

Traços de personalidade e transtornos podem ter um papel na psicopatologia, no tratamento e no prognóstico da anorexia nervosa. Certos aspectos da personalidade podem mudar ou surgir como conseqüência do quadro de anorexia nervosa, ou podem ser considerados como fatores preditores do prognóstico.

As taxas de comorbidade de transtornos de personalidade e anorexia nervosa variam entre 20% a 80%. Transtorno de personalidade tipo compulsivo e tipo evitador são os mais comuns entre as anoréxicas. Entretanto, o estado de desnutrição pode repercutir nas características dos transtornos de personalidade do indivíduo com AN.

Os traços de personalidade mais encontrados nos pacientes com anorexia nervosa são obsessividade, dependência, rigidez, controle sobre impulsos e perfeccionismo²⁸.

Tratamento

A anorexia nervosa em crianças pode levar a graves complicações físicas e geralmente está associada à morbidade crônica. Algumas crianças morrem de anorexia nervosa ou suas complicações. Para um transtorno que tem repercussões tão graves, o tratamento deve ser precocemente iniciado e deve conter um programa intensivo e abrangente (Tabela 3).

Aspectos Psico-educacionais

A exposição do que é anorexia nervosa de maneira acessível para a família é parte essencial do tratamento. Os pais e a criança precisam de um relato claro e objetivo sobre o diagnóstico, fatores mantenedores do quadro, tratamento e prognóstico. Os pais geralmente estão ávidos por discutir as causas da AN em seu filho, mas isso geralmente não é frutífero. É mais útil manter o foco nos fatores que contribuem para a manutenção do quadro e na identificação de maneiras de combater esses fatores²⁹.

Aspectos Nutricionais

As metas do tratamento nutricional da anorexia nervosa são restabelecer as funções fisiológicas normais, promover ganho gradual de peso e instrumentalizar o paciente para a adoção de hábitos nutricionais saudáveis.

Segundo a *American Dietetic Association*³⁰, o tratamento nutricional utilizado na anorexia nervosa pode ser dividido em duas fases. Na primeira fase a meta é fornecer informações que possibilitem modificação no comportamento relacionado aos alimentos e peso. Esta fase tem os seguintes objetivos:

- coletar informações sobre as peculiaridades do padrão alimentar daquele paciente;

Tabela 3 - Tratamento de anorexia nervosa

-
- a) psico-educação (pacientes e familiares): apresentação e discussão de conceitos como a diversidade dos fatores etiológicos, o quadro clínico e o tratamento
 - b) reeducação alimentar: aulas teóricas, abordagens práticas e acompanhamento dos pacientes em suas refeições
 - c) uso de medicação: baseada na presença de quadros psiquiátricos associados (comorbidades), como por exemplo a depressão
 - d) terapia cognitivo-comportamental: técnicas de alteração de cognições e comportamentos inadequados, através de reforços positivos e negativos
 - e) psicoterapia individual: associada a outras abordagens (geralmente não deve ser utilizada isoladamente)
 - f) orientação e/ou terapia familiar: abordagem de aspectos da dinâmica familiar (importante no tratamento de anorexia nervosa de início na adolescência)
-

- estabelecer uma relação colaborativa entre paciente e nutricionista, onde o paciente participa ativamente;
- discutir os conceitos sobre grupos de alimentos, alimentação equilibrada, nutrição e regularização de peso;
- apresentar exemplos de ingestão alimentar adequada, para auxiliar o paciente a entender as modificações que deverá ter no decorrer do tratamento.

Na segunda fase podemos destacar os seguintes objetivos:

- modificar o comportamento alimentar de forma progressiva, até sua normalização;
- aumentar o peso gradualmente.

A realimentação visando o ganho de peso deve ser iniciada com as calorias suficientes apenas para cobrir metabolismo basal, de acordo com a fórmula de Harris Benedict, após ajustes adequados, considerando que adolescentes com anorexia nervosa apresentam decréscimo no metabolismo basal em torno de 50%³¹. O aumento na ingestão energética para promover o ganho gradual de peso deve variar de 200–500 calorias por semana.

A educação nutricional envolve ainda atividades de laboratório como refeições em restaurante *self-service*, porcionamento e preparo de alimentos, visitas em supermercados para compras simuladas e atividade prática de identificação de nutrientes (rotulagem), etc.

Aspectos Farmacológicos

O uso de medicação tem um papel pequeno mais importante no tratamento da anorexia nervosa. Os psicofármacos já utilizados são estimulantes de apetite, neurolépticos, antidepressivos, vitaminas, ferro, zinco e outras formas de suplementação de sais-minerais³².

Não há confirmação científica para o uso dos chamados estimulantes de apetite. Fato que não surpreende se lembrarmos que no quadro de AN geralmente não há de perda de apetite. Conseqüentemente não há indicação de uso dessas medicações em AN na adolescência.

Os neurolépticos também têm um papel pequeno no tratamento de AN. Devem ser utilizados apenas nos casos de ansiedade extrema e monitorados por um psiquiatra infantil. Não há evidência de que os neurolépticos alterem o curso da AN ou melhorem os sintomas.

Os antidepressivos têm um papel um pouco maior no tratamento de AN na infância do que os outros psicofármacos. Quando a criança se apresenta deprimida, com lentificação psicomotora, sentimento de culpa e menos valia, e com sintomas neurovegetativos como alteração do sono, os tricíclicos como a *amitriptilina* têm algum resultado.

A suplementação com vitaminas e sais-minerais é popular, mas também não há resultados positivos demonstrados.

Aspectos Psicológicos e Terapia Familiar

A abordagem psicológica individual e familiar é parte essencial do tratamento de anorexia nervosa de início na adolescência. As técnicas adotadas são variadas e devem ser escolhidas de acordo com as condições apresentadas por cada adolescente. As técnicas psicológicas cognitivo-comportamentais, psicoterapia psicodinâmica individual, terapia familiar e abordagem familiar psico-educacional têm seu papel no tratamento da AN na adolescência, devendo ser adotadas em conjunto com as outras formas de tratamento já mencionados.

Particularmente na adolescência, a inclusão da família no tratamento da anorexia nervosa é uma peça fundamental para a eficácia terapêutica³³. Não por considerar a família como fonte etiológica da doença, e sim pela possibilidade de acolher o sofrimento e a angústia vividos pelo grupo familiar, que tem um dos seus membros sofrendo de anorexia nervosa. Como já vimos, essa inclusão está baseada na consideração de que a gênese, o desenvolvimento e a manutenção desses transtornos é determinada por múltiplos fatores: biológicos, psicológicos, familiares e socio-culturais, sendo que o fator familiar é enfatizado como muito relevante, especialmente nos pacientes adolescentes.

A participação dos familiares é muito importante no tratamento; entretanto, com frequência os pais se mostram assustados e reticentes em cooperar, sendo necessário motivá-los. Desde os primeiros encontros com a família, é importante abrir um espaço para perguntas, dúvidas e questionamentos. A terapia familiar tem a função de suporte e também de acolher os sentimentos de culpa, raiva, hostilidade e a sensação de impotência, frequentes na família das pacientes com transtornos alimentares.

A abordagem familiar é um importante instrumento para a equipe terapêutica, pois permite que a família se torne uma aliada da equipe nos esforços pela recuperação do paciente.

Internação

O tratamento deve ser, a princípio, ambulatorial. A internação caberá à equipe de tratamento decidir e será indicada em um dos casos abaixo:

- peso menor do que 80% do peso esperado para a altura e a idade;
- condições físicas de risco como desidratação ou comorbidades (ex.: diabetes);
- sinais de falência circulatória como baixa pressão arterial, pulso lento, circulação periférica pobre;
- vômitos persistentes ou hematêmese;
- condições psiquiátricas de risco (ex.: auto-agressividade, depressão, sintomas obsessivos ou comportamentos purgativos graves);
- resposta insuficiente ao tratamento ambulatorial.

Conclusão

A anorexia nervosa de início na adolescência apresenta crescente incidência nas últimas décadas e tem sido identificada em diferentes culturas e classes sociais. É uma patologia de morbidade e mortalidade potencialmente altas, que apresenta etiologia multifatorial. Portanto, o tratamento idealmente deve ser feito por uma equipe multidisciplinar (psiquiatra, psicólogo, nutricionista, terapeuta ocupacional, pediatra ou clínico geral e enfermeiro) e a internação deve ser considerada em certos casos. As medicações são reservadas para o tratamento de comorbidades. A comunicação entre os membros da equipe deve ser intensa para que as abordagens sejam coerentes e consistentes, facilitando assim que o jovem e sua família consigam beneficiar-se de todos os esforços a eles destinados. A pesquisa continua desenvolvendo-se em todas as áreas abordadas neste artigo. As informações obtidas deverão ser progressivamente congregadas para que os pacientes, familiares e profissionais envolvidos possam otimizar os resultados almejados.

Referências bibliográficas

1. Cordás T, Negrão A. Anorexia nervosa. In: Assumpção FB, ed. *Psiquiatria da infância e adolescência*. São Paulo: Ed. Santos; 1994. p.283-90.
2. Fleitlich BW. Transtornos alimentares na adolescência: o papel dos pediatras. *Pediatria Moderna* 1997; 33:56-62.
3. Patton G. Mortality in eating disorders. *Psychological Medicine* 1988;18:947-51.
4. Theander S. A psychiatric investigation of 94 female patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1970; suppl. 214.
5. Lucas AR, Beard CM, O'Fallon WM, Kurland LT. Anorexia nervosa in Rochester, Minnesota: a 45-year study. *Mayo Clinics Proceedings* 1988;63:433-442.
6. Szmukler G, McCance C, McCrone L, Hunter D. Anorexia nervosa - a psychiatric case register study from Aberdeen. *Psychological Medicine* 1986;16:49-58.
7. Jones DJ, Fox MM, Babigian HM, Hutton HE. Epidemiology of anorexia nervosa in Monroe County, New York: 1960-1976. *Psychosomatic Medicine* 1980;42:551-8.
8. Walkenng A. Epidemiology of eating disorders. *Psychiatric Research* 1996;62:3-9.
9. Garner DM, Garfinkel PE. Sociocultural - cultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psychological Medicine* 1980;10:647-56.
10. Ledoux S, Choquet M, Flament M. Eating disorders among adolescents in an unselected French population. *International Journal of Eating Disorders* 1991;10:81-89.
11. Crisp AH, Burns T. The clinical presentation of anorexia nervosa in males. *International Journal of Eating Disorders* 1983;2:5-10.
12. Nielsen S. The epidemiology of anorexia nervosa in Denmark from 1973 to 1987: a nation-wide register study of psychiatric admission. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1990; 81:507-14.
13. Lucas AR, Beard CM, O'Fallon WM, Kurland LT. Fifty-year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minnesota: a population based study. *American Journal of Psychiatry* 1991; 148:917-22.

14. Cullberg J, Engstrom-Lindberg M. Prevalence and incidence of eating disorders of a suburban area. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1989; 78:314-19.
15. Whitaker A, Johnson J, Shaffer D, Rapoport JL, Kalikov K, Walsh BT, et al. Uncommon troubles in young people: prevalence estimates of selected psychiatric disorders in a non-referred adolescent population. *Archives of General Psychiatry* 1990; 47:487-96.
16. Rogers L, Resnick MD, Mitchell JE, Blum RW. The relationship between socio-economic status and eating-disordered behaviours in a community sample of adolescents girls. *International Journal of Eating Disorders* 1997;22:15-23.
17. Gard MC, Freeman CP. The dismantling of a myth: A review of eating disorders and socio-economic status. *International Journal of Eating Disorders* 1996;20:1-12.
18. Azuma Y, Henmi M. A study on the incidence of anorexia nervosa in school girls. Japan: Annual Report on the Research Group into Eating Disorders;1982.p.30-4.
19. Ohzeki T, Hanaki K, Motozumi H, Ishitani N, Matsuda-Ohtahara H, Sunaguchi M, et al. Prevalence of obesity, leanness and anorexia nervosa in Japanese boys and girls aged 12-14 years. *Annals of Nutrition and Metabolism* 1990;34:208-12.
20. Rathner G, Messner K. Detection of eating disorders in a small rural town: an epidemiological study. *Psychological Medicine* 1993;23:175-84.
21. Strober M, Lampert C, Morrell W, Burroughs J, Jacobs C. A controlled family study of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 1980;9:239-53.
22. Orbach S. *Hunger strike*. Harmondsworth: Penguin;1986.
23. Dare C. The family therapy of anorexia nervosa. *Journal of Psychiatric Research* 1985;19:435-443.
24. Scivoletto S, Segal A, Castilho S, Fleitlich BW, Cordás T. Anorexia nervosa e bulimia na adolescência: diagnóstico e formas de tratamento. In: Scivoletto S, ed. *Manual de Medicina da Adolescência*. 1ª ed. Health; 1997. p.41-67.
25. Irwin M. Early onset of anorexia nervosa. *Outhern Medical Journal* 1984;77:611-14.
26. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM IV)*. 4ª ed. 1994.
27. Andersen A. Medical complications of eating disorders. In: Yager J et al., eds. *Special problems in managing eating disorders*. American Psychiatric Press; 1991. p.119-44.
28. Herzog DB, Nussbaum K, Marmor A. Comorbidity and outcome in eating disorders. In: Yager J, ed. *The Psychiatric Clinics of North America, Eating Disorders* 1996; 4:843-59.
29. Cordas T, Cobelo A, Fleitlich B, Guimarães D, Schomer E. Anorexia e bulimia, um guia de orientação para pais. *ArtMed*; 1998.
30. American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: nutritional intervention in the treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa – technical support paper. *J Am Diet Assoc* 1994; 8:902-7.
31. Fischer M, Golden NH, Katzman DK, Kreipe RE, Rees J, Shebendach J, et al. Eating disorders in adolescents; a background paper. *Journal of Adolescent Health* 1995;16:420-32.
32. Lask B, Fosson ABE. Physical treatments. In: Lask N, Bryant-Waugh R, eds. *Childhood onset anorexia nervosa and related eating disorders*. 2ª ed. United Kingdom: Psychology Press; 1996.p.157-61.
33. Russell G, Szukler G, Dare C, Eisler I. An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry* 1987;44: 1047-56.
34. Herzog DB, Keller MB, Sacks NR, Yeh CJ, Lavori PW. Psychiatric comorbidity in treatment-seeking anorexic and bulimics. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1992; 31:810.

Endereço para correspondência:

Dra. Bacy Fleitlich

Rua Marechal Bittencourt, 499

CEP 01432-020 – São Paulo – SP

E-mail: bacy@uol.com.br