ABP
Associação Brasileira de Psiquiatria
Ano 9 • nº3 • Jul/Set 2019
ISSN 2236-918X
http://dx.doi.org/10.25118/2236-918X-9-3

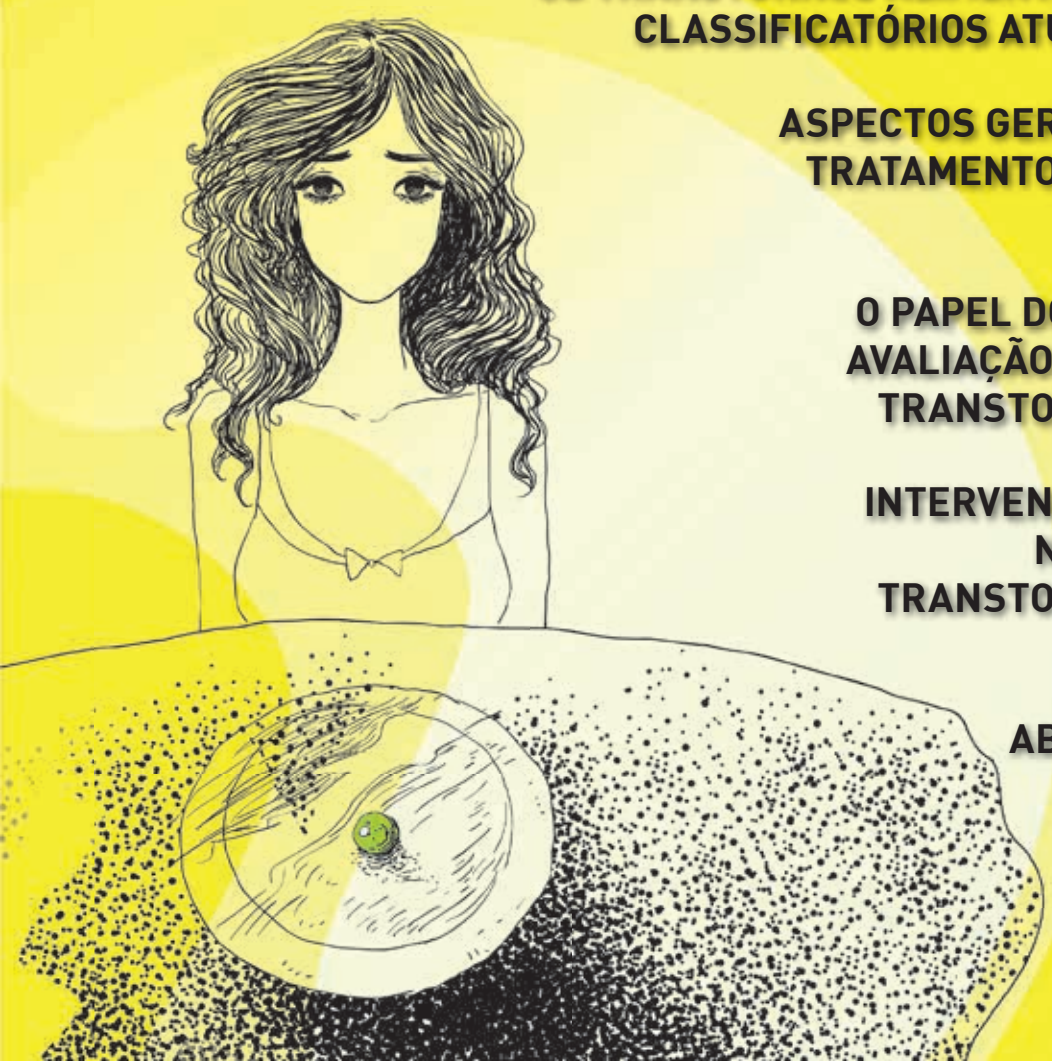
REVISTA DEBATES in psychiatry
Publicação destinada exclusivamente aos médicos www.revistardp.org.br

Mala Direta
9912341582/2014-DR/RJ
ABP
Correios

Devolução Garantida
Correios

Edição - especial

TRANSTORNOS ALIMENTARES



OS TRANSTORNOS ALIMENTARES NOS SISTEMAS CLASSIFICATÓRIOS ATUAIS: DSM-5 E CID-11

ASPECTOS GERAIS DA AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES

O PAPEL DO NUTRICIONISTA NA AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES

INTERVENÇÕES PSICOLÓGICAS NO TRATAMENTO DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES

A IMPORTÂNCIA DA ABORDAGEM FAMILIAR NO TRATAMENTO DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES

Benefício Exclusivo Associado ABP

pec ABP
Psiquiatria
programa de educação continuada

VOCÊ JÁ CONHECE O PEC-ABP?

"O Programa de Educação Continuada (PEC) oferece uma excelente oportunidade de atualização profissional para os Associados ABP e dispõe dos mais variados temas, apresentados por grandes nomes da Psiquiatria nacional, com conteúdos que podem ser acessados a qualquer hora e em qualquer lugar.

Não perca tempo e aproveite um mundo de conhecimento com apenas um clique!

WWW.PEC-ABP.ORG.BR

ABP Associação Brasileira de Psiquiatria

Apoio: Daiichi-Sankyo

APRESENTAÇÃO

Os transtornos alimentares (TA) são transtornos mentais complexos com uma etiologia multifatorial e caracterizados muitas vezes por uma evolução crônica e até mesmo fatal. Nas últimas décadas, pudemos observar uma grande evolução na pesquisa nesta área, o que tem possibilitado uma melhor compreensão e delimitação dessas condições clínicas, assim como o desenvolvimento de várias intervenções mais efetivas. Este conjunto de evidências acumuladas são a base de vários algoritmos de avaliação e tratamento de que hoje dispomos. Entretanto, muitas vezes, esses guias de tratamento ficam restritos aos profissionais especialistas em TA. Assim, esta edição da Revista Debates in Psychiatry tem por objetivo atualizar o profissional de saúde mental sobre alguns tópicos na área em relação ao diagnóstico e tratamento dessas condições. Esperamos, assim, contribuir para a prática clínica dos profissionais da área.

No primeiro artigo, Hiluy et al. descrevem e comentam como os diferentes TA são representados nos dois sistemas classificatórios de doenças mais usados na atualidade, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana, que se encontra em sua 5ª edição (DSM-5), e a recentemente publicada 11ª edição da Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde (CID-11). Apesar de os autores terem buscado uma correspondência em relação às categorias diagnósticas, podemos observar várias diferenças nos critérios, as quais podem ser importantes na hora de estabelecermos um diagnóstico acurado de um TA segundo cada um dos sistemas de classificação.

Logo a seguir, Pedrosa et al. realizam uma revisão sobre os aspectos gerais relacionados a avaliação e tratamento dos TA. Com base nos principais guias de tratamento disponíveis atualmente, os autores descrevem como avaliar o paciente com TA considerando a natureza multifatorial do transtorno. Esta avaliação inicial é a base do estadiamento do caso e auxilia na definição do nível de tratamento a ser indicado. Por fim, os autores apresentam uma breve revisão dos princípios gerais da terapêutica nas diferentes categorias diagnósticas.

Tendo em vista que o tratamento dos TA envolve uma equipe multiprofissional, os três artigos seguintes são dedicados a abordagens nutricionais e psicológicas.

Assim, Moraes et al. abordam a avaliação nutricional nos indivíduos com TA. Os autores chamam atenção para a importância do nutricionista na identificação de sintomas e comportamentos alimentares alterados. Também ressaltam o papel do nutricionista no estabelecimento das metas de tratamento. Por fim, destacam a importância desses profissionais no aconselhamento nutricional específico para cada TA.

Duchesne et al. nos apresentam uma revisão sobre os modelos de psicoterapia mais testados em estudos clínicos para o tratamento dos TA. Segundo os autores, a terapia cognitivo-comportamental é o padrão-ouro para o tratamento dos TA, em decorrência de uma forte base de evidências deste modelo de psicoterapia. No entanto, no artigo são também descritas as técnicas implementadas na terapia interpessoal, terapia comportamental dialética e *mindful eating*.

Por fim, Daquer et al. nos oferecem uma revisão das abordagens familiares utilizadas no tratamento dos TA. Os autores fazem uma breve atualização sobre o chamado tratamento baseado na família (*family-based treatment*, FBT), desenvolvido pela equipe do Hospital Maudsley, de Londres, e que é considerado o padrão-ouro de intervenção familiar no tratamento dos TA. Neste artigo, também são apresentados os princípios gerais da terapia familiar sistêmica, focando nas mudanças da dinâmica familiar nos TA.

Jose Carlos Appolinario

Editor, Edição Especial sobre Transtornos Alimentares

Revista Debates in Psychiatry

http://dx.doi.org/10.25118/2236-918X-9-3-a

////////// EXPEDIENTE

DIRETORIA EXECUTIVA

Presidente: Carmita Helena Najjar Abdo - SP
Vice-Presidente: Alfredo José Minervino - PB
Diretor secretário: Claudio Meneghello Martins - RS
Diretor secretário adjunto: Maria de Fátima Viana de Vasconcellos - RJ
Diretor tesoureiro: Antônio Geraldo da Silva - DF
Diretor tesoureiro adjunto: Maurício Leão de Rezende - MG

DIRETORES REGIONAIS

Diretor Regional Norte: Cleber Naief Moreira - AM
Diretor Regional Adjunto Norte: Kleber Roberto da Silva Gonçalves de Oliveira - PA
Diretor Regional Nordeste: André Luis Simões Brasil Ribeiro - BA
Diretor Regional Adjunto Nordeste: Everton Botelho Sougey - PE
Diretor Regional Centro-Oeste: Renée Elizabeth de Figueiredo Freire - MT
Diretor Regional Sudeste: Érico de Castro e Costa - MG
Diretor Regional Adjunto Sudeste: Marcos Alexandre Gebara Muraro - RJ
Diretor Regional Sul: Eduardo Mylius Pimentel - SC
Diretor Regional Adjunto Sul: Carla Hervê Moran Bicca - RS

CONSELHO FISCAL

Titulares:
Itiro Shirakawa – SP
Alexandrina Maria Augusta da Silva Meleiro – SP
Ronaldo Ramos Laranjeira – SP

Suplentes:
Francisco Baptista Assumpção Junior – SP
Marcelo Feijó de Mello – SP
Sérgio Tamai - SP

ABP - Rio de Janeiro
Rua Buenos Aires, 48 – 3º Andar – Centro
CEP: 20070-022 – Rio de Janeiro - RJ
Telefax: (21) 2199.7500
Rio de Janeiro - RJ
E-mail: abpsp@abpbrasil.org.br
Publicidade: comercial@abpbrasil.org.br

EDITOR SÊNIOR
Antônio Geraldo da Silva – DF

EDITOR EXECUTIVO
Alexandre Paim Diaz – SC

EDITORES-CHEFES
Leandro Malloy-Diniz – MG
Jose Carlos Appolinario – RJ
Marcelo Feijó de Mello – SP

EDITORES ASSOCIADOS
Alexandre Moreira Amaury Cantilino – PE
Antônio Peregrino – PE
Carmita Helena Najjar Abdo – SP
Clarissa Gama – RS
Érico de Castro e Costa – MG
Fabio Sousa – CE
Itiro Shirakawa – SP
Joel Rennó – SP
Leonardo Baldaçara – TO
Marcelo Allevato – RJ
Marcelo Liborio Schwarzbold – SC
Raphael Augusto Teixeira – SP
Rochelle Affonso Marquetto – RS
Tânia Ferraz – SP

EDITORES JUNIORES
Alexandre Balestieri Balan – SC
Antonio Leandro Nascimento – RJ
Camila Tanabe Matsuzaka – SP
Emerson Arcoverde Nunes – RN
Izabela Guimarães Barbosa – MG
João Chaves Hiluy – CE
Larissa Junkes – RJ
Lorena Del Sant – SP
Rafael Garcia – RJ

CONSELHO EDITORIAL
Alexandrina Maria Augusta da Silva Meleiro – SP
Alfredo Minervino – PB
Almir Ribeiro Tavares Júnior – MG
Amaury Cantilino – PE
Ana Cecilia Petta Roselli Marques – SP
Analice de Paula Gigliotti – RJ
Carla Hervê Moram Bicca – RS
Carla Moita – PB
César de Moraes – SP
Elias Abdalla Filho – DF
Emerson Arcoverde Nunes – RN
Evelyn Kuczynski – SP
Fabio Gomes de Matos e Souza – CE
Francisco Baptista Assumpção Junior – SP
Gracciele Cunha Asevedo – SP
Helena Maria Calil – SP
Humberto Corrêa da Silva Filho – MG
Irismar Reis de Oliveira – BA
João Luciano de Quevedo – SC
Joel Rennó – SP
José Cássio do Nascimento Pitta – SP
Leonardo Baldaçara – TO
Leonardo Rodrigo Baldaçara – TO
Lucas Alves Pereira – BA
Lucas Quarantini – BA
Maila de Castro Lourenço das Neves – MG
Marcelo Allevato – RJ
Marcelo Ribeiro de Araujo – SP
Marcos A. Gebara Muraro – RJ
Marcos Scanavino – SP
Maria Alice de Vilhena Toledo – DF
Paulo Belmonte de Abreu – RS
Paulo Cesar Geraldes – RJ
Renan Boeiro – SC
Ricardo Barcelos – MG
Rochelle Affonso Marquetto – RS
Sergio Tamai – SP
Tânia Ferraz – SP
Tatiana Valverde – DF
Teng Chei Tung – SP
Valentim Gentil Filho – SP
William Azevedo Dunningham – BA

Jornalista Responsável: Brenda Ali Leal
Revisão de Textos e Editoração Eletrônica: Scientific Linguagem
Projeto Gráfico e Ilustração: Daniel Adler e Renato Oliveira
Produção Editorial: Associação Brasileira de Psiquiatria - ABP
Gerente Geral: Simone Paes
Impressão: Gráfica Editora Pallotti

As opiniões dos autores são de exclusiva responsabilidade dos mesmos.

6/**atualização**
Os transtornos alimentares nos sistemas classificatórios atuais: DSM-5 e CID-11
JOAO C. HILUY, FERNANDA TROMBINI NUNES, MARIA AMALIA ACCARI PEDROSA, JOSE C. APPOLINARIO

16/**atualização**
Aspectos gerais da avaliação e tratamento dos transtornos alimentares
MARIA AMÁLIA ACCARI PEDROSA, FERNANDA TROMBINI NUNES, LÍVIA LOPES MENESCAL, CAMILA HERCULANO SOARES RODRIGUES, JOSE CARLOS APPOLINARIO

24/**atualização**
O papel do nutricionista na avaliação e tratamento dos transtornos alimentares
CARLOS EDUARDO FERREIRA DE MORAES, REBECCA DE ALMEIDA MARAVALHAS, CARLA MOURILHE

32/**atualização**
Intervenções psicológicas no tratamento dos transtornos alimentares
MONICA DUCHESNE, MARIANNA COELHO CAMPOS, MAENE CRISTINE BENTO PEREIRA

40/**atualização**
A importância da abordagem familiar no tratamento dos transtornos alimentares
ADRIANA F. C. DÁQUER, MONICA DUCHESNE, CRISTIANE SIMÃO

JOAO C. HILUY
FERNANDA TROMBINI NUNES
MARIA AMALIA ACCARI PEDROSA
JOSE C. APPOLINARIO

ARTIGO

OS TRANSTORNOS ALIMENTARES NOS SISTEMAS CLASSIFICATÓRIOS ATUAIS: DSM-5 E CID-11

EATING DISORDERS IN THE CURRENT CLASSIFICATION SYSTEMS: DSM-5 AND ICD-11

Resumo

Os transtornos alimentares (TA) são caracterizados por um distúrbio persistente do comportamento alimentar ou relacionado à alimentação, que resulta em consumo ou absorção alterados de alimentos e prejudica significativamente a saúde física ou o funcionamento psicossocial.Paraumaadequadaclassificaçãoecategorização dos TA, manuais de critérios diagnósticos descrevem os TA e seus critérios diagnósticos, de modo a orientar o clínico na sua prática para um diagnóstico preciso. Assim, os principais sistemas classificatórios atuais – a 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) e a 11ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-11) – trazem um capítulo destinado aos TA. No presente artigo, trazemos as definições dos TA, bem como as características, semelhanças e diferenças entre os dois manuais diagnósticos, de modo a guiar o clínico em sua prática cotidiana.

Palavras-chave: Transtornos alimentares, DSM-5, CID-11.

Abstract

Eating disorders (ED) are characterized by a persistent disorder of eating or eating-related behavior that results in altered food intake or absorption and significantly impairs physical health or psychosocial functioning. For an adequate classification and categorization of ED, diagnostic criteria manuals describe the ED and its diagnostic criteria, in order to guide clinicians in their practice for an accurate diagnosis. Currently, the major diagnostic classification manuals, namely the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5) and the International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11), both present a chapter on ED. In this article, we explore the definitions of ED presented in the two diagnostic classifications, as well as the characteristics, similarities and differences found between the two manuals, in order to guide clinicians in their daily practice.

Keywords: Eating disorders, DSM-5, ICD-11.

Introdução

Os transtornos alimentares (TA) são caracterizados por uma perturbação persistente na alimentação ou no comportamento relacionado à alimentação que resulta no consumo ou na absorção alterada de alimentos, que compromete significativamente a saúde física ou o funcionamento psicossocial[1]. Além dessas alterações no comportamento alimentar, outras manifestações são percebidas nesses indivíduos, tais como distúrbios da imagem corporal e problemas com autoestima[2]. Para uma adequada classificação e categorização dos TA, os manuais de critérios diagnósticos devem incorporar todo o conjunto de características sindrômicas, isto é, conjunto de sinais e sintomas presentes nesses indivíduos. Assim, os TA estão presentes nos principais sistemas classificatórios mais utilizados atualmente: a classificação da Associação Americana de Psiquiatria publicada em 2013 (5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5[1]) e a 11ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-11)[3], publicada em 2018.

Apesar das diferenças existentes em alguns critérios diagnósticos, os dois sistemas possuem categorias

http://dx.doi.org/10.25118/2236-918X-9-3-1

JOAO C. HILUY, FERNANDA TROMBINI NUNES, MARIA AMALIA ACCARI PEDROSA, JOSE C. APPOLINARIO

Grupo de Obesidade e Transtornos Alimentares (GOTA), Instituto de Psiquiatria (IPUB), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ.

diagnósticas semelhantes, incluindo, no grupamento dos TA, as três principais categorias diagnósticas: a anorexia nervosa (AN), a bulimia nervosa (BN) e o recém incluído transtorno da compulsão alimentar (TCA), além do TA restritivo/evitativo e do conjunto de condições reservadas às apresentações clínicas parciais, incompletas ou atípicas.

É importante notar que, embora em ambos os manuais diagnósticos (DSM-5 e CID-11) os TA sejam classificados de forma categorial, há importantes evidências que vêm apontando a relevância de uma categorialização que inclua uma visão dimensional dos TA[4,5]. Assim, uma vez que a migração entre os diagnósticos de um indivíduo ao longo do tempo é possível, faz-se necessário que os profissionais envolvidos no tratamento dos TA conheçam as atuais classificações diagnósticas.

Ressaltamos aqui a importância para a prática clínica de se conhecer e dominar as categorias diagnósticas, bem como suas principais diferenças, a fim de se diagnosticar e possibilitar uma correta e precoce abordagem terapêutica. A seguir, apresentamos as categorias diagnósticas da CID-11 e da DSM-5.

Transtornos alimentares na DSM-5[1]

A DSM-5 descreve os critérios diagnósticos para os três TA mais conhecidos (AN, BN e TCA), além dos critérios diagnósticos para outras condicções clínicas, como pica, transtorno de ruminação, TA restritivo/evitativo, outros TA especificados e TA não especificados.

A categoria AN possui três critérios diagnósticos na DSM-5. A restrição da ingesta calórica em relação às necessidades, levando a um peso corporal significativamente baixo no contexto de idade, gênero, trajetória do desenvolvimento e saúde física (definido como um peso inferior ao peso mínimo normal ou, no caso de crianças e adolescentes, menor do que o minimamente esperado). Há medo intenso de ganhar peso ou de engordar, ou comportamento persistente que interfere no ganho de peso, mesmo estando com peso significativamente baixo; e, por último, a perturbação no modo como o próprio peso ou a forma corporal são vivenciados influencia indevidamente a autoavaliação do indivíduo ou há ausência persistente de reconhecimento da gravidade do baixo peso corporal atual.

Dois subtipos de AN são caracterizados: I) tipo restritivo, no qual geralmente a perda de peso é conseguida por meio de dieta, jejum e/ou exercícios físicos excessivos; ou II) tipo compulsão alimentar-purgação, no qual os indivíduos experimentam, nos últimos 3 meses, episódios recorrentes de compulsão alimentar seguidos de métodos purgativos (vômitos autoinduzidos ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas, por exemplo).

Há também um especificador relacionado ao estágio atual de atividade da condição, assim caracterizando em remissão parcial (após preenchidos previamente os critérios de AN, o baixo peso corporal não foi mais satisfeito por um período sustentado, porém o restante dos critérios se mantém presente) ou em remissão completa (depois de terem sido satisfeitos previamente todos os critérios para anorexia nervosa, nenhum dos critérios foi mais satisfeito por um período sustentado). Por último, a DSM-5 inclui uma classificação de gravidade baseada no índice de massa corporal (IMC) atual (ou percentil do IMC em crianças e adolescentes): leve (> 17kg/m^2), moderada (16-16,99 kg/m^2), grave (15-15,99 kg/m^2) ou extrema (< 15 kg/m^2).

Para a categorização das próximas categorias diagnósticas (BN e TCA), a DSM-5 utiliza como definição de episódio de compulsão alimentar a ingesta, em um período de tempo determinado (por exemplo, dentro de cada período de 2 horas), de uma quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria dos indivíduos consumiria no mesmo período sob circunstâncias semelhantes, associada à sensação de falta de controle sobre a ingestão durante o episódio (por exemplo, sentimento de não conseguir parar de comer ou controlar o que e quanto se está ingerindo).

A BN é caracterizada no DSM-5 pela presença de episódios recorrentes de compulsão alimentar, seguidos de comportamentos compensatórios inapropriados recorrentes a fim de impedir o ganho de peso (como vômitos autoinduzidos, uso indevido de laxantes, diuréticos ou outros medicamentos, jejum ou exercício físico em excesso). É necessária que a compulsão alimentar e os comportamentos compensatórios inapropriados ocorram no mínimo uma vez por semana durante 3 meses, em média. Por último, a autoavaliação que o paciente faz de si é indevidamente influenciada pela sua forma e peso corporal. Toda essa perturbação não ocorre exclusivamente durante episódios de AN.

JOAO C. HILUY
FERNANDA TROMBINI NUNES
MARIA AMALIA ACCARI PEDROSA
JOSE C. APPOLINARIO

ARTIGO

Há dois especificadores para a BN: remissão parcial (depois de todos os critérios terem sido previamente preenchidos, alguns, mas não todos, foram preenchidos por um período sustentado) ou remissão completa (quando após terem sidos preenchidos os critérios, nenhum deles foi preenchido por um período sustentado). Por fim, a gravidade da BN baseia-se na frequência média semanal dos comportamentos compensatórios inapropriados: leve (1 a 3), moderada (4 a 7), grave (8 a 13) ou extrema (14 ou mais). Entretanto, é importante ressaltar que a gravidade pode ser elevada de maneira a refletir outros sintomas e o grau de incapacidade funcional.

O TCA é caracterizado por episódios recorrentes de compulsão alimentar, com sofrimento marcante em virtude desses episódios e sem associação com o uso recorrente de comportamentos compensatórios inapropriados, como aqueles observados na BN. Esses episódios de compulsão alimentar são associados a pelo menos três indicadores: I) comer mais rapidamente que o normal; II) comer até sentir-se desconfortavelmente cheio; III) comer grandes quantidades de alimento na ausência da sensação física de fome; IV) comer sozinho por vergonha do quanto se está comendo; V) sentir-se desgostoso de si mesmo, deprimido ou muito culpado após comer. É necessária a ocorrência desses episódios, em média, por pelo menos uma vez por semana durante 3 meses.

O TCA pode ser considerado em termos de sua evolução como em remissão parcial (quando depois de terem sido previamente satisfeitos os critérios plenos do TCA, a hiperfagia ocorre com uma frequência média inferior a um episódio por semana, durante um período de tempo sustentado) ou em remissão completa (se depois de terem sido previamente satisfeitos os critérios, nenhum dos critérios é mais satisfeito por um período de tempo sustentado). Finalmente, a gravidade do TCA baseia-se na frequência de episódios de compulsão alimentar por semana: leve (1 a 3), moderada (4 a 7), grave (8 a 13) ou extrema (14 ou mais).

Outros três diagnósticos incluídos na DSM-5 são: I) a pica, caracterizada essencialmente pela ingestão de uma ou mais substâncias não nutritivas e não alimentares, de forma persistente por um período mínimo de 1 mês, de gravidade suficiente para merecer atenção clínica; II) o transtorno de ruminação, caracterizado pela regurgitação repetida de alimento depois de ingerido, de forma frequente (pelo menos várias vezes por semana) durante um período mínimo de 1 mês; e III) o TA restritivo/evitativo, novo diagnóstico incluído, no qual a principal característica é uma perturbação alimentar manifestada por uma falha persistente em satisfazer as necessidades nutricionais/energéticas apropriadas do indivíduo, associada à perda de peso ou deficiência nutricional significativa, ou dependência de alimentação enteral ou suplementos nutricionais, ou interferência marcante no funcionamento psicossocial.

O DSM-5 ainda traz a categoria geral denominada Outro Transtorno Alimentar Especificado (OTAE), na qual se encontram condições clínicas ou que não preenchem todos os critérios diagnósticos dos TA maiores, assim como alguns transtornos que se encontram em fase ainda inicial de estudo, tais como: I) AN atípica: todos os critérios para AN são preenchidos, exceto pelo IMC do indivíduo, que não se encontra baixo; II) BN de baixa frequência e/ou duração limitada: todos os critérios para BN são preenchidos, exceto que a compulsão alimentar e os comportamentos compensatórios indevidos ocorrem, em média, menos de uma vez por semana e/ou por menos de 3 meses; III) TCA de baixa frequência e/ou duração limitada: todos os critérios para TCA são atendidos, exceto que a hiperfagia ocorre, em média, menos de uma vez por semana e/ou por menos de 3 meses; IV) transtorno de purgação: comportamento de purgação recorrente para influenciar o peso ou a forma do corpo, na ausência de compulsão alimentar; e V) síndrome da alimentação noturna: transtorno caracterizado por episódios recorrentes de ingesta alimentar noturna, manifestado pela ingestão ao despertar do sono noturno ou consumo excessivo de alimentos depois de uma refeição noturna.

A última categoria do DSM-5 são os TA não especificados. Trata-se de uma categoria aplicada a apresentações em que sintomas característicos de um TA que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo predominam, mas não satisfazem todos os critérios para qualquer transtorno na classe diagnóstica de TA.

Transtornos alimentares na CID-11

A proposta primária da CID-11 é facilitar o trabalho de profissionais de saúde em diversos cenários clínicos

JOAO C. HILUY, FERNANDA TROMBINI NUNES, MARIA AMALIA ACCARI PEDROSA, JOSE C. APPOLINARIO

Grupo de Obesidade e Transtornos Alimentares (GOTA), Instituto de Psiquiatria (IPUB), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ.

em todo o mundo[6]. Para isso, traz um capítulo intitulado "Transtornos alimentares e da alimentação", separando os TA nos quais, além do comportamento alimentar anormal e da preocupação com os alimentos, há preocupações importantes com o peso e a forma do corpo, dos TA que envolvem distúrbios comportamentais que não estão relacionados ao peso e à forma do corpo, como comer substâncias não comestíveis ou regurgitação voluntária de alimentos.

O primeiro TA definido na CID-11 é a AN. É caracterizada por um peso corporal significativamente baixo para a altura, idade e estágio de desenvolvimento do indivíduo (IMC < 18,5 kg/m^2 em adultos ou IMC para a idade abaixo do quinto percentil em crianças e adolescentes), acompanhado por um padrão persistente de comportamentos para impedir a restauração do peso normal (podendo ser restrição da ingesta energética, comportamentos purgativos ou aumento do gasto energético), tipicamente associado com medo do ganho de peso. Esse baixo peso ou forma corporal é um aspecto central na autoavaliação do indivíduo – ou é inapropriadamente percebido como normal.

A AN pode ser classificada em: I) AN com IMC significativamente baixo (IMC = 14-18,5 kg/m^2 ou percentil = 0,3-5); II) AN com IMC perigosamente baixo (< 14 kg/m^2 ou percentil < 0,3); III) AN em recuperação com peso corporal normal; IV) outra AN especificada; ou V) AN inespecífica.

A AN com IMC significativamente baixo e com IMC perigosamente baixo pode ser subclassificada de acordo com os padrões comportamentais: padrão restritivo (restrição da ingesta alimentar ou jejum associado ou não a aumento do gasto energético) ou padrão de compulsão-purgação (no qual os indivíduos mantém o baixo peso corporal através de restrição alimentar, comumente acompanhado de comportamentos purgativos no intuito de se livrar do alimento ingerido, como autoindução de vômitos, abuso de laxantes ou enemas).

Em indivíduos em recuperação, quando o IMC é superior a 18,5kg/m^2 em adultos ou acima do quinto percentil em crianças e adolescentes, o diagnóstico de AN em recuperação com peso normal deve ser dado. Nessa categoria, há a manutenção de um peso saudável, e os comportamentos destinados a reduzir o peso corporal cessaram, independentemente da ocorrência de tratamento (por exemplo, pelo menos 1 ano após a retirada do tratamento intensivo). Não há descrição na CID-11 de outra AN especificada ou inespecífica.

Antes de abordarmos os próximos diagnósticos, faz-se necessário definir um episódio de compulsão alimentar nesse sistema classificatório. A CID-11 define esse episódio, diferentemente do DSM-5, como sendo um período definido de tempo, no qual o indivíduo experimenta uma perda de controle subjetiva sobre o comer, comendo notadamente mais (ou diferentemente) do que o habitual, associado ao sentimento de não conseguir parar de comer ou limitar o tipo ou quantidade de alimento ingerido.

A BN é caracterizada por frequentes episódios de compulsão alimentar (pelo menos um por semana por pelo menos 1 mês durante vários meses), seguidos de repetidos comportamentos compensatórios inapropriados com intenção de prevenir o ganho de peso (vômitos autoinduzidos, abuso de laxantes ou enemas, exercícios físicos extenuantes). Além disso, o indivíduo não se encontra com um significativo baixo peso.

A CID-11 trouxe, pela primeira vez em sua classificação diagnóstica, o TCA, sendo definido pela presença frequente e recorrente de episódios de compulsão alimentar (pelo menos uma vez por semana, por um período de alguns meses). Esses episódios são muito perturbadores, e frequentemente são acompanhados por sentimentos negativos, como culpa ou nojo. Diferencia-se da BN por não haver regularmente comportamentos compensatórios inapropriados na tentativa de prevenir o ganho de peso. Embora o elevado peso corporal não seja determinante para o diagnóstico, há uma forte associação entre obesidade e TCA[7]. Para esclarecer tal ponto, a CID-11 traz uma seção na qual descreve que a obesidade é uma consequência comum do TCA e deve ser registrada separadamente. Não obstante, indivíduos obesos que relatam padrões excessivos sem atender à definição de compulsão alimentar não devem ser diagnosticados com TCA.

O transtorno da evitação-restrição alimentar é incluído neste capítulo de TA da CID-11. Caracteriza-se por alimentação ou comportamentos alimentares anormais que resultam em uma ingesta energética ou nutricional insuficiente. O padrão de restrição alimentar causa perda de peso significativa (ou impede o ganho de peso esperado em crianças ou grávidas), deficiências nutricionais

JOAO C. HILUY
FERNANDA TROMBINI NUNES
MARIA AMALIA ACCARI PEDROSA
JOSE C. APPOLINARIO

ARTIGO

clinicamente relevantes, dependência de suplementação nutricional ou afeta negativamente de algum modo a saúde do indivíduo, acarretando prejuízo funcional. Nesse diagnóstico, o patrão de comportamento alimentar não reflete preocupações sobre peso ou forma corporal.

A CID-11 traz ainda as seguintes categorias diagnósticas: I) a pica, caracterizada pelo consumo regular de substâncias não nutritivas (como plástico, papel ou areia) ou alimentos crus, de forma persistente e grave o suficiente para merecer atenção clínica; II) o transtorno de ruminação-regurgitação, caracterizado pelo ato intencional e repetido de regurgitar o alimento (pelo menos várias vezes por semana durante várias semanas), podendo esse alimento regurgitado ser ruminado ou cuspido – não se trata de vomitá-lo; III) os outros TA especificados; e IV) os TA não especificados.

Discussão

De forma geral, ambos sistemas classificatórios aqui relatados incluem os diagnósticos centrais de TA: AN, BN e TCA, além de incluir outros TA menos comuns (como, por exemplo, o TA evitativo/restritivo) e outras duas categorias adicionais (outros TA especificados e TA não especificado). Portanto, existe atualmente uma correspondência entre os dois sistemas de classificação (Tabela 1).

Ao se analisar os critérios diagnósticos do DSM-5 em comparação com os da CID-11, vê-se que as bases gerais

Tabela 1 - Critérios diagnósticos para anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno da compulsão alimentar no DSM-5 e CID-10

DSM-5	CID-11
Anorexia nervosa	
A. Restrição da ingestão alimentar relacionada às necessidades, levando a um peso corporal significativamente baixo, no contexto da idade, sexo, etapa do desenvolvimento e saúde física. Um peso significativamente baixo é definido como o peso que é menor que o minimamente normal, ou para as crianças e adolescentes, menor do que o mínimo esperado.	Peso corporal significativamente baixo para a altura, idade, estágio de desenvolvimento e histórico de peso do indivíduo que não se deve à indisponibilidade de alimentos e não é mais bem explicado por outra condição médica. Uma diretriz comumente usada é o IMC menor que 18,5 kg/m^2 em adultos e IMC para idade abaixo do percentil 5 em crianças e adolescentes. A rápida perda de peso (por exemplo, mais de 20% do peso corporal total em 6 meses) pode substituir a diretriz de baixo peso corporal, desde que outros requisitos de diagnóstico sejam atendidos. Crianças e adolescentes podem apresentar falha no ganho de peso conforme o esperado, com base na trajetória de desenvolvimento individual e não na perda de peso.
B. Medo intenso de ganhar peso ou se tornar gordo, ou comportamentos persistentes que interferem com o ganho de peso, mesmo com o peso significativamente baixo.	Padrão persistente de comer restritivo ou outros comportamentos que visam estabelecer ou manter um peso corporal anormalmente baixo, geralmente associado ao medo extremo do ganho de peso. Os comportamentos podem ter como objetivo reduzir a ingestão de energia, em jejum, escolhendo alimentos de baixa caloria, comendo excessivamente devagar pequenas quantidades de alimentos e ocultando ou cuspindo alimentos, bem como comportamentos de purga, como vômitos autoinduzidos e uso de laxantes, diuréticos, enemas ou omissão de doses de insulina em indivíduos com diabetes. Os comportamentos também podem ter como objetivo aumentar o gasto de energia por meio de exercícios excessivos, hiperatividade motora, exposição deliberada ao frio e uso de medicamentos que aumentam o gasto de energia (por exemplo, estimulantes, medicamentos para perda de peso, produtos à base de plantas para redução de peso, hormônios da tireoide).
C. Perturbação na forma que vivencia o peso e a forma corporal. Influência indevida do peso ou forma corporal sobre a sua autoavaliação ou persistente falta de reconhecimento da gravidade do baixo peso atual.	O baixo peso ou forma corporal é supervalorizado e é central para a autoavaliação da pessoa, ou o baixo peso ou a forma corporal da pessoa são incorretamente percebidos como normais ou até excessivos. A preocupação com o peso e a forma, quando não declarada explicitamente, pode se manifestar por comportamentos como verificar repetidamente o peso corporal usando balanças, verificar o formato do corpo usando fitas métricas ou reflexos em espelhos, monitorar constantemente o conteúdo calórico dos alimentos e buscar informações sobre como perder peso ou comportamentos extremos de esquiva,
Especificar o tipo atual: Tipo restritivo – durante os últimos 3 meses, o indivíduo não apresentou episódios de compulsão alimentar ou comportamentos purgativos (vômitos autoinduzidos ou uso inapropriado de laxativos, diuréticos ou enemas). Tipo compulsão alimentar/purgação – durante os últimos 3 meses, o indivíduo apresentou episódios de compulsão alimentar ou comportamento purgativos (vômitos autoinduzidos ou uso inapropriado de laxativos, diuréticos ou enemas).	
Especificar se: Em remissão parcial: Depois de preencher todos os critérios de anorexia nervosa, o critério A (baixo peso corporal) não está sendo preenchido por um período de tempo mantido, porém, ou o critério B (intenso medo de ganhar peso ou se tornar gordo ou comportamento que interfira com o ganho de peso) ou o critério C (distúrbio na autopercepção do peso ou forma) é ainda preenchido. Em remissão completa: Depois de preencher todos os critérios de anorexia nervosa, nenhum critério tem sido preenchido por um período de tempo mantido.	
Especificar gravidade atual (o nível mínimo de gravidade é baseado, para adultos, no IMC, ou, para crianças e adolescentes, no percentil de IMC; o nível	

Continua na próxima página

JOAO C. HILUY, FERNANDA TROMBINI NUNES, MARIA AMALIA ACCARI PEDROSA, JOSE C. APPOLINARIO

Grupo de Obesidade e Transtornos Alimentares (GOTA), Instituto de Psiquiatria (IPUB), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ.

Tabela 1 - Continua

DSM-5	CID-11
Anorexia nervosa	
de gravidade pode ser aumentado para refletir os sintomas clínicos, o grau de comprometimento funcional e a necessidade de supervisão): Leve: IMC ≥ 17 kg/m^2 Moderada: IMC = 16-16,99 kg/m^2 Grave: IMC = 15-15,99 kg/m^2 Extrema: IMC < 15 kg/m^2	como se recusar a ter espelhos em casa, evitar roupas apertadas ou recusar-se a saber o peso ou comprar roupas com o tamanho especificado. Classificação: AN com IMC significativamente baixo: IMC = 14-18,5 kg/m^2 ou 0,3-5° percentil) AN com IMC perigosamente baixo: IMC < 14 kg/m^2 ou < 0,3 percentil AN em recuperação com peso corporal normal: IMC > 18,5 kg/m^2 ou > 5° percentil, associado à manutenção de um peso saudável e ausência de comportamentos destinados a reduzir o peso corporal Outra AN especificada AN inespecífica Tipos: Padrão restritivo: restrição da ingesta alimentar ou jejum associado ou não a aumento do gasto energético. Padrão de compulsão-purgação: o baixo peso corporal é mantido através de restrição alimentar, comumente acompanhado de comportamentos purgativos no intuito de se livrar do alimento ingerido (i.e., autoindução de vômitos, abuso de laxantes ou enemas).
Bulimia nervosa	
A. Episódios recorrentes de compulsão alimentar. Um episódio de compulsão alimentar é caracterizado por ambos: 1. comer, num período de tempo definido (por exemplo, dentro de um período de 2 horas), um montante de comida que é definitivamente maior do que a maioria pessoas come durante o mesmo período de tempo e em circunstâncias semelhantes. 2. um sentimento de falta de controle sobre a alimentação durante o episódio (por exemplo, um sentimento de que não consegue parar de comer ou controlar o que ou quanto está comendo). B. Recorrentes comportamentos compensatórios inadequados, a fim de evitar o ganho de peso, tais como a autoindução de vômitos; consumo de laxantes, diuréticos, enemas ou outros medicamentos; jejum ou exercício excessivo. C. Ambos, a compulsão alimentar e os comportamentos compensatórios inadequados, ocorrem, em média, pelo menos uma vez por semana durante 3 meses. D. A autoavaliação é indevidamente influenciada pela forma e peso corporal. E. A perturbação não ocorre exclusivamente durante episódios de anorexia nervosa. Especificar se: Em remissão parcial: Depois de preencher todos os critérios de bulimia nervosa, alguns, mas não todos os critérios têm sido preenchidos por um período de tempo mantido. Em remissão completa: Depois de preencher todos os critérios de bulimia nervosa, nenhum critério tem sido preenchido por um período de tempo mantido. Especificar gravidade atual (o nível mínimo de gravidade é baseado na frequência de comportamentos compensatórios inadequados; pode ser aumentado para refletir outros sintomas e o grau de comprometimento funcional): Leve: Uma média de 1-3 episódios de comportamentos compensatórios inadequados por semana.	Frequentes e recorrentes episódios de compulsão alimentar (pelo menos uma vez por semana, por pelo menos 1 mês). O episódio de compulsão alimentar é definido como um distinto período de tempo no qual o indivíduo experiencia uma perda do controle sobre seu comportamento alimentar. O episódio de compulsão alimentar é presente quando o indivíduo come notadamente mais e/ou diferentemente do que o usual e se sente incapaz de parar de comer ou limitar o tipo ou quantidade de comida ingerida. Outras características dos episódios de compulsão alimentar podem incluir comer sozinho por vergonha, comer alimentos que não são parte de sua dieta regular, comer grandes quantidades de comida sem estar fisicamente com fome e comer mais rápido que o usual. Repetidos comportamentos compensatórios inapropriados no intuito de prevenir o ganho de peso (i.e., uma vez por semana ou mais por um período mínimo de 1 mês). O comportamento compensatório mais comum são vômitos autoinduzidos, que tipicamente ocorrem dentro de 1 hora após o episódio de compulsão alimentar. Outros comportamentos compensatórios inapropriados incluem jejum ou uso de diuréticos para induzir perda de peso, uso de laxantes ou enemas para reduzir a absorção de comida, pular doses de insulina em indivíduos com diabetes e exercícios físicos extenuantes para aumentar o gasto energético. Preocupação excessiva com peso e forma corporais. Quando não explicitamente declarada, essa preocupação pode ser manifestada por comportamentos como checar repetidamente o peso corporal usando balanças, verificar a forma corporal usando fitas de medida ou reflexo no espelho, monitorar constantemente a quantidade de calorias dos alimentos e procurar por informações sobre como perder peso, ou por comportamentos evitativos extremos, como recusar-se a ter espelhos em casa, evitar o uso de roupas justas ou se recusar a saber o seu peso ou adquirir roupas com tamanho específico. Há uma acentuada angústia quanto ao padrão de compulsão alimentar e comportamento compensatório inadequado ou prejuízo significativo nas áreas

Continua na próxima página

JOAO C. HILUY
FERNANDA TROMBINI NUNES
MARIA AMALIA ACCARI PEDROSA
JOSE C. APPOLINARIO

Tabela 1 - Continua

DSM-5	CID-11
Bulimia nervosa	
Moderada: Uma média de 4-7 episódios de comportamentos compensatórios inadequados por semana. Grave: Uma média de 8-13 episódios de comportamentos compensatórios inadequados por semana. Extrema: Uma média de 14 ou mais episódios de comportamentos compensatórios inadequados por semana.	de funcionamento pessoal, familiar, social, educacional, ocupacional ou outras áreas importantes do funcionamento O indivíduo não preenche critérios diagnósticos para anorexia nervosa.
Transtorno da compulsão alimentar	
A. Episódios recorrentes de compulsão alimentar. Um episódio de compulsão alimentar é caracterizado por ambos: 1. comer, num período de tempo definido (por exemplo, dentro de um período de 2 horas), um montante de comida que é definitivamente maior do que a maioria pessoas come durante o mesmo período de tempo e em circunstâncias semelhantes; 2. um sentimento de falta de controle sobre a alimentação durante o episódio (por exemplo, um sentimento de que não consegue parar de comer ou controlar o que ou quanto está comendo). B. Os episódios de compulsão alimentar estão associados a três (ou mais) dos seguintes: 1. Comer muito mais rapidamente do que o normal; 2. Comer até sentir-se incomodamente repleto; 3. Comer grandes quantidades de alimentos, quando não está fisicamente faminto; 4. Comer sozinho por embaraço devido à quantidade de alimentos que consome; 5. Sentir repulsa por si mesmo, depressão ou demasiada culpa após comer excessivamente. C. Angústia acentuada relativa à presença de compulsão alimentar. D. A compulsão alimentar ocorre, na média, pelo menos uma vez por semana por 3 meses. E. A compulsão alimentar não está associada ao uso recorrente de comportamentos compensatórios inadequados como na bulimia nervosa e nem ocorre durante o curso de bulimia nervosa ou anorexia nervosa. Especificar se: Em remissão parcial: Depois de preencher todos os critérios do transtorno da compulsão alimentar periódica, os episódios de compulsão alimentar ocorrem numa frequência média menor que um episódio por semana por um período de tempo mantido. Em remissão completa: Depois de preencher todos os critérios de transtornos da compulsão alimentar, nenhum critério tem sido preenchido por um período de tempo mantido. Especificar gravidade atual (o nível de gravidade pode ser aumentado para refletir outros sintomas e o grau de comprometimento funcional): Leve: 1-3 episódios de compulsão alimentar por semana. Moderada: 4-7 episódios de compulsão alimentar por semana. Grave: 8-13 episódios de compulsão alimentar por semana. Extrema: 14 ou mais episódios de compulsão alimentar por semana.	Frequentes e recorrentes episódios de compulsão alimentar (uma vez por semana ou mais, por um período 3 meses). O episódio de compulsão alimentar é definido como um distinto período de tempo no qual o indivíduo experiencia uma perda do controle sobre seu comportamento alimentar. O episódio de compulsão alimentar está presente quando o indivíduo come notadamente mais e/ou diferentemente do que o usual e se sente incapaz de parar de comer ou limitar o tipo ou quantidade de comida ingerida. Outras características dos episódios de compulsão alimentar podem incluir comer sozinho por vergonha ou comer alimentos que não são parte de sua dieta regular. Os episódios de compulsão alimentar não são regularmente acompanhados por comportamentos compensatórios inapropriados visando prevenir o ganho de peso. Os sintomas e comportamentos não são mais bem explicados por outra condição médica (como Síndrome de Prader-Willi) ou outro transtorno mental (por exemplo, transtorno depressivo) e não se deve ao efeito de uma substância ou medicação no sistema nervoso central, incluindo sintomas de retirada/ abstinência. Há uma acentuada angústia sobre o padrão de compulsão alimentar ou prejuízo significativo nas áreas pessoal, familiar, social, educacional, ocupacional ou outras áreas importantes do funcionamento.

DSM-5 = 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais; CID-10 = 10ª edição da Classificação Internacional de Doenças; IMC = índice de massa corporal; AN = anorexia nervosa.

JOAO C. HILUY, FERNANDA TROMBINI NUNES, MARIA AMALIA ACCARI PEDROSA, JOSE C. APPOLINARIO

Grupo de Obesidade e Transtornos Alimentares (GOTA), Instituto de Psiquiatria (IPUB), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ.

dos TA estão presentes em ambos, como, por exemplo, não há uma definição, em ambos os manuais, de um valor de IMC para o diagnóstico de AN, apesar de sugerirem que pode ser utilizado como referência um valor abaixo de 18,5 kg/m^2. Uma vez que os manuais são primariamente voltados para guiar a prática clínica, deixa-se que o julgamento clínico prevaleça, a despeito de fixar um valor exato de IMC[8]. Tal proposta vai ao encontro dos atuais debates sobre o aspecto dimensional dos TA e facilita seu uso na prática clínica.

Em relação à BN e ao TCA, a CID-11, diferentemente da DSM-5, define que a perda de controle em um episódio de compulsão alimentar é a característica central desses episódios (e não a quantidade de alimento ingerido). Assim, a CID-11 amplia o espectro do diagnóstico de BN e TCA, de modo que os indivíduos com episódios de compulsão alimentar subjetivos (isto é, com perda de controle, embora sem ingesta de grande quantidade de comida) passam a ser incluídos nos respectivos diagnósticos[9]. Com isso, novamente a CID-11 estende sua utilidade clínica[10], incluindo um maior número de diagnósticos alimentares, reduzindo assim o número de diagnósticos subsindrômicos ou que se classificariam como TA não especificados[9]. Essa diminuição possibilita a inclusão desses indivíduos em tratamentos específicos para o respectivo TA.

Em suma, o DSM-5 e a CID-11 possuem definições claras que servem como guia para o clínico e possibilitam o devido diagnóstico e tratamento dos TA. Embora muito seja debatido entre especialistas, a dimensionalidade dos TA não é explorada em ambos os manuais, que tratam os TA categoricamente. Assim, os futuros manuais possivelmente irão incluir aspectos dessa dimensionalidade e caracterizar as mudanças de diagnósticos que ocorrem em diversos indivíduos. Outro ponto importante é em relação à epidemiologia dos TA. Alguns critérios diagnósticos usados em categorias diagnósticas como BN e TCA, como a definição mais alargada do episódio de compulsão alimentar na CID-11, poderá afetar a prevalência dessas condições em estudos futuros. Portanto, será fundamental que o clínico fique atento para o sistema classificatório quando utilizar dados referentes à epidemiologia dessas condições no futuro.

Os autores informam não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.
Fontes de financiamento inexistentes.

Correspondência: João Hiluy, Av. Venceslau Brás, 71, fundos, IPUB/UFRJ, CEP 22290-140, Botafogo, Rio de Janeiro, RJ. E-mail: jhiluy@gmail.com

Referências

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.
2. Shroff H, Thompson JK. The tripartite influence model of body image and eating disturbance: a replication with adolescent girls. Body Image. 2006;3:17-23.
3. World Health Organization (WHO). ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (ICD-11 MMS) 2018 Version [Internet]. [cited 2019 Dec]. icd.who.int/browse11/l-m/en
4. Brooks SJ, Rask-Andersen M, Benedict C, Schiöth HB. A debate on current eating disorder diagnoses in light of neurobiological findings: is it time for a spectrum model? BMC Psychiatry. 2012;12:76.
5. Fairburn CG, Harrison PJ. Eating disorders. Lancet. 2003;361:407-16.
6. Uher R, Rutter M. Classification of feeding and eating disorders: Review of evidence and proposals for ICD-11. World Psychiatry. 2012;11:80-92.
7. Claudino AM, Pike KM, Hay P, Keeley JW, Evans SC, Rebello TJ, et al. The classification of feeding and eating disorders in the ICD-11: results of a field study comparing proposed ICD-11 guidelines with existing ICD-10 guidelines. BMC Med. 2019;17:93.
8. Walsh BT. Diagnostic categories for eating disorders: current status and what lies ahead. Psychiatr Clin North Am. 2019;42:1-10.
9. Reed GM, First MB, Kogan CS, Hyman SE, Gureje O, Gaebel W, et al. Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. World Psychiatry. 2019;18:3-19.
10. Palavras MA, Hay P, Claudino A. An investigation of the clinical utility of the proposed ICD-11 and DSM-5 diagnostic schemes for eating disorders characterized by recurrent binge eating in people with a high BMI. Nutrients. 2018;10:E1751.

MARIA AMÁLIA ACCARI PEDROSA
FERNANDA TROMBINI NUNES
LÍVIA LOPES MENESCAL
CAMILA HERCULANO SOARES RODRIGUES
JOSE CARLOS APPOLINARIO

ARTIGO

ASPECTOS GERAIS DA AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES

GENERAL ASPECTS OF THE ASSESSMENT AND TREATMENT OF EATING DISORDERS

Resumo

Os transtornos alimentares são quadros psiquiátricos que cursam com intenso sofrimento psíquico e diversas complicações clínicas. A avaliação de pacientes com transtornos alimentares costuma exigir uma anamnese minuciosa, exame físico e psíquico detalhado e exames complementares. Nessa avaliação, objetiva-se estabelecer um diagnóstico nosológico do transtorno alimentar e das comorbidades, uma estratificação do risco clínico e psiquiátrico, para então estabelecer um planejamento terapêutico. Após essa avaliação inicial, de acordo com a gravidade do caso, o clínico deve decidir o nível de tratamento recomendado, que pode ser desde a hospitalização até o atendimento ambulatorial regular. Outras decisões, como a via de realimentação, o valor calórico planejado para a realimentação e as metas de recuperação, também devem ser pré-definidas. Sumarizamos, neste artigo, alguns aspectos relacionados à avaliação, comorbidades e orientações gerais de tratamento a partir de três diretrizes internacionais de manejo e tratamento de transtornos alimentares, a saber: duas britânicas, a *guideline* de transtornos alimentares do National Institute for Health and Care Excellence (NICE) e o Management of Really Sick Patients with Anorexia Nervosa (MARSIPAN); e uma australiana, elaborada pelo Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (RANZ-CP).

Palavras-chave: Tratamento, anorexia nervosa, avaliação, transtornos alimentares.

Abstract

Eating disorders are psychiatric conditions that present with intense psychological distress and several clinical complications. The evaluation of patients with eating disorders usually requires a thorough history, detailed physical and psychiatric examination and complementary exams. This evaluation aims to establish a nosological diagnosis of the eating disorder and comorbidities and to stratify clinical and psychiatric risk, subsequently enabling therapeutic planning. Following this initial assessment, depending on case severity, the clinician will determine the recommended level of treatment, which may vary from hospitalization to regular outpatient treatment. Other decisions, such as the method of nutritional provision, initial calorie intake, and recovery goals, should also be previously defined. In this article we summarize some aspects related to assessment, comorbidities and general treatment instructions based on three international guidelines for the management and treatment of eating disorders, namely, two British guidelines, one from the National Institute for Health and Care Excellence (NICE) and the Management of Really Sick Patients with Anorexia Nervosa (MARSIPAN), and one Australian, prepared by the Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (RANZ-CP).

Keywords: Treatment, anorexia nervosa, assessment, eating disorders.

Introdução

Os transtornos alimentares (TA) são doenças mentais graves, tendendo à cronicidade e associadas a um intenso sofrimento psíquico, complicações clínicas frequentes e, no caso da anorexia nervosa (AN), com taxas de mortalidade elevadas[1]. Os TA incluem a AN, a bulimia nervosa (BN), o

http://dx.doi.org/10.25118/2236-918X-9-3-2

MARIA AMÁLIA ACCARI PEDROSA[1], FERNANDA TROMBINI NUNES[1], LÍVIA LOPES MENESCAL[1], CAMILA HERCULANO SOARES RODRIGUES[2], JOSE CARLOS APPOLINARIO[1]

[1] Grupo de Obesidade e Transtornos Alimentares (GOTA), Instituto de Psiquiatria (IPUB), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ. Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia, Rio de Janeiro, RJ. [2] Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, CE.

transtorno da compulsão alimentar (TCA), as síndromes parciais ou atípicas, entre outras condições clínicas[2].

O tratamento dessas condições é multidisciplinar, contemplando uma equipe constituída por psiquiatra, clínico, nutricionista e psicólogo, entre outros profissionais de saúde. Para uma tomada de decisões padronizada e objetiva, é indicado que a equipe pactue em conjunto as propostas e metas terapêuticas, sob a liderança de um profissional, geralmente um psiquiatra com experiência em TA, que deve gerenciar as decisões optando por condutas baseadas em evidências[3].

Avaliação inicial

A avaliação de pacientes com TA costuma exigir uma anamnese minuciosa, exame físico e psíquico detalhado e, geralmente, exames complementares. Os objetivos da avaliação são: estabelecer um diagnóstico nosológico do TA e de suas comorbidades, estratificar o risco clínico e psiquiátrico, para então estabelecer um planejamento terapêutico[4].

O planejamento terapêutico deve definir:

1. O nível de cuidado indicado (internação hospitalar em unidade psiquiátrica ou clínica, acompanhamento em regime de hospital-dia ou ambulatorial)[5].
2. Determinar as abordagens terapêuticas que serão indicadas para o paciente no contexto interdisciplinar baseado em evidências e individualizado às particularidades do caso. Ou seja, definir a abordagem psicoterápica que será indicada (por exemplo, terapia cognitivo-comportamental, terapia familiar), o formato do atendimento nutricional (por exemplo, acompanhamento nutricional semanal baseado em técnicas comportamentais, orientação nutricional); avaliar a necessidade de introdução de uma intervenção psicofarmacológica para o TA índice ou para as comorbidades associadas[6].
3. Definir as metas terapêuticas iniciais, por exemplo, recuperação de peso, restabelecer a regularidade da ingesta alimentar, reduzir a frequência dos episódios de compulsão ou purgação alimentar, entre outras. As metas devem ser frequentemente acompanhadas e atualizadas pela equipe e devem servir como parâmetros para autoavaliação da equipe, norteando os próximos passos do planejamento terapêutico[7].

Complicações clínicas

O comportamento alimentar e os métodos compensatórios inadequados para controle do peso corporal podem levar a diversas complicações, sendo algumas delas irreversíveis[8]. As complicações clínicas sempre devem ser consideradas pela equipe como uma possibilidade, para que assim sejam regularmente investigadas, prevenidas e tratadas quando instaladas, sendo parte essencial da estratificação de risco do paciente.

Na AN, grande parte das complicações estão associadas à desnutrição[9]. Na avaliação clínica, deve-se estar atento aos achados nos diversos sistemas/regiões corporais, como:

- Inspeção geral: pele seca e amarelada, cabelos finos, quebradiços e com coloração avermelhada, alopecia, unhas fracas e quebradiças, presença de lanugo. Proeminências ósseas evidentes em face, quadril e nádegas[8].
- Abdome: escavado (devido à desnutrição), peristalse intestinal diminuída.
- Sistema cardiovascular: bradicardia, hipotensão ortostática, arritmias. Os riscos cardiovasculares são os mais importantes devido ao grande risco de morte súbita. Os mecanismos envolvidos no prejuízo a esse sistema podem ser em decorrência da desidratação, autofagia miocárdica e distúrbios hidroeletrolíticos[1].
- Regulação térmica: hipotermia.
- Ciclo menstrual: amenorreia pode ocorrer em cerca de 1/3 das pacientes com AN e tende a regredir com a restauração do peso normal; ovários com tamanhos pré-puberais, regressão do tamanho das mamas e do útero podem acompanhar a amenorreia[10].

Achados em exames complementares:

- Alterações metabólicas: hipercolesterolemia, devido à diminuição dos níveis de T3, diminuição de globulina carreadora de colesterol e perda do colesterol intra-hepático[10].
- Alterações endócrinas: o eixo hipotálamo-hipófise-gonadal se altera, causando queda dos níveis de

MARIA AMÁLIA ACCARI PEDROSA
FERNANDA TROMBINI NUNES
LÍVIA LOPES MENESCAL
CAMILA HERCULANO SOARES RODRIGUES
JOSE CARLOS APPOLINARIO

ARTIGO

hormônio luteinizante (LH), hormônio folículo-estimulante (FSH) e estradiol. Hipotireoidismo se apresenta em alguns casos, assim como o aumento do hormônio do crescimento (GH) e do cortisol[9].

- Alterações ósseas: cerca de 85% das pacientes anoréticas recebem diagnóstico de osteopenia ou osteoporose. O fato de grande parte das pacientes acometidas serem adolescentes gera a preocupação de que podem nunca vir a atingir um ganho de massa óssea normal. Fraturas patológicas podem ocorrer[11].

O status nutricional, retratado pelo IMC, é uma das formas utilizadas para definir o risco na AN. É considerado como sendo de baixo risco um IMC maior que 15 kg/m^2, como risco intermediário entre 13 e 15 kg/m^2, e alto ≤ 13 kg/m^2. Todavia, deve-se estar atento a mais parâmetros que, quando encontrados, conferem maior risco ao paciente, sendo eles[12]:

- Sódio: < 130 mmol/L (suspeitar de ingesta excessiva de água para mascarar desnutrição ou infecção respiratória causando secreção inapropriada do hormônio antidiurético (SIADH).
- Potássio: < 3,0 mmol/L (pode estar relacionado à purgação ou em desnutridos com ou sem a presença de ingesta excessiva de água).
- Glicemia < 54 mg/dL(suspeitar de infecção oculta, principalmente se tiver proteína C reativa elevada e albumina baixa).
- Ureia ou creatinina elevadas (queda da função renal aumenta sensivelmente o risco de alterações hidroeletrolíticas).
- Pulso baixo (< 40 bpm), níveis pressóricos baixos, sobretudo se associados com hipotensão postural e hipotermia (T < 35 °C).
- Força muscular reduzida (Squat test ≤ 2 segundos).
- Eletrocardiograma: bradicardia, alargamento de QT (> 450 ms) e mudanças não específicas na onda T.

Já na BN, a maioria das complicações são decorrentes de comportamentos purgativos e compensatórios no geral, como vômitos autoinduzidos, uso de laxantes e diuréticos, prática de exercícios físicos excessivos, entre outros[13]. As alterações gástricas são as mais comuns[8], entretanto comportamento purgativos podem causar complicações mais graves, como distúrbios hidroeletrolíticos, principalmente hipocalemia, podendo culminar em emergências médicas.

Na avaliação clínica, podemos identificar os seguintes achados nos seguintes sistemas/regiões corporais:

- Impressão geral: pele e mucosas ressecadas e com turgor diminuído, dentes erosivos e com cáries. Sinal de Russel (dorsos das mãos escarificados pelo hábito repetitivo de provocar vômitos). Hematomas subconjuntivais e epistaxe podem estar presentes, causados pelos vômitos autoinduzidos. Aumento de glândulas parótidas também pode ocorrer em consequência dos vômitos constantes[13].
- Cardiovasculares: hipotensão ortostática, taquicardia, arritmias, em especial aumento do intervalo QT por hipocalemia, podendo causar síncopes[10].
- Gastrointestinais: dispepsia, gastrite, hemorragias digestivas[13].

Achados em exames complementares:

- Distúrbios hidroeletrolíticos: hipocalemia, hipocloremia (presente em estados purgativos por vômitos) e decorrente alcalose metabólica, hipomagnesemia (mais presente em uso de diuréticos e laxantes como método compensatório), acidose metabólica, pela perda de bicarbonato sérico em evidência de abuso de laxantes, e hipofosfatemia, em especial por má absorção do fósforo intestinal, também na evidência de uso de laxantes[10].

No TCA, a alta ingesta calórica durante os episódios de compulsão alimentar (CA), associada à frequência dos mesmos, pode causar ganho de peso. A principal complicação presente, portanto, é a obesidade, de modo que as alterações clínicas mais comuns nesse transtorno são as mesmas a ela relacionadas[10].

Exames complementares devem ser solicitados de acordo com as complicações mais frequentes nos TA, já discutidas anteriormente, e na presença de outros achados clínicos, com a finalidade de uma avaliação mais detalhada do estado geral do paciente.

Estratificação de risco e definição de nível de cuidado

O nível de cuidado deve ser determinado a partir da estratificação do risco e sempre revisado em cada

MARIA AMÁLIA ACCARI PEDROSA[1], FERNANDA TROMBINI NUNES[1], LÍVIA LOPES MENESCAL[1], CAMILA HERCULANO SOARES RODRIGUES[2], JOSE CARLOS APPOLINARIO[1]

[1] Grupo de Obesidade e Transtornos Alimentares (GOTA), Instituto de Psiquiatria (IPUB), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ. Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia, Rio de Janeiro, RJ. [2] Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, CE.

avaliação ao longo do tratamento. Não dispomos de um protocolo nacional sobre o fluxo de cuidados de TA e dos critérios de internação, assim nos baseamos em protocolos internacionais para a tomada de decisões.

A *guideline* de TA do National Institute for Health and Care Excellence (NICE) foi desenvolvida no Reino Unido, sua última edição foi publicada em 2017 e abrange aspectos gerais do manejo ambulatorial e em regime de internação[4]. O Management of Really Sick Patients with Anorexia Nervosa (MARSIPAN), em português Manejo de Pacientes Gravemente Doentes com Anorexia Nervosa, foi desenvolvido inicialmente em 2010, também no Reino Unido, a partir da preocupação com casos de óbitos de pacientes com AN internados em unidades médicas gerais ou especializadas em TA, decorrentes de dificuldades no manejo de realimentação, não adesão ao tratamento, síndrome de realimentação ou mesmo de uma dieta insuficiente, decorrente de cautela em excesso com a introdução calórica, pelo receio de síndrome de realimentação. As versões atuais do MARSIPAN são de 2014 para adultos e de 2012 para crianças e adolescentes[12,14]. A *guideline* australiana de TA de 2014 foi elaborada pelo Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (RANZ-CP)[5]. Serão descritos de forma sumarizada alguns desses critérios[4-6,12,14,15].

Não há consenso absoluto entre as *guidelines* internacionais, havendo discrepâncias entre os parâmetros especificados em cada uma. De forma geral, a internação em regime hospitalar 24 horas é reservada para os casos de risco clínico alto, e a decisão passa pela disponibilidade de serviços especializados com acompanhamento multidisciplinar e de hospital-dia e pela capacidade desses serviços de gerenciar o risco clínico de cada caso (Tabela 1)[5].

Ressaltamos que a maioria das internações de TA ocorre em casos de AN, e por essa razão, os protocolos focam nos critérios de internação direcionados a esse diagnóstico. Em alguns casos, pode ser indicada na BN quando ocorrem distúrbios hidroeletrolíticos graves decorrentes dos métodos purgativos ou quando há uma comorbidade clínica potencializando o risco, por exemplo, em casos de diabulimia, quadro caracterizado pela presença de diabetes e bulimia nervosa em pacientes que fazem uso errático dos hipoglicemiantes e da insulina, com o intuito de perda de peso, e muitas vezes são internados em quadros de cetoacidose diabética[16].

Quando e onde internar?

Há dois tipos de risco que devem ser considerados nessa tomada de decisão: o risco de complicação clínica, que inclui o *status* nutricional e os achados alterados no exame físico e/ou em exames complementares; e o risco psiquiátrico, que inclui estratificação de risco de suicídio e da gravidade das comorbidades. Se há um risco moderado a alto, a internação deve ser considerada. Quando o risco é alto, ela deve ser preferencialmente em um serviço com suporte clínico intensivo, com posterior transferência para um serviço psiquiátrico idealmente especializado em TA[4,12] (Tabela 1, Figura 1).

No caso de crianças e adolescentes, o RANZ-CP[5] propõe critérios próprios de internação, como peso menor que 75% do mínimo esperado para idade e sexo, bradicardia com frequência cardíaca menor que 50, hipotermia com temperatura menor que 35,5 °C, entre outros (ver critérios na Tabela 1).

Uma vez se decida pela internação, seja em serviço clínico ou psiquiátrico, e avaliado o *status* nutricional do paciente, deve-se estruturar a realimentação. A via de realimentação preferencial é a oral, por sua segurança e aspectos comportamentais envolvidos, entretanto em casos de recusa alimentar persistente e risco clínico alto, a alimentação por sonda pode ser considerada, sendo a nasogástrica a preferencial, por se aproximar mais da via fisiológica. Quando utilizada, deve ser planejada por curto período de tempo e em caráter complementar à alimentação oral, e nunca deve ser aplicada com um caráter punitivo[17].

Uma revisão sistemática recente, que avaliou uso de sonda na realimentação de pacientes com AN, seja de forma exclusiva ou complementar à alimentação oral, mostrou segurança e até resultados positivos, como menor tempo de internação e menor taxa de recaída para os pacientes submetidos à sonda. Entretanto, há um número limitado de estudos, e a maioria deles é metodologicamente frágil, ou seja, ainda não há evidências suficientes para concluir quanto à superioridade e segurança dessa prática. Já a realimentação parenteral não deve ser utilizada, por estar associada a graves complicações clínicas[18].

MARIA AMÁLIA ACCARI PEDROSA
FERNANDA TROMBINI NUNES
LÍVIA LOPES MENESCAL
CAMILA HERCULANO SOARES RODRIGUES
JOSE CARLOS APPOLINARIO

ARTIGO

Tabela 1 - Critérios de internação em seguimento psiquiátrico e clínico na Anorexia Nervosa

Critério	Adultos: internação psiquiátrica	Adultos: internação clínica	Crianças e adolescentes
Rápida perda de peso	**IMC < 14:** 1 kg por semana por semana ou perda contínua de peso apesar do tratamento, ingesta abaixo de 100 Kcal/dia	**IMC < 12**	Peso < 75% do esperado* ou rápida perda de peso
Pressão sistólica	< 90 mmHg	< 80 mmHg	< 80/50 mmHg
Hipotensão postural	> 10 de queda com a ortostase	> 20 de queda com a ortostase	
Frequência cardíaca		< 40 bpm ou > 120 bpm ou taquicardia postural com aumento da frequência > 20 bpm/min com a ortostase	< 50 bpm Taquicardia postural > 20/min
Temperatura	< 35,5 °C	< 35 °C	< 35,5 °C
Eletrocardiograma		Arritmia, incluindo prolongamento de QT; alterações não específicas do segmento ST ou onda T, incluindo inversão ou ondas bifásicas	QTc > 450 mseg
Glicemia	Abaixo da faixa normal	< 2,5 mmol/L, ou seja, 45 mg/dL	
Sódio	< 130 mmol/L	< 125 mmol/L	Abaixo da faixa normal
Potássio	Abaixo da faixa normal		Abaixo da faixa normal
Magnésio		Abaixo da faixa normal	Abaixo da faixa normal
Fosfato		Abaixo da faixa normal	
Filtração glomerular		< 60 mL/min/1,73 m^2 ou queda abrupta (> 25% em uma semana)	
Albumina	Abaixo da faixa normal	< 30 g/L	
Enzimas hepáticas	Levemente elevadas	Marcadamente elevadas (TGO ou TGP > 500)	
Neutrófilos	< 1,5 × 10^9/L	< 1,0 × 10^9/L	Neutropenia
Risco psiquiátrico	Ideação suicida, automutilação ativa; agitação moderada a grave		

IMC = índice de massa corporal; TGO = transaminase glutâmico-oxalacética; TGP = transaminase glutâmico-pirúvica.
* Calcula-se da seguinte forma: porcentagem de IMC = IMC × 100/IMC correspondente ao percentil 50 para sexo e idade na curva.
Tabela baseada em informações do Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (Hay et al.[5]).

MARIA AMÁLIA ACCARI PEDROSA[1], FERNANDA TROMBINI NUNES[1], LÍVIA LOPES MENESCAL[1], CAMILA HERCULANO SOARES RODRIGUES[2], JOSE CARLOS APPOLINARIO[1]

[1] Grupo de Obesidade e Transtornos Alimentares (GOTA), Instituto de Psiquiatria (IPUB), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ. Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia, Rio de Janeiro, RJ. [2] Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, CE.

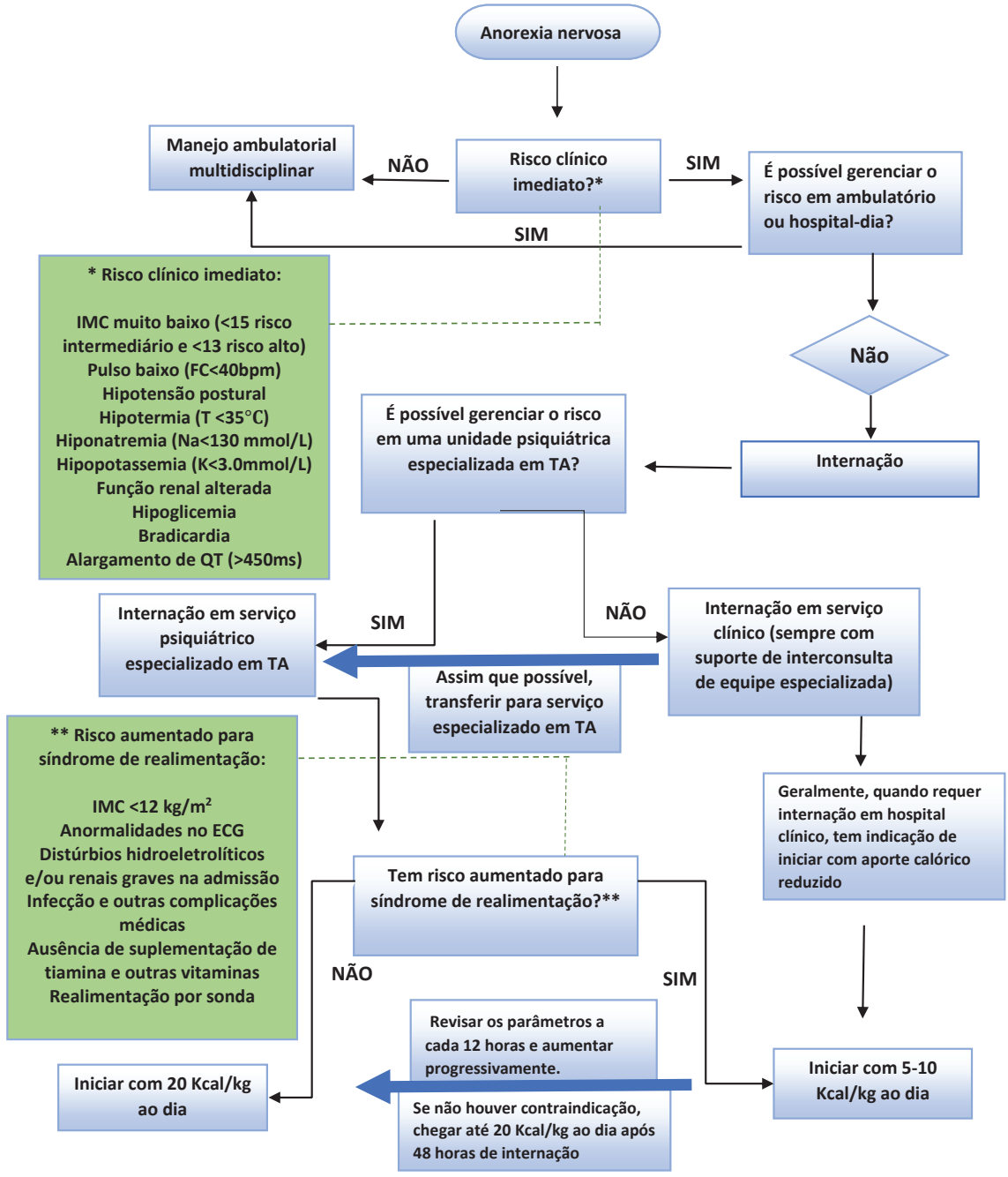


Figura 1 - Manejo do paciente com anorexia nervosa. Figura baseada em informações do NICE[4] e MARSIPAN[14]. TA = transtorno alimentar.

MARIA AMÁLIA ACCARI PEDROSA
FERNANDA TROMBINI NUNES
LÍVIA LOPES MENESCAL
CAMILA HERCULANO SOARES RODRIGUES
JOSE CARLOS APPOLINARIO

ARTIGO

Além dos manejos das complicações particulares a cada caso, deve-se dedicar atenção ao risco de síndrome de realimentação. A síndrome de realimentação é um quadro de desequilíbrio hidroeletrolítico, principalmente hipofosfatemia, associado à reintrodução alimentar em paciente desnutrido. Entre as complicações frequentes, estão as neurológicas, cardiológicas, hematológicas e, em casos graves, o óbito. Portanto, é necessário cautela com administração da dieta, além de monitorização hidroeletrolítica e, por vezes, a suplementação profilática de fosfato e tiamina[19].

Tradicionalmente, preconizava-se de forma geral uma introdução alimentar de baixo valor calórico. Entretanto, algumas evidências recentes têm mostrado segurança para protocolos de reintrodução mais agressivos para pacientes em graus leves ou moderados de desnutrição, além da vantagem de reduzir o tempo de internação. Já em casos em que existem marcadores de risco para síndrome de realimentação, deve-se introduzir a alimentação de forma mais conservadora[4,12,20]. A síndrome de realimentação tem maior risco quando o uso de sonda for indicado; entretanto, mesmo por via oral, alguns marcadores de risco devem ser considerados, como IMC < 12 kg/m^2, anormalidades no eletrocardiograma, distúrbios hidroeletrolíticos e/ou renais graves, complicações clínicas ou pacientes que não iniciaram reposição de tiamina ou outras vitaminas.[12]

Princípios do tratamento

Após avaliação clínica e estratificação de risco criteriosa, devemos ter em mente que, independente do regime de tratamento, a abordagem do TA deve ser multiprofissional, com propósito inicial de diminuir os riscos da doença, manejando adequadamente o estado nutricional e sintomas relacionados à alimentação. Para isso, as decisões e metas devem ser traçadas de forma conjunta sempre incluindo psicoeducação continuada do paciente e da família[3].

Anorexia nervosa

O tratamento da AN deve seguir os seguintes objetivos: restauração do peso, adequação dos comportamentos alimentares, manejo das complicações da desnutrição, manejo das comorbidades e sintomas psiquiátricos e posterior manutenção em padrões eutróficos e prevenção de recaídas[21].

Para isso, enquanto o nutricionista desempenha o papel de guiar a realimentação, o clínico monitora parâmetros através de exame físico e laboratorial, visando ao manejo e prevenção das complicações clínicas da AN. A dieta ofertada deve considerar os riscos de síndrome de realimentação de cada paciente, determinando um valor energético de acordo com a expectativa de ganho de peso[22].

É imprescindível abordar os aspectos comportamentais relacionados à alimentação e às alterações da imagem corporal. A psicoterapia tem papel fundamental nessas abordagens. Em crianças e adolescentes, o método Maudsley, um tipo de terapia familiar, se mostrou mais eficaz que as demais intervenções. Para adultos, segundo o NICE, estão indicados a terapia cognitivo-comportamental (TCC), o método Maudsley para adultos com AN (MANTRA) e a terapia de apoio. Outros tipos de terapia são estudadas e podem ser úteis em pacientes com AN, apesar do nível de evidência científica limitado[4].

Até o momento, não existem agentes farmacológicos aprovados para o tratamento da AN. Os desfechos medidos nos ensaios clínicos, como a recuperação do peso e a redução de sintomas psicopatológicos centrais, mostraram resultados desfavoráveis em quase todos os estudos.

Entre os antidepressivos, algumas classes devem ser evitadas pelo risco de efeitos adversos graves, como tricíclicos, bupropiona e inibidores da monoaminoxidase (IMAO). Os inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRS) e a mirtazapina mostram-se seguros e podem ser úteis no tratamento das comorbidades e na prevenção de recaída.

Entre os antipsicóticos atípicos, o mais estudado é a olanzapina. Recentemente, um ensaio randomizado (olanzapina *versus* placebo), com uma amostra total de 152 pacientes com AN, mostrou um efeito modesto de ganho de peso superior ao grupo placebo, porém nenhum efeito significativo nos sintomas nucleares da AN ou nos sintomas obsessivos tipicamente presentes no quadro[23].

Em resumo, não há indicação formal para o uso de psicofármacos na AN. Quando utilizados, os antipsicóticos atípicos, particularmente a olanzapina, os ISRS e a mirtazapina, devem ter papel adjuvante

MARIA AMÁLIA ACCARI PEDROSA[1], FERNANDA TROMBINI NUNES[1], LÍVIA LOPES MENESCAL[1], CAMILA HERCULANO SOARES RODRIGUES[2], JOSE CARLOS APPOLINARIO[1]

[1] Grupo de Obesidade e Transtornos Alimentares (GOTA), Instituto de Psiquiatria (IPUB), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ. Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia, Rio de Janeiro, RJ. [2] Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, CE.

à psicoterapia para prevenção de recaídas e/ou melhora dos sintomas de depressão e ansiedade e comportamentos obsessivo-compulsivos, mas nunca como monoterapia[21,24].

Bulimia nervosa

O tratamento na BN tem como principais objetivos: cessar ou reduzir os comportamentos de CA e purgação; diagnosticar e tratar complicações clínicas; modificar comportamentos alimentares e pensamentos disfuncionais relacionados ao TA e à imagem corporal; e diagnosticar e tratar comorbidades psiquiátricas[25].

A TCC deve ser considerada intervenção de primeira linha no tratamento da BN. Há manuais de TCC padronizados, como o desenvolvido por Christopher Fairburn, que incluem estratégias para abordar o sistema de crenças disfuncionais e os comportamentos inapropriados[4,26].

Já a farmacoterapia deve ser utilizada nos casos que não respondem totalmente à TCC isolada. A fluoxetina, um antidepressivo da classe ISRS na dose média de 60 mg/dia, é a droga mais utilizada e a única aprovada pela Food and Drug Administration (FDA) e pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)[22].

O anticonvulsivante topiramato mostrou resultado promissor no tratamento da BN em doses de 75-200mg/dia. Estudos mostraram redução significante dos sintomas de CA, purgação e psicopatologia associada. Entretanto, não há aprovação da droga, e seu uso, portanto, é *off-label*. O perfil de efeitos colaterais, incluindo sedação e efeitos na cognição e memória, deixam essa droga resguardada para aqueles pacientes sem resposta aos ISRS e psicoterapia[5,25,27].

Transtorno de compulsão alimentar

O tratamento do TCA tem os seguintes objetivos: abordar o comportamento alimentar incluindo a CA e preocupações com a forma e o peso do corpo, diagnosticar e tratar comorbidades psiquiátricas, diagnosticar e manejar complicações clínicas incluindo obesidade.

No TCA, a psicoterapia também é a base do tratamento. A TCC é a mais indicada, demonstrando eficácia em longo prazo. Ela pode ser realizada individualmente ou em grupo. Apesar da frequente comorbidade do TCA com obesidade, é importante ressaltar para o paciente que o objetivo primário do tratamento é a remissão dos episódios de CA[4].

Desde a inclusão do TCA como categoria nosológica específica na 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), os tratamentos farmacológicos têm sido amplamente estudados para esse transtorno, sendo os principais desfechos analisados os episódios de CA e a redução do peso. A única droga atualmente aprovada pelo FDA e pela ANVISA para o tratamento do TCA moderado a grave é a lisdexanfetamina, um psicoestimulante também usado para o tratamento do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), que demonstrou diminuição na frequência de CA e no peso[28]. Outras substâncias testadas e utilizadas *off-label* são os ISRS, com redução na frequência da CA, mas pouco ou nenhum efeito no peso, e o topiramato, que apesar de mais efeitos colaterais demonstrou influência tanto na CA como no peso corporal[29].

Conclusão

Na avaliação e tratamento dos TA, é essencial uma abordagem multiprofissional com integração da equipe contemplando os passos do diagnóstico, avaliação e estadiamento, definição do nível de atendimento e planejamento terapêutico adequado. Seja em regime de internação ou ambulatorial, devem-se estabelecer metas e traçar condutas baseadas em evidências científicas. Os primeiros passos bem executados promovem um diagnóstico precoce, que é fundamental para o melhor prognóstico da doença.

Estudos demonstram que o restabelecimento nutricional é a base do tratamento da AN para a qual não há droga aprovada. A psicoterapia está indicada na AN, BN e TCA. Para a BN, a única droga aprovada é a fluoxetina, e para o TCA (moderado a grave), a única droga aprovada é a lisdexanfetamina.

Os autores informam não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.
Fontes de financiamento inexistentes.
Correspondência: Maria Amália Accari Pedrosa, Av. Venceslau Bras, 71, Praia Vermelha, CEP 22290-140, Rio de Janeiro, RJ. E-mail: mariaamaliapedrosa@hotmail.com

MARIA AMÁLIA ACCARI PEDROSA
FERNANDA TROMBINI NUNES
LÍVIA LOPES MENESCAL
CAMILA HERCULANO SOARES RODRIGUES
JOSE CARLOS APPOLINARIO

Referências

1. Appolinario JC, Freitas S, Nazar BP; Programa de Atualização em Psiquiatria (PROPSIQ). Transtornos alimentares. In: Nardi AE, Silva AG, Quevedo JL, organizadores. Transtornos alimentares. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2015. p. 43-93.
2. Associação Americana de Psiquiatria. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição (DSM-5). Porto Alegre: Artmed; 2014.
3. Halmi KA. Salient components of a comprehensive service for eating disorders. World Psychiatry. 2009;8:150-5.
4. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Eating disorders: recognition and treatment [Internet]. NG69. 2017 May [cited 2020 Jan 14]. www.nice.org.uk/guidance/ng69
5. Hay P, Chinn D, Forbes D, Madden S, Newton R, Sugenor L, et al. Royal Australian and New Zealand college of psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. Aust N Z J Psychiatry. 2014;48:977-1008.
6. Hilbert A, Hoek HW, Schmidt R. Evidence-based clinical guidelines for eating disorders: international comparison. Curr Opin Psychiatry. 2017;30:423-37.
7. Allison E, Dawson N, Phillips J, Lynch C, Coleman J. Fifteen minute consultation: a structured approach to the management of children and adolescents with medically unstable anorexia nervosa. Arch Dis Child Educ Pract Ed. 2017;102:175-81.
8. Gibson D, Workman C, Mehler PS. Medical complications of anorexia nervosa and bulimia nervosa. Psychiatr Clin North Am. 2019;42:263-74.
9. Brown C, Mehler PS. Medical complications of anorexia nervosa and their treatments: an update on some critical aspects. Eat Weight Disord. 2015;20:419-25.
10. Quintana ABM, Assumpção CRL. Diagnóstico e manejo das condições clínicas associadas aos transtornos alimentares. In: Nunes MA, Appolinario JC, Galvão AL, Coutinho W, et al., editores. Transtornos alimentares e obesidade. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 195-206.
11. Fazeli PK, Klibanski A. Effects of anorexia nervosa on bone metabolism. Endocr Rev. 2018;39:895-910.
12. Royal College of Psychiatrists. MARSIPAN: Management of really sick patients with anorexia nervosa [Internet]. 2nd ed. 2014 Oct [cited 2020 Jan 15]. www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/better-mh-policy/college-reports/college-report-cr189.pdf?sfvrsn=6c2e7ada_2
13. Mehler PS, O'Melia A, Brown C, Gibson D, Hollis J, Westmoreland P. Medical complications of bulimia nervosa. Br J Hosp Med (Lond). 2017;78:672-7.
14. Royal College of Psychiatrists. Junior MARSIPAN: management of really sick patients under 18 with anorexia nervosa [Internet]. Report CR168. 2012 Jan [cited 2020 Jan 15]. www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/better-mh-policy/college-reports/college-report-cr168.pdf?sfvrsn=e38d0c3b_2
15. Resmark G, Herpertz S, Herpertz-Dahlmann B, Zeeck A. Treatment of anorexia nervosa—new evidence-based guidelines. J Clin Med. Jan 29;8(2). pii: E153. doi: 10.3390/jcm8020153.
16. Falcão MA, Francisco R. Diabetes, eating disorders and body image in young adults: an exploratory study about "diabulimia". Eat Weight Disord. 2017;22:675-82.
17. Garber AK, Sawyer SM, Golden NH, Guarda AS, Katzman DK, Kohn MR, et al. A systematic review of approaches to refeeding in patients with anorexia nervosa. Int J Eat Disord. 2016;49:293-310.
18. Rizzo SM, Douglas JW, Lawrence JC. Enteral nutrition via nasogastric tube for refeeding patients with anorexia nervosa: a systematic review. Nutr Clin Pract. 2019;34:359-70.
19. Friedli N, Stanga Z, Sobotka L, Culkin A, Kondrup J, Laviano A, et al. Revisiting the refeeding syndrome: results of a systematic review. Nutrition. 2017;35:151-60.
20. Bargiacchi A, Clarke J, Paulsen A, Leger J. Refeeding in anorexia nervosa. Eur J Pediatr. 2019;178:413-22.

MARIA AMÁLIA ACCARI PEDROSA[1], FERNANDA TROMBINI NUNES[1], LÍVIA LOPES MENESCAL[1], CAMILA HERCULANO SOARES RODRIGUES[2], JOSE CARLOS APPOLINARIO[1]

[1] Grupo de Obesidade e Transtornos Alimentares (GOTA), Instituto de Psiquiatria (IPUB), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ. Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia, Rio de Janeiro, RJ. [2] Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, CE.

21. Marvanova M, Gramith K. Role of antidepressants in the treatment of adults with anorexia nervosa. Ment Health Clin. 2018;8:127-37.
22. Hilbert A, Hoek HW, Schmidt R. Evidence-based clinical guidelines for eating disorders: international comparison. Curr Opin Psychiatry. 2017;30:423-37.
23. Attia E, Steinglass JE, Walsh BT, Wang Y, Wu P, Schreyer C, et al. Olanzapine versus placebo in adult outpatients with anorexia nervosa: a randomized clinical trial. Am J Psychiatry. 2019;176:449-56.
24. Zipfel S, Giel KE, Bulik CM, Hay P, Schmidt U. Anorexia nervosa: aetiology, assessment, and treatment. Lancet Psychiatry. 2015;2:1099-111.
25. American Psychiatric Association (APA). Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. 3rd edition. American Psychiatric Association. 2006 Jun [cited 2020 Jan 15]. psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/eatingdisorders.pdf
26. Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, O'Connor ME, Bohn K, Hawker DM, et al. Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: a two-site trial with 60-week follow-up. Am J Psychiatry. 2009;166:311-9.
27. Himmerich H, Treasure J. Psychopharmacological advances in eating disorders. Expert Rev Clin Pharmacol. 2018;11:95-108.
28. Hudson JI, McElroy SL, Ferreira-Cornwell MC, Radewonuk J, Gasior M. Efficacy of lisdexamfetamine in adults with moderate to severe binge-eating disorder: a randomized clinical trial. JAMA Psychiatry. 2017;74:903-10.
29. Appolinario JC, Nardi AE, McElroy SL. Investigational drugs for the treatment of binge eating disorder (BED): an update. Expert Opin Investig Drugs. 2019;28:1081-94.

CARLOS EDUARDO FERREIRA DE MORAES
REBECCA DE ALMEIDA MARAVALHAS
CARLA MOURILHE

ARTIGO

O PAPEL DO NUTRICIONISTA NA AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES

THE DIETITIAN'S ROLE IN THE ASSESSMENT AND TREATMENT OF EATING DISORDERS

Resumo

Os transtornos alimentares (TA) são síndromes psiquiátricas caracterizadas por alterações no comportamento alimentar, preocupação excessiva com o peso e insatisfação com a imagem corporal, impactando a saúde e a qualidade de vida dos indivíduos. Os TA mais estudados são a anorexia nervosa, a bulimia nervosa e o transtorno da compulsão alimentar. Embora apresentem algumas características em comum, a psicopatologia alimentar pode variar de acordo com cada TA. Portanto, os comportamentos alimentares alterados devem ser corretamente identificados para que o tratamento seja realizado adequadamente. Os manuais para manejo dos TA recomendam que o tratamento seja realizado por profissionais especializados, de diferentes áreas, incluindo a nutrição. O presente artigo aborda o papel do nutricionista na avaliação e tratamento dos TA. A avaliação nutricional visa à identificação de sintomas e comportamentos alimentares relacionados a essas condições clínicas. Ademais, o nutricionista deve estabelecer metas de tratamento específicas e individualizadas, objetivando mudanças graduais e sustentáveis. Por fim, destaca-se a importância da atuação de profissionais especializados para a correta identificação de atitudes alimentares disfuncionais e, posteriormente, para a realização do aconselhamento nutricional específico para cada TA.

Palavras-chave: Transtornos alimentares, nutrição, avaliação, tratamento.

Abstract

Eating disorders (ED) are mental disorders characterized by altered eating behavior, excessive weight concern and body image disturbance that impair the individual's health and quality of life. The major ED are anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge eating disorder. Although these three disorders share some common characteristics, the eating psychopathology may vary according to each ED. Thus, disordered eating behaviors should be correctly identified for the treatment to be performed properly. The guidelines available for the management of ED recommend that the treatment should be provided by specialized professionals, from different disciplines, including nutrition. The present paper approaches the dietitian's role in the assessment and treatment of ED. Nutritional assessment aims to identify eating behaviors and symptoms related to these conditions. Also, the dietitian should set specific, individualized treatment goals, aiming at progressive and sustainable changes. Finally, the paper highlights the importance of specialized professionals for the correct identification of disordered eating behaviors, and later, for proper nutritional counseling for each ED.

Keywords: Eating disorders, nutrition, assessment, treatment.

Introdução

Os transtornos alimentares (TA) são síndromes psiquiátricas que afetam a saúde física e o desempenho psicossocial[1]. Os TA mais abordados na literatura são a anorexia nervosa (AN), a bulimia nervosa (BN) e o transtorno da compulsão alimentar (TCA). Eles caracterizam-se por importantes alterações no comportamento alimentar, controle excessivo do peso corporal e insatisfação com a imagem corporal[1].

http://dx.doi.org/10.25118/2236-918X-9-3-3

CARLOS EDUARDO FERREIRA DE MORAES, REBECCA DE ALMEIDA MARAVALHAS, CARLA MOURILHE

Grupo de Obesidade e Transtornos Alimentares (GOTA), Instituto de Psiquiatria (IPUB), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ.

Especificamente em relação aos aspectos nutricionais, os indivíduos com TA apresentam comportamentos alimentares disfuncionais, entre os quais restrição alimentar, presença de episódios de compulsão alimentar e comportamentos compensatórios (por exemplo, autoindução de vômitos, uso de laxantes, diuréticos ou outros medicamentos, jejum e prática de atividade física excessiva)[1,2]. Verifica-se uma relação conturbada com os alimentos, influenciando negativamente o consumo energético e de nutrientes. Outras características desses transtornos são a presença de pensamentos distorcidos e preocupação excessiva com a alimentação, sensação de raiva e culpa ao comer e, consequentemente, seus efeitos sobre o peso e a forma corporal[2].

A compulsão alimentar é um comportamento disfuncional, fundamental para o diagnóstico dos TA e de difícil avaliação. Caracteriza-se pelo consumo de grandes quantidades de alimentos em um período curto de tempo, geralmente inferior a 2 horas. Adicionalmente, os indivíduos apresentam sensação de perda de controle sobre a quantidade, qualidade e a forma de consumo de tais alimentos[1]. No entanto, não há uma definição exata sobre o que representaria essa grande quantidade de alimentos. Ademais, a sensação de perda de controle sobre a alimentação é uma característica subjetiva, baseada apenas na autopercepção dos indivíduos[3].

Padrão nutricional

O padrão alimentar é o termo utilizado para definir a combinação dos alimentos consumidos pelos indivíduos, conforme as suas características nutricionais[4,5]. É um método que torna possível relacionar a dieta com determinadas doenças e deficiências e, dessa maneira, atuar por meio das orientações nutricionais, visando restabelecer as possíveis necessidades avaliadas[2].

As alterações no padrão alimentar variam de acordo com as características de cada TA. Alguns indivíduos podem consumir determinados alimentos repetitivamente, enquanto outros tendem a restringir determinados grupos alimentares, como gorduras, carnes e laticínios[6]. Nesse contexto, o vegetarianismo é um aspecto que merece atenção. Embora socialmente aceito e relacionado a um estilo de vida saudável, ele pode ser uma forma de restringir a alimentação, precedendo o início de TA, principalmente em adolescentes[7]. Tais comportamentos podem ocasionar deficiência ou consumo excessivo de nutrientes específicos[6].

O padrão alimentar na AN é caracterizado pela restrição alimentar qualitativa e quantitativa[8]. Os pacientes classificam os alimentos como bons ou ruins, sendo a lista dos alimentos bons muito restrita, geralmente composta por verduras, legumes, frutas e produtos de baixa caloria. Por outro lado, os alimentos considerados ruins ou proibidos são normalmente carne vermelha, doces, carboidratos em geral e gorduras de adição[2].

Um traço característico dos indivíduos com AN é a prática de dietas por conta própria, com o intuito de serem mais saudáveis[9]. Dessa forma, apresentam um padrão irregular de refeições, no qual nem sempre realizam as três principais refeições. Em alguns casos, a restrição alimentar é tão rígida que os pacientes consomem apenas pequenas porções de alguns alimentos ao longo do dia[9,10]. Esse padrão alimentar causa uma inadequação no consumo energético e de quase todos os nutrientes, contribuindo para que o peso corporal seja significativamente baixo. O comportamento restritivo está associado ao controle sobre a ingestão alimentar. Entretanto, quanto maior a restrição, mais frequentes são os pensamentos nos alimentos, nas calorias e na dieta[2,11].

Entre os comportamentos alimentares típicos da AN, estão: 1) esconder os alimentos; 2) ter alimentos disponíveis para fingir que os comeu e depois jogar fora; 3) cortar os alimentos em pedaços muito pequenos e remexer no prato antes de comer; e 4) mastigar os alimentos lentamente e depois cuspir[2].

Em indivíduos com BN, o padrão alimentar se caracteriza por ciclos de restrição, episódios de compulsão alimentar e purgação[12]. Geralmente, o quadro de BN se inicia com as dietas da moda[13]. Nesse contexto, o consumo alimentar é caótico, oscilando de um perfil de consumo restritivo e excessivo a intervalos bem irregulares entre as refeições. A desorganização no padrão alimentar desses pacientes pode gerar uma disfunção nos mecanismos internos de fome e saciedade[2].

Assim como na AN, os pacientes com BN apresentam uma visão perfeccionista da alimentação, caracterizando os alimentos como bons ou ruins[8]. Por serem considerados proibidos, os alimentos classificados como ruins são consumidos em grandes quantidades, apenas

CARLOS EDUARDO FERREIRA DE MORAES
REBECCA DE ALMEIDA MARAVALHAS
CARLA MOURILHE

ARTIGO

durante os episódios de compulsão alimentar[14]. Entre os comportamentos alimentares característicos da BN, destacam-se: 1) sentir raiva da sensação de fome; 2) uso dos alimentos para lidar com sentimentos; 3) incômodo em comer na frente de outras pessoas; 4) preparação de rituais para compulsão alimentar; e 5) escolher alimentos de mais fácil purgação[2].

O padrão alimentar no TCA é caracterizado também pela desorganização do consumo alimentar e por episódios de compulsão alimentar, porém não é tão bem estabelecido quanto na BN e na AN[2,15]. Os episódios de compulsão são variados, tanto em relação ao horário em que ocorrem quanto à duração, e geralmente são menos intensos que na BN[2].

Os indivíduos com TCA não apresentam os mesmos níveis de restrição alimentar quando comparados aos com BN[15]. No entanto, devido à dificuldade em manter o controle sobre a alimentação, as diversas tentativas de dietas são frustradas. Adicionalmente, outros comportamentos característicos desse TA são: 1) comer escondido; 2) comer sem fome; 3) sensação de culpa e vergonha relacionados aos episódios de compulsão alimentar; e 4) constantes alterações de peso[16-18].

Importância do nutricionista especializado no tratamento dos TA

No tratamento de indivíduos com TA, o atendimento nutricional é diferenciado, destoando do tratamento convencional, focado na prescrição dietética. Muitas vezes, esses pacientes buscam tratamento primeiramente com o profissional nutricionista, visando melhorar a alimentação ou por conta da insatisfação com o peso corporal ou obesidade. Dessa forma, é fundamental que estes profissionais saibam reconhecer e abordar comportamentos relacionados aos TA. Essas enfermidades, quando diagnosticadas e tratadas precocemente, apresentam um melhor prognóstico, e dependendo do diagnóstico em questão, pode-se evitar o desenvolvimento da obesidade e diminuir a mortalidade[19].

A abordagem nutricional nos TA, além do foco nos alimentos, tem como meta principal o aconselhamento nutricional, atentando para as percepções e pensamentos do indivíduo em relação aos seus hábitos alimentares[20]. Para trabalhar essas questões, é importante estabelecer um vínculo com o paciente, utilizando intervenções em longo prazo, aliadas à educação alimentar, porém sem que ela seja a protagonista do tratamento[21]. Nesse contexto, o objetivo do presente artigo é abordar o papel do nutricionista na avaliação e tratamento dos TA.

Avaliação nutricional

A avaliação nutricional nos TA visa à identificação de sintomas e comportamentos alimentares relacionados a essas condições clínicas[22]. O nutricionista deve realizar avaliação das medidas antropométricas, do comportamento alimentar e dos exames bioquímicos (principalmente em relação a distúrbios hidroeletrolíticos e síndrome da realimentação)[19].

Inicialmente, deve-se realizar uma anamnese abordando informações sociodemográficas, história de saúde atual e pregressa, tratamentos prévios ou em curso, medicamentos, suplementos e qualidade do sono. Adicionalmente, recomenda-se a investigação de sinais e sintomas físicos característicos dos TA, como alterações orais, gastrointestinais, endócrinas e dermatológicas[11,21].

A avaliação antropométrica deve incluir a aferição de peso, estatura e índice de massa corporal (IMC). Além das medidas atuais, é importante avaliar a história de peso e IMC em adultos, bem como a evolução das curvas de crescimento e a maturação sexual em pacientes com idade inferior a 20 anos. Especificamente em relação ao peso, é necessário definir junto com a equipe responsável pelo tratamento qual profissional será o responsável pela pesagem e se o paciente poderá saber o seu peso atual. O conhecimento da evolução do peso pelo paciente pode em alguns casos ser um empecilho para a evolução do tratamento[19,21].

A avaliação dietética deve fornecer informações sobre o padrão alimentar, atitudes relacionadas à alimentação, peso e forma corporal. Adicionalmente, deve-se esclarecer aspectos inerentes ao comportamento alimentar dos pacientes, como história alimentar, caracterização de episódios de compulsão alimentar e métodos compensatórios (tipo e frequência), proibições, aversões e preferências alimentares (prévias e posteriores ao início dos TA)[19,21].

Os comportamentos alimentares disfuncionais são características centrais na psicopatologia dos TA[1]. A correta identificação de tais características é um fator importante na avaliação nutricional de indivíduos com

CARLOS EDUARDO FERREIRA DE MORAES, REBECCA DE ALMEIDA MARAVALHAS, CARLA MOURILHE

Grupo de Obesidade e Transtornos Alimentares (GOTA), Instituto de Psiquiatria (IPUB), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ.

TA[23]. Nesse contexto, os questionários autoaplicáveis são uma alternativa para o rastreamento e avaliação dos TA e das características associadas à sua psicopatologia[24]. Entre as diversas opções disponíveis para avaliação do comportamento alimentar, destacaremos o questionário Disordered Eating Attitude Scale (DEAS).

O DEAS é um questionário de 25 itens desenvolvido para a avaliação de pensamentos e sentimentos relacionados à alimentação, como desejo de não comer e ausência de sentimentos positivos em relação à alimentação. Ele é dividido em 5 subescalas: 1) relação com os alimentos; 2) preocupação com a alimentação e ganho de peso; 3) práticas restritivas e compensatórias; 4) sentimentos em relação à alimentação; e 5) conceito de alimentação normal. Os itens são respondidos em escalas do tipo Likert, com a pontuação total do questionário variando entre 37 e 190 pontos. Valores mais altos indicam comportamentos alimentares mais disfuncionais[25]. O DEAS foi validado para aplicação na população brasileira e conta com uma versão específica para uso com adolescentes[25-27].

Os TA são constructos complexos, que necessitam de uma avaliação que aborde suas diferentes características, contribuindo para a elaboração de um planejamento terapêutico eficaz[24]. Nesse contexto, o DEAS pode ser uma ferramenta para auxiliar o nutricionista na avaliação dessas condições clínicas. Diferentemente de outros questionários validados para a população brasileira, o DEAS aborda todos os comportamentos e atitudes relacionados aos TA. Adicionalmente, o instrumento pode ser útil para predizer sucesso no tratamento, pois a mudança nas atitudes alimentares está associada à redução dos sintomas[25,28].

Tratamento

O tratamento nutricional dos TA deve basear-se em princípios que não se prendam a regras rígidas, como as dietas. Devido ao seu caráter restritivo, as dietas atuam como um dos principais fatores desencadeantes e mantenedores dos TA. Práticas como contagem de calorias ou pesagem de alimentos não devem ser indicadas, evitando, assim, reforçar comportamentos característicos desses transtornos[21].

Metas específicas e individualizadas devem ser estabelecidas, objetivando mudanças graduais e sustentáveis[21]. De uma forma geral, no tratamento nutricional dos TA, deve-se: 1) calcular e monitorar a ingestão energética e de macronutrientes, visando ao alcance da meta de peso estabelecida; 2) garantir a qualidade da alimentação e um padrão alimentar regular, com aumento da quantidade e variedade dos alimentos consumidos; 3) normalizar as percepções de fome e saciedade; 4) dar suporte psicossocial e reforço positivo; 5) elaborar um plano alimentar estruturado; 6) orientar pacientes e cuidadores em relação à seleção dos alimentos, considerando preferências, recursos e outras características individuais; 7) monitorar a evolução do peso e a ingestão de nutrientes, fazendo ajustes quando necessário[19].

Anorexia nervosa

O tratamento nutricional na AN deve objetivar a recuperação do peso corporal, normalização do padrão alimentar e das percepções de fome e saciedade e melhora de aspectos biológicos e psicológicos relacionados ao quadro de desnutrição[22].

A recuperação do peso corporal deve ocorrer de forma gradual. Inicialmente, recomenda-se o estabelecimento de uma meta de peso minimamente saudável. Em adultos, esse peso deve ser equivalente a um IMC superior a 18,5 kg/^{2}. Por sua vez, crianças e adolescentes devem atingir 90% do peso esperado para a altura, conforme as curvas de IMC para esses grupos etários. A recuperação do peso corporal seguirá até que o paciente atinja um IMC entre 19 e 24 kg/m^2. Deve ser enfatizado que não existe um peso ideal, mas sim uma faixa de normalidade que represente a melhora da qualidade de vida e que possa ser mantida por meio de um estilo de vida saudável[29].

No início do tratamento, deve-se planejar também o ganho de peso semanal dos pacientes. As metas de ganho de peso devem ser de 0,2 a 0,5 kg/semana para indivíduos em tratamento ambulatorial e de 0,5 a 1 kg/semana para pacientes hospitalizados. O aporte energético deve ser iniciado em 30 a 40 kcal/kg/dia, evoluindo gradualmente (cerca de 200 a 300 kcal a cada 24-48 horas) até 70 a 100 kcal/kg/dia. Na fase de manutenção do peso corporal, recomenda-se a oferta de 40 a 60 kcal/kg/dia, para fornecer o aporte energético suficiente para as necessidades nutricionais e garantir

CARLOS EDUARDO FERREIRA DE MORAES
REBECCA DE ALMEIDA MARAVALHAS
CARLA MOURILHE

a continuidade do crescimento e desenvolvimento em pacientes adolescentes[19,29].

A alimentação por ingestão oral deve ser a via de escolha para a realimentação de pacientes com AN, por permitir novos aprendizados e a mudança de comportamentos alimentares. No entanto, em alguns casos o suporte nutricional especializado pode ser necessário. Utilizada como último recurso, a alimentação via sonda nasogástrica deve ser gradativamente substituída pela via oral, aumentando a exposição dos pacientes aos alimentos[29]. Os suplementos energéticos podem ser incluídos no planejamento alimentar de pacientes que não estejam conseguindo atingir as recomendações nutricionais prescritas[30].

Além de aspectos relacionados ao ganho de peso, deve-se realizar orientações quantitativas e qualitativas acerca da alimentação. Alguns pontos a serem abordados consistem em: 1) implementação de um plano alimentar composto por seis refeições ao dia, com todos os grupos de alimentos; 2) incentivar a evolução no tamanho das porções dos alimentos, até atingir o que foi estabelecido no planejamento alimentar; 3) orientar quanto à dificuldade de digestão dos alimentos e o funcionamento irregular do intestino, que ocorrem principalmente no início do tratamento[29].

Bulimia nervosa

O principal objetivo do tratamento nutricional na BN é auxiliar o paciente a manter um padrão de refeições estruturadas. Dessa forma, é possível reduzir os seguintes comportamentos que caracterizam a BN: 1) restrição alimentar; 2) episódios de compulsão alimentar; 3) comportamentos compensatórios. Nesse contexto, o aconselhamento nutricional desempenha um papel importante no tratamento multiprofissional. As orientações nutricionais auxiliam a redução dos comportamentos alimentares inadequados, da restrição alimentar, dos métodos compensatórios e o aumento da variedade dos alimentos consumidos[22].

A restrição alimentar é um componente central na psicopatologia da BN. Estudos realizados com animais e humanos apontam que a prática de dietas desencadeia os episódios de compulsão alimentar. As dietas fazem com que os indivíduos aumentem sua preocupação com os alimentos, categorizem os alimentos como bons ou ruins e substituam o controle da ingestão alimentar realizado pelos mecanismos de fome e saciedade por controles externos. Esses mecanismos cognitivos são susceptíveis a interferências de emoções negativas, como frustrações e estresse, podendo desencadear os episódios de compulsão alimentar[31].

A visão perfeccionista da alimentação também é um fator desencadeante dos episódios de compulsão alimentar. Os indivíduos só admitem como saudável uma alimentação extremamente restritiva e não se permitem consumir alimentos saborosos e prazerosos, por considerá-los não saudáveis (por exemplo, chocolate). No entanto, quando ingerem esses alimentos, há sensação de remorso seguida por pensamentos dicotômicos do tipo tudo ou nada. Esses pensamentos motivam o consumo de grandes quantidades do alimento em questão, para, em seguida, proceder novamente à restrição alimentar. Diante do exposto, o tratamento nutricional da BN deve ser baseado no aconselhamento nutricional, na educação nutricional e no planejamento alimentar, entre outras características[14].

Transtorno de compulsão alimentar

A terapia nutricional para pacientes com TCA tem como objetivo a normalização do comportamento alimentar e das percepções de fome e saciedade, a diminuição ou cessação dos episódios de compulsão, o estabelecimento de atitudes alimentares adequadas e o restabelecimento do peso adequado. No entanto, deve-se atentar para que a perda de peso não se torne a principal meta do tratamento[11].

O registro alimentar é o principal instrumento de avaliação e acompanhamento do consumo alimentar dos indivíduos com TCA. Os pacientes devem descrever todos os alimentos consumidos, as respectivas quantidades, locais e horários das refeições. Adicionalmente, deve-se relatar os episódios de compulsão alimentar e os sentimentos associados. Essa é uma ferramenta de automonitoramento, que possibilita uma maior consciência do paciente em relação à sua alimentação e, dessa forma, um maior controle sobre esse aspecto. Ademais, o diário alimentar auxilia o nutricionista na identificação de gatilhos para compulsão alimentar e na avaliação qualitativa e quantitativa do padrão alimentar. Seu uso também é recomendado no tratamento da BN[18,24].

CARLOS EDUARDO FERREIRA DE MORAES, REBECCA DE ALMEIDA MARAVALHAS, CARLA MOURILHE

Grupo de Obesidade e Transtornos Alimentares (GOTA), Instituto de Psiquiatria (IPUB), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ.

O registro alimentar também é um instrumento que orienta a definição de metas do nutricionista juntamente com o paciente. As metas devem ser individuais, a fim de que as mudanças sejam graduais e que seja evitado o reforço de sentimentos negativos relacionados à frustração e à incapacidade por não conseguir atender as expectativas. A abordagem nutricional deve ser sempre realizada de forma positiva, valorizando as conquistas do paciente em cada etapa do tratamento[32].

O restabelecimento dos mecanismos de fome e saciedade é outro aspecto importante no tratamento de indivíduos com TCA[22]. Geralmente, os sinais internos que controlam a ingestão alimentar desses pacientes estão comprometidos em virtude da alimentação caótica que apresentam. Nesse contexto, deve-se buscar trabalhar a atenção e consciência do indivíduo sobre a sua alimentação, além da regularização do padrão alimentar, por meio da realização de cerca de cinco refeições ao dia (desjejum, almoço, jantar e lanches intermediários), conforme as necessidades individuais, evitando a monotonia e proibições alimentares[30].

O planejamento inicial das refeições não deve limitar o consumo calórico por meio de quantidades específicas de cada alimento, pois o estímulo da fome pode atuar como um gatilho para a compulsão. O manejo do peso corporal e as modificações no planejamento da alimentação ocorrerão por meio do monitoramento do registro alimentar, visando a uma seleção adequada de alimentos, priorizando aqueles com menor densidade energética e que promovem maior saciedade. Após a diminuição ou cessação dos episódios de compulsão alimentar, caso a perda de peso seja necessária, busca-se estabelecer metas modestas para a modificação do peso, visando não dificultar a adesão ao esquema alimentar e diminuir o risco de novos episódios de compulsão relacionados à restrição alimentar, facilitando, assim, a manutenção do peso corporal[32].

Conclusão

O nutricionista desempenha papel importante na equipe multiprofissional para tratamentos dos TA. É o profissional responsável pela avaliação do estado nutricional e padrão alimentar dos pacientes, bem como pela realização das intervenções nutricionais. Nesse contexto, destaca-se a importância da atuação de profissionais especializados para a correta identificação de atitudes alimentares disfuncionais em relação à alimentação e, posteriormente, para a realização do aconselhamento nutricional específico para cada TA.

Os autores informam não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.
Fontes de financiamento inexistentes.
Correspondência: Carlos Eduardo Ferreira de Moraes, Av. Venceslau Brás, 71, fundos, Campus Praia Vermelha, Botafogo, CEP 22290-140, Rio de Janeiro/RJ. E-mail: carloseduardofm09@gmail.com

Referências

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.
2. Alvarenga M, Philippi ST. Estrutura, padrão, consumo e atitude alimentar. In: Alvarenga M, Scagliusi FB, Tucunduva Philippi S, organizadores. Nutrição e transtornos alimentares: avaliação e tratamento. Barueri: Manole; 2011. p. 17-35.
3. Stunkard AJ, Allison KC. Binge eating disorder: disorder or marker? Int J Eat Disord. 2003;34:S107-16.
4. Newby PK, Tucker KL. Empirically derived eating patterns using factor or cluster analysis: a review. Nutr Rev. 2004;62:177-203.
5. Scagliusi FB, Ferriolli E, Pfrimer K, Laureano C, Cunha CS, Gualano B, et al. Under-reporting of energy intake is more prevalent in a healthy dietary pattern cluster. Br J Nutr. 2008;100:1060-8.
6. Setnick J. Micronutrient deficiencies and supplementation in anorexia and bulimia nervosa: a review of literature. Nutr Clin Pract. 2010;25:137-42.
7. Aloufy A, Latzer Y. [Diet or health--the linkage between vegetarianism and anorexia nervosa]. Harefuah. 2006;145:526-31, 549.
8. Alvarenga M, Dunker KLL. Padrão e comportamento alimentar na anorexia e na bulimia nervosa. In: Philippi ST, Alvarenga M, organizadores. Transtornos alimentares: uma visão nutricional. Barueri: Manole; 2004. p. 131-48.

9. Rock CL, Curran-Celentano J. Nutritional management of eating disorders. Psychiatr Clin North Am. 1996;19:701-13.
10. Sunday SR, Halmi KA. Micro-and macroanalyses of patterns within a meal in anorexia and bulimia nervosa. Appetite. 1996;26:21-36.
11. Academy of Eating Disorders (AED). Eating disorders: a guide to medical care [Internet]. [cited 2019 Dec 13]. www.nyeatingdisorders.org/pdf/AED%20Medical%20Management%20Guide%203rd%20Edition.pdf
12. Reiff DW, Reiff KKL. Eating disorders: nutrition therapy in the recovery process. Maryland: Aspen Publishers; 1992.
13. Dunker KLL, Alvarenga MS, Pereira DL. Dietas da moda: uso e significado em pacientes com transtornos alimentares. M M Metabólica. 2007;9:100-7.
14. Scagliusi FB, Alvarenga M, Fabbri AD, Queiroz GKO, Polacow VO, Lourenço BH, et al. Protocolo de terapia nutricional para pacientes com bulimia nervosa. In: Alvarenga M, Scagliusi FB, Tucunduva Philippi S, organizadores. Nutrição e transtornos alimentares: avaliação e tratamento. Barueri: Manole; 2011. p. 257-334.
15. Azevedo A, Santos C, Fonseca D. Transtorno da compulsão alimentar periódica. Rev Psiquiatr Clin. 2004;31:170-2.
16. Barreto AL, Figueró AS, Soares RM. Padrão alimentar e manejo nutricional dos transtornos alimentares. In: Nunes MA, Appolinario JC, Galvão AL, Coutinho W, organizadores. Transtornos alimentares e obesidade. 2a ed. São Paulo: Artmed; 2006. p. 117-24.
17. Devorais AMR, Fagundes U. Avaliação e orientação nutricional. In: Claudino AM, Zanella MT, organizadores. Guia de transtornos alimentares e obesidade. 4a ed. Barueri: Manole; 2005. p. 127-35.
18. Pisciolaro F, Sanches C, Colaço C, Labate F, Magri G, Pedrosa MC, et al. Protocolo de terapia nutricional para pacientes com transtorno da compulsão alimentar periódica. In: Alvarenga M, Scagliusi FB, Tucunduva Philippi S, organizadores. Nutrição e transtornos alimentares: avaliação e tratamento. Barueri: Manole; 2011. p. 391-445.
19. Ozier AD, Henry BW; American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: nutrition intervention in the treatment of eating disorders. J Am Diet Assoc. 2011;111:1236-41.
20. Alvarenga M dos S, Scagliusi FB. Tratamento nutricional da bulimia nervosa. Rev Nutr. 2010;23:907-18.
21. Polacow VO, Aquino R de C, Scagliusi FB. Abordagens nutricionais nos transtornos alimentares. In: Alvarenga M, Scagliusi FB, Tucunduva Philippi S, organizadores. Nutrição e transtornos alimentares: avaliação e tratamento. Barueri: Manole; 2011. p. 237-56.
22. American Psychiatric Association. Treatment of patients with eating disorders,third edition. American Psychiatric Association. Am J Psychiatr. 2006;163(7 Suppl):4-54.
23. Aikman SN, Crites SL Jr, Fabrigar LR. Beyond affect and cognition: Identification of the informational bases of food attitudes. J Appl Soc Psychol. 2006;36:340-82.
24. Freitas S, Gorenstein C, Appolinario JC. Instrumentos para a avaliação dos transtornos alimentares. Rev Bras Psiquiatr. 2002;24(Suppl 3):34-8.
25. Alvarenga Mdos S, Scagliusi FB, Philippi ST. Development and validity of the disordered eating attitude scale (DEAS). Percept Mot Skills. 2010;110:379-95.
26. Alvarenga M dos S, Carvalho PHB, Philippi ST, Scagliusi FB. Propriedades psicométricas da Escala de Atitudes Alimentares Transtornadas para adultos do sexo masculino. J Bras Psiquiatr. 2013;62:253-60.
27. Alvarenga MS, Koritar P, Pinzon VD, Figueiredo M, Fleitlich-Bilyk B, Philippi ST, et al. Validação da escala de atitudes alimentares transtornadas para adolescentes. J Bras Psiquiatr. 2016;65:36-43.
28. Eiger MR, Christie BW, Sucher KP. Change in eating attitudes: an outcome measure of patients with eating disorders. J Am Diet Assoc. 1996;96:62-4.

CARLOS EDUARDO FERREIRA DE MORAES, REBECCA DE ALMEIDA MARAVALHAS, CARLA MOURILHE

Grupo de Obesidade e Transtornos Alimentares (GOTA), Instituto de Psiquiatria (IPUB), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ.

29. Larino MA, Fassarella E, Alvarenga M, Scagliusi FB. Protocolo de terapia nutricional para pacientes com anorexia nervosa. In: Alvarenga M, Scagliusi FB, Tucunduva Philippi S, organizadores. Nutrição e transtornos alimentares: avaliação e tratamento. Barueri: Manole; 2011. p. 335-73.
30. Singapore General Hospital. Treating eating disorders: the SGH experience. armour publishing. Singapore: Singapore General Hospital, Eating Disorders Programme; 2019.
31. Polivy J. Psychological consequences of food restriction. J Am Diet Assoc. 1996;96:589-92.
32. Gómez-Candela C, Palma Milla S, Miján-de-la-Torre A, Rodriguez Ortega P, Matía Martín P, Loria Kohen V, et al. Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: bulimia nerviosa, trastorno por atracón y otros. Nutr Hosp. 2018;35:49-97.

ABP TV
INFORMAÇÃO E EDUCAÇÃO

TODAS AS TERÇAS-FEIRAS
20:30 horas ao vivo
Facebook: abpbrasil

O programa ABP TV proporciona educação continuada para você associado e ajuda na luta contra o estigma. Participe!

MONICA DUCHESNE
MARIANNA COELHO CAMPOS
MAENE CRISTINE BENTO PEREIRA

ARTIGO

INTERVENÇÕES PSICOLÓGICAS NO TRATAMENTO DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES

PSYCHOLOGICAL INTERVENTIONS IN THE TREATMENT OF EATING DISORDERS

Resumo

Os transtornos alimentares podem ser definidos por comportamentos disfuncionais relacionados à alimentação, que prejudicam a saúde física e o funcionamento psicossocial. A anorexia nervosa se caracteriza por baixo peso corporal, restrição alimentar, medo de engordar, supervalorização do peso e/ou forma e distúrbio da imagem corporal. A bulimia nervosa se caracteriza pela presença de episódios recorrentes de compulsão alimentar, seguidos por comportamentos compensatórios inadequados para evitar ganho de peso e uma autoavaliação indevidamente influenciada pela forma do corpo ou peso. O papel da psicoterapia no tratamento dos transtornos alimentares é desenvolver técnicas para promover a adesão ao tratamento, melhorar a relação com a imagem corporal, ensinar o controle dos episódios de compulsão alimentar, aumentar a autoestima do paciente, melhorar suas relações interpessoais, ensiná-lo a lidar de modo funcional com emoções intensas e modificar o sistema de crenças associadas ao desenvolvimento e manutenção dos transtornos alimentares. No presente artigo são descritos os modelos de psicoterapia mais testados em estudos clínicos para o tratamento dos transtornos alimentares. A terapia cognitivo-comportamental é considerada o padrão-ouro para o tratamento desses quadros clínicos, em decorrência da quantidade de estudos controlados que consubstanciam as evidências dos bons resultados obtidos com esse modelo de psicoterapia. São também descritas as técnicas implementadas pela terapia interpessoal, terapia comportamental dialética e *mindful eating*.

Palavras-chave: Transtornos alimentares, psicoterapia, terapia cognitivo-comportamental.

Abstract

Eating disorders can be defined by eating-related dysfunctional behaviors that impair physical health and psychosocial functioning. Anorexia nervosa is characterized by low body weight, dietary restriction, fear of gaining weight, overvaluation of body weight and/or shape and body image disorder. Bulimia nervosa is characterized by the presence of recurrent episodes of binge eating, followed by inappropriate compensatory behaviors to prevent weight gain and a self-evaluation unduly influenced by body shape or weight. The goals of psychotherapy in the treatment of eating disorders are to develop techniques to promote treatment adherence, improve the patient's relationship with their body image, teach them how to control binge eating episodes, increase their self-esteem, improve interpersonal relationships, teach them how to functionally deal with intense emotions and modify the belief system associated with the development and maintenance of eating disorders. The present article describes the models of psychotherapy most widely tested in clinical studies for the treatment of eating disorders. Cognitive behavioral therapy is considered the gold standard for the treatment of these clinical conditions, due to the high number of controlled studies that corroborate the evidence of good results obtained with this model of psychotherapy. Techniques implemented by interpersonal therapy, dialectical behavior therapy and mindful eating are also described.

http://dx.doi.org/10.25118/2236-918X-9-3-4

MONICA DUCHESNE[1], MARIANNA COELHO CAMPOS[2], MAENE CRISTINE BENTO PEREIRA[3]

[1] Psicóloga coordenadora, Grupo de Obesidade e Transtornos Alimentares (GOTA), Instituto de Psiquiatria (IPUB), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ. Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione, Rio de Janeiro, RJ. Terapeuta cognitivo-comportamental certificada pela Federação Brasileira de Terapias Cognitivas. [2] Psicóloga colaboradora, GOTA, IPUB, UFRJ, Rio de Janeiro, RJ. Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione, Rio de Janeiro, RJ. Terapeuta cognitivo-comportamental. [3] Psicóloga colaboradora, GOTA, IPUB, UFRJ, Rio de Janeiro, RJ. Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione, Rio de Janeiro, RJ. Terapia cognitivo-comportamental.

Keywords: Eating disorders, psychotherapy, cognitive behavioral therapy.

Introdução

Os transtornos alimentares (TA) são caracterizados por comportamentos disfuncionais relacionados à alimentação, que prejudicam a saúde física e o funcionamento psicossocial[1]. Pacientes com anorexia nervosa (AN) podem ser descritos por baixo peso corporal, restrição alimentar, medo de engordar e supervalorização de seu peso e/ou forma e distúrbio da imagem corporal. Em pacientes com bulimia nervosa (BN), a sintomatologia central é a presença de episódios recorrentes de compulsão alimentar (ECA), seguidos por comportamentos compensatórios inadequados (vômitos autoinduzidos, jejum, etc.) para evitar ganho de peso e uma autoavaliação indevidamente influenciada pela forma do corpo ou peso[1].

O papel da psicoterapia no tratamento dos TA é implementar técnicas que promovam adesão ao tratamento realizado pela equipe multidisciplinar, promover a melhora do distúrbio de imagem corporal, ensinar o controle dos ECA e dos métodos compensatórios[2]. Outros objetivos importantes da psicoterapia são: aumentar a autoestima do paciente, melhorar suas relações interpessoais, ensiná-lo a lidar de modo funcional com emoções intensas e modificar o sistema de crenças associadas ao desenvolvimento e manutenção dos quadros clínicos[2].

Diversos modelos de psicoterapia têm sido empregados no tratamento dos TA para cumprir esses objetivos. No presente artigo vamos descrever os modelos de psicoterapia mais testados em estudos clínicos. A terapia cognitivo-comportamental (TCC) é considerada o padrão-ouro para o tratamento dos TA, em decorrência da quantidade de estudos controlados que consubstanciam as evidências dos bons resultados obtidos com esse modelo de psicoterapia[3,4]. Em função disso, ela será descrita com mais detalhes.

Tratamento da anorexia nervosa, da bulimia nervosa e dos quadros atípicos

Terapia cognitivo-comportamental

Diversos protocolos de TCC foram desenvolvidos para abordar os diferentes perfis de pacientes com TA. Eles variam de 16 a 40 sessões, podendo ser implementados em grupo ou individualmente[5]. A TCC parte do pressuposto de que o sistema de crenças do indivíduo norteia o desenvolvimento dos sentimentos e comportamentos disfuncionais característicos dos TA[6]. Portanto, embora conte com diversas técnicas para modificar emoções e comportamentos disfuncionais, uma meta importante do tratamento é reestruturar o sistema de funcionamento cognitivo associado ao TA[7].

O primeiro passo no tratamento é elaborar a "conceitualização" do paciente, que consiste em uma análise dos fatores que levaram ao desenvolvimento e manutenção do TA, correlacionando os sintomas associados à alimentação com os demais problemas presentes[5]. Após o desenvolvimento da conceitualização, o tratamento é individualizado, e as técnicas descritas a seguir são selecionadas de acordo com os sintomas psicopatológicos apresentados pelo paciente, ao invés de estarem associadas a um diagnóstico específico[5].

Estratégias para o aumento da adesão ao tratamento

As pacientes com BN, em geral, apresentam boa motivação para a psicoterapia, uma vez que desejam aprender a controlar os ECA[2]. Entretanto, envolver pacientes com AN no tratamento pode ser um desafio, uma vez que há aspectos que elas não desejam modificar (por exemplo: baixo peso). O medo acentuado de engordar, agravado pelo distúrbio de imagem corporal, que diminui o *insight* sobre a doença, é um dos fatores que pode aumentar a resistência[2].

Para aumentar a adesão, um primeiro passo é ajudar a paciente a focar nas desvantagens de manter o seu padrão atual de comportamento, com ênfase na identificação de dados que indiquem a piora da sua qualidade de vida após o desenvolvimento do TA[2]. Por exemplo, podem ser citados os níveis aumentados de tristeza, culpa e cansaço, além do grande gasto de tempo com pensamentos sobre alimentos e aparência. Além disso, devem ser demonstrados os possíveis ganhos de uma psicoterapia, tais como melhora das relações interpessoais, diminuição de atritos familiares, melhora da capacidade de regular as emoções, entre outros[2].

MONICA DUCHESNE
MARIANNA COELHO CAMPOS
MAENE CRISTINE BENTO PEREIRA

Melhora da relação com a imagem corporal

Para tratar a distorção da imagem corporal, o primeiro passo é demonstrar para a paciente que ela se percebe de forma distorcida[8]. Para esse fim, podem ser utilizados desenhos do formato corporal da paciente. Em um quadro grande fixado na parede, a paciente desenha o modo como percebe o próprio corpo, enquanto se olha em um espelho. Em seguida, no mesmo quadro, o terapeuta desenha o contorno da silhueta da paciente, para que ela possa verificar o tamanho real do seu corpo, além da discrepância entre o modo como se percebe e o tamanho efetivo[8].

As pacientes com TA podem apresentar diferentes padrões de comportamento em relação à exposição de seu corpo[5]. Algumas evitam olhá-lo e outras o examinam compulsivamente. A checagem compulsiva aumenta a insatisfação com o formato corporal através da atenção seletiva para as partes do corpo insatisfatórias sob a ótica da paciente, o que reforça o pensamento de que ela é gorda e imperfeita, mantendo a insatisfação e preocupação excessiva com a aparência. Assim, a checagem compulsiva deve ser gradativamente reduzida ao longo do tratamento[5].

Outro aspecto importante do trabalho com a imagem corporal é ensinar a paciente a lidar melhor com eventuais imperfeições, e para tal, seu ideal de imagem corporal deve ser modificado[9]. Pacientes com TA costumam ser muito críticas e perfeccionistas, e esse padrão alto de exigência se reflete na aparência que desejam ter. É importante ajudá-las a examinar aspectos positivos de sua aparência e analisar de forma crítica os ideais de corpo veiculados pelas mídias sociais[9]. As pacientes devem ser também incentivadas a pesquisar indivíduos com corpos imperfeitos considerados atraentes e bem-sucedidos, para relativizar a importância da imagem corporal perfeita[9].

Modificação do sistema disfuncional de crenças associadas ao peso e formato corporal

As pacientes com TA compartilham uma psicopatologia central de natureza cognitiva[5]. Enquanto a maioria das pessoas se autoavalia com base no desempenho autopercebido em uma variedade de domínios da vida, indivíduos com TA se julgam excessivamente, ou mesmo exclusivamente, em termos de sua forma corporal, sendo a magreza utilizada como indicador de sucesso, competência e valor pessoal. Os métodos compensatórios e demais comportamentos associados ao TA são secundários a essas ideias supervalorizadas[5].

Para ajudar a paciente a modificar o seu sistema de crenças, a TCC utiliza diversas estratégias. Por exemplo, ela pode ser incentivada a criar um gráfico no "formato de pizza", com o tamanho de cada fatia representando o grau de importância atribuído a cada aspecto da sua vida e o grau de investimento que, na prática, ela faz em cada um dos diferentes fatores identificados. Ao final da tarefa, a paciente poderá observar que aspectos associados ao peso, formato corporal e alimentação representarão as maiores fatias do seu gráfico[2].

Em seguida, várias linhas de análise podem ser utilizadas. Por exemplo, a paciente deve ser ajudada a analisar os efeitos de seu padrão de investimento atual na sua qualidade de vida[2]. Na prática, quais foram os ganhos efetivamente obtidos após o desenvolvimento do TA? A paciente atingiu alguma meta de vida? Por outro lado, há desvantagens em manter a atual preocupação com a perda de peso e os padrões associados de comportamento? O modo como a paciente divide o investimento nos diferentes aspectos de vida trouxe algum tipo de consequência negativa? Além de avaliar os resultados obtidos até o momento, a paciente deve avaliar quais seriam as consequências no longo prazo de manter os atuais padrões de comportamento. Por exemplo, dentro de 10 anos, como será o seu padrão de vida se ela persistir com os hábitos atuais[2]?

Essas linhas de análise objetivam identificar as principais consequências adversas da supervalorização do peso[5]. Uma avaliação aprofundada conduz a paciente a concluir que, com exceção de uma sensação de vitória por ter obtido perda de peso (no caso das pacientes com AN), os demais aspectos da sua vida estão bastante comprometidos: isolamento social, sofrimento associado à utilização dos métodos compensatórios, pensamentos obsessivos sobre alimentação e continuar insatisfeita com a imagem corporal (apesar da redução do peso), etc.[5].

Estratégias para regular estados de humor

Os ECA e/ou os métodos compensatórios podem se tornar estratégias generalizadas de redução de humor negativo[7]. Nesse caso, duas linhas complementares de

MONICA DUCHESNE[1], MARIANNA COELHO CAMPOS[2], MAENE CRISTINE BENTO PEREIRA[3]

[1] Psicóloga coordenadora, Grupo de Obesidade e Transtornos Alimentares (GOTA), Instituto de Psiquiatria (IPUB), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ. Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione, Rio de Janeiro, RJ. Terapeuta cognitivo-comportamental certificada pela Federação Brasileira de Terapias Cognitivas. [2] Psicóloga colaboradora, GOTA, IPUB, UFRJ, Rio de Janeiro, RJ. Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione, Rio de Janeiro, RJ. Terapeuta cognitivo-comportamental. [3] Psicóloga colaboradora, GOTA, IPUB, UFRJ, Rio de Janeiro, RJ. Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione, Rio de Janeiro, RJ. Terapia cognitivo-comportamental.

intervenção podem ser utilizadas: o treinamento em resolução de problemas (TRP) e o desenvolvimento de estratégias para regulação do humor[7]. O objetivo do TRP é desenvolver a capacidade da paciente para lidar com problemas de modo geral, diminuindo as fontes de estresse que atuam como gatilho para a ocorrência do ECA[7]. A paciente deve aprender a identificar os problemas assim que eles surgem e ser treinada para considerar diversas possíveis soluções, avaliar a melhor solução, desenvolver as habilidades necessárias para implementar a solução escolhida e avaliar os resultados obtidos com o processo[7].

Algumas pacientes com TA são extremamente sensíveis a estados de humor negativos e/ou têm dificuldade para modular estados de humor intensos[5]. Nesses casos, uma estratégia útil para aumentar o autocontrole é ensinar a paciente a desacelerar, observar e analisar a sequência de eventos associados ao ECA. Ela deve ser incentivada a analisar em tempo real: (1) o evento que desencadeou o ECA; (2) seus pensamentos, crenças, sentimentos e comportamentos na situação; e (3) sua avaliação sobre sua própria capacidade para tolerar o que está sentindo (por exemplo: "Não sou capaz de tolerar esse desconforto")[5]. Um dos objetivos dessa estratégia é levar a paciente a entender que o ECA envolve uma sequência de passos que se desenrolam rapidamente, mas que pode ser controlada se ela aprender a atuar nos vários pontos do processo, utilizando formas adaptadas de regulação do humor, sem recorrer à alimentação inadequada e aos métodos compensatórios[5].

Também é importante treinar a paciente para tolerar estados de humor desagradáveis, ao invés de obter alívio inadequado por meio do uso dos métodos compensatórios[5]. Para esse fim, é importante explicar que os estados de humor fazem parte da experiência humana normal e que, se a paciente aprender a tolerá-los, os humores negativos raramente persistem por longo tempo[5].

Aumento da autoestima e redução do perfeccionismo

Pacientes com TA apresentam alto nível de exigência, somado à tendência a desqualificar os seus sucessos, o que fortalece a insatisfação com o desempenho pessoal em quase todas as áreas da vida[2]. Esses fatores contribuem para o agravamento do TA, uma vez que reforçam a necessidade de empenhar-se mais arduamente para atingir sucesso de modo geral, sendo enfatizado, em particular, o aspecto considerado mais relevante: o controle da alimentação e da aparência[2]. Por meio desses fatores, o emagrecimento se torna um objetivo primário de vida. Para haver melhora da autoestima, a paciente deve ser ajudada a desenvolver expectativas realistas de desempenho e focalizar sua atenção nos seus sucessos e qualidades[2].

Desenvolvimento de habilidades interpessoais

Os TA podem estar associados a diversos déficits interpessoais. São comuns déficits de assertividade, conflitos nas relações interpessoais, entre outros[10]. A TCC realiza um treinamento de habilidades interpessoais na sessão, e a paciente pratica as habilidades aprendidas em diversos contextos entre as sessões. A diminuição dos déficits interpessoais favorece a modificação da qualidade das relações interpessoais e o aumento da autoestima[10].

Estratégias para a prevenção de recaídas

Ao final do tratamento, as pacientes são orientadas a identificar as situações de alto risco que poderiam dificultar o controle da alimentação no futuro, e com o auxílio do terapeuta, são elaboradas estratégias para lidar com essas situações[7]. Deve ser organizado um plano de manutenção por escrito, contendo a lista das estratégias que foram úteis ao longo do tratamento, das situações que oferecem maior risco para recaídas e as possíveis soluções para lidar com elas[7].

Terapia interpessoal

A terapia interpessoal (TI) parte do pressuposto de que os problemas interpessoais podem agir como desencadeadores ou mantenedores dos sintomas associados aos TA[11]. Quatro áreas são consideradas foco do trabalho: luto complicado, disputas interpessoais, transição de papéis e sensibilidade interpessoal[11].

a) O luto é compreendido como a perda real de uma pessoa querida. Nos lutos prolongados, geralmente encontramos uma negação da perda ou sentimentos de revolta com a pessoa falecida. Isso levaria a uma estagnação na vida emocional e funcional da paciente.

MONICA DUCHESNE
MARIANNA COELHO CAMPOS
MAENE CRISTINE BENTO PEREIRA

b) As disputas de papéis interpessoais são caracterizadas por conflitos em uma relação significativa (por exemplo: conflitos conjugais). As metas de tratamento incluem: ajudar o paciente a entender a natureza da disputa, reconhecer os seus sentimentos conflitantes e encontrar estratégias para manejá-los.
c) As dificuldades para a transição de papéis interpessoais podem ser diagnosticadas quando a pessoa apresenta dificuldades em lidar com mudanças na vida.
d) Sensibilidade interpessoal: caracteriza-se pela dificuldade da paciente em estabelecer uma relação íntima e duradoura; ou ter sentimentos persistentes de solidão e isolamento social, não especificamente relacionados a transições recentes ou disputas interpessoais.

A TI ajuda a paciente a detectar os problemas anteriormente descritos e relacioná-los ao TA[12]. São então escolhidas as duas principais áreas a serem tratadas. Essa limitação é necessária, pois tentar abarcar muitas questões interpessoais em um tempo curto de tratamento poderá gerar sensação de falha ao término da terapia[12].

Terapia comportamental dialética

A terapia comportamental dialética (TCD) realça o papel das dificuldades para regular emoções no desenvolvimento e manutenção dos TA[13]. Em geral, os programas de TCD duram12 meses, que podem ser estendidos para melhorar os resultados obtidos. Além da terapia individual, outro elemento do tratamento é o treinamento de habilidades em grupo[13]. A meta geral desse treinamento é ajudar os indivíduos a modificar padrões comportamentais, emocionais, interpessoais e de pensamento que favorecem a ocorrência dos TA[13].

As sessões de treinamento de habilidades ocorrem no formato de aulas semanais, durante as quais os terapeutas ajudam os pacientes a desenvolverem quatro categorias de habilidades[14]:

a) *Mindfulness*: processo intencional de observar, descrever e participar de uma única atividade no momento presente e sem julgamento. É um modo de prestar atenção e tomar consciência, que nos faz focar de forma não crítica em diversos aspectos, tais como situações, pensamentos, emoções e sensações físicas.
b) Efetividade interpessoal: melhorar a qualidade dos relacionamentos e aumentar a assertividade, entre outras habilidades.
c) Regulação emocional: foca em estratégias direcionadas à diminuição da frequência de emoções disfuncionais.
d) Tolerância a mal-estar: objetiva aumentar a capacidade de tolerar emoções intensas, utilizando técnicas emergenciais de sobrevivência a crises e aceitação da realidade.

De modo geral, na TCD, o terapeuta, por um lado, valida as emoções do paciente e, por outro, encoraja-o a aceitar desconforto psíquico, evitando o uso de comportamentos impulsivos que favorecem ECA e outros comportamentos associados aos TA[14]. A TCD inclui também consultoria por telefone para fornecer suporte ao paciente entre as sessões. O objetivo é treiná-lo a usar as suas habilidades de TCD para lidar efetivamente com as situações difíceis que surgem no seu dia a dia[14].

Tratamento de obesos com compulsão alimentar

Terapia cognitivo-comportamental

As técnicas de TCC anteriormente descritas também são utilizadas no tratamento de obesos com ECA, com o objetivo de desenvolver habilidades interpessoais, aumentar a autoestima, aprender a regular estados de humor e modificar pensamentos e crenças centrais para o desenvolvimento e manutenção do TA[7]. Por exemplo, para diminuir a frequência de ECA, um dos pensamentos a serem reestruturados é o pensamento dicotômico de tudo ou nada ("Já que saí da dieta, vou comer tudo o que eu puder porque amanhã começarei um regime rígido"). Em função desse padrão de raciocínio, quando ocorre um pequeno lapso na dieta, há o abandono total da tentativa de manter o controle sobre a alimentação[7].

Ao contrário das pacientes com AN e BN, os obesos com compulsão tendem a exercitar-se pouco, e o aumento da atividade física é uma importante meta do tratamento[7]. Para aumentar a adesão ao exercício, algumas estratégias podem ser utilizadas: estabelecer modalidades de exercício que a paciente considere agradáveis; examinar as circunstâncias que poderiam dificultar a execução do

MONICA DUCHESNE[1], MARIANNA COELHO CAMPOS[2], MAENE CRISTINE BENTO PEREIRA[3]

[1] Psicóloga coordenadora, Grupo de Obesidade e Transtornos Alimentares (GOTA), Instituto de Psiquiatria (IPUB), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ. Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione, Rio de Janeiro, RJ. Terapeuta cognitivo-comportamental certificada pela Federação Brasileira de Terapias Cognitivas. [2] Psicóloga colaboradora, GOTA, IPUB, UFRJ, Rio de Janeiro, RJ. Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione, Rio de Janeiro, RJ. Terapeuta cognitivo-comportamental. [3] Psicóloga colaboradora, GOTA, IPUB, UFRJ, Rio de Janeiro, RJ. Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione, Rio de Janeiro, RJ. Terapia cognitivo-comportamental.

exercício e planejar antecipadamente possíveis soluções; e elaborar um plano de exercício que seja flexível, podendo incluir uma combinação de exercícios diferentes[7].

Atenção plena alimentar

Mindful eating, ou atenção plena alimentar (APA), consiste na aplicação dos princípios de *mindfulness* ao comportamento alimentar[15]. Os programas da APA incorporam técnicas para desenvolver *mindfulness* em diversas situações do dia a dia, desenvolver a alimentação consciente, gerenciar de modo personalizado o uso de orientações sobre nutrição e atividade física e desenvolver a autoaceitação e o não julgamento[15].

Ao longo do tratamento, são propostos diferentes exercícios para o aumento da conscientização dos gatilhos internos e externos envolvidos na alimentação e o aumento da tolerância ao impulso para comer de modo inadequado[16]. Uma das técnicas utilizadas é a meditação aplicada ao consumo de alimentos, avaliando-os com os cinco sentidos. Um exercício consiste em comer de forma consciente alguns pedaços de chocolate. A meta é focar em saborear cada porção tão plenamente quanto possível: sentir seu cheiro, sua textura e amplificar cada sensação. Além de focar no sabor do alimento, o paciente é incentivado a atentar também para a sensação de plenitude gástrica e a diferença entre a fome e a vontade de comer por razões emocionais[16].

Para aumentar a consciência sobre as escolhas alimentares, pode ser realizada uma refeição acompanhada pelo terapeuta. O paciente deve trazer dois pratos: um da comida favorita menos saudável (mas que ele quer continuar comendo com moderação) e outro que reflita a alimentação saudável. Essa refeição segue um conjunto de diretrizes: escolher comidas por qualidade em vez de quantidade, deixar no prato o alimento que não deseja mais comer, etc.[15].

A APA incentiva a escolha de alimentos considerando tanto a satisfação pessoal como a saúde[15]. É enfatizada a necessidade de autorregulação, conciliando os desejos pessoais com as diretrizes baseadas em nutrição. O paciente obeso é incentivado a diminuir a quantidade de energia consumida de forma flexível e sustentada[15]. A meta é que ele aprenda a equilibrar as suas escolhas com as suas necessidades clínicas, sem perder a sintonia com a satisfação pessoal[15].

Considerações finais

O National Institute for Clinical Excellence[3] conduziu uma análise dos modelos utilizados no tratamento dos TA e concluiu que a TCC deve ser a primeira escolha de tratamento dos TA, em decorrência da quantidade de estudos controlados que evidenciam os bons resultados obtidos com esse modelo de terapia. Adicionalmente, uma metanálise sobre a eficácia do tratamento psicológico dos TA também concluiu que a TCC deve ser recomendada como tratamento de primeira linha para a melhora dos sintomas clínicos[4]. Os estudos com os outros modelos de psicoterapia anteriormente descritos também indicam que eles podem ser eficazes na melhora dos quadros clínicos[4].

Uma questão a ser estudada é a definição da duração do tratamento, de forma a viabilizar o menor custo-benefício para o paciente. A estratégia de inicialmente ofertar terapias mais breves e adicionar módulos extras de psicoterapia apenas para pacientes com dificuldades específicas pode reduzir o custo de tratamento. Pesquisas que identifiquem os preditores de boa resposta a diferentes modelos de psicoterapia são importantes, para que possamos adaptar as intervenções terapêuticas às necessidades de subgrupos de pacientes.

Os autores informam não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.
Fontes de financiamento inexistentes.
Correspondência: Monica Duchesne, Rua Marquês de São Vicente, 124, sala 239, Gávea Trade Center, CEP 22451-040, Gávea, Rio de Janeiro, RJ. E-mail: monica@duchesne.com.br

Referências

1. Associação Americana de Psiquiatria. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição (DSM-5). Porto Alegre: Artmed; 2014.
2. Duchesne M, Costa S. Terapia cognitivo-comportamental dos transtornos alimentares. In: Abreu N, Vasques MFG, Callegaro MM, coordenadores. Curso digital terapias cognitivas: módulo terapias cognitivas e outros transtornos psiquiátricos (parte 1). Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2018.

3. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Eating disorders: core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. London: NICE; 2004.
4. Linardon J, Fairburn CG, Fitzsimmons-Craft EE, Wilfley DE, Brennan L. The empirical status of the third-wave behavior therapies for the treatment of eating disorders: a systematic review. Clin Psychol Rev. 2017;58:125-40.
5. Fairburn CG, Cooper Z, Shafran R, Bohn K, Hawker DM, Murphy R, et al. Enhanced cognitive behavior therapy: the core protocol. In: Fairburn CG. Cognitive behavior therapy and eating disorders. New York: Guilford Press; 2008. p. 47-183.
6. Beck AT. The current state of cognitive therapy: a 40-year retrospective. Arch Gen Psychiatry. 2005;62:954-9.
7. Duchesne M. Terapia cognitivo-comportamental em grupo para pacientes obesos com transtorno da compulsão alimentar periódica [thesis]. Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Saúde Mental do IPUB, UFRJ; 2006.
8. Cash TF, Smolak L. Body image: a handbook of science, practice, and prevention. New York: Guilford Press; 2011.
9. Smolak L, Thompson JK. Body image, eating disorders and obesity in youth: assessment, prevention, and treatment. 2nd ed. Washington: American Psychological Association; 2009.
10. Duchesne M, de Oliveira Falcone EM, de Freitas SR, D'Augustin JF, Marinho V, Appolinario JC. Assessment of interpersonal skills in obese women with binge eating disorder. J Health Psychol. 2012;17:1065-75.
11. Karam AM, Fitzsimmons-Craft EE, Tanofsky-Kraff M, Wilfley DE. Interpersonal psychotherapy and the treatment of eating disorders. Psychiatr Clin North Am. 2019;42:205-18.
12. Miniati M, Callari A, Maglio A, Calugi S. Interpersonal psychotherapy for eating disorders: current perspectives. Psychol Res Behav Manag. 2018;11:353-69.
13. Linehan MM. Treinamento de habilidades em DBT: manual de terapia comportamental dialética para o terapeuta. Porto Alegre: Artmed; 2018.
14. Safer DL, Telch CF, Chen EY. Dialectical behavior therapy for binge eating and bulimia. New York: The Guilford Press; 2017.
15. Duchesne M, Veiga D, Nazar PB. Mindfulness aplicada ao tratamento de obesos com transtorno da compulsão alimentar. In: Neufeld CB, Falcone EMO, Rangè B. Programa de atualização em terapia cognitivo-comportamental: Ciclo 5. Vol. 2. Sistema de educação continuada a distância. Porto Alegre: Procognitiva. 2018. p. 91-132.
16. Kristeller J, Bowman A. The joy of half a cookie: using mindfulness to lose weight and end the struggle with food. São Paulo: Orion; 2015.

ABRETIA
cloridrato de duloxetina

Primeira linha no tratamento da depressão.[1]

Indicações:[2]

- Transtorno depressivo maior (TDM);
- Transtorno de ansiedade generalizada (TAG);
- Fibromialgia (FM) em pacientes com ou sem transtorno depressivo maior (TDM);
- Dor neuropática periférica diabética.

PREÇO ACESSÍVEL[4]

Inibidor de recaptação da noradrenalina e serotonina.[2,3]

Referências: 1. Detke J. Duloxetine, 60 mg Once Daily, for Major Depressive Disorder: A Randomized Double-Blind Placebo-Controlled Trial. J Clin Psychiatry 2002;63(4):308-315. **2.** Bula do produto. **3.** Goldstein D. Duloxetine in the treatment of major depressive disorder. Neuropsychiatr Dis Treat. 2007 Apr; 3(2): 193–209. **4.** http://brasil.kairosweb.com/producto-abretia-25316.

CONTRAINDICAÇÕES: ESTE MEDICAMENTO É CONTRAINDICADO EM PACIENTES COM HIPERSENSIBILIDADE CONHECIDA À DULOXETINA OU A QUALQUER UM DOS SEUS EXCIPIENTES. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** INIBIDORES DA MONOAMINOXIDASE (IMAO): COM BASE NA MEIA-VIDA DA DULOXETINA, DEVEM-SE PASSAR,NO MÍNIMO, CINCO DIAS DA INTERRUPÇÃO DO CLORIDRATO DE DULOXETINA ATÉ O INÍCIO DE UM TRATAMENTO COM UM IMAO.

Abretia® (cloridrato de duloxetina). Apresentações: Cápsula dura de liberação retardada 30 mg- cloridrato de duloxetina - embalagem contendo 7 e 30 cápsulas e cápsula dura de liberação retardada 60 mg- cloridrato de duloxetina - embalagem contendo 7 e 30 cápsulas. Indicações: é indicado para o tratamento de: transtorno depressivo maior; dor neuropática periferica diabética; fibromialgia (FM) em pacientes com ou sem transtorno depressivo maior (TDM); estados de dor crônica associados à dor lombar crônica; estados de dor crônica associados à dor devido à osteoartrite de joelho (doença articular degenerativa) em pacientes com idade superior a 40 anos; transtorno de ansiedade generalizada. Transtorno de ansiedade generalizada (ansiedade e preocupação excessivas, presentes na maioria dos dias, por pelo menos seis meses). Contraindicações: Este medicamento é contraindicado em pacientes com hipersensibilidade conhecida à duloxetina ou a qualquer um dos seus excipientes. O cloridrato de duloxetina não deve ser administrado concomitantemente com inibidores da monoaminoxidase (IMAO) e deve ser administrado, no mínimo, 14 dias após a interrupção do tratamento com um IMAO. Com base na meia-vida da duloxetina, deve-se aguardar, no mínimo, 5 dias após a interrupção do tratamento com este medicamento, antes de se iniciar o tratamento com um IMAO. Advertências: Suicídio: a possibilidade de uma tentativa de suicídio é inerente ao transtorno depressivo maior e a outros transtornos psiquiátricos e pode persistir até que ocorra uma remissão significativa dos sintomas depressivos. Os médicos devem incentivar seus pacientes a relatarem, a qualquer momento, quaisquer tipos de pensamentos ou sentimentos aflitivos. Ativação de mania / hipomania: cloridrato de duloxetina deve ser usado com cuidado em pacientes com histórico de mania. Convulsões: cloridrato de duloxetina deve ser usado com cuidado em pacientes com histórico de convulsão. Midríase: deve-se tomar cuidado ao se prescrever este medicamento para pacientes com aumento da pressão intraocular ou para aqueles com risco de glaucoma de ângulo fechado. Insuficiência renal ou hepática: foram descritas concentrações plasmáticas elevadas de cloridrato de duloxetina em pacientes com insuficiência renal grave (clearance de creatinina < 30 ml/min) ou com insuficiência hepática grave. Elevação das enzimas hepáticas: elevações nas enzimas hepáticas foram vistas em alguns pacientes tratados com cloridrato de duloxetina em estudos clínicos. Este medicamento deve ser usado com cautela em pacientes que façam uso considerável de álcool ou que tenham evidência de doença hepática preexistente. Aumento da pressão sanguínea: o cloridrato de duloxetina está associado ao aumento da pressão sanguínea em alguns pacientes. Hiponatremia: casos de hiponatremia (índice sérico de sódio menor que 110 mmol/L) foram relatados muito raramente. Sangramento anormal: pode ocorrer risco de sangramentos, incluindo sangramentos gastrointestinais. Por isso, deve-se ter cuidado ao se administrar este medicamento em pacientes que façam uso de anticoagulantes e/ou substâncias que afetem a coagulação (por exemplo: Aspirina® e anti-inflamatórios não esteroidais - AINEs). Carcinogênese e Mutagênese: É desconhecida a relevância destas informações obtidas em estudos com camundongos e em humanos. Danos à fertilidade: Em um estudo de fertilidade em fêmeas, o nível sem efeito observável (NOEL) para toxicidade materna, toxicidade reprodutiva e toxicidade relativa ao desenvolvimento foi de 10 mg/Kg/dia. Gravidez (categoria C): não houve estudos bem-controlados e adequados em mulheres grávidas. Devido ao fato dos estudos de reprodução animal nem sempre predizerem a resposta em humanos, este medicamento deve ser usado em gestantes somente se o benefício potencial justificar o risco para o feto. Sintomas de descontinuação (por exemplo: hipotonia, tremor, nervosismo, dificuldade de alimentação, desconforto respiratório e convulsões) podem ocorrer no recém-nascido caso a mãe use cloridrato de duloxetina próximo ao parto. A maioria dos casos ocorreu no nascimento ou poucos dias após. Lactação: a duloxetina é excretada no leite materno. A dose infantil diária estimada, baseada em mg/Kg, é de aproximadamente 0,14% da dose materna. Devido à segurança de cloridrato de duloxetina em crianças ser desconhecida, não é recomendável amamentar durante o tratamento com este medicamento.Trabalho de parto e no parto: o efeito de cloridrato de duloxetina sobre o trabalho de parto e no parto em humanos é desconhecido. Este medicamento deve ser usado durante o trabalho de parto e no parto somente se o benefício justificar o risco potencial para o feto. Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas ou amamentando sem orientação médica ou do cirurgião-dentista. Efeitos não teratogênicos: recém-nascidos expostos a ISRS ou IRSN no final do 3º trimestre desenvolveram complicações, exigindo hospitalização prolongada, suporte respiratório e alimentação via sonda. Efeitos na capacidade de dirigir e operar máquinas: Durante o tratamento, o paciente não deve dirigir veículos ou operar máquinas, pois sua habilidade e atenção podem estar prejudicadas. Avaliação de pacientes quanto ao transtorno bipolar: Embora não haja estudos clínicos estabelecidos sobre o assunto, acredita-se que o tratamento de tais episódios com um antidepressivo isolado possa aumentar a probabilidade de antecipação de um evento maníaco/misto em pacientes com risco para desenvolverem o transtorno bipolar. Deve-se observar que este medicamento não está aprovado para o tratamento de depressão bipolar. Síndrome serotoninérgica: o desenvolvimento de uma síndrome serotoninérgica com potencial risco de vida ao paciente pode ocorrer com o uso com cloridrato de duloxetina, em particular com o uso concomitante de drogas serotoninérgicas (incluindo triptanos) e com drogas que prejudicam o metabolismo da serotonina (incluindo IMAOs). Uso pediátrico: este medicamento não é indicado para uso em pacientes menores de 18 anos. Atenção diabéticos: contém açúcar. Interações medicamentosas: Inibidores da monoaminoxidase (IMAO): houve relatos de reações graves, as vezes fatais, em pacientes recebendo um inibidor da recaptação de serotonina em combinação com um IMAO. Antidepressivos tricíclicos (ATC): deve-se ter cuidado com a administração simultânea de antidepressivos tricíclicos (ATC) e duloxetina, pois esta pode inibir o metabolismo dos ATC. Drogas metabolizadas pela CYP1A2: em um estudo clínico, a farmacocinética da teofilina, um substrato da CYP1A2, não foi afetada de forma significativa pela coadministração com cloridrato de duloxetina (60 mg, duas vezes ao dia). Inibidores da CYP1A2: Aconselha-se cautela ao se administrar cloridrato de duloxetina com inibidores da CYP1A2 (por exemplo: alguns antibióticos à base de quinolona) e, nesse caso, uma dose mais baixa de cloridrato de duloxetina deve ser usada. Drogas metabolizadas pela CYP2D6: deve-se ter cuidado quando se administrar cloridrato de duloxetina com medicamentos predominantemente metabolizados pela CYP2D6 e com índice terapêutico estreito. Inibidores da CYP2D6: Aconselha-se cuidado ao se administrar cloridrato de duloxetina com inibidores da CYP2D6 (por exemplo: ISRS). Drogas metabolizadas pela CYP3A: não se espera um aumento ou diminuição no metabolismo de substratos da CYP3A (por exemplo: contraceptivos orais ou outras drogas esteroidais) associado ao tratamento com cloridrato de duloxetina. No entanto, estudos clínicos ainda não foram realizados para avaliar este parâmetro. Drogas metabolizadas pela CYP2C9: Em um estudo clínico, a farmacocinética da S-varfarina, um substrato da CYP2C9, não foi significativamente afetada pela duloxetina. Álcool: três pacientes tratados com cloridrato de duloxetina tiveram lesões hepáticas manifestadas através da elevação de ALT e bilirrubina total, com evidência de obstrução. Antiácidos e antagonistas H2: É aconselhável cuidado ao se administrar cloridrato de duloxetina para pacientes que possam apresentar retardo no esvaziamento gástrico (por exemplo: alguns pacientes diabéticos). Medicamentos que aumentam o pH gastrointestinal podem promover uma liberação precoce de duloxetina. Fitoterápicos: a ocorrência de eventos indesejáveis pode ser mais comum durante o uso concomitante de cloridrato de duloxetina com preparações fitoterápicas que contenham a Erva de São João (Hypericum perforatum). Drogas com altas taxas de ligação a proteínas plasmáticas: a duloxetina encontra-se altamente ligada a proteínas plasmáticas (> 90%). Portanto, a administração de cloridrato de duloxetina a pacientes tomando outra droga que esteja altamente ligada a proteínas plasmáticas pode causar aumento das concentrações livres da outra droga. Triptanos: houve raros relatos de síndrome serotoninérgica com o uso de inibidores seletivos da recaptação de serotonina e um triptano. Exames laboratoriais e não laboratoriais: em estudos clínicos para o tratamento da dor neuropática periferica diabética, observou-se um pequeno aumento na glicemia de jejum e no colesterol total dos pacientes que usaram cloridrato de duloxetina. Já em estudos clínicos para transtorno depressivo maior, observou-se pequenos aumentos médios nos exames para dosagem de TGP (ALT), TGO (AST), CK (CPK) e fosfatase alcalina. Nicotina: a biodisponibilidade de cloridrato de duloxetina parece ser cerca de um terço mais baixa em fumantes do que em não-fumantes. Reações adversas; Durante os estudos para o tratamento do transtorno depressivo maior, os seguintes eventos adversos foram descritos com o uso de cloridrato de duloxetina (N=3.779): Reações muito comum (> 10%): boca seca, náusea, fadiga, diminuição do apetite, tontura, dor de cabeça, contipação, diarreia, vômito, midríase, visão borrada,sonolência e insônia. Reações comuns (> 1% e < 10%): palpitação, zumbido no ouvido, vertigem, visão borrada, constipação, diarreia, vômito, dispepsia, dor abdominal, flatulência, fadiga, sede, queda, diminuição de peso, aumento da pressão sanguínea, diminuição do apetite, rigidez muscular, achados laboratoriais relacionados à alterações de enzimas hepáticas, dor musculoesquelética, espasmo muscular, parestesia, tontura, sonolência, tremor, parestesia, insônia, aumento da pressão sanguínea, alteração do orgasmo, diminuição da libido, ansiedade, agitação, sonhos anormais, alteração da frequência urinária, disturbio da ejaculação e atenção, bruxismo, suores noturnos, disfunção erétil, retardo na ejaculação, disuria, dor orofaríngea, bocejo, hiperidrose, suores noturnos, prurido e rubor. Reação incomum (> 0,1% e < 1%): taquicardia, vertigem, dor de ouvido, midríase, disturbio visual, ressecamento ocular, eructação, gastroenterite, hipotireoidismo, gastrite, hemorragia gastrointestina, estomatite, disfagia, sensação de anormalidade, sensação de frio, sensação de calor, mal estar, sede, calafrio, laringite, aumento de peso, contração muscular, disturbio de atenção e da marcha, aumento do colesterol, desidratação, rigidez muscular, letargia, disgeusia, mioclonia, baixa qualidade do sono, disturbios do sono, bruxismo, desorientação, apatia, noctúria, hesitação urinária, retenção urinária, disuria, diminuição do fluxo urinário, noctúria, poliúria, diminuição do fluxo urinário, dor testicular, disfunção sexual, disturbio menstrual, reação de fotossensibilidade, suor frio, dermatite de contato, maior tendência à contusão, extremidades frias e hipotensão ortostática. Reação rara (> 0,01% e < 0,1%): dor de ouvido, halitose, reação de fotossensibilidade, dermatite de contato, hipotensão ortostática, mioclonia, odor urinário anormal, disturbio menstrual, sintomas da menopausa e constrição da orofaringe. Posologia: Abretia® deve ser administrado por via oral, independentemente das refeições. Não administrar mais que a quantidade total de Abretia® recomendada para períodos de 24 horas. Caso o paciente se esqueça de tomar uma dose, deverá toma-la assim que lembrar. Entretanto, se for quase a hora da próxima dose, o paciente deverá pular a dose esquecida e tomar imediatamente a dose planejada. Este medicamento não deve ser partido, aberto ou mastigado. Tratamento inicial para transtorno depressivo maior, dor neuropática periferica diabética, fibromialgia, estados de dor crônica associados à dor lombar crônica e a dor devido à osteoartrite de joelho, transtorno da ansiedade generalizada e doses para pacientes com insuficiência renal: O tratamento com cloridrato de duloxetina deve ser iniciado com uma dose de 60 mg, administrada uma vez ao dia. Para alguns pacientes pode ser conveniente iniciar o tratamento com a dose de 30 mg, uma vez ao dia, durante uma semana, de forma a permitir que os pacientes adaptem-se à medicação, antes de aumentar a dose para 60 mg, administrada uma vez ao dia. Não há evidências de que doses superiores a 60 mg/dia confiram benefícios adicionais. A segurança de doses acima de 120 mg, uma vez ao dia não foi adequadamente avaliada. E consenso que os episódios agudos do transtorno depressivo maior e de ansiedade generalizada (TAG) necessitam de uma terapia farmacológica de manutenção, geralmente por vários meses ou mais longa. Este medicamento deve ser administrado em uma dose total de 60 mg e de 60-120 mg (TAG), uma vez ao dia. Dor neuropática periferica diabética - A eficácia de cloridrato de duloxetina deve ser avaliada individualmente, já que a progressão da dor neuropática periferica diabética é bastante variável e o controle da dor é empírico. Fibromialgia - A eficácia de cloridrato de duloxetina no tratamento da fibromialgia foi demonstrada em estudos placebo-controlados por até 3 meses. Estados de dor crônica associados à dor lombar crônica e a dor devido à osteoartrite de joelho - A eficácia de cloridrato de duloxetina não foi estabelecida em estudos placebo-controlados além de 13 semanas. Interrupção do tratamento - Quando o tratamento com cloridrato de duloxetina precisar ser interrompido é recomendável que se faça uma redução gradual de sua dose (devendo ser reduzida pela metade ou administrada em dias alternados) por um período, de no mínimo, 2 semanas antes da interrupção completa do tratamento. Se após a diminuição da dose de cloridrato de duloxetina, ou sua suspensão, surgirem sintomas intoleráveis, deve-se considerar retomar à dose de cloridrato de duloxetina usada antes de sintomas serem descritos. Posteriormente, a interrupção poderá ser novamente instituída, mas com uma diminuição mais gradual da dose. Dose para pacientes com insuficiência hepática: não é recomendada a administração de cloridrato de duloxetina em pacientes com insuficiência hepática. Entretanto, em situações em que houver uma avaliação médica criteriosa, uma dose mais baixa e menos frequente de Cloridrato de duloxetina deverá ser considerada. Dose para pacientes idosos: para transtorno da ansiedade generalizada, o tratamento com cloridrato de duloxetina deve iniciar com a dose de 30 mg, uma vez ao dia, durante duas semanas, antes de aumentar a dose para 60 mg. Consequentemente, pacientes podem se beneficiar de doses acima de 60 mg, uma vez ao dia. A dose máxima estudada é de 120 mg por dia. Para todas as outras indicações, nenhum ajuste de dose é recomendado para pacientes idosos. MS: 1.0390.0192. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. SÓ PODE SER VENDIDO COM RETENÇÃO DA RECEITA. SAC 08000 25 01 10. Para ver o texto de bula na íntegra, acesse o site www.fqm.com.br.

0800 025 0110
sac@fqm.com.br

ABR/2019

Material destinado exclusivamente à classe médica

SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.

FQM FARMA®
CONSCIÊNCIA PELA SAÚDE

Uma divisão do FQM GRUPO.

V Curso ABP / APAL / WPA de
Atualização em Esquizofrenia
22 e 23 de Maio de 2020 - São Paulo / SP

EVENTO ESPECIAL sobre a ESQUIZOFRENIA e suas implicações clínicas e científicas.

ATUALIZE-SE sobre este transtorno que atinge cerca de 1% DA POPULAÇÃO MUNDIAL.

Participe!

Participe do MELHOR EVENTO sobre EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS do Brasil!

Tema de conhecimento ESSENCIAL para todos os PROFISSIONAIS DE SAÚDE.

Inscreva-se!

VII Jornada Nacional de
EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS
São Paulo, 03 e 04 de Julho de 2020

IV SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE NEUROCIÊNCIAS DA ABP
São Paulo, 14 e 15 de Agosto de 2020

Evento de QUALIDADE INTERNACIONAL com participação de GRANDES NOMES da psiquiatria dentro dos temas de NEUROCIÊNCIAS.

Não perca!

PARTICIPE DE SORTEIOS EXCLUSIVOS

TODA SEMANA

ACESSE NOSSA NEWSLETTER

Associado, toda semana realizamos sorteios através da nossa newsletter. Concorra a livros, cursos e inscrições de eventos em todo o Brasil!

ABP
Associação
Brasileira de
Psiquiatria

ADRIANA F. C. DÁQUER
MONICA DUCHESNE
CRISTIANE SIMÃO

ARTIGO

A IMPORTÂNCIA DA ABORDAGEM FAMILIAR NO TRATAMENTO DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES

THE IMPORTANCE OF FAMILY INTERVENTIONS IN THE TREATMENT OF EATING DISORDERS

Resumo

Os transtornos alimentares (TA) se caracterizam por comportamentos alimentares inadequados, que prejudicam a saúde física, interferem nas relações psicossociais do indivíduo e causam impacto negativo nas relações familiares e sobre os cuidadores. Uma vez que a faixa etária mais comum de início dos sintomas corresponde à adolescência e ao início da vida adulta, o sistema familiar possui potencial terapêutico e pode contribuir para a manutenção dos ganhos obtidos. Por isso, vários estudos se concentram em intervenções com a participação da família. Inicialmente, as terapias familiares para TA focaram a atenção na anorexia nervosa (AN), em virtude de sua maior gravidade. Com o tempo, as abordagens exitosas têm sido adaptadas ao tratamento de outros TA, tais como a bulimia nervosa (BN) e o transtorno alimentar restritivo evitativo (TARE). Atualmente, o *family-based treatment* (FBT) é considerado padrão-ouro em inclusão familiar no contexto do tratamento dos TA, com amplas evidências indicando os seus resultados. Neste artigo, além do FBT, abordaremos a terapia familiar sistêmica, focando nas mudanças da dinâmica familiar.

Palavras-chave: Transtornos alimentares, terapia de família, FBT, terapia familiar sistêmica.

Abstract

Eating disorders are characterized by inappropriate eating behaviors, with great impairment to the individual's physical health and psychosocial relationships and with strong impact on family relationships and on caregivers. As the age of onset of these symptoms usually lies within adolescence and young adulthood, the family system may contribute to the improvement of the clinical condition and maintenance of the gains achieved. Therefore, several studies focusing on family interventions and family participation have been conducted. The initial focus of family therapies for eating disorders was anorexia nervosa (AN), due to its severity. However, over time, successful approaches have been adapted to other eating disorders, such as bulimia nervosa (BN) and avoidant restrictive food intake disorder (ARFID). Currently, family-based treatment (FBT) is considered the gold standard for family inclusion in the treatment of Eds, with a wide body of evidence suggesting positive results. In this article, in addition to FBT, we will also address systemic family therapy, with a focus on changes in family dynamics.

Keywords: Eating disorders, family therapy, family-based treatment, systemic family therapy.

Introdução

Os transtornos alimentares (TA) são doenças associadas a uma significativa morbidade psiquiátrica e clínica, elevada mortalidade, considerável sofrimento e prejuízo familiar e uma acentuada carga sobre as famílias[1]. Os TA caracterizam-se por percepções distorcidas sobre o corpo, a alimentação e o impacto das mesmas em suas relações. Como o início desses sintomas costuma ser na adolescência e na idade adulta jovem, as famílias são diretamente afetadas em sua dinâmica, e por sua vez, o sistema familiar pode contribuir para a melhora do quadro clínico. Por isso, vários estudos sobre a intervenção e participação da família têm sido realizados nessa área.

http://dx.doi.org/10.25118/2236-918X-9-3-5

ADRIANA F. C. DÁQUER[1], MONICA DUCHESNE[2], CRISTIANE SIMÃO[3]

[1] Psicóloga colaboradora, Grupo de Obesidade e Transtornos Alimentares (GOTA). Instituto de Psiquiatria (IPUB), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ. Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione, Rio de Janeiro, RJ. Terapeuta de família pelo Instituto NOOS, São Paulo, SP. Terapeuta cognitivo-comportamental. [2] Psicóloga coordenadora, GOTA, IPUB, UFRJ, Rio de Janeiro, RJ. Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione, Rio de Janeiro, RJ. Terapeuta certificada pela Federação Brasileira de Terapias Cognitivas. [3] Psicóloga colaboradora, GOTA, IPUB, UFRJ, Rio de Janeiro, RJ. Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione, Rio de Janeiro, RJ. Terapeuta cognitivo-comportamental.

Os estudos iniciais sobre as relações familiares e o desenvolvimento dos TA levaram à crença de que as mesmas eram culpadas por provocar e manter os TA e, por isso, eram afastadas do paciente, e esse afastamento favoreceria um tratamento mais adequado[1]. Esses pressupostos muitas vezes acabavam por afastar as famílias inteiramente e aumentar a sua resistência ao tratamento.

Ao longo do tempo, surgiram novos estudos[2] que contribuíram para o entendimento de que a abordagem das famílias pode ser muito útil para o desfecho do tratamento. Uma adequada orientação aos pais poderia ajudar nos cuidados e mudanças comportamentais e cognitivas, complementando o trabalho dos demais membros da equipe.

A atribuição de culpa às famílias, inicialmente, dificultava a criação de vínculos ao longo do tempo. Então, novas estratégias foram implementadas, buscando evitar esse sentimento de culpa. Passou-se a informar aos pais que os TA tem múltiplos fatores de desenvolvimento e, por isso, ao invés de focar em culpados, dever-se-ia focar no problema[3]. Neste artigo, iremos abordar como a dinâmica familiar afeta o curso do TA e quais as intervenções familiares mais estudadas até o momento.

Dinâmica familiar e influência na manutenção dos transtornos alimentares

Nos anos 50, vários profissionais, nos EUA, que atendiam pacientes com TA individualmente começaram a entrevistar suas famílias e perceberam sua influência na manutenção da doença. Observou-se que os comportamentos estranhos e desviantes do paciente eram mais bem compreendidos quando se observava a maneira como a família interagia com os mesmos e como havia se desenvolvido o TA. Esse novo enfoque terapêutico propunha que se considerasse o "paciente identificado dentro de um contexto interacional e interpessoal, de modo que seus sintomas fossem vistos dentro do sistema de inter-relações do qual faz parte"[4].

Em 1978, o psiquiatra argentino Salvador Minuchin fez seu trabalho acadêmico na Clínica de Orientação Infantil da Universidade da Pensilvânia, publicando junto com colegas da universidade o livro *Psychosomatic families: anorexia nervosa in context* (em português, *Famílias psicossomáticas: anorexia nervosa em contexto*)[5]. Nesse trabalho, ele defendia que o tratamento do paciente deveria focar na família, na análise e na mudança dos seus padrões relacionais, buscando fazê-la perceber os seus padrões rígidos, a evitação de conflitos e as relações com excessivo envolvimento.

Bowen, a partir dos seus estudos sobre as relações de pacientes com seus familiares, principalmente a mãe, propôs uma teoria mais abrangente sobre a terapia familiar, que pressupunha que as pessoas são produto do seu contexto social, mas limitaram o foco apenas à família nuclear[6]. O autor propôs que as forças passadas e presentes é que moldariam essa influência na rede mais ampla dos relacionamentos familiares. As relações familiares anteriores, de cada genitor, irão influenciar as relações atuais da nova família nuclear[7].

Para ele, os relacionamentos humanos são impulsionados por duas forças de vida que se equilibram: individualidade e proximidade[8]. Desse modo, uma relação familiar saudável depende da manutenção de experiências afetivas positivas e de razoável interação, porém mantendo-se a própria identidade, o seu papel e a diferenciação com relação aos outros membros. Em sua teoria, Bowen sugere que as famílias se utilizam de triângulos (formação de tríades de relacionamento, ao invés de pares) para lidar com a ansiedade, e o triângulo primário, pai-mãe-indivíduo, é o triângulo-chave da família[7].

Revisão dos modelos de tratamento com base familiar com melhores evidências

Maudsley family-based treatment

Foi desenvolvido pela primeira vez por Christopher Dare et al. no Maudsley Hospital em Londres[9] e posteriormente estudado nos EUA por David Le Grange & James Lock[10], que forneceram mais informações e evidências de sua eficácia e cunharam o termo terapia de base familiar (*family-based therapy* – FBT)[11]. A abordagem de Maudsley foi testada em ensaios clínicos randomizados e demonstrou a sua eficácia em relação à importância dos pais em servir como recursos terapêuticos para ajudar os seus filhos a se recuperarem dos TA, contestando a crença de que as famílias são responsáveis pela doença. Esta é uma abordagem ambulatorial, semiestruturada, constituída por 15 a 20 sessões, manualizada, e tem como foco a mobilização de pais e parentes na promoção

ADRIANA F. C. DÁQUER
MONICA DUCHESNE
CRISTIANE SIMÃO

da restauração do peso e alimentação saudável dos seus filhos, melhora do relacionamento entre pais e filhos e o desenvolvimento do adolescente de volta ao trilho.

O Manual Maudsley, que contém as orientações a serem seguidas pelos terapeutas na condução da FBT, é dividido em três fases[12]. Na primeira fase, a família é auxiliada a ganhar controle imediato sobre o problema do controle de peso, orientando sobre os riscos e consequências da desnutrição. Essa fase enfatiza a construção de uma forte aliança parental, encorajando esforços de suporte de outros membros e permitindo à família trabalhar em colaboração para promover a restauração de peso do seu filho com anorexia nervosa (AN). Também inclui um tópico relacionado à alimentação em família, no qual os pais e cuidadores são encorajados a serem firmes, porém gentis, em fazer com que seu filho coma adequadamente. Na segunda fase, assim que as demandas de alimentação são aceitas, o controle é gradualmente devolvido ao adolescente, os pais são orientados a permitir escolhas nas refeições e lanches, e outras questões do funcionamento familiar começam a ser abordadas. Na terceira fase, o foco encontra-se no estabelecimento de uma identidade saudável do adolescente depois que o jejum termina, e a restauração do peso é alcançada. Nessa etapa, o foco muda para ajudar o adolescente a negociar tarefas normais de desenvolvimento e os pais a estabelecer limites apropriados para a independência iminente do seu filho[13].

Os estudos iniciais do FBT foram realizados com pacientes com diagnóstico de AN e seus familiares. Mais recentemente, tem-se ampliado os estudos para pacientes com outros tipos de TA, como no caso da bulimia nervosa (BN). O FBT para BN incentiva o controle dos pais e o gerenciamento de comportamentos de transtorno alimentar sem ênfase na alteração do pensamento patológico relacionado à forma e ao peso.

Também foram apresentadas evidências preliminares da aplicação do FBT às apresentações do transtorno alimentar restritivo/evitativo (TARE), cujo acrônimo em inglês é ARFID (*avoidant restrictive food intake disorder*). A principal característica do TARE é a esquiva ou restrição da ingestão alimentar, manifestada por fracasso clinicamente significativo em satisfazer as demandas de nutrição ou ingestão energética suficiente, por meio de ingestão oral de alimento. Ocorre geralmente durante a infância, é um transtorno grave e implica em risco de vida[14]. Lock et al.[15] publicaram um relato de caso indicando que os resultados favoráveis da FBT (por exemplo, empoderamento dos pais, externalização e reforço de sérias consequências médicas e de desenvolvimento) também são aplicáveis a pacientes com TARE. Os escores de gravidade do TARE, de acordo com o instrumento de avaliação Pica, ARFID and Rumination Disorder Interview (PARDI), mostraram uma maior redução na gravidade (d = 0,83). Os resultados também mostraram fortes diferenças na alteração da autoeficácia parental, favorecendo o FBT para TARE (d = -1,49)[15]. Esses resultados, obtidos com outras evidências de apoio ao FBT em uma variedade de contextos e diagnósticos, reforçam a necessidade de estudos contínuos, bem como de ensaios clínicos randomizados de larga escala para promover o uso do FBT em contextos clínicos[16].

Terapia familiar sistêmica

A terapia familiar sistêmica propõe a mudança de foco do indivíduo para o sistema familiar e reconhece a retroalimentação positiva na promoção de saltos qualitativos do sistema familiar[17]. A teoria sistêmica foi influenciada por diferentes campos da ciência, como o funcionalismo, a biologia e a teoria da comunicação, porém as influências mais significativas vieram da teoria geral dos sistemas e da ramificação desta, a cibernética.

O funcionalismo de Gregory Bateson teve papel importante na construção dessa nova teoria. A forma de pensar o contexto social foi importante para os terapeutas de família compreenderem essa perspectiva. Assim, famílias são organismos vivos que se reorganizam quando passam por tensões, sejam elas provocadas por mudanças externas (mudança de emprego, transferências) ou internas (nascimento de um filho, casamentos).

A reorganização familiar só é possível através do equilíbrio dinâmico entre tendência homeostática e capacidade de mudança. As relações familiares buscam sempre voltar à sua forma anterior, mesmo que esta se mostre disfuncional, pois é um equilíbrio de forças conhecido o que traz familiaridade e conforto aos seus membros. Porém, é a capacidade de mudança que promove a adaptação da estrutura familiar a novas circunstâncias[18] e permite a sua evolução e permanência ao longo do tempo.

ADRIANA F. C. DÁQUER[1], MONICA DUCHESNE[2], CRISTIANE SIMÃO[3]

[1] Psicóloga colaboradora, Grupo de Obesidade e Transtornos Alimentares (GOTA). Instituto de Psiquiatria (IPUB), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ. Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione, Rio de Janeiro, RJ. Terapeuta de família pelo Instituto NOOS, São Paulo, SP. Terapeuta cognitivo-comportamental. [2] Psicóloga coordenadora, GOTA, IPUB, UFRJ, Rio de Janeiro, RJ. Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione, Rio de Janeiro, RJ. Terapeuta certificada pela Federação Brasileira de Terapias Cognitivas. [3] Psicóloga colaboradora, GOTA, IPUB, UFRJ, Rio de Janeiro, RJ. Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione, Rio de Janeiro, RJ. Terapeuta cognitivo-comportamental.

A biologia também influenciou a teoria familiar sistêmica, com os conceitos de fronteira e subsistemas. Os membros da família se organizam em subsistemas, e os seus papéis mudam em cada um deles (pais, cônjuges, filhos), e as fronteiras vão manter a independência de cada um deles e a estrutura hierarquizada das famílias[18].

A partir da teoria da comunicação, de Watzlawick et al.[19], os terapeutas começaram a trabalhar a mudança no sistema familiar através da reorganização da comunicação entre os seus membros: o que era comunicado e como era compreendido. Várias dificuldades nas relações familiares se originam na comunicação falha ou com distorções.

A teoria geral dos sistemas, de Von Bertallanfy, foi outra grande contribuição. Com o pensamento-chave "o todo é maior que a soma das partes", a teoria geral dos sistemas propõe que, nas famílias, as relações exercem papel fundamental para além de características específicas de cada membro. Fala-se em uma identidade grupal revelada pela dinâmica familiar, em como acontecem as relações e como esses padrões interferem no funcionamento e equilíbrio dinâmico.

Os conceitos da cibernética, a qual estuda mecanismos e processos pelos quais os sistemas funcionam, com o intuito de manter a sua organização, originaram modelos comunicacionais e inter-relacionais, cuja prática terapêutica se baseava em conceitos de regras familiares, mitos e padrões interacionais[4].

Surge uma compreensão mais abrangente sobre o funcionamento da dinâmica familiar, que contribuiu para o entendimento de fatores importantes no desenvolvimento de traços de personalidade que podem conduzir ao uso inadequado da alimentação.

Segundo Murray[20], a terapia familiar foi incorporada por Minuchin & Palazzoli na década de 1970, como coadjuvante ao tratamento dos TA. Dessa forma, as famílias passaram a ser avaliadas em sua estrutura. Bruch as descreve como famílias aglutinadas, intimamente emaranhadas, numa aparência harmoniosa, com um envolvimento excessivo, o qual não permite que o paciente crie uma identidade separada. Para Minuchin, quatro características se destacam nessas famílias: o emaranhamento, que acarreta empobrecimento na percepção do outro e de si mesmo; a superproteção, que retarda o desenvolvimento da autonomia, competência e interesse em atividades fora da segurança familiar; a rigidez nos relacionamentos entre os seus membros, de forma a manter o *status quo* ao experimentarem dificuldades que pudessem ameaçar a integridade do grupo familiar; e a ausência de resolução de conflitos. Essas famílias procuram manter os problemas não resolvidos e uma constante ameaça às tentativas de negociação. Esses pontos é que deverão ser tratados na terapia familiar sistêmica, a fim de conseguir que seus membros possam atuar em direção à melhora ou cura dos sintomas alimentares.

Andolfi entendia o processo de diferenciação como uma necessidade de autoexpressão de cada indivíduo, que se mistura com a necessidade de coesão e união da unidade familiar[21]. Uma família saudável estimula progressivamente a individuação de seus membros até poder separar-se e constituir um novo sistema, sem que com isso percam-se os laços afetivos que os unem. Quando a família busca ajuda, é para compreender o que está acontecendo com o paciente identificado que começa a ter hábitos alimentares atípicos. São famílias desgastadas após um tempo de desentendimentos e dúvidas sobre a alimentação e perda de peso de um dos seus membros, associada a mudanças bruscas de comportamento e por vezes uma certa agressividade. O paciente acredita que todos estão errados e que ele tem perfeito controle dos seus hábitos alimentares.

Os terapeutas sistêmicos se abstêm de fazer interpretações na medida em que assumem que novas experiências – no sentido de um novo comportamento que provoque modificações no sistema familiar – é que geram mudanças. Nesse sentido, são usadas prescrições nas sessões terapêuticas para mudar padrões de comunicação e prescrições fora das sessões, com a preocupação de encorajar uma gama mais ampla de comportamentos comunicacionais no grupo familiar. Há uma certa concentração no problema presente, mas este não é considerado apenas como um sintoma. O comportamento sintomático é visto como uma resposta necessária e apropriada ao comportamento comunicativo que o provocou[22].

Na AN, o engajamento familiar tem importante papel no tratamento clínico, pois as pacientes não se consideram doentes. Normalmente, são as famílias que buscam tratamento, chocadas com a súbita perda de

ADRIANA F. C. DÁQUER
MONICA DUCHESNE
CRISTIANE SIMÃO

peso e recusa alimentar. No caso das pacientes com BN, estas têm dificuldade de adesão ao tratamento. Costumam ser mais desconfiadas. O estabelecimento de um enquadre claro de tratamento é necessário. Nesse caso, a participação familiar ajuda a estabelecer contorno e regras ao tratamento. As sessões familiares permitem observar a organização familiar, não apenas em relação ao transtorno alimentar, mas também em outras questões, como as crenças e os tabus familiares, o que propicia explorar fatores de manutenção da doença e quais os riscos do desaparecimento dos sintomas na homeostase das relações familiares. O conceito de homeostase não é necessariamente positivo, uma vez que esse equilíbrio pode se dar com a disfuncionalidade das relações. Essa análise inicial é fundamental para traçar o plano de tratamento e promover mudanças nessa dinâmica que sejam mais saudáveis para os seus membros.

Cuidando dos cuidadores

Existem poucos estudos sobre a carga recebida pelos cuidadores de pessoas com TA e qual o impacto desta em sua saúde física e mental. Schmidt & Treasure[23] desenvolveram um modelo de manutenção interpessoal cognitiva, propondo que elementos cognitivos, socioemocionais e interpessoais agem para causar e manter os TA. O componente interpessoal do modelo postula que as respostas dos cuidadores à doença podem, de forma não intencional, contribuir para a perpetuação dos sintomas. Os cuidadores podem mostrar altos níveis de emoção expressa (por exemplo, envolvimento emocional excessivo) e comportamentos adaptativos e facilitadores; ambos podem ter um impacto negativo nos sintomas do TA e dificultar a recuperação[24].

Nesse mesmo estudo, as autoras buscam identificar as habilidades pessoais dos cuidadores, bem como quais seriam necessárias para lidar com o paciente sem com isso agravar os sintomas e/ou perder seu espaço de cuidado e satisfação pessoal. Como já foi explicitado ao longo deste artigo, quanto maior o envolvimento e a não diferenciação entre o cuidador e o paciente, maior a chance de ambos adoecerem e perpetuar essa condição. Por isso, é fundamental para um tratamento bem-sucedido que o cuidador tenha uma rede de apoio, com a qual possa contar na divisão da atenção e cuidados com o paciente, e que tenha momentos de satisfação pessoal e com outros membros do grupo familiar ou de suas relações pessoais.

Considerações finais

Estudos mostram eficácia da FBT em pacientes jovens, provavelmente devido a um maior envolvimento dos pacientes com a família e ascendência/autoridade dos pais nessa faixa etária. Após a saída da internação ou mesmo em tratamento ambulatorial, quando os pacientes ganham peso, há um aumento significativo da ansiedade e desconforto corporal, e a família, devidamente orientada, pode dar suporte necessário para que o paciente atravesse esse período e não recaia na perda de peso vertiginosa e recusa alimentar. A família também deve ser orientada a apoiar o paciente ao longo do tratamento e protegê-lo de outros membros da família estendida e amigos/conhecidos que costumam fazer comentários inapropriados sobre o peso e a forma corporal, mesmo com a intenção de ajudar e/ou elogiar.

Os pacientes com TA são bastante sensíveis a esses comentários e têm audição seletiva e distorção cognitiva que os faz sempre percebê-los como "você está mais gorda", "ganhou peso", etc. Para eles, estar melhor, mais bonito, mais alegre significa sempre o tão temido "ganho de peso". É necessário também que os pais sejam orientados (psicoeducação) para compreenderem o TA do filho e saber lidar com essa situação. Como os primeiros sintomas costumam ocorrer na adolescência, é muito comum que eles interpretem esse comportamento como uma simples necessidade de chamar a atenção, teimosia/pirraça, algo direcionado a eles, e não compreendem a dificuldade de seu filho em conseguir fazer diferente. "Ter uma mesa farta e se recusar a comer até a morte" é contra-intuitivo, incompreensível mesmo. Preocupar-se com a aparência, de forma tão exagerada, e mesmo não ser capaz de perceber quão magros estão é bastante complicado de ser compreendido pelos pais desses pacientes.

Então, primeiro é necessário explicar-lhes que se trata de uma doença psiquiátrica e que afeta a vontade, autonomia e capacidade de discernimento quanto à forma corporal e ao peso e o significado deles em sua vida, futuro, sucesso e felicidade. Também é importante ajudá-los a diferenciar a doença de quem é o paciente/

ADRIANA F. C. DÁQUER[1], MONICA DUCHESNE[2], CRISTIANE SIMÃO[3]

[1] Psicóloga colaboradora, Grupo de Obesidade e Transtornos Alimentares (GOTA). Instituto de Psiquiatria (IPUB), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ. Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione, Rio de Janeiro, RJ. Terapeuta de família pelo Instituto NOOS, São Paulo, SP. Terapeuta cognitivo-comportamental. [2] Psicóloga coordenadora, GOTA, IPUB, UFRJ, Rio de Janeiro, RJ. Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione, Rio de Janeiro, RJ. Terapeuta certificada pela Federação Brasileira de Terapias Cognitivas. [3] Psicóloga colaboradora, GOTA, IPUB, UFRJ, Rio de Janeiro, RJ. Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione, Rio de Janeiro, RJ. Terapeuta cognitivo-comportamental.

filho, quando o comportamento apresentado é fruto do transtorno e quando se deve a outras causas (personalidade, idade, educação, etc.) e como agir na situação. As famílias devem ser orientadas para a melhor maneira de lidar com as situações de forma a contribuir com a melhora do paciente. As famílias devem diferenciar o que ajuda e o que reforça o desconforto e os pensamentos inadequados.

A terapia familiar irá auxiliar em uma conquista mais breve da remissão dos sintomas e na manutenção dos ganhos em longo prazo, pois todo o sistema foi trabalhado e seus padrões reorganizados, o que permite que as conquistas individuais dos pacientes em seu processo terapêutico individual possam ser incluídas e acolhidas na nova organização e novos esforços de crescimento, amadurecimento e individuação sejam estimulados no ambiente da família.

Os autores informam não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.
Fontes de financiamento inexistentes.
Correspondência: Adriana Fernandes C. Dáquer, Rua do Catete, 311, sala 511, CEP 22220-901, Catete, Rio de Janeiro, RJ. E-mail: afcdaquer@gmail.com

Referências

1. Gorrell S, Loeb KL, Le Grange D. Family-based treatment of eating disorders: a narrative review. Psychiatr Clin North Am. 2019;42:193-204.
2. Shimoguiri AFDT, Serralvo FS. A importância da abordagem familiar na atenção psicossocial: um relato de experiência. Nova Perspect Sist. 2017;26:69-84.
3. Souza LM, Santos MA. Anorexia e bulimia: conversando com as famílias. São Paulo: Vetor; 2007.
4. Grandesso MA. Sobre a reconstrução do significado: uma análise epistemológica e hermenêutica da prática clínica. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2000.
5. Minuchin S, Rosman BL, Baker L. Psychosomatic families: anorexia nervosa in context. Cambridge: Harvard University; 1978:viii.
6. de Almeida Martins EM, Rabinovich EP, Silva CN. Família e o processo de diferenciação na perspectiva de Murray Bowen: um estudo de caso. Psicol USP. 2008;19:181-97.
7. Kerr ME, Bowen M. Family evaluation: an approach based on Bowen theory. New York: W W Norton & Co; 1988.
8. Bueno RK, de Souza SA, Monteiro MA, Teixeira RHM. Processo de diferenciação dos casais de suas famílias de origem. Psico. 2013;44:2.
9. Russell GF, Szmukler GI, Dare C, Eisler I. An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. Arch Gen Psychiatry. 1987;44:1047-56.
10. Lock J, le Grange D. Family-based treatment of eating disorders. Int J Eat Disord. 2005;37 Suppl:S64-7; discussion S87-9.
11. Marks A. The evolution of our understanding and treatment of eating disorders over the past 50 years. J Clin Psychol. 2019;75:1380-91.
12. Lock J, Le Grange D. Treatment manual for anorexia nervosa: a family-based approach. New York: Guilford; 2013.
13. le Grange D, Eisler I. Family interventions in adolescent anorexia nervosa. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2009;18:159-73.
14. Associação Americana de Psiquiatria. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição (DSM-5). Porto Alegre: Artmed; 2014.
15. Lock J, Sadeh-Sharvit S, L'Insalata A. Feasibility of conducting a randomized clinical trial using family-based treatment for avoidant/restrictive food intake disorder. Int J Eat Disord. 2019;52:746-51.
16. Le Grange D, Lock J, Agras WS, Bryson SW, Jo B. Randomized clinical trial of family-based treatment and cognitive-behavioral therapy for adolescent bulimia nervosa. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2015;54:886-94.e2.
17. Esteves de Vasconcellos MJ. Pensamento sistêmico: uma epistemologia científica para uma ciência novo-paradigmática. 4º Congresso Brasileiro de Sistemas; Franca, SP; 2005.
18. Stürmer TR, Marin AH, Oliveira DSde. Compreendendo a estrutura familiar e sua relação com a parentalidade: relato de caso de um casal em terapia de abordagem sistêmica. Rev Bras Psicoter. 2016;18:55-68.

19. Watzlawick P, Beaum JH, Jackson DD. A pragmática da comunicação humana. São Paulo: Culturix; 1967.
20. Murray SB, Anderson LK, Cohn L. Innovations in family therapy for eating disorders: novel treatment developments, patient insights, and the role of careers. New York: Routledge; 2016.
21. Ponciano ELT. Família nuclear e terapia de família: conexões entre duas histórias. Estud Pesqui Psicol. 2002;2:25-37.
22. Carneiro TF. Terapia familiar: das divergências às possibilidades de articulação dos diferentes enfoques. Psicol Cienc Prof. 1996;16:38-42.
23. Schmidt U, Treasure J. Anorexia nervosa: valued and visible. A cognitive-interpersonal maintenance model and its implications for research and practice. Br J Clin Psychol. 2006;45:343-6.
24. Hibbs R, Rhind C, Salerno L, Lo Coco G, Goddard E, Schmidt U, et al. Development and validation of a scale to measure caregiver skills in eating disorders. Int J Eat Disord. 2015;48:290-7.

XXXVIII CBP
CONGRESSO BRASILEIRO DE PSIQUIATRIA

QUALIDADE INTERNACIONAL

21 A 24 DE OUTUBRO 2020.
PORTO ALEGRE - RS

VENHA SE SURPREENDER EM UM LOCAL RICO EM CULTURA, PAISAGENS E CULINÁRIA EXCEPCIONAL.

30 PONTOS

30 CREDITS

2019

Valores especiais para Associados ABP

Programação e inscrições:
www.cbpabp.org.br