

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

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 elevadas¹. Os TA incluem a AN, a bulimia nervosa (BN), o



transtorno da compulsão alimentar (TCA), as síndromes parciais ou atípicas, entre outras condições clínicas².

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 evidências³.

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 terapêutico⁴.

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 associadas⁶.
3. Definir as metas terapêuticas iniciais, por exemplo, recuperação de peso, restabelecer a regularidade da ingestão 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 terapêutico⁷.

COMPLICAÇÕES CLÍNICAS

O comportamento alimentar e os métodos compensatórios inadequados para controle do peso corporal podem levar a diversas complicações, sendo algumas delas irreversíveis⁸. 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 desnutrição⁹. 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 nádegas⁸.
- 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 hidroeletrólíticos¹.
- 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 amenorreia¹⁰.

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-hepático¹⁰.
- Alterações endócrinas: o eixo hipotálamo-hipofisário se altera, causando queda dos níveis de

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 cortisol⁹.

- 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 ocorrer¹¹.

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/m², como risco intermediário entre 13 e 15 kg/m², e alto \leq 13 kg/m². Todavia, deve-se estar atento a mais parâmetros que, quando encontrados, conferem maior risco ao paciente, sendo eles¹²:

- Sódio: < 130 mmol/L (suspeitar de ingestão 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 ingestão 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 hidroeletrólíticas).
- 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 outros¹³. As alterações gástricas são as mais comuns⁸, entretanto comportamento purgativos podem

causar complicações mais graves, como distúrbios hidroeletrólíticos, 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 constantes¹³.
- Cardiovasculares: hipotensão ortostática, taquicardia, arritmias, em especial aumento do intervalo QT por hipocalemia, podendo causar síncope¹⁰.
- Gastrointestinais: dispepsia, gastrite, hemorragias digestivas¹³.

Achados em exames complementares:

- Distúrbios hidroeletrólíticos: 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 laxantes¹⁰.

No TCA, a alta ingestão 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 relacionadas¹⁰.

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



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 internação⁴. 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 hidroeletrólíticos 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 diabética¹⁶.

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-CP⁵ 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 punitivo¹⁷.

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 clínicas¹⁸.

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 msec
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).



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.

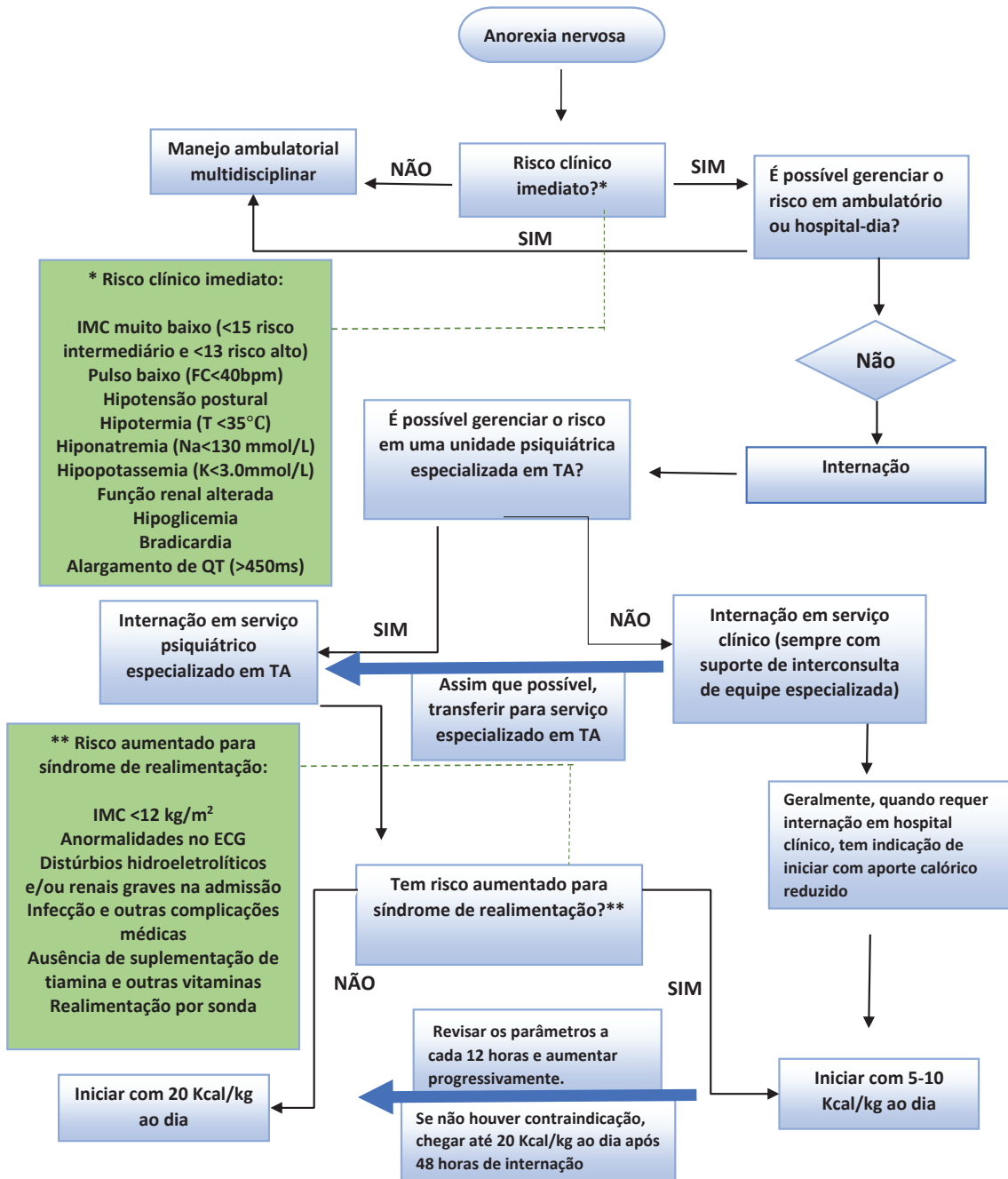


Figura 1 - Manejo do paciente com anorexia nervosa. Figura baseada em informações do NICE⁴ e MARSIPAN¹⁴. TA = transtorno alimentar.

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

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 hidroeletrólítico, 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 hidroeletrólítica e, por vezes, a suplementação profilática de fosfato e tiamina¹⁹.

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/m², anormalidades no eletrocardiograma, distúrbios hidroeletrólíticos 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 família³.

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 recaídas²¹.

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 peso²².

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 limitado⁴.

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 recaptção 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 quadro²³.

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



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 psiquiátricas²⁵.

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 significativa 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 CA⁴.

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 peso²⁸. 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 corporal²⁹.

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.



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.