



## **ANOREXIA NERVOSA: DO DIAGNÓSTICO AO TRATAMENTO**

Rayr Soares Bonfim <sup>1</sup>, Rodrigo dos Santos Carneiro de Andrade <sup>1</sup>, Humberto Fernandes Veloso Neto <sup>1</sup>, Isadora Veras Araújo Soares <sup>2</sup>, Silmara Ferreira de Oliveira <sup>2</sup>, Nilsa Araújo Tajra <sup>2</sup>, Lucas George Barbosa de Carvalho <sup>2</sup>, Ana Luiza Reis Maiorquin <sup>3</sup>, Fátimih Cantanhêde da Silva <sup>4</sup>

### **REVISÃO DE LITERATURA**

#### **RESUMO**

Apresenta-se uma revisão integrativa de literatura acerca da anorexia nervosa, seus aspectos clínicos, epidemiológicos, bem como o impacto dessa condição na vida do indivíduo. Essa condição caracteriza-se por um transtorno alimentar em que o indivíduo apresenta baixo peso por restrição de ingestão calórica, medo de ganhar peso e preocupação excessiva com o peso e a forma corporal. Possui alto índice de mortalidade e está frequentemente associada com o sexo feminino e uma faixa etária mais jovem. Utilizam-se critérios diagnósticos para definir o quadro, que pode coexistir com outras comorbidades. Há necessidade de uma equipe multidisciplinar para intervir na melhoria e na qualidade de vida dos pacientes, assim como um tratamento voltado para os vários aspectos que esse transtorno apresenta.

**Palavras-chave:** anorexia nervosa, clínica, epidemiologia.

# **ANOREXIA NERVOSA: DIAGNOSIS AND TREATMENT**

## **ABSTRACT**

This is an integrative review of the literature on anorexia nervosa, its clinical and epidemiological aspects, as well as the impact of this condition on the individual's life. This condition is characterized by an eating disorder in which the individual is underweight due to calorie restriction, fear of gaining weight and excessive concern about weight and body shape. It has a high mortality rate and is often associated with females and a younger age group. Diagnostic criteria are used to define the condition, which can coexist with other comorbidities. There is a need for a multidisciplinary team to intervene to improve patients' quality of life, as well as treatment aimed at the various aspects of this disorder.

**Keywords:** anorexia nervosa, clinical, epidemiology.

**Instituição afiliada** – 1: Universidade Federal do Piauí; 2: Centro Universitário Uninovafapi; 3: Centro Universitário São Lucas; 4: Universidade Unigranrio Afya

**Dados da publicação:** Artigo recebido em 09 de Maio e publicado em 29 de Junho de 2024.

**DOI:** <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n6p2166-2178>

**Autor correspondente:** Isadora Veras Araújo Soares [isadora.veras@hotmail.com](mailto:isadora.veras@hotmail.com)

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



## **INTRODUÇÃO**

Os transtornos alimentares (TAs) consistem em quadros psiquiátricos resultante de complicações clínicas e tem como danos á saúde alterações no comportamento alimentar, severas distorções em sua imagem corporal e agravos psicossociais, os quais levam a uma série de atitudes comportamentais compensatórias como a inanição e/ou compulsão purgação restrição, ocasionando, desse modo, os diagnósticos de TAs, como é o caso da anorexia nervosa (AN).

A origem desses transtornos é multifatorial, envolvem aspectos biológicos (obesidade e sexo feminino), personalidade e socioculturais (culturas, ambiente em meio no qual o adolescente está inserido). Com isso, a conduta de pacientes acometidos por algum TA é delicada, bem como não apresenta um bom prognóstico, devido muitas vezes à falta de entrega do paciente ao tratamento, assim levando a altas taxas de recorrências e a elevados índices de mortalidade (GOMES, et al., 2021).

O objetivo desta revisão é oferecer uma visão geral acerca das características clínicas da anorexia nervosa, bem como do seu diagnóstico até o tratamento, destacando as principais complicações vivenciadas pelos os indivíduos que apresentam esse transtorno.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura realizada no período de junho de 2024. Para a seleção dos artigos, foram aplicados os descritores anorexia nervosa, clínica, epidemiologia, aliados ao operador AND, que foram utilizados de forma combinada em buscas nas bases de dados eletrônicas LILACS, MedLine/Pubmed e Google Acadêmico. Foram incluídos artigos originais com textos completos nos idiomas português e inglês, publicados entre os anos de 2020 a 2024. Foram excluídos artigos duplicados nas bases de dados, aqueles não disponíveis em texto completo e artigos de revisão.

## **REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

### **Definição e epidemiologia**

A anorexia nervosa é um tipo de transtorno alimentar caracterizado por comportamentos alimentares alterados como restrição alimentar, rituais pouco habituais nas refeições como separar os alimentos no prato ou diminuir a velocidade de ingestão, exagerada desconfiança em relação ao modo de preparo dos alimentos, incômodo com a presença de outras pessoas, comer escondido ou mesmo esconder ou cuspir comida. Além disso, normalmente observa-se atitudes de intenso desconforto provocadas pela insatisfação corporal, como pesagem e checagem corporal repetitiva, uso de vestimentas largas para esconder o corpo, disfarces e até isolamento social (APPOLINARIO; NUNES; CORDÁS, 2022).

Estima-se que a prevalência de 12 meses de anorexia nervosa entre jovens do sexo feminino é de aproximadamente 0,4% e que a taxa de incidência ocorre por volta dos 15 anos de idade nesse sexo. Vale ressaltar que o período perimenopausa tem sido sugerido como outro período de alto risco na vida feminina para o aparecimento ou recorrência de transtornos alimentares. Pouco se sabe a respeito da prevalência entre indivíduos do sexo masculino, mas o transtorno é bem menos comum no sexo masculino do que no feminino, com populações clínicas em geral refletindo uma proporção feminino-masculino de aproximadamente 10:1 (van Eeden, et al., 2021).

### **Fatores de risco**

Os fatores de risco, de acordo com o DSM-V, englobam fatores temperamentais, como indivíduos que desenvolvem transtornos de ansiedade ou exibem traços obsessivos na infância estão em risco maior de desenvolver anorexia nervosa; Fatores ambientais: a variabilidade histórica e transcultural na prevalência de anorexia nervosa corrobora sua associação com culturas e contextos que valorizam a magreza. Ocupações e trabalhos que incentivam a magreza, como modelo e atleta de elite, também estão

associados a um risco maior; Fatores genéticos: existe risco maior de anorexia e bulimia nervosas entre parentes biológicos de primeiro grau de indivíduos com o transtorno. Também foi observado risco maior de transtornos bipolares e depressivos entre parentes de primeiro grau de indivíduos com anorexia nervosa, em particular parentes daqueles com o tipo compulsão alimentar purgativa. As taxas de concordância para anorexia nervosa em gêmeos monozigóticos são significativamente mais altas do que as de gêmeos dizigóticos. Uma gama de anormalidades cerebrais foi descrita na anorexia nervosa usando tecnologias de imagem funcional (imagem por ressonância magnética funcional, tomografia por emissão de pósitrons). O grau em que esses achados refletem mudanças associadas a desnutrição *versus* anormalidades primárias associadas a esse transtorno não está claro.

### **Quadro clínico e diagnóstico**

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-V, para diagnosticar a anorexia nervosa, é necessário o preenchimento dos critérios a seguir:

- 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. Peso significativamente baixo é definido como um peso inferior ao peso mínimo normal ou, no caso de crianças e adolescentes, menor do que o minimamente esperado.
  
- B. Medo intenso de ganhar peso ou de engordar, ou comportamento persistente que interfere no ganho de peso, mesmo estando com peso significativamente baixo.
  
- C. Perturbação no modo como o próprio peso ou a forma corporal são vivenciados, influência indevida do peso ou da forma corporal na autoavaliação ou ausência persistente de reconhecimento da gravidade do baixo peso corporal atual.

Há dois subtipos:

Tipo restritivo: Durante os últimos três meses, o indivíduo não se envolveu em episódios recorrentes de compulsão alimentar ou comportamento purgativo (i.e., vômitos

autoinduzidos ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas). Esse subtipo descreve apresentações nas quais a perda de peso seja conseguida essencialmente por meio de dieta, jejum e/ou exercício excessivo.

Tipo compulsão alimentar purgativa: Nos últimos três meses, o indivíduo se envolveu em episódios recorrentes de compulsão alimentar purgativa (i.e., vômitos autoinduzidos ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas).

Quanto à gravidade, o nível mínimo de gravidade baseia-se, em adultos, no índice de massa corporal (IMC) atual ou, para crianças e adolescentes, no percentil do IMC. Os intervalos abaixo são derivados das categorias da Organização Mundial da Saúde para baixo peso em adultos; para crianças e adolescentes, os percentis do IMC correspondentes devem ser usados. O nível de gravidade pode ser aumentado de maneira a refletir sintomas clínicos, o grau de incapacidade funcional e a necessidade de supervisão.

Leve:  $IMC \geq 17 \text{ kg/m}^2$

Moderada:  $IMC 16-16,99 \text{ kg/m}^2$

Grave:  $IMC 15-15,99 \text{ kg/m}^2$

Extrema:  $IMC < 15 \text{ kg/m}^2$

A semi-inanição da anorexia nervosa e os comportamentos purgativos às vezes associados a ela podem resultar em condições médicas importantes e potencialmente fatais. O comprometimento nutricional associado a esse transtorno afeta a maioria dos sistemas corporais e pode produzir uma variedade de perturbações. Perturbações fisiológicas, incluindo amenorreia e anormalidades nos sinais vitais, são comuns. Enquanto grande parte das perturbações fisiológicas associadas à desnutrição é reversível com reabilitação nutricional, algumas, incluindo a perda de densidade óssea mineral, com frequência não são completamente reversíveis. Comportamentos como vômitos autoinduzidos e uso indevido de laxantes, diuréticos e enemas podem causar uma série de distúrbios que levam a achados laboratoriais anormais; entretanto, alguns indivíduos com anorexia nervosa não exibem tais anormalidades.

Quando gravemente abaixo do peso, indivíduos com anorexia nervosa apresentam sinais e sintomas depressivos, como humor deprimido, isolamento social, irritabilidade,

insônia e diminuição da libido. Na medida em que alguns desses aspectos também são observados em indivíduos sem anorexia nervosa, mas significativamente subnutridos, muitos dos aspectos depressivos podem ser secundários às sequelas fisiológicas da semi-inanição, embora também possam ser graves o suficiente para justificar um diagnóstico adicional de transtorno depressivo.

As seguintes anormalidades laboratoriais podem ser observadas na anorexia nervosa; sua presença pode servir para aumentar a confiabilidade diagnóstica.

**Hematologia:** É comum haver leucopenia, com a perda de todos os tipos de células, mas habitualmente com linfocitose aparente. Pode haver anemia leve, bem como trombocitopenia e, raramente, problemas de sangramento.

**Bioquímica:** A desidratação pode refletir-se por um nível sanguíneo elevado de ureia. A hipercolesterolemia é comum. Os níveis de enzimas hepáticas podem estar elevados. Hipomagnesemia, hipozincemia, hipofosfatemia e hiperamilasemia são ocasionalmente observadas. Vômitos autoinduzidos podem levar a alcalose metabólica (nível sérico elevado de bicarbonato), hipocloremia e hipocalemia; o uso indevido de laxantes pode causar acidose metabólica leve.

**Endocrinologia:** Os níveis séricos de tiroxina ( $T_4$ ) geralmente se encontram na faixa entre normal e abaixo do normal; os níveis de tri-iodotironina ( $T_3$ ) estão diminuídos, enquanto os níveis de  $T_3$  reverso estão elevados. Os níveis séricos de estrogênio são baixos no sexo feminino; já no masculino, os níveis séricos de testosterona são baixos.

**Eletrocardiografia:** É comum a presença de bradicardia sinusal, e, raramente, arritmias são observadas. O prolongamento significativo do intervalo QTc é observado em alguns indivíduos.

**Massa óssea:** Com frequência se observa densidade mineral óssea baixa, com áreas específicas de osteopenia ou osteoporose. O risco de fratura é significativamente maior.

**Eletrencefalografia:** Anormalidades difusas, refletindo encefalopatia metabólica, podem resultar de desequilíbrios hídrico e eletrolítico significativos.

**Sinais e sintomas físicos:** Muitos dos sinais e sintomas físicos da anorexia nervosa são atribuíveis à inanição. A presença de amenorreia é comum e parece ser um indicador de disfunção fisiológica. Se presente, a amenorreia costuma ser consequência da perda de peso, porém, em uma minoria dos indivíduos, ela pode, na verdade, preceder a perda

de peso. Em meninas pré-púberes, a menarca pode ser retardada. Além de amenorreia, pode haver queixas de constipação, dor abdominal, intolerância ao frio, letargia e energia excessiva.

O achado mais marcante no exame físico é a emaciação. É comum haver também hipotensão significativa, hipotermia e bradicardia. Alguns indivíduos desenvolvem lanugo, um pelo corporal muito fino e macio. Alguns desenvolvem edema periférico, especialmente durante a recuperação de peso ou na suspensão do uso indevido de laxantes e diuréticos. Raramente, petéquias ou equimoses, normalmente nas extremidades, podem indicar diátese hemorrágica. Alguns indivíduos evidenciam tonalidade amarelada na pele, associada a hiper胡萝卜素emia. Assim como é visto em indivíduos com bulimia nervosa, aqueles com anorexia nervosa que autoinduzem vômitos podem apresentar hipertrofia das glândulas salivares, sobretudo das glândulas parótidas, bem como erosão do esmalte dentário. Algumas pessoas podem apresentar cicatrizes ou calos na superfície dorsal da mão pelo contato repetido com os dentes ao induzir vômitos.

Além dos critérios diagnósticos, o DSM-V traz diagnósticos diferenciais que cursam com características semelhantes, porém com algumas peculiaridades como outras condições médicas que levem a perda de peso, como doença gastrointestinal, hipertireoidismo, AIDS, malignidades. Esses distúrbios, no entanto, não manifestam perturbação na maneira como a forma ou o peso de seus corpos é vivenciada, medo intenso de ganhar peso nem persistem em comportamentos que interferem no ganho de peso apropriado.

No transtorno depressivo maior, pode ocorrer perda de peso grave, mas a maioria dos indivíduos com esse transtorno não manifesta nem desejo de perda de peso excessiva, nem medo intenso de ganhar peso.

Indivíduos com esquizofrenia podem exibir comportamento alimentar estranho e às vezes apresentam perda de peso significativa, mas raramente manifestam o medo de ganhar peso e a perturbação da imagem corporal necessários para um diagnóstico de anorexia nervosa.

Indivíduos com transtornos por uso de substância podem apresentar perda de peso devido à ingestão nutricional deficiente, mas geralmente não temem ganhar peso e não manifestam perturbação da imagem corporal. Indivíduos que abusam de substâncias



que reduzem o apetite (p. ex., cocaína, estimulantes) e que também temem ganhar peso deverão ser avaliados cuidadosamente quanto à possibilidade de anorexia nervosa comórbida, considerando-se que o uso indevido da substância pode representar um comportamento persistente que interfere no ganho de peso.

Alguns dos aspectos da anorexia nervosa se sobrepõem aos critérios para fobia social, TOC e transtorno dismórfico corporal. Mais especificamente, os indivíduos podem sentir-se humilhados ou envergonhados de serem vistos comendo em público, como ocorre na fobia social; podem exibir obsessões e compulsões relacionadas a alimentos, como no TOC; ou podem ficar preocupados com um defeito imaginado na aparência do corpo, como no transtorno dismórfico corporal. Se o indivíduo com anorexia nervosa tiver temores sociais que se limitem apenas ao comportamento alimentar, o diagnóstico de fobia social não deve ser feito, mas temores sociais não relacionados ao comportamento alimentar (p. ex., temor excessivo de falar em público) podem justificar um diagnóstico adicional de fobia social. Da mesma maneira, um diagnóstico adicional de TOC deverá ser considerado apenas se o indivíduo exibir obsessões e compulsões não relacionadas a alimento (p. ex., medo excessivo de contaminação), e um diagnóstico adicional de transtorno dismórfico corporal deverá ser considerado apenas se a distorção não estiver relacionada à forma e ao tamanho do corpo (p. ex., preocupação com o tamanho excessivo do próprio nariz).

Indivíduos com bulimia nervosa exibem episódios recorrentes de compulsão alimentar, adotam comportamento indevido para evitar o ganho de peso (p. ex., vômitos autoinduzidos) e preocupam-se excessivamente com a forma e o peso corporais. Entretanto, diferentemente de indivíduos com anorexia nervosa do tipo compulsão alimentar purgativa, aqueles com bulimia nervosa mantêm um peso corporal igual ou acima da faixa mínima normal.

Indivíduos com esse transtorno alimentar do tipo restritivo/evitativo podem exibir perda de peso ou deficiência nutricional significativas, mas não temem ganhar peso ou se tornar gordos nem apresentam perturbação na maneira como vivenciam a forma e o peso do próprio corpo.

## **Tratamento**

O tratamento dos transtornos alimentares, sobretudo da anorexia nervosa, envolve medidas não farmacológicas, tendo principalmente como medidas de tratamento modificações ambientais, intervenção psicoterápica individual e familiar, e a terapia cognitivo-comportamental (TCC). Existem relatos de que o uso de inibidores seletivos de receptação da serotonina (ISRS), quando utilizados em pequenas doses em crianças com fobia alimentar os mesmos apresentaram melhora significativa. Com isso vemos a importância de uma intervenção multiprofissional para o tratamento de casos como TAs, uma conduta pensada em comum acordo e planejada de forma individualizada e estratégica para cada caso em específico, onde contemplam profissionais nutricionistas, psicólogos, médicos psiquiatras e endocrinologistas, fisioterapeutas e educadores físicos (GOMES, et al., 2021).

A terapia baseada na família é recomendada como tratamento de primeira linha para jovens e alguns adultos jovens. Estudos de terapia baseada na família demonstram taxas de remissão mais altas e maior ganho de peso em comparação com a terapia individual. A terapia baseada na família capacita os pais a desempenhar um papel vital na facilitação do ganho de peso do paciente antes de devolver progressivamente o controle ao paciente. Internações curtas para estabilização médica seguidas de terapia familiar ou programas ambulatoriais têm resultados semelhantes a internações prolongadas; portanto, o ambiente de tratamento mais seguro e menos intensivo é recomendado. Em adultos, a terapia cognitivo-comportamental (TCC), a terapia familiar, a psicoterapia psicodinâmica focal, a psicoterapia interpessoal e o manejo clínico de apoio especializado demonstraram eficácia e podem ser implementados com base nas preferências do paciente (SGARBI, et al., 2023).

## **Consequências funcionais e sociais do TDAH**

De acordo com o DSM-V, os indivíduos com anorexia nervosa podem exibir uma gama de limitações funcionais associadas ao transtorno. Enquanto alguns permanecem ativos no funcionamento social e profissional, outros demonstram isolamento social

significativo e/ou fracasso em atingir o nível acadêmico ou profissional potencial.

O risco de suicídio é elevado na anorexia nervosa, com taxas de 12 por 100.000 por ano. A avaliação abrangente de indivíduos com anorexia nervosa deve incluir a determinação de ideação e comportamentos suicidas, bem como de outros fatores de risco para suicídio, incluindo história de tentativa(s) de suicídio.

A anorexia nervosa frequentemente se associa a depressão, ansiedade e transtornos de personalidade, bem como ao uso de substâncias. O uso de álcool, em particular, está associado a um alto risco de tentativa de suicídio em pacientes com anorexia nervosa. Contudo, alguns dados sugerem que as taxas de mortalidade são elevadas mesmo em mulheres com anorexia nervosa que não apresentam comorbidades psiquiátrica. Um estudo realizado, mostrou que a anorexia nervosa foi associada a maior mortalidade mesmo após ajuste para depressão e ansiedade, sugerindo que pelo menos alguns dos caminhos que ligam a anorexia nervosa à mortalidade são independentes de transtornos mentais comórbidos (AUGER, et al., 2021).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Em síntese, a anorexia nervosa é um transtorno alimentar caracterizado pela presença de perda de peso, intenso medo de ganhar peso e exagerada preocupação sobre o corpo que pode ter um impacto significativo sobre a qualidade de vida do indivíduo e de seus familiares. Após o diagnóstico, bem como o tratamento correto, em especial o psicoterápico e da equipe multiprofissional, além do apoio familiar, está documentada a redução da sintomatologia, melhorando a qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares.

## REFERÊNCIAS

1. American Psychiatric Association (APA). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5.. 5 Porto Alegre: Artmed, 2014.
2. Appolinario, J.C; Nunes; M.A; Cordás, T.A. Transtornos alimentares: diagnóstico e manejo. Artmed, Porto Alegre, 2022.
3. Auger, N., Potter, B. J., Ukah, U. V., Low, N., Israël, M., Steiger, H., Healy-Profítós, J., & Paradis, G. (2021). Anorexia nervosa and the long-term risk of mortality in women. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 20(3), 448–449. <https://doi.org/10.1002/wps.20904>
4. Gomes, E.L.V.S., et al. O impacto do desenvolvimento de transtornos alimentares em adolescentes: uma revisão. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 14, 2021.
5. Sgarbi, M.T., et al. Uma análise dos transtornos alimentares: anorexia nervosa e bulimia. *Revista Eletrônica Acervo Médico*, v. 23, n. 2, Vassouras, 2023.
6. van Eeden, Annelies E. a,b ; van Hoeken, Daphne A ; Hoek, Hans W. a,b,c .Incidência, prevalência e mortalidade de anorexia nervosa e bulimia nervosa. *Opinião Atual em Psiquiatria* 34(6):p 515-524, novembro de 2021. | DOI: 10.1097/YCO.0000000000000739