

## ARTIGO DE REVISÃO

### Entendendo a anorexia nervosa: foco no cuidado à saúde do adolescente.

Stella Ricci Ferreira Jorge<sup>1</sup> e Maria Sylvia de Souza Vitale<sup>2</sup>

1. Disciplina de Nutrologia do Departamento de Pediatria da Universidade Federal de São Paulo.
2. Setor de Medicina do Adolescente da Disciplina de Especialidades Pediátricas do Departamento de Pediatria da Universidade Federal de São Paulo

#### RESUMO

**Objetivo:** esse trabalho teve como objetivo fazer uma revisão para verificar o estado da arte da anorexia nervosa. **Métodos:** Trabalho de revisão bibliográfica com consulta das publicações nos bancos de dados LILACS, SCIELO, MEDLINE e PubMed, com as palavras-chave anorexia nervosa, medicina do adolescente, saúde do adolescente, comportamento do adolescente e transtornos alimentares, tendo sido utilizados os trabalhos de maior relevância. Outras fontes de informações consultadas incluem materiais publicados por órgãos oficiais como CID-10, DSM-IV além de livros didáticos que abordassem o assunto. **Conclusões:** anorexia nervosa é doença complexa, que impõe grandes desafios a cada estágio do tratamento, sua avaliação deve abranger os aspectos psicopatológicos específicos e gerais, além do distúrbio da imagem corporal. Os instrumentos para detecção da doença podem ser úteis embora haja limitações.

**Palavras chave:** anorexia nervosa, medicina do adolescente, saúde do adolescente, comportamento do adolescente, transtornos da alimentação.

#### ABSTRACT

**Objectives:** this work had as its main purpose to do a review to verify the state of art of the anorexia nervosa. **Methods:** Bibliographic revision consulting publications on LILACS, SCIELO, MEDLINE and PubMed databases with key-words such as nervous anorexia, adolescent medicine, adolescent behavior, eating disorders, having used more relevant studies. Other information sources consulted include materials published by official organizations such as CID-10, DSM-IV, among other didactic books that broached the subject. **Conclusions:** Anorexia nervosa is a complex disease, which imposes great challenges to each step of the treatment. Its evaluation shall include the specific and general psychopathologic aspects, besides the disorder of the physical image. The instruments for detection of the disease can be useful although there are limitations.

**Key words:** anorexia nervosa, adolescent medicine, adolescent health, adolescent behavior, eating disorders.

## Introdução

O alimento, historicamente, está ligado à subsistência e manutenção da espécie, com o avanço do conhecimento científico, apareceu a importância nutricional. Assim, o alimento deixou de ser “combustível” e passou a atuar diretamente na manutenção da saúde<sup>1</sup>. A industrialização trouxe mudança de hábitos alimentares com o consumo de alimentos enlatados, congelados, pré-cozidos, prontos, fast-food e a comida caseira foi ficando cada vez mais rara<sup>2</sup>. A partir daí, verificam-se algumas consequências imediatas na saúde do ser humano e em seu estado nutricional. Com a mudança do perfil epidemiológico da população, as doenças nutricionais estão sendo causadas pelo excesso de alimentos e pelos errôneos estilos de vida e alimentação adotados<sup>3,4</sup>. Como o alimento é o responsável direto pela manutenção do corpo, e não apenas da saúde, é importante entender por que ele se tornou algo “ameaçador”. A sociedade valoriza a atratividade e a magreza em particular e faz da obesidade uma condição altamente estigmatizadora<sup>5,6</sup>. Os grupos sociais expressam suas identidades também por meio da alimentação, da escolha dos alimentos, seu preparo e consumo<sup>7</sup>. A sociedade atual, com a valorização e o culto à magreza, faz da obesidade condição altamente estigmatizada e rejeitada, levando grande parte das pessoas à busca frenética do corpo ideal. A imagem que a pessoa tem ou cria de seu corpo passa a ser muito mais real que o próprio corpo em si. O corpo se transformou em objeto de consumo, símbolo de valor, beleza e realização. Os indivíduos como seres sociais, sentem-se pressionados a corresponder ao padrão de beleza da sua cultura – que é exaustivamente apontado pela mídia, caso contrário, sentem-se menos atraentes e inferiores<sup>8</sup>, procurando exaustivamente as dietas de emagrecimento. Os transtornos alimentares são doenças psiquiátricas que afetam na sua maioria, adolescentes e adultos jovens do sexo feminino, podendo causar grandes prejuízos biológicos e psicológicos<sup>9</sup>. Esses transtornos

têm aumentado de importância nas últimas décadas pelo aumento da prevalência global da mortalidade e morbidade, mas também pelo aumento entre meninas pré-adolescentes, no sexo masculino e em mulheres em idade mais avançadas<sup>10</sup>.

A incidência de transtornos alimentares praticamente dobrou nestes últimos 20 anos. Especificamente em relação à anorexia, o número de casos novos por ano teve um aumento constante entre 1955 e 1984 em adolescentes de 10 a 19 anos. A prevalência de anorexia nervosa (AN) varia de 2% a 5% em mulheres adolescentes e adultas. Nos Estados Unidos é a terceira doença crônica mais comum entre adolescentes, só perdendo para a obesidade e a asma<sup>11,12</sup>.

O desenvolvimento do transtorno se inicia com a exposição a fatores de risco (hereditariedade) que aumentam a sua chance de aparecimento, mas ainda não o tornam inevitável. A segunda etapa se caracteriza pela ocorrência de fatores que precipitam a doença (dieta, eventos estressores), marcando o aparecimento dos sintomas alimentares; finalmente, na terceira etapa, entram os fatores mantenedores (alterações fisiológicas e psicológicas), que interagem com fatores protetores e determinam se o transtorno vai se perpetuar ou não. Cada fator se combina de forma única na história de cada paciente e tem uma função específica de acordo com a etapa em que se apresenta<sup>13</sup>.

A etiologia da anorexia nervosa parece ser multifatorial com interação de componentes biológicos, socioculturais, psicológicos, familiares e individuais. A influência dos fatores socioculturais no desenvolvimento dos transtornos alimentares tem sido bastante discutida na literatura, sendo considerados como fatores predisponentes, precipitantes ou mesmo perpetuadores<sup>14</sup>.

Diante do exposto, justifica-se a realização deste trabalho de revisão bibliográfica para verificar o estado de arte da anorexia nervosa.

## Métodos

Revisão bibliográfica com consulta das publicações nos bancos de dados LILACS (Literatura latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SCIELO (Scientific Electronic Library on line), MEDLINE e PubMed com as palavras-chave anorexia, transtorno alimentar, comportamento do adolescente, adolescência, saúde do adolescente, tendo sido utilizados os trabalhos de maior relevância. Outras fontes de informações consultadas foram materiais publicados por órgãos oficiais (ADA - American Dietetic Association; APA - American Psychiatric Association; CID 10 - Classificação de transtornos mentais e de comportamento; DSM - diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais; OMS - Organização Mundial da Saúde; WHO - World Health Organization).

### Definição da Anorexia Nervosa (AN)

Dos principais transtornos do comportamento alimentar, a anorexia nervosa (AN) foi a primeira a ser descrita no século XIX e a primeira a ser classificada e ter critérios operacionais já na década de 1970<sup>15</sup>. Etimologicamente, o termo anorexia deriva do grego “an-”, deficiência ou ausência de, e “orexis”, apetite. Também significando aversão à comida, enjôo do estômago ou inapetência, as primeiras referências a essa condição surgem com o termo *fastidium* em fontes latinas da época de Cícero (106-43 a.C.) e vários textos do século XVI. Já a denominação mais específica “anorexia nervosa” surgiu com William Gull a partir de 1873, referindo-se à “forma peculiar de doença que afeta principalmente mulheres jovens e caracteriza-se por emagrecimento extremo [...]” cuja “falta de apetite é [...] decorrente de um estado mental mórbido e não a qualquer disfunção gástrica[...]”<sup>16</sup>.

A anorexia nervosa é caracterizada por uma restrição alimentar auto imposta com sequelas graves, características obsessivo-compulsivas e crenças irracionais que frequentemente complicam o tratamento. A instalação da doença de forma crônica

provoca a princípio desnutrição e desidratação. Apesar dos pacientes negarem fome, são comuns as queixas de fadiga, fraqueza, tonturas e visão turva. As complicações tornam-se graves uma vez que são utilizados métodos drásticos para se conseguir a perda cada vez maior de peso corporal<sup>17</sup>.

### Generalidades

Segundo a classificação do CID-10 (1993), os transtornos alimentares (TA) caracterizam-se por severas perturbações no comportamento alimentar, ocorrendo deliberada perda de peso induzida e/ou mantida pelo paciente<sup>18</sup>. De acordo com essa classificação a doença está relacionada a uma psicopatologia específica, abordando um “medo intenso de engordar e ter uma silhueta arredondada, intrusão persistente de uma idéia supervalorizada”. De acordo com a classificação do DSM-IV (2000), a anorexia nervosa é caracterizada como uma “recusa do indivíduo a manter o peso corporal na faixa normal mínima, um temor intenso de ganhar peso e uma perturbação significativa na percepção da forma com o tamanho do corpo”<sup>19</sup>.

Os pacientes apresentam uma visão corporal distorcida, pois entendem possuir excesso de peso principalmente na região abdominal, nádegas e coxas. Amplas variedades de técnicas são empregadas para verificar e estimar o peso, incluindo pesagens excessivas, aferição em demasia de partes do corpo e uso contínuo do espelho para verificar as áreas tidas como “gordas”. A redução de peso é tida como uma conquista evidente e como um sinal de grande disciplina, ao passo que o ganho de peso é inaceitável e visto como um fracasso do autocontrole<sup>19</sup>.

Existe um “comportamento de risco” para desenvolver um distúrbio alimentar. Em geral, são pacientes, que muito antes da doença estabelecida, já apresentavam alguma alteração do comportamento como o hábito de fazer dieta mesmo quando o peso é proporcional a estatura, crítica constante a alguma parte do corpo, e insatisfação, mesmo ao perderem peso, com diminuição gradativa

de suas atividades sociais. Como descrição das características psicológicas mais frequentes, citam-se: baixa auto-estima; sentimento de desesperança; desenvolvimento insatisfatório da identidade; tendência a buscar aprovação externa; extrema sensibilidade a críticas; e, finalmente, conflitos relativos aos temas autonomia versus dependência. Outros fatores psicológicos relacionados aos transtornos alimentares incluem perfeccionismo e o uso de álcool e outras drogas. Essas variáveis são relevantes nos dois sexos, sendo que os homens têm história de abuso de substâncias com mais frequência que as mulheres. Em adolescentes do sexo masculino, encontrou-se, ainda, associação entre perfeccionismo e sintomas bulímicos e estratégias extremas para aumento de massa muscular<sup>20</sup>. Vale salientar que, quando as preocupações com o peso e a insatisfação corporal tiveram início, nem sempre ocorria um excesso de peso real, mas o peso era percebido como inadequado, ocorrendo um excesso de peso imaginário<sup>21</sup>.

Os transtornos psicológicos vividos acarretam marcantes prejuízos emocionais e sociais. Apresentam pouca habilidade para reconhecer e lidar com seus sentimentos, dificuldade na discriminação das sensações que correspondem a si mesmo e ao outro, identidade frágil, percepção das experiências corporais perturbada, e pouca capacidade para discriminar entre o que é força necessária para a vida e o crescimento, e o que é destrutivo. A maior dificuldade encontrada no tratamento da doença é que os pacientes com AN negam estar doentes e resistem em mudar seu comportamento em relação à perda de peso<sup>22</sup>.

A mídia também veicula, pela televisão, pelo cinema, por revistas, entre outros, uma imagem idealizada do corpo masculino, que é muito mais musculosa do que a maioria dos homens, que se sentem, então, pressionados a mudar. As pressões para o aumento da massa muscular exercidas não só pela mídia, como também por pais e amigos, levam os adolescentes a adotar estratégias de ganho de peso e músculos que nem sempre são saudáveis<sup>23</sup>.

A literatura aponta, desde uma certa similitude até uma fraca discrepância, entre os transtornos alimentares e os transtornos psicóticos, quanto a possíveis fatores de risco: características familiares; fatores hereditários; insultos pré-natais; alterações do neurodesenvolvimento; alterações nas estruturas neurais e nos padrões de transmissão neural; alterações neuroanatômicas; características físicas e psicopatológicas. Quanto à frequência de sintomatologia psicótica nessa população, há resultados que variam de 5% a 13%. Quanto à taxa de transtornos psicóticos entre as anoréxicas, há poucos levantamentos disponíveis na literatura. Desta forma há relatos de episódios psicóticos breves, por vezes associados à síndrome mental orgânica, além de associação com transtornos afetivos bipolar ou depressão em pacientes com anorexia<sup>24, 25</sup>.

A história da anorexia nervosa tem início com jejum progressivo, onde o paciente elimina primeiramente os alimentos que julga calóricos, inicialmente os carboidratos e estende-se depois a outros tipos de alimentos<sup>26</sup>. A restrição energética afeta o consumo de macronutrientes. A aversão aos carboidratos e gorduras é evidente, enquanto o consumo de proteínas normalmente está dentro da porcentagem que deve ser ingerida, apesar de o total ser inadequado e sua utilização comprometida pela ingestão energética insuficiente<sup>11</sup>.

Alguns estudos com populações de anoréxicos relatam um aporte calórico diário baixo, que varia de 700 a 1000 kcal<sup>27</sup>. No entanto, na prática clínica, podem ser encontrados valores ainda mais baixos, pois muitas pacientes, ao procurarem tratamento, referem jejum frequente e consumo restrito de alguns alimentos, geralmente de baixo conteúdo calórico, chegando, portanto, a um consumo diário menor que 700 kcal.

Outros métodos utilizados para compensação do ganho de peso incluem purgação (ou seja, auto-indução de vômito e/ou uso excessivo de laxante ou diurético) e abuso de exercícios físicos<sup>26</sup>. Questões ligadas ao alimento tornam-se preocupação

constante na vida desses pacientes, e alguns são típicos da doença, como o hábito de esconder alimentos, se tornar excelentes cozinheiros embora raramente provem algo, interessam-se muito por culinária, chegando a colecionar receitas, e são profundos conhecedores em dietas e valor calórico dos alimentos. Realizam ainda rituais obsessivos para comer, como por exemplo, cotar e selecionar todos os alimentos para, finalmente, ingerir uma quantidade mínima, outras vezes teimam em não falar por telefone com alguém comendo do outro lado da linha por temor de engordar.

### **Subtipos da Anorexia Nervosa**

A classificação da anorexia nervosa se baseia principalmente nas diferenças de padrão alimentar (pacientes apenas restritivas e pacientes que também apresentam episódios bulímicos ou de compulsão alimentar) e no uso de métodos purgativos (purgadoras e não-purgadoras)<sup>28</sup>. Pacientes com anorexia nervosa do tipo compulsão periódica/purgação apresentam mais comportamentos impulsivos (abuso de substâncias, automutilação e tentativas de suicídio) e tipos de personalidade mais impulsiva (borderline, narcísica e anti-social), além de mais antecedentes de obesidade familiar<sup>29</sup>.

Os seguintes subtipos podem ser usados para a especificação da presença ou ausência de compulsões periódicas ou purgações regulares durante o episódio atual de anorexia nervosa: **Tipo restritivo**: descreve apresentações nas quais a perda de peso é conseguida principalmente através de dietas, jejuns ou exercícios excessivos. Durante o episódio atual, os indivíduos não se envolveram com regularidades em compulsões periódicas ou purgações<sup>19</sup>. Homens com anorexia nervosa do tipo restritiva buscam a magreza extrema, assim como as mulheres. Nesse caso, o homem fica, inclusive, com aparência, atitudes e comportamentos femininos<sup>30</sup>; **Tipo compulsão periódica/purgativo**: descreve apresentações quando o indivíduo se envolveu regularmente em compulsões periódicas ou purgações (ou

ambas) durante o episódio atual. A maioria dos indivíduos com AN que comem compulsivamente faz purgações mediante vômitos auto-induzidos ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas. Alguns indivíduos deste grupo não comem compulsivamente, mas fazem purgações regularmente após ingerirem pequenas quantidades de alimentos. A maioria dos indivíduos classificados neste grupo dedica-se a esses comportamentos pelo menos uma vez por semana, mas não há informações suficientes que justifiquem a especificação de uma frequência mínima<sup>19</sup>.

### **Crítérios Diagnósticos**

Sistemas classificatórios para se estabelecer os critérios diagnósticos para os transtornos mentais (Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais – DSM e Classificação de Transtornos Mentais e do Comportamento da Classificação Internacional de Doenças – CID), permitiu o reconhecimento das principais manifestações dos transtornos alimentares e, com isso a identificação das necessidades específicas na abordagem terapêutica.

Adolescentes que apresentam o comportamento purgativo podem ter determinados sinais clínicos evidentes, como a aparência emaciada. Os indivíduos que induzem vômito podem ter erosão do esmalte dentário e cicatrizes ou calos no dorso das mãos, causados pelo contato com os dentes quando utilizam as mãos para induzir o vômito<sup>19</sup>. A inanição decorrente da anorexia nervosa e os comportamentos purgativos às vezes associados a ela acarretam condições médicas gerais significativas, entre elas: o desenvolvimento de anemia normocítica normocrômica, prejuízo da função renal (associado com desidratação crônica e hipocalemia), problemas cardiovasculares (hipotensão severa, arritmias), problemas dentários e osteoporose (consequência do baixo consumo e absorção de cálcio, secreção reduzida de estrógeno e maior secreção de cortisol). A indução de vômitos pode provocar alcalose metabólica (elevado bicarbonato sérico), hipocloremia e hipocalemia, e o abuso



de laxantes pode causar acidose metabólica. Os níveis de iroxina sérica (T4) estão diminuídos. Hiperadrenocorticismos e resposta anormal a uma variedade de provocações neuroendócrinas são comuns<sup>19</sup>.

Pacientes com anorexia nervosa do subtipo purgativo, ou seja, que apresentam episódios bulímicos e alguma prática de purgação (vômitos, diuréticos, enemas e laxantes), são mais impulsivas e apresentam aspectos de personalidade diferentes de pacientes que usam apenas práticas restritivas e são mais perfeccionistas e obsessivas<sup>31</sup>.

### **Epidemiologia**

Os estudos epidemiológicos apresentam alguns problemas metodológicos, que vão da seleção da população à identificação de casos. Como caracteristicamente é doença em que os pacientes tendem a se ocultar, e portanto evitam a busca de profissionais qualificados para tratá-los, torna-se necessário estudar um grande número de indivíduos para obter resultados confiáveis, aumentando em muito o tempo desses estudos e o custo operacional, tendo o risco, ainda, de sua prevalência ser sub-estimada.

A AN raramente inicia antes da puberdade, mas existem indícios de que a gravidade das perturbações mentais associadas pode ser maior entre os indivíduos pré-púberes que desenvolvem a doença. Entretanto, também há evidências de que quando a doença inicia durante os primeiros anos da adolescência, pode apresentar melhor prognóstico (DSM-IV). A AN acomete o sexo feminino, na razão de 10-20 vezes mais em comparação ao masculino. O início dos primeiros sintomas se dá de forma bimodal, entre 13-14 e 17-18 anos. O sexo feminino de maneira geral é muito vulnerável à aceitação das pressões sociais, econômicas e culturais associadas aos padrões estéticos<sup>32</sup>.

A prevalência dos transtornos alimentares praticamente dobrou nos últimos vinte anos<sup>33</sup>. Em relação à AN, o número de casos novos por ano recebeu aumento constante entre 1955 e 1984 em adolescentes

de 10 a 19 anos. A prevalência desse mesmo transtorno varia de 2% a 5% em mulheres adolescentes e adultas<sup>34</sup>, dependendo de definições do transtorno mais restritas ou mais abrangentes, sendo que mais de 90% dos casos acometem o sexo feminino<sup>35</sup>.

Uma revisão de 12 estudos relatou incidência média anual de anorexia nervosa em 18,5 por 100.000 entre mulheres e 2,25 por 100.000 entre homens da população<sup>36</sup>.

Por longo tempo os homens ficaram excluídos do diagnóstico dos transtornos alimentares, pois acreditava-se que ocorriam apenas em mulheres. Casos no sexo masculino, entretanto, são descritos desde o início da história médica dos transtornos alimentares: Richard Morton, em 1689; William Gull, em 1874. Mesmo assim, foi apenas a partir das três últimas décadas do século XX que os transtornos alimentares em homens realmente começaram a chamar atenção dos pesquisadores. Estima-se que os homens representem 10% do número de casos de anorexia e bulimia nervosa, mas alguns estudos apontam porcentagem maior. Com as mudanças culturais que vêm se processando nas últimas três décadas, houve maior valorização do corpo masculino e maior preocupação dos homens com a aparência. Em relação aos pacientes do sexo masculino, parece haver elevado número de homossexuais, embora sem confirmação epidemiológica<sup>37-42</sup>.

### **Etiologia**

A natureza multifatorial dos transtornos é amplamente reconhecida, envolvendo fatores como vulnerabilidades genéticas, psicopatologia parental, experiências adversas, pressões socioculturais e abuso sexual<sup>43,44</sup>.

Embora existam evidências do envolvimento de um fator neurotrófico cerebral na patofisiologia dos transtornos alimentares, ainda são necessários mais estudos longitudinais, que explorem possíveis associações entre a concentração sérica desses fatores, a doença e a sua recuperação<sup>45,46</sup>.

### **Complicações Clínicas da Anorexia Nervosa**

Há várias complicações clínicas relacionadas ao comprometimento do estado nutricional e às práticas compensatórias inadequadas para o controle do peso (vômitos, uso de diuréticos, enemas e laxativos), aliadas à frequente exposição aos exercícios extenuantes. Muitas destas complicações surgem em decorrência do atraso do diagnóstico e do início do tratamento, pois, muitos pacientes escondem os sintomas e/ou recusam o tratamento<sup>28, 47</sup>. As complicações clínicas encontradas são as metabólicas, cardiovasculares, alterações de fluidos e eletrólitos, as alterações do nível sérico de fósforo e Síndrome de Realimentação, renais, hematológicas e ósseas, do trato gastro intestinal, endócrinas, cerebrais, dermatológicas, pulmonares e visuais<sup>48</sup>.

Na anorexia nervosa os casos se apresentam com desnutrição grave, com perda de peso superior a 15% ao esperado para peso por idade (P/I). Na adolescência, não alcançar o peso correspondente à idade se caracteriza como um sinal de alerta. Outros critérios, mesmo que não acompanhados de desnutrição importante, podem ser um sinal de AN: medo primário de engordar mesmo que com peso inferior ao ideal para a idade e estatura e distorção da imagem corporal com preocupação direcionada para uma parte do corpo, totalmente infundada. O paciente geralmente limita suas refeições a alimentos pouco calóricos e em quantidades insignificantes e nega sentir fome. No decorrer da doença isola-se do convívio social, limitando suas atividades à escola, casa e exercícios físicos<sup>49</sup>.

A evolução da doença, didaticamente, é agrupada em três fases: Primeira Fase: ingestão de alimentos de baixa densidade calórica, em função de aversões alimentares, particularmente as fontes de carboidratos e lipídios. A dieta proteica, associada ao incremento da atividade física, provoca desvio da função plástica das proteínas e consumo do tecido adiposo para suprir os requerimentos energéticos do indivíduo; Segunda Fase: há exaustão das reservas

energéticas, concomitante com a manutenção da restrição calórica, causando, portanto, catabolismo proteico; Terceira Fase: Além do catabolismo proteico há perda de água corporal, principalmente no compartimento intracelular, iniciando importante distúrbio metabólico e eletrolítico<sup>50</sup>.

A negação da gravidade do estado físico é sinal da presença da anorexia e se manifesta na incompreensão dos limites do seu corpo e nessa forma perturbada de vivenciar o baixo peso. Clinicamente, o indivíduo com anorexia põe em xeque a própria vida; o aspecto cadavérico, a pele ressecada e pálida, a queda de cabelo podem não provocar qualquer mudança no itinerário auto-imposto de abstinência e purgação. O seu projeto continua sendo emagrecer, livrar-se da gordura<sup>51, 52</sup>.

### **Instrumentos para avaliação da Anorexia Nervosa**

Sendo transtorno de origem multifatorial necessita de avaliações e abordagens que contemplem os vários aspectos envolvidos em sua gênese e manutenção. Assim, a aplicação de instrumentos que avaliam as co-morbidades, a imagem corporal, a qualidade de vida e adequação social, além daqueles utilizados para o diagnóstico do transtorno, será de grande utilidade para a elaboração de estratégias de tratamento adequadas. Há ainda muita controvérsia sobre os métodos mais adequados para a avaliação dos transtornos alimentares. De modo geral, é possível agrupar os instrumentos de avaliação em, pelo menos, quatro categorias: questionários auto-aplicáveis, entrevistas clínicas, automonitoração e avaliação comportamental em laboratório<sup>53</sup>.

**Questionários auto-aplicáveis**: fáceis de administrar, eficientes e econômicos na avaliação de grande número de indivíduos e permite que os sujeitos da pesquisa não tenham tanta relutância quanto teriam numa entrevista pessoal. Alguns fornecem uma medida da gravidade do transtorno alimentar, podendo ser utilizados na avaliação de

mudanças ao longo de um tratamento. Os mais utilizados para aferir a presença e a gravidade da anorexia são: Eating Attitudes Test (EAT), idealizado por Garner & Garfinkel<sup>54</sup> - há uma versão traduzida e validada no Brasil chamada Teste de Atitudes Alimentares<sup>55</sup>. É utilizado para o rastreamento de indivíduos suscetíveis ao desenvolvimento de anorexia ou bulimia nervosa. O teste indica a presença de padrões alimentares anormais, mas não revela a possível psicopatologia subjacente. O EAT é um teste validado e confiável em indivíduos com AN, o qual permite menores erros estatísticos, possibilitando comparações transculturais em relação às condutas alimentares. Devido à variabilidade de valores, para se obter resultados mais adequados, o instrumento deve sempre ser adaptado às atitudes e hábitos dos diversos grupos culturais<sup>56</sup>; Eating Disorders Inventory (EDI) Composto por oito sub-escalas, três das quais avaliam os aspectos psicopatológicos específicos dos TA e as outras cinco avaliam os aspectos psicopatológicos gerais observados nesses pacientes. Pode ser útil em pesquisa clínica como medida de desfecho e como indicador prognóstico em estudos de tratamento<sup>53</sup>; Eating Disorders Examination (EDE) - Foi desenvolvido como uma versão auto-aplicável do Eating Disorder Examination, apresentado em quatro sub-escalas: restrição alimentar, preocupação alimentar, preocupação com a forma corporal e preocupação com o peso. É um instrumento útil para o rastreamento dos transtornos alimentares<sup>53</sup>.

**Entrevistas Clínicas:** Eating Disorders Examination (EDE) - embora seja a entrevista mais utilizada, mais validada e considerada padrão-ouro para transtornos alimentares, não está ainda validada em nosso meio. É entrevista clínica semi-estruturada que fornece avaliações descritivas da gravidade da psicopatologia específica dos transtornos alimentares e gera diagnósticos de acordo com os critérios do DSM-IV. Na entrevista, diferentes formas de excesso alimentar são identificadas: compulsão alimentar periódica objetiva ou subjetiva, com ou sem perda do

controle. Em muitas situações, seu uso não é viável, por questões operacionais, pois a aplicação é demorada e requer entrevistadores treinados; The Eating Disorders Section of the Development and Well-Being Assessment (DAWBA) É um pacote de questionários, entrevistas e técnicas de avaliação, desenvolvido para gerar diagnósticos de anorexia, bulimia e das respectivas síndromes parciais baseados no DSM-IV e na CID-10<sup>57</sup>.

**Automonitoração:** os pacientes fazem um diário onde anotam a ingestão alimentar diária, geralmente no período de uma semana. Anotam também seus afetos, cognições e mecanismos compensatórios relacionados à alimentação. Como limitação desse instrumento se apontam as dificuldades de aceitação em realizá-los e a incerteza quanto à fidedignidade das anotações<sup>53</sup>.

**Avaliação Comportamental em Laboratório:** são procedimentos altamente especializados de pesquisa e não têm aplicabilidade clínica.

Existem instrumentos para a avaliação específica da imagem corporal, como o Body Shape Questionnaire (BSQ) que fornece uma avaliação contínua e descritiva dos distúrbios da imagem corporal em população clínica e não clínica e pode ser utilizado para avaliar o papel deste distúrbio no desenvolvimento, na manutenção e na resposta ao tratamento. Mede as preocupações com a forma do corpo, e a auto-depreciação decorrente da aparência física<sup>58</sup>; Figure Rating Scale (FRS) - Permite avaliar insatisfação corporal e superestimativa do tamanho corporal. São apresentadas nove figuras femininas em traje de banho e numeradas de 1 a 9. Cada figura é mais pesada do que a precedente, sendo a mais magra designada 1, e a mais pesada, 9. Para a insatisfação da composição corporal, o entrevistado é instruído a selecionar a figura que mais se aproxima do seu corpo atual e a figura que mais se aproxima do seu corpo ideal. Para avaliação da superestimativa do tamanho do corpo, tomam-se como



parâmetros as figuras 3 e 6, que correspondem, respectivamente, aos IMC de 20 kg/m<sup>2</sup> e de 30 kg/m<sup>2</sup><sup>59</sup>.

Existe também a escala de Morgan e Russell que foi proposta para avaliação da anorexia nervosa e define critérios para evolução (favorável, desfavorável e intermediária) em função do peso e da menstruação avaliando a condição geral do paciente: estado nutricional, função menstrual, estado mental, ajustamento psicossocial e nível sócio-econômico<sup>60</sup>.

De acordo com os artigos observados, os instrumentos para avaliação de um transtorno alimentar apesar de possuírem boa validade e boa confiabilidade, ainda têm muito a melhorar. Os questionários auto-aplicáveis deixam o paciente mais a vontade para responder perguntas que eles consideram vergonhosas do que se fossem feitas em entrevista pessoal, além do mais, por esse método é difícil avaliar o comportamento alimentar compulsivo com exatidão. Dos questionários avaliados e citados acima, o EAT revela padrões alimentares anormais, porém não revela a psicopatologia subjacente. O EDI é um bom indicador pra desfecho e prognóstico. Já o EDE mostra boa confiabilidade e boa validade. As entrevistas clínicas também mostram bons índices de confiabilidade e validade, porém por serem demoradas, às vezes se tornam inviáveis. Outro aspecto negativo dessas entrevistas é que o entrevistador deve ser muito bem treinado e precisa ter muita compreensão dos conceitos e regras de pontuação. Sendo assim, o diagnóstico pode variar de um entrevistador para outro. Em relação ao auto-monitoramento, pode-se dizer que os diários alimentares são excelentes para proporcionar um efeito terapêutico para o próprio paciente, além de evitar o esquecimento em relação aos alimentos consumidos, horários e sentimentos no momento da alimentação. No entanto, esse instrumento apresenta dificuldade de aceitação pelos pacientes, o que acarreta em incerteza quanto a validade e confiabilidade das anotações. O BSQ mostra

apenas o lado positivo do teste, apresentando boa validade e confiabilidade.

É importante ressaltar que os instrumentos para avaliar os transtornos alimentares devem abranger tanto os aspectos psicopatológicos específicos quanto os gerais e o distúrbio da imagem corporal. Sendo assim, o instrumento seria de total confiança para o diagnóstico do paciente.

### **Tratamento**

A terapêutica baseia-se num trabalho de equipe multidisciplinar, pois vários fatores contribuem para o aparecimento e manutenção dos transtornos alimentares.

A American Dietetic Association (ADA) propõe que a abordagem deve ser um processo integrado, no qual a equipe trabalha para modificar os comportamentos relacionados ao peso e à alimentação<sup>61</sup>. A terapia nutricional tem como objetivos: a recuperação nutricional gradual do paciente e a manutenção do peso; o restabelecimento das funções fisiológicas normais; restabelecer o padrão alimentar saudável; eliminar práticas alimentares inadequadas; a melhora do estado emocional, diagnosticar e ajudar a resolver problemas associados (familiares, sociais) e evitar recorrências. Essa terapia tem duas fases: na fase educacional os objetivos são relacionados à coleta e transmissão de informações: história alimentar do paciente, estabelecimento de uma relação de colaboração, definição de conceitos relevantes sobre alimentos, apresentação de exemplos de padrões de fome e de consumo alimentar e a orientação básica para a família; na fase experimental os objetivos são mais terapêuticos: separar comportamentos relacionados a alimento e peso, de sentimentos e questões psicológicas; incrementar as mudanças de comportamento alimentar; aumentar ou diminuir o peso gradativamente; orientar a manutenção do peso adequado e o comportamento com o alimento em ocasiões sociais<sup>62</sup>.

Tendo em vista a relevância da discussão sobre pensamentos distorcidos e crenças errôneas a respeito da doença, além da análise de auto-estima do paciente,

observa-se que as técnicas cognitivo-comportamentais são importantes instrumentos no tratamento psicológico, embora existam experiências com outras formas de intervenção que têm mostrado sucesso<sup>22, 43, 63</sup>.

Pacientes com anorexia nervosa muitas vezes ignoram os riscos que a doença apresenta para a saúde e relatam não se sentirem mal ou incomodados, pois o medo de engordar é muito maior que o de morrer. As crenças errôneas, o medo e as distorções sobre alimentação e nutrição representam uma barreira ao tratamento<sup>61</sup>. Ressalte-se que os homens com transtornos alimentares ainda procuram menos tratamento que as mulheres e, quando o fazem, demoram mais para buscar auxílio médico<sup>64</sup>.

O padrão alimentar encontrado é de ingestão alimentar baixa em calorias e em nutrientes em geral, quando comparados a grupo controles e costumam não ter regularidades para realizar refeições. Apesar deste padrão errôneo de alimentação, as deficiências de vitaminas e minerais são raras devido ao uso frequente de suplementos e à diminuição das necessidades<sup>65</sup>. No entanto já se encontraram deficiências de zinco e ácido fólico em adolescentes com AN que não se reverteram após o tratamento<sup>66</sup>, de tal forma que os autores recomendaram a suplementação destes nutrientes. As consequências da deficiência de zinco são muito semelhantes à AN, e a suplementação com zinco promove maior ganho de peso e redução da ansiedade e depressão<sup>67</sup>. A inadequada ingestão de alimentos gera quadro de desnutrição energético-calórica em diferentes graus. Na avaliação do Índice de Massa Corporal (IMC), as medianas dessas pacientes se encontram abaixo do valor mínimo da faixa de normalidade, o que se associa a quadros carenciais graves de vitaminas e minerais, entre os quais o cálcio. A ingestão prolongadamente deficiente de cálcio, faz com que seja retirado de estruturas que o contêm, como os ossos, podendo provocar prejuízos de graus variáveis na densidade mineral<sup>68</sup>. Devido às anormalidades dos fluidos e eletrólitos

(principalmente do fósforo), que podem causar complicações cardiológicas, neurológicas, hematológicas e até morte súbita, a alimentação deve ser cautelosa, com monitoração dos eletrólitos<sup>20</sup>.

A realimentação com alimentos é a primeira escolha para a recuperação do peso e é mais bem sucedida do que a realimentação com suplementos na recuperação a longo prazo. A meta principal do tratamento é ajudar o paciente a normalizar seu padrão alimentar, com uma dieta balanceada e suficiente para atender às suas necessidades e recuperar o estado nutricional debilitado pela doença, além de restabelecer o peso, normalizar a percepção de fome e saciedade e correção das sequelas biológicas e psicológicas da desnutrição<sup>20, 65</sup>. Um dos pontos críticos da reabilitação nutricional é a grave depleção do peso corporal, em consequência de um importante déficit de ingestão de energia. Para iniciar o tratamento, é importante fornecer calorias necessárias para o metabolismo basal, levando em consideração os ajustes necessários, já que os pacientes apresentam um decréscimo de cerca de 50% na taxa de metabolismo basal. A ingestão de 200 a 500 calorias adicionais, por semana, promovem ganho de peso gradual<sup>69</sup>. A American Dietetic Association<sup>61</sup> recomenda cautela na realimentação alimentar, pois na síndrome da realimentação pode ocorrer hipofosfatemia grave e súbita, quedas súbitas em potássio e magnésio, intolerância à glicose, hipocalemia, disfunção gastrointestinal e arritmias cardíacas.

O uso de fármacos na anorexia nervosa permanece controverso. Há muitos fatores que dificultam a pesquisa nessa área como a baixa prevalência da anorexia nervosa, os riscos de morte envolvidos na doença, a negação da doença, causando resistência e ambivalência em relação ao tratamento. Assim sendo, os estudos de farmacoterapia controlados em anorexia são poucos e envolveram várias classes de medicações, como drogas antidepressivas, antipsicóticas, ciproheptadina, zinco, cisaprida entre outras<sup>43,70,71</sup>. Na fase aguda, o uso de

medicamentos visa a favorecer a recuperação de peso e reduzir os sintomas nucleares da anorexia nervosa (fobia de peso, distorção da imagem corporal, preocupação obsessiva com comida, comportamentos compulsivos-contagem calórica, exercícios, rituais alimentares), além de tratar a sintomatologia associada (depressiva, ansiosa e obsessiva). Na fase de manutenção, o objetivo é evitar recaídas, com piora dos sintomas nucleares e diminuição do peso corporal. O uso de medicamentos na síndrome anoréxica baseia-se em três pontos principais: as distorções do pensamento associados aos transtornos da imagem corporal (que alguns autores consideram como uma forma de psicose), os sintomas depressivos associados e as alterações do apetite. O clínico deve estar afeito com as principais indicações terapêuticas e com o perfil de eventos adversos dos medicamentos nesta população e além disso, as complicações clínicas concomitantes devem ser consideradas antes da prescrição de agente farmacológico<sup>72</sup>.

A American Psychiatric Association, 2000<sup>20</sup> recomenda ganho de 900 g a 1,3 kg/semana para pacientes internados e 250 g a 450 g/semana para pacientes ambulatoriais. O consumo energético recomendado é de 30 a 40 kcal/kg por dia, podendo chegar até 70 a 100 kcal/kg por dia com a progressão do tratamento. De modo geral, a prescrição calórica inicial é frequentemente ao redor de 1000 a 1400kcal/dia e é aumentada diariamente em 100 kcal (tratamento inicial) até 200 kcal (meio e final do tratamento) para promover ganho de peso. Durante a reabilitação nutricional, homens com anorexia nervosa podem requerer maiores aportes energéticos (até 4000 ou mesmo 4500 kcal/dia), pois normalmente têm mais massa magra e menos massa gorda que as mulheres.

As indicações para internação na enfermaria psiquiátrica são: falha de tratamento ambulatorial ou em hospital-dia (não há ganho de peso adequado, práticas purgativas continuam, intensa restrição alimentar); ideação suicida; auto ou heteroagressividade; quadro psicótico concomitante; alterações clínicas importantes

( $K^+ < 2,5$  mEq/l, arritmia cardíaca,  $IMC < 15$   $kg/m^2$ )<sup>20</sup>. O peso corporal e o estado metabólico são os fatores físicos mais importantes para a indicação de internação hospitalar. Sabe-se que quanto menor for o peso, no momento da internação, maior será a dificuldade na realimentação e, muitas vezes, o resultado terapêutico será pior<sup>73</sup>. O protocolo para pesagem das pacientes num programa de internação ou ambulatório deve ser definido anteriormente, incluindo quem pesará, quando a pesagem acontecerá e se o paciente saberá seu peso. Os métodos de avaliação antropométrica mais utilizados são a antropometria (peso, estatura, dobras cutâneas) e a bioimpedância (gordura corpórea, massa e água), por serem baixo custo, não-invasivos e de fácil execução. A técnica conhecida como DEXA (Dual Energy X-Ray Absorptiometry) tem sido empregada para a análise do conteúdo e da densidade mineral ósseas e principalmente para medir com mais precisão a gordura corpórea. Outra técnica segura e precisa que tem sido utilizada é a chamada NAA (nêutron activation analysis) para avaliar a proteína corpórea total<sup>61</sup>.

As taxas de recuperação da anorexia nervosa são variáveis. Estima-se que de 30 a 40% dos pacientes tenham recuperação completa, não voltando a apresentar outros episódios da doença. Outros 30 a 40% têm evolução mediana, oscilando entre períodos de melhora e de recidiva da doença, podendo evoluir para bulimia nervosa<sup>74</sup>, os demais pacientes apresentam um curso grave, com complicações físicas e psicológicas.

Como indicadores prognósticos citam-se os fatores que influenciam o curso da doença. Alguns fatores funcionam, na visão dos próprios pacientes, como interferências negativas na instalação do quadro e na sua recuperação: perfeccionismo, baixa auto-estima, elevadas expectativas para realizações pessoais, pais exigentes de altos desempenhos, famílias disfuncionais, famílias preocupadas com a forma física, abuso sexual, humor depressivo, influência dos amigos e/ou colegas de trabalho, dificuldade com as mudanças corpóreas e psicológicas próprias do desenvolvimento e que ocorrem durante a

adolescência, autocontrole, perdas afetivas importantes, pressão, estresse e frustração. Como fatores positivos para a recuperação destacam-se: início do tratamento mais próximo do surgimento dos sintomas, amadurecimento pessoal, ambiente familiar e social mais flexível e menos ameaçador e tratamentos que promovam atmosfera acolhedora e compreensiva<sup>75</sup>.

### Conclusões

A anorexia nervosa é transtorno alimentar caracterizado por padrão de comportamento alimentar gravemente perturbado, onde os pacientes reduzem bruscamente a alimentação, visando à perda de peso corporal. Esses pacientes enxergam a imagem corporal distorcida e buscam cada vez mais a perda de peso. Está presente, na anorexia nervosa, um inexplicável medo de ganhar peso ou de tornar-se obeso, mesmo estando abaixo do peso.

Não esquecer que se impõe o diagnóstico diferencial com outras condições clínicas, entre elas: os distúrbios psiquiátricos (afetivos, bipolar, de personalidade), abuso de substâncias como anfetaminas e cocaína, distúrbios da tireóide, diabetes, câncer e Aids.

O tratamento nutricional deve ser feito por equipe multidisciplinar, visando à promoção de hábitos alimentares saudáveis, acabando com comportamentos inadequados de ingestão alimentar além de atitudes de restrição e purgação e a melhora na relação do paciente com o corpo.

Considerando tudo isso, pode-se claramente perceber que a anorexia nervosa é doença complexa, que impõe grandes desafios a cada estágio do tratamento. Normalmente, os pacientes permanecem resistentes a qualquer tipo de intervenção externa, o que contribui para os altos índices de recusa e desistência antecipada do tratamento. Os pacientes que permanecem em tratamento, frequentemente, não aderem às orientações e, quando aderem às primeiras intervenções, correm grande risco de recaída.

A avaliação dos transtornos alimentares deve abranger os aspectos psicopatológicos específicos e gerais, além do

distúrbio da imagem corporal que contribui para a manutenção do transtorno e dificultam seu tratamento.

Os instrumentos para detecção da doença podem ser úteis embora deva ser avaliado com rigor qual o melhor a ser utilizado, pois todos têm alguma limitação, não existindo um que possa ser considerado padrão-ouro.

Especial atenção deve ser dada ao sexo masculino considerando-se o início do surgimento de mais número de casos nesse gênero.

Seria interessante recomendar medidas como implementar políticas na área de educação e saúde, visando prevenir o aparecimento da doença, através da mídia. Orientações sobre alimentação, atividade física e qualidade de vida seriam importantes em todas as idades, assim, além dos transtornos alimentares, evitaria também as doenças crônicas degenerativas.

### Referências Bibliográficas

1. Flandrin JL, Montanari M. História da alimentação. São Paulo: Estação Liberdade; 1998.
2. Ortigoza SAG. O fast-food e a mundialização do gosto. Cadernos Debate. 1997; 5 (1): 21-45.
3. Martins IS, Marucci MF, Cervato AM, Okani ET, Mazzilli RN, Casajus MI. Doenças cardiovasculares ateroscleróticas, dislipidemias, hipertensão, obesidade e diabetes melito em população da área metropolitana da região sudeste do Brasil. Rev Saúde Pública. 1993; 27(4): 250-61.
4. Giante DP. Prevalência da Obesidade em adultos e seus fatores de risco. Rev Saúde Pública. 1997; 3(3): 236-46.
5. Striegel-Moore RH, Silberstein LR, Rodin J. Toward an understanding of risk factors for bulimia. Am Psychologist. 1986; 41(3): 246-63.
6. Gayle MT. Caloric Intake patterns of non-purge binge-eating women. West J Nurs Res. 1998; 20(1): 103-18.
7. Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – ano V,

- novembro/dezembro, 2004. [cited 2008 may 25]. Available from: URL: <http://dtr2004.saude.gov.br>
8. Saito JT, Neto UF. Anorexia Nervosa. The Eletronic Journal of Pediatric Gastroenterology, Nutrition and Liver Diseases [serial on line] 2004 September [cited 2008 may 25]; 8:1-9. Available from: URL: <http://www.e-gastroped.com.br/sept04/indexsep04.htm>
  9. Fleitlich BW, Larino MA, Cobelo A, Cordás TA. Anorexia nervosa na adolescência. J Pediatr. 2007; 76 (suppl3): S323-9.
  10. Nunes, MAA; Abuchaim ALG. Anorexia Nervosa: quadro clínico, critérios diagnósticos e etiologia. J Brás Psiquiatr. 1995; 44 (suppl 1): S5-S9.
  11. Fisher M, Golden NH, Katzman DK, Kreipe RE, Rees J, Shebendach J et al. Eating disorders in adolescents: a background paper. J Adol Health Care. 1995; 15 (6): 420-37.
  12. Dunker KLL, Philippi ST. Hábitos e comportamentos alimentares em adolescentes com sintomas de anorexia nervosa. Rev Nutr. 2003; 16 (1):51-60.
  13. Claudino, AM. Tratamento farmacológico da Anorexia Nervosa. In: Claudino AM, Zanella MT. Transtornos alimentares e obesidade. Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar: Unifesp/ Escola Paulista de Medicina. Barueri: Manole p.147-56.
  14. Nuñez C, Moreira A, Carbajal A. Pautas para el tratamiento dietético de pacientes com anorexia nervosa basados em la evaluación de su estado nutritivo. Rev Clin Esp. 1995; 195(1): 226-33.
  15. Cordás TA. Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico. Rev Psiquiatr Clín. 2004; 31(4): 154-7.
  16. Parry-Jones B. Historical terminology of eating disorders. Psychol Med.1991;21(1):21-8.
  17. Wiseman CV, Harris WA, Halmi KA. Eating disorders. Med Clin North Am. 1988; 82 (1): 145-59.
  18. CID-10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10ª revisão. São Paulo: EDUSP. 2000.
  19. American Psychiatric Association (APA) – DSM IV Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association. 1994.
  20. American Psychiatric Association (APA): Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders [revised]. Am J Psychiatr. 2000; 157 (Suppl): 1-39.
  21. Souto S, Ferro-Buchier JSN. Práticas indiscriminadas de dietas de emagrecimento e o desenvolvimento de transtornos alimentares. Rev Nutr. 2006; 19 (6): 693-704.
  22. Cañete MCV, Silva FC, Vitalle MSS. Relato de caso: anorexia nervosa e co-morbidades na adolescência. Anais do 11º Congresso Paulista de Pediatria. São Paulo, Brasil, 2007.
  23. Field AE, Camargo Jr C, Taylor CB, Berkey C. Peer, parent, and media influences on the development of weight concerns and frequent dieting among preadolescent and adolescent girls and boys. Pediatrics, 2001; 107(1): 54-60.
  24. Grounds A. Transient psychoses in anorexia nervosa: A report of 7 cases. Psychol Méd. 1982; 12(1): 107-13.
  25. Hudson JI, Pope JR, Jonas JM. Psychosis in anorexia nervosa and bulimia. Br J Psychiatr. 1984; 24 (3): 3298-333.
  26. Segal A, Cordas T. Transtornos alimentares: anorexia e bulimia nervosas. Pediatria Moderna. 1993; 29 (1): 75-80.
  27. Beumont PJV, Chambers TL, Rouse L, Abraham SF. The diet composition and nutritional knowledge of patients with anorexia nervosa. J Hum Nutr. 1981; 35(1): 265-73.
  28. Claudino AM, Borges MBF. Critérios diagnósticos para os transtornos alimentares: conceitos em evolução. Rev Bras Psiquiatr. 2002; 24 (supl. 3): 7-12.
  29. Azevedo AMC. Considerações diagnósticas na anorexia nervosa: análise a partir de sete casos clínicos. [Mestrado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina;1996.
  30. Andersen AE. Eating disorders in gay males. Psychiatr. Ann, 1999; 29: 206-12.
  31. Garner DM, Garner MV, Rosen LW. Anorexia Nervosa Restrictors who Purge: Implications for Subtyping Anorexia Nervosa. Int J Eat Disord. 1993; 3(13): 171-85.



32. Beatty D, Finn SC. Position of the American Dietetic Association and the Canadian Dietetic Association: women's health and nutrition. *J Am Diet Assoc.* 1995; 95 (3): 362-6.
33. Dunker KL, Philippi ST. Hábitos e comportamentos alimentares de adolescentes com sintomas de anorexia nervosa. *Rev Nutr.* 2003; 16(1): 51-60.
34. Pinzon V, Nogueira FC. Epidemiologia, curso e evolução dos transtornos alimentares. *Rev Psiquiatr Clín.* 2004; 31 (4): 158-60.
35. Torpy JM, Burke AE, Glass RM. Anorexia nervosa. *JAMA* 2006; 295(22): 2684.
36. Hay PJ. Epidemiologia dos transtornos alimentares: estado atual e desenvolvimentos futuros. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002; 24 (supl. 3): 13-7.
37. Carlat DJ, Camargo CA, Herzog GB. Eating disorders in males: a report on 135 patients. *Am J Psychiatr.* 1997; 154 (8): 1127-32.
38. Feldman MB, Meyer IH. Childhood abuse and eating disorders in gay and bisexual men. *Int J Eat Disord* 2007; 40(5): 418-23.
39. Feldman MB, Meyer IH. Eating disorders in diverse lesbian, gay, and bisexual populations. *Int J Eat Disord* 2007; 40(3): 218-26.
40. Yelland O, Tiggermann M. Muscularity and the gay ideal: body dissatisfaction and disordered eating in homosexual men. *Eat Behav* 2003; 4(2): 107-16.
41. Austin SB, Ziyadeh N, Kahn JÁ, Camargo CA Jr, Colditz GA, Field AE. Sexual orientation, weight concerns, and eating disordered behaviours in adolescent girls and boys. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004; 43(9): 1115-23.
42. Araujo AM – Transtornos Alimentares: um risco também para o sexo masculino. *Sociedade Brasileira de Diabetes*, dezembro, 2006 Available from: URL: [http://www.diabetes.org.br/Colunistas/Nutricao e Ciencia](http://www.diabetes.org.br/Colunistas/Nutricao_e_Ciencia)
43. Morris J. Anorexia nervosa – Clinical review. *BMJ.* 2007; 334(7599): 894-8.
44. Morgan CM, Vecchiatti IR, Negrão AB. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002; 24 (supl 3): 18-23.
45. Nakazato M, Hashimoto K, Yoshimura K, Hashimoto T, Shimizu E, Ivo M. No change between the serum brain-derived neurotrophic factor in female patients with anorexia nervosa before and after partial weight recovery. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2006; 30 (6): 1117-21 [Epub 2006 Jun6].
46. Nakazato M, Tchanaturia K, Schmidt U, Campbell JC, Treasure J, Collier DA, Hashimoto K, Ivo M. Brain-derived neurotrophic factor (BNDF) and set-shifting in currently ill and recovered anorexia nervosa patients. *Psychol Med* 2008; 28: 1-7 [Epub ahead of print].
47. Key A, Lacey H. Progress in eating disorder research. *Cur Opin Psychiatr.* 2002;15 (2): 143-8.
48. Medeiros EHGR, Carmo WB. Anorexia nervosa e bulimia. In: Vitalle MSS, Medeiros EHGR. *Adolescência – uma abordagem ambulatorial. Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar da Unifesp-EPM.* Barueri: Manole; 2008. p.65-70.
49. Farias NMF, Alves AMP, Morishita R, Farias MA, Vitalle MSS, Gouveia GR, Fisberg M, Wehba J, Medeiros EHGR – Distúrbios alimentares na adolescência: anorexia e bulimia nervosa. Relato de caso e revisão da literatura – *Brazilian Pediatric News*, 1(1), março, 1999 Available from: URL: <http://brazilpednews.org.br>
50. Beumont PJV, Russel JD, Touyz SW. Treatment of anorexia nervosa. *Lancet.* 1993; 341(8861): 1631-40.
51. Giordani RCF. A auto-imagem corporal na anorexia nervosa: uma abordagem sociológica. *Psicologia e Sociedade.* 2006; 18 (2): 81-88.
52. Devlin MJ, Zhu AJ. Body image in the balance. *JAMA* 2001; 286(17): 2159.
53. Freitas S, Gorenstein C, Appolinario JC. Instrumentos para avaliação dos transtornos alimentares. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002;24 (Supl III):34-8.
54. Garner DM, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med.* 1979; 9(2): 273-9.
55. Nunes MA, Camey S, Olinto HT, Mari JJ. Validação da versão brasileira do teste de

- atitudes alimentares (EAT-26). Rev Bras Psiquiatr 2002; 24(2): 79-81.
56. Ortega RM, Requejo AM, Andrés P, López-Sobaler AM, Redondo R, Gonzalez-Fernández AM. Relationship between diet composition and body mass index in a group of Spanish adolescents. Br J Nutr. 1995; 74 (6): 765-73.
57. Moya T, Fleitlich-Bilyk B, Goodman R, Nogueira FC, Focchi OS, Nicoletti M et al. sessão de transtornos alimentares do Development and Well-being Assessment (DAWBA): desenvolvimento e validação. Rev. Bras. Psiquiatr 2005; 27(1): 25-31.
58. Cooper PJ, Taylor MJ, Cooper Z, Fairbum CG. The development and validation of the BSQ. Int J Eat Disord. 1987; 6(4): 485-94.
59. Stunkard A, Sorensen T, Schulsinger T. Use of the Danish Adoption Register for the study of obesity and thinness. In: Kety SS, Sidman RL, Matthysse SW. The genetics of neurological and psychiatric disorders. Raven Press: New York. 1983. p. 115-20.
60. Morgan HG, Hayward AE. Clinical assessment of anorexia nervosa. The Morgan-Russell outcome assessment Schedule. Br J Psychiatr 1988; 152(1): 367-71.
61. American Dietetic Association (ADA). Position of the American Dietetic Association: nutritional intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and eating disorders not otherwise specified (EDNOS). J Am Diet Assoc. 2001; 101(7): 810-9.
62. American Dietetic Association (ADA). Position of the American Dietetic Association: nutritional intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge eating. J Am Diet Assoc. 1994; 94(8): 902-7.
63. Cañete MCV, Vitale MSS, Silva FCS. Anorexia nervosa: estudo de caso com uma abordagem de sucesso. Rev Dep Psicol UFF - no prelo.
64. Weltzin TE, Weisensel N, Franczyk D, Burnett K, Klitz C, Bean P. Eating disorders in men: update. J Men's Health Gend, 2005; 2(2): 186-193.
65. Alvarenga M, Larino MA. Terapia nutricional na anorexia e bulimia nervosas. Rev Bras Psiquiatr 2002; 24(S3): 39-43.
66. Castro J, Deulofeu R, Gila A, Puig J, Toro J. Persistence of nutritional deficiencies after short-term weight recovery in adolescents with anorexia nervosa. Int J Eat Disord. 2004; 35(2): 169-78.004.
67. Su JC, Birmingham CI. Zinc supplementation in the treatment of anorexia nervosa. Eat Weight Disord. 2002; 7(1): 20-2.
68. Santos E, Ribeiro RPP, Santos JE, Silva ACJSR, As MFS. Massa óssea em pacientes com anorexia nervosa. Rev Bras Ginecol Obstet. 2004; 26 (1): 71-5.
69. Fleitlich BW, Larino MA, Cobelo A, Cordás TA. Anorexia nervosa na adolescência. J Pediatr. 2007; 76 (suppl 3): 323-9.
70. Bacaltchuk J, Hay P, Trefiglio R. Antidepressants versus psychological treatments and their combination for people with anorexia nervosa. Cochrane Database Syst Rev 2007; (1): CD003385.
71. Spettigue W, Buchholz A, Henderson K, Feder S, Moher D, Kourad K, et al. Evaluation of the efficacy and safety of olanzapine as an adjunctive treatment for anorexia nervosa in adolescent females: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. BMC Pediatr 2008; 8: 4 [Published on line 2008 January 31].
72. Appolinario JC, Bacaltchuk J. Tratamento farmacológico dos transtornos alimentares. Rev Bras Psiquiatr. 2002; 24 (Supl III): 54-9
73. Guimarães DBF, Salzano FT, Abreu CN. Indicações para internação hospitalar completa ou parcial. Rev Bras Psiquiatr. 2002; 24 (suppl 3): 60-2.
74. Herzog DB, Nussbaum KM, Marmor Ak. Comorbidity and outcome in eating disorders. Psychiat. Clin North Am. 1996; 19(4): 843-59.
75. Tozzi F, Sullivan PF, Fear JL, Mckenzie JM, Bulik CM. Causes and recovery in anorexia nervosa: the patient's perspective. Int J Eat Disord. 2003; 33(2): 143-54.

---

**Endereço para correspondência:**

Maria Sylvania de Souza Vitale  
 Rua Botucatu 703  
 CEP 04023-062 São Paulo – SP  
 Fone/fax: 55 11 5549-8993  
 e-mail: [vitalle.dped@epm.br](mailto:vitalle.dped@epm.br)