

ASPECTO NUTRICIONAL DA ANOREXIA NERVOSA

NUTRITIONAL ASPECT OF THE NERVOUS ANOREXIA

**Carolina Ribeiro Ferreira^{1,2}, Daniela Karkow^{1,3},
 Karoline Aparecida da Fonseca Vasconcelos^{1,2},
 Luana Magalhães Pinto^{1,2},
 Luciana Roquete Vidal^{1,4},
 Mauro Galileu Martins Souto^{1,5},
 Francisco Navarro¹**

RESUMO

A anorexia nervosa é um transtorno da conduta alimentar caracterizada por uma restrição dietética auto-imposta resultando em uma acentuada perda de peso, trazendo conseqüências drásticas para o organismo, tanto pelas alterações fisiológicas como psicológicas, produzidas pela desnutrição. O tratamento da doença consiste na interação de uma equipe multidisciplinar, que inclui os profissionais: psicólogo, médico (para a prescrição de fármacos) e nutricionista. Pois ambos trabalharão juntos para promover modificações nos comportamentos relacionados ao peso e à alimentação.

Palavras-Chave: Anorexia nervosa, nutrição, terapia nutricional, transtorno

- 1 – Programa de Pós-Graduação Lato-Sensu da Universidade Gama Filho – Obesidade e Emagrecimento.
- 2- Nutricionistas pela Universidade Paulista – UNIP
- 3- Nutricionista pela Universidade Católica de Brasília – UCB
- 4- Nutricionista pelo Centro Universitário do Triângulo - UNITRI
- 5- Licenciado em Educação Física pela Faculdade Alvorada

ABSTRACT

The nervous anorexia is an upheaval of the alimentary behavior characterized by a dietary restriction auto-imposed resulting in one accented loss of weight, bringing drastic consequences for the organism, as much for the physiological alterations as psychological, produced for the malnutrition. The treatment of the illness includes pharmacon, neuropsychological and nutritional therapy, being last an integrated process, in which the nutritionist and the team work together to promote modifications in the behaviors related to the weight and the feeding.

Key Word: Nervous anorexia, nutrition, nutritional therapy, upheaval

E-mail: karolnutri@ibest.com.br
 QE 32 conj.B casa 52 Guará II
 Brasília – Distrito Federal
 71065-021
 Carolribeiro_20@hotmail.com
 dknutri@gmail.com
 Lunutri25@yahoo.com.br
 Luvidal22@hotmail.com
 maurogalileu@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A anorexia é um transtorno de conduta alimentar que afeta as pessoas que tem um peso inferior ao esperado para a sua idade, gênero e altura, que se inicia na adolescência. Pode-se dar esta enfermidade por meio de dietas extremas e rígidas, temor intenso a subir de peso e a engordar, exercícios físicos exagerados com a intenção de perder peso. A anorexia nervosa é acompanhada de várias complicações clínicas, relacionadas ao comprometimento do estado nutricional e às práticas compensatórias inadequadas para o controle do peso (vômitos, uso de diuréticos e laxativos). Muitas destas complicações surgem em decorrência do atraso do diagnóstico e do início do tratamento, pois, muitos pacientes escondem os sintomas e/ou recusam em realizar o tratamento (APA, 2000; Key e Lacey, 2002, citado por Assumpção e Cabral, 2002).

Os aspectos nutricionais abrangem conceitos de alimentação saudáveis tipos, funções e fontes dos nutrientes, recomendações nutricionais, consequência das restrições alimentares. Trabalha-se intensamente a relação que o paciente tem para com os alimentos e o seu corpo ajudando-o a identificar os significados que o corpo e a alimentação possuem (Latterza e colaboradores, 2004).

A equipe multidisciplinar que deve tratar do paciente com anorexia nervosa, o nutricionista é capacitado para propor modificações do consumo, padrão e comportamento alimentar, aspectos que estão profundamente alterados (Latterza e colaboradores, 2004).

Dentre os métodos de tratamento proposto pelos especialistas da área os mais utilizados são os que utilizam fármacos, abordagem neuropsicológicas e tratamentos nutricionais (Appolinário e Bacaltchuk, 2002; ADA, 2001; Duchesne e colaboradores, 2004). Os artigos de revisão sobre anorexia nervosa ressaltam os aspectos nutricionais do trabalho proposto.

Portanto o objetivo deste trabalho é revisar a literatura científica sobre anorexia nervosa ressaltando os seus aspectos nutricionais.

REVISÃO DA LITERATURA

A anorexia nervosa é caracterizada por uma restrição dietética auto-imposta, associada a um padrão alimentar rigoroso, a uma acentuada perda de peso e com grande desgaste físico e psicológico, resultando em uma inanição grave (Fleitch e colaboradores; 2000 citado por Dunker e Philippi, 2003; Cordás, 2004; Mahan e Stump, 1998 citado por Vilela e colaboradores; 2004).

Etimologicamente, o termo anorexia deriva do grego "an", deficiência ou ausência de, e "orexis", apetite. Também significando aversão à comida, enjôo do estomago ou inapetência, as primeiras referências a essa condição surgem com o termo fastidium em fontes latinas da época de Cícero (106-43 a C) (Cordás, e colaboradores; 2002).

A perda considerável de peso, a preocupação mórbida com o risco de engordar, as alterações na percepção corporal e as disfunções endócrinas (amenorréia), aspectos esses concebidos como diagnósticos da anorexia nervosa pelos atuais sistemas classificatórios (OMS, 1993; Bruch, 1973 citado por Cordás e Claudino, 2002).

A etiologia da anorexia nervosa é constituída por um conjunto de fatores que estão em interação, envolvendo componentes biológicos, psicológicos, familiares e sócio-culturais (Garfinkel e Garner, 1982 citado por Gorgati e colaboradores; 2002). Tais aspectos determinam as dimensões necessárias na abordagem do tratamento da doença, uma vez que a complexidade da condição clínica da anorexia nervosa exige uma abordagem integrada e multiprofissional. Uma equipe composta por psiquiatra, clínicos gerais, psicólogo e nutricionista é o alicerce do tratamento, sobretudo em esquema ambulatorial e hospitalar (Gorgati e colaboradores; 2002).

A literatura cita como principais fatores etiológicos da anorexia: o gênero, sendo nove vezes mais comum em mulheres do que em homens; e a idade, com início geralmente na adolescência (Castro e Goldenstein, 1995; Fleitch e colaboradores 2000, citado por Morgan, 2002), mais especificamente entre 15 e 18 anos. Nesta fase ocorrem mudanças marcantes na fisiologia e bioquímica corporal, com um acúmulo pronunciado de gordura, especialmente nas mulheres. O ganho de

gordura durante a adolescência cessa e até se reverte nos homens, enquanto nas mulheres continua a aumentar, chegando a relatos de gordura corporal de 27% aos 16 anos (Castro e Goldenstein, 1995 citado por Dunker e Phillippi, 2003).

Em vista destas mudanças, as adolescentes começam a ficar preocupadas com o aumento do peso e com a mudança na forma física. Entre os 12 e 16 anos, há um aumento na insatisfação com a medida do quadril e o emagrecimento torna-se uma obsessão (Castro e Goldenstein, 1995, citado por Dunker e Phillippi, 2003).

O ato de restringir os alimentos tem início geralmente na adolescência, em resposta a uma má aceitação das mudanças corporais, principalmente do peso, e, associado à fatores psicológicos individuais e familiares e ao forte apelo sociocultural do culto à magreza, pode predispor a um transtorno alimentar (Garner, 1982 citado por Dunker e Phillippi, 2003).

Outros fatores também estão associados à etiologia da anorexia nervosa, dentre eles, os fatores individuais - traços como obsessividade, perfeccionismo, passividade e introversão (Srinivasagam e colaboradores 1995; Rastam, 1992 citado por Morgan, 2002), fatores somáticos - puberdade precoce, obesidade associada a auto-imagem negativa, alterações em vias noradrenérgicas e da serotonina (Fairburn e colaboradores; 1999; Kaltiala-Heino e colaboradores; 2001 citado por Morgan e colaboradores; 2002), os eventos vitais adversos - experiências sexuais adversas (Wonderlich e colaboradores; 1997 citado por Morgan e colaboradores; 2002), os fatores na família e hereditários - padrão de agregação, transtorno de personalidade obsessivo-compulsivo, fobia social, parentesco de primeiro grau (Lilenfeld e colaboradores; 1998, citado por Morgan e colaboradores; 2002), fatores genéticos - avaliando gêmeos monozigóticos e dizigóticos (Bulik e colaboradores; 2000 citado por Morgan e colaboradores; 2002), fatores sócio-culturais - o ideal de beleza feminina centrado na magreza, as dietas restritivas e as cirurgias plásticas (Stice e colaboradores; 1994; Pinhas e colaboradores; 1999 citado por Morgan e colaboradores; 2002).

A dieta, isoladamente, não é suficiente para produzir a anorexia nervosa. Ela precisa interagir com os fatores de risco principais

para este transtorno para levar a este desfecho (Hsu, 1997 citado por Morgan e colaboradores; 2002). Algumas pessoas em restrição alimentar, no entanto, conseguem aumentar cada vez mais a restrição. Assim, instala-se a desnutrição, que aumenta a distorção da imagem corporal e, conseqüentemente, aumenta também o medo de engordar e o desejo de emagrecer, perpetuando assim a anorexia nervosa (Gowers e Shore, 2001 citado por Morgan e colaboradores; 2002).

Por último, o estudo dos fatores mantenedores da doença inclui o papel das alterações fisiológicas e psicológicas produzidas pela desnutrição. A privação alimentar leva, sabidamente, a alterações físicas e psicológicas, sendo que muitas características dos pacientes com este transtorno alimentar são resultado - e não causa - do ciclo vicioso desencadeado pela desnutrição (Morgan e colaboradores; 2002).

O estado de desnutrição gera alterações neuroendócrinas que podem contribuir para a manutenção de vários dos sintomas da doença. Pacientes com anorexia nervosa demonstraram valores séricos aumentados de cortisol (Baranowska, 1990; Vierhapper e colaboradores; 1990 citado por Morgan e colaboradores; 2002) bem como evidências indiretas de aumento da atividade do hormônio liberador de corticotropina (CRH) (Gold e colaboradores; 1986; Hotta e colaboradores; 1986 citado por Morgan e colaboradores; 2002).

Epidemiologia

As estimativas sobre a prevalência dos transtornos psiquiátricos baseiam-se no reconhecimento e delineamento precisos nos esquemas de classificação e no desenvolvimento de métodos para os estudos epidemiológicos nas comunidades, tais como o estudo *Epidemiologic Catchment Areas* (ECA) em 1980 (Myers e colaboradores; 1984 citado por Hay, 2002). A anorexia nervosa provavelmente ocorre em menos de 0,5% dessa população e não é comum na população em geral (Aalto-Setälä e colaboradores; 2001 citado por Hay, 2002).

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 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 (Fischer e colaboradores; 1995, citado por Dunker e Philippi, 2003).

Pertencer a grupos profissionais como atletas, bailarinas, modelos e nutricionistas reforçam a demanda por um corpo muito magro, aumentando o risco de anorexia nervosa (Sundgot-Borgen, 1994 citado por Morgan e colaboradores; 2002).

A anorexia nervosa apresenta a maior taxa de mortalidade dentre todos os distúrbios psiquiátricos, cerca de 0,56% ao ano. Este valor é cerca de 12 vezes maior que a mortalidade das mulheres jovens na população em geral. As principais causas de morte são: complicações cardiovasculares, insuficiência renal e suicídio (APA, 2000, citado por Assumpção e Cabral, 2002).

O medo intenso ou mórbido de engordar representa o aspecto psicopatológico central da anorexia, mantendo-se sem modificações por décadas. Apesar de concebido como o critério que distinguiria a anorexia nervosa de outras síndromes psiquiátricas, alguns autores têm sugerido que diferenças transculturais poderiam levar à existência de anorexia nervosa sem fobia de peso (Lee e colaboradores; 1993 citado por Claudino e Borges, 2002). Discute-se se tais quadros corresponderiam a síndromes atípicas ou a uma transformação cultural das características da anorexia nervosa. Outra possibilidade reside na dificuldade de se avaliar tal aspecto em alguns pacientes, que podem esconder o medo de engordar ou mesmo expressar verbalmente o desejo de ganhar peso, e exibir a fobia pelo seu comportamento e não pela palavra (Hsu e Lee, 1993, citado por Claudino e Borges, 2002).

A anorexia nervosa envolve também uma disfunção endócrina, especialmente do eixo hipotalâmico-hipofisário-gonadal, identificada pela amenorréia (mulheres) e perda do interesse e potência sexual (homens). Em pré-púberes, há retardo do desenvolvimento das características sexuais secundárias. A amenorréia, no entanto, permanece como um critério controverso, em risco de exclusão, pois parece contribuir pouco para a definição de caso devido a alguns fatores: a) até 30% das pacientes podem apresentar todo o quadro característico de

anorexia sem amenorréia (Garfinkel e colaboradores; 1995, citado por Claudino e Borges, 2002) b) 20% a 30% das pacientes apresentam amenorréia antes de haver perda importante de peso (Russell, 1970; Theander, 1970 citado por Claudino e Borges, 2002) c) dificuldades em se colher história menstrual confiável; d) inexistência de um critério paralelo para homens (Andersen e Mickalide, 1983 citado por Claudino e Borges, 2002). A manutenção do critério tem se justificado com base no fato de alertar para o distúrbio endócrino subjacente e suas seqüelas (osteoporose).

Manifestações clínicas

Pacientes que estão na pré-puberdade podem ter atraso na maturação sexual, no desenvolvimento físico e no crescimento, e não atingem a estatura esperada. A anorexia nervosa apresenta complicações sérias associadas à desnutrição: o comprometimento cardiovascular, a desidratação, os distúrbios eletrolíticos, os distúrbios na motilidade gastrointestinal, a infertilidade, a hipotermia e outras evidências de hipometabolismo (Herzog e colaboradores; 1993; Mahan e Stump, 1998 citado por Vilela e colaboradores; 2004).

Alterações metabólicas

As principais alterações metabólicas observadas nesses pacientes são a hipercolesterolemia e a hipoglicemia.

A hipercolesterolemia é freqüente na anorexia nervosa e sua causa não é completamente conhecida. Decorre, provavelmente, da redução das concentrações de T3 e da globulina carreadora de colesterol e/ou da diminuição da excreção fecal de ácidos biliares e colesterol (Mitchell, 1983, citado por Assumpção e Cabral, 2002).

A hipoglicemia pode ocorrer após jejuns prolongados, sendo freqüentemente assintomática. Cerca de 56% dos pacientes anoréxicos tem glicemia menor que 70 mg/dl (Mitchell, 1983, citado por Assumpção e Cabral, 2002).

Outras alterações observadas são as endócrinas no eixo hipotálamo – hipofise gonadal, alterando todos as concentrações de hormônio (Assumpção e Cabral, 2002).

Alterações ósseas, hidroeletrólíticas, hematológicas, visuais, cardiovasculares,

pulmonares, renais, gastrointestinal, são bastante observadas (Becker e colaboradores; 1999 citado por Assunção e Cabral, 2002).

TRATAMENTOS

Tratamento farmacológico

Os procedimentos de tratamento para a anorexia nervosa incluem: tratamento farmacológico, tratamento neuropsicológico (com abordagem psicodinâmica) e o tratamento nutricional.

Vários medicamentos têm sido avaliados na anorexia nervosa, sendo que a maioria dos estudos é realizada na fase aguda da doença e tem como foco principal o ganho de peso. Muitos medicamentos mostraram-se inicialmente promissores na anorexia nervosa em estudos abertos. Entretanto, estes achados não são confirmados quando as intervenções são avaliadas em ensaios clínicos randomizados. Até o momento, as drogas estudadas na anorexia nervosa em ensaios clínicos randomizados foram os antidepressivos (clomipramina, amitriptilina e fluoxetina) (Lacey e colaboradores; 1980 citado por Appolinário e Bacaltchuk, 2002) os antipsicóticos (pimozida, sulpirida) (Vandereycken e colaboradores; 1982; Weizman e colaboradores; 1985 citado por Appolinário e Bacaltchuk, 2002) e outros agentes (cipro-heptadina, lítio, tetra-hidro-canabiol, clonidina, natrexona, hormônio do crescimento, zinco e cisaprida) (Halmi, 1986; Gross e colaboradores; 1981; Szmuckler e colaboradores; 1995 citado por Appolinário e Bacaltchuk, 2002). Os resultados dos estudos com estes agentes mostram que, na fase aguda, não há uma diferença estatisticamente significativa quando comparados ao placebo em relação às principais medidas de desfecho.

Neuropsicologia

A neuropsicologia examina a relação entre o comportamento e o funcionamento mental nas áreas cognitiva, motora, sensorial e emocional, através da utilização de testes psicométricos ou exames qualitativos. Ela compreende o estudo da expressão comportamental das lesões do sistema nervoso central (SNC), auxiliando no

rastreamento das disfunções cerebrais em suas diferentes manifestações. Tendo várias utilizações clínicas, ela serve como um instrumento auxiliar no diagnóstico e na documentação de transtornos psiquiátricos e é utilizada na avaliação dos efeitos clínicos de intervenções terapêuticas.

A abordagem psicodinâmica refere-se a uma compreensão do psiquismo em seus processos dinâmicos, orientando o trabalho em direção ao insight (Dewald, 1981 citado por Gorgati e colaboradores; 2002). A abordagem está fundamentada nos princípios da teoria psicanalítica, (Cordioli, 1998 citado por Gorgati e colaboradores; 2002)

Tratamento nutricional

As atividades do nutricionista representam uma parte importante no tratamento da anorexia nervosa (Gannon e Mitchell, 1986 citado por Alvarenga e Larino, 2002). A *American Dietetic Association* (ADA) indica que "intervenção e educação nutricionais sejam integradas ao tratamento", com um nutricionista na equipe multiprofissional (ADA, 2001 citado por Alvarenga e Larino, 2002). Os programas de abordagem nutricional aplicados e avaliados em vários centros de estudos apresentaram bons resultados (Huse e Lucas, 1983; Hsu e Holben, 1992 citado por Alvarenga e Larino, 2002).

A ADA propõe uma "terapia nutricional" para os transtornos alimentares que deve ser um processo integrado, no qual o nutricionista e a equipe trabalham juntos para modificar os comportamentos relacionados ao peso e à alimentação (ADA, 1994; ADA, 2001 citado por Alvarenga e Larino, 2002). Essa terapia tem duas fases: a educacional e a experimental. Segundo a ADA, todos os nutricionistas estão aptos a atuar na fase educacional; mas, para a fase experimental, são necessários treinamento e experiência em transtorno alimentar, trabalhando mais intimamente com os psicoterapeutas, em uma abordagem "psiconutricional" (ADA, 1994 citado por Alvarenga e Larino, 2002).

A fase educacional tem objetivos relacionados à coleta e transmissão de informações: a história alimentar do paciente, o estabelecimento de uma relação de colaboração, a definição de conceitos relevantes sobre alimentos, a apresentação de

exemplos de padrões de fome e de consumo alimentar e a orientação básica para a família. A fase experimental tem objetivos mais terapêuticos, que incluem: separar comportamentos relacionados ao alimento e ao peso, de sentimentos e questões psicológicas; incrementar as mudanças de comportamento alimentar; aumentar ou diminuir o peso gradativamente; orientar a manutenção de um peso adequado e o comportamento com o alimento em ocasiões sociais (ADA, 1994 citado por e Alvarenga e Larino, 2002).

O terapeuta nutricional encontra-se com o paciente com anorexia nervosa durante um longo período de tempo e enfrenta a complexa arena da dinâmica das relações humanas. Portanto, necessitam de alguma forma, desenvolver habilidades psicoterapêuticas, compreendendo o potencial de comportamentos manipulativos e a magnitude da negação entre os pacientes para que não concordem inconscientemente com o estilo de vida imposto pelo anoréxico (ADA, 2001; Reiff e Reiff, 1992 citado por Alvarenga e Larino, 2002).

Os atributos mais importantes para o nutricionista que trabalha com anorexia nervosa são: um amplo conhecimento da ciência da nutrição, habilidade no aconselhamento educacional e comportamental e uma atitude empática e de não julgamento (ADA, 2001; Rock e Curran-Celentano, 1996 citado por Alvarenga e Larino, 2002). Segundo Reiff e Reiff (1992) os pacientes com anorexia nervosa desejam um terapeuta nutricional flexível, que entenda seus medos sobre alimentação e peso, saiba o que é uma anorexia nervosa, trabalhe em um passo que eles possam alcançar; que faça comentários sensíveis, seja paciente, cuidadoso e que não julgue; que tenha experiência com pessoas com anorexia nervosa, seja otimista e esperançoso sobre a recuperação e que trabalhe com ele mais de modo colaborativo do que controlador. Trabalhar com pacientes com anorexia nervosa pode ser especialmente estressante para o nutricionista devido à importância das questões alimentares na doença. Daí a importância de entender conceitos psicoterapêuticos e manter comunicação com os demais profissionais da equipe (ADA, 2001; Rock e Curran-Celentano, 1996 Alvarenga e Larino, 2002).

O tratamento nutricional da anorexia nervosa deve envolver ainda o uso do Diário Alimentar. Nele, os pacientes registram o horário, o local das refeições, a qualidade e a quantidade dos alimentos ingeridos, além da ocorrência de episódios de compulsão alimentar e compensações. É uma técnica comportamental de automonitoração, na qual os sentimentos associados àquele momento são também registrados. O uso do diário alimentar é prática recomendada e de bom resultado no tratamento dos transtornos alimentares. Segundo alguns autores, é, possivelmente, a estratégia mais importante, pois se torna um documento pessoal, simbolizando a relação entre o terapeuta nutricional e o paciente. O diário também provê controle, disciplina e avaliação constantes (ADA, 1988; Story, 1986; Lacey, 1983; Segal e colaboradores; 1995 citado por Alvarenga e Larino, 2002).

CONCLUSÃO

Nos dias atuais a restrição alimentar virou uma estratégia comportamental e cognitiva, que as pessoas usam para controlar o peso corporal, podendo levar a um transtorno alimentar, sendo um dos mais comuns a anorexia nervosa, prejudicando intensivamente o organismo, sendo necessário uma equipe multidisciplinar para o tratamento deste transtorno.

O acompanhamento do nutricionista é importantíssimo para o tratamento deste paciente com transtorno, ajudando à estes, a uma reeducação alimentar e assegurando, assim, uma qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- 1- Aalto-Setälö, T.; Matrunnen, M.; Tulio-Henriksson, A.; Poiloainen, K.; Lonnqvist, J. One-month prevalence of depression and other DSM-IV disorders among young adults. *Psychol Med*, v. 31, p. 791-801, 2001.
- 2- ADA - American Dietetic Association Position of the American Dietetic Association: nutritional intervention in the treatment of

Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento.

ISSN 1981-9919 *versão eletrônica*

Periódico do Instituto Brasileiro de Pesquisa e Ensino em Fisiologia do Exercício

www.ibpex.com.br - www.rbone.com.br

- anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge eating. *J Am Diet Assoc*, v. 94(8), 902-7, 1994.
- 3- ADA - American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: nutritional intervention in the treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa – technical support paper. *J Am Diet Assoc*, v. 88, p. 69-71, 1988.
- 4- ADA - American Dietetic Association. 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*, v. 101(7), p. 810-9, 2001.
- 5- Andersen, A.E.; Mickalide, A.D. Anorexia nervosa in the male: an underdiagnosed disorder. *Psychosomatics*, v. 24, p. 1068-75, 1983.
- 6- APA-American Psychiatric Association: Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders [revised]. *Am J Psychiatry*, v. 157, p.1-39, 2000.
- 7- Appolinário, C.J.; Bacaltcbuk, J. Tratamento farmacológico dos transtornos alimentares. *Rev. Bras. Psiquiatr*, v. 24, supl. 3. São Paulo. Dez, 2002.
- 8- Assumpção, C.L.; Cabral, M.D. Complicações clínicas da anorexia nervosa e bulimia nervosa. *Revista Brasileira Psiquiatria*, v. 24, supl. 3. São Paulo. Dez, 2002.
- 9- Azevedo, A.P.; Santos, C.C.; Fonseca, D.C. Transtorno da compulsão alimentar periódicas. *Revista Psiquiatria Clínica*. 31 (4) 170-172, 2004.
- 10- Baranowska, B. Are disturbances in opioid and adrenergic systems involved in the hormonal dysfunction of anorexia nervosa? *Psychoneuroendocrinology*, v.15(5-6), p.371-9, 1990.
- 11- Becker, A.E.; Grinspoon, S.K.; Klibanski, A.; Herzog, D.B. Current concepts: eating disorders. *New Engl J Med*, v. 340(14), p. 1192-8, 1999.
- 12- Castro, J.M.; Goldensten, S. Eating Attitudes and behaviors of pre- and postpubertal females: clues to the etiology of eating disorders. *Physiology & Behavior*, v. 58, n. 1, p. 15-23, 1995.
- 13- Claudino, M.A.; Borges, M.B.F. Critérios diagnósticos para os transtornos alimentares: conceitos em evolução. *Rev. Bras. Psiquiatr*, v. 24, supl. 3. São Paulo. Dez, 2002.
- 14- Cordas, T.A.; Claudino, A.M. Transtornos alimentares: fundamentos históricos. *Revista Brás psiquiatria* (24) 3-6, 2002
- 15- Cordioli, A.V. Como atuam as psicoterapias. In: *Psicoterapias: abordagens atuais*. Porto Alegre. Artmed, p. 34-45, 1998.
- 16- Dunker, K.L.L.; Philippi, S. T. Hábitos e comportamentos de adolescentes com sintomas de anorexia nervosa. *Revista Nutrição*, v.16, n. 1. Campinas. Jan/Mar, 2003.
- 17- Fairburn, C.G.; Cooper, Z.; Doll, H.A.; Welch, S.L. Risk factors for anorexia nervosa: three integrated case-control comparisons. *Arch Gen Psychiatry*. v. 56, n. 5, p. 468-76, 1999.
- 18- Fisher, M.; Golden, N.H.; Katzman, D.K.; Kreipe, R.E.; Riss, J.; Schebendach, J. Eating disorders in adolescents: a Background Paper. *J Adolesc Health*, v. 16, p. 420-37, 1995.
- 19- Gannon, M.A.; Mitchell, J.E. Subjective evaluation of treatment methods by patients treated for bulimia. *J Am Diet Assoc*, v. 86(4), p. 520-1, 1986.
- 20- Garfinkel, P.E.; Garner, D.M. *Anorexia nervosa: a multidimensional perspective*. NewYork. Brunner and Mazel: 1982.
- 21- Garner, D.M.; Olmsted, M.P.; Bohr, Y.; Garfinkel, P.E. The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. *Physiological Medicine*. v. 12, p. 871-878, 1982.
- 22- Gold, P.W.; Gwirtsman, H.; Avgerinos, P.C.; Nieman, L.K.; Gallucci, W.T.; Kaye, W. Abnormal hypothalamic-pituitary-adrenal function in anorexia nervosa. Pathophysiological mechanisms in underweight and weight-corrected patients. *N Engl J Méd*. v. 314(21), p.1335-42, 1986.

Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento.
ISSN 1981-9919 versão eletrônica

Periódico do Instituto Brasileiro de Pesquisa e Ensino em Fisiologia do Exercício

w w w . i b p e f e x . c o m . b r - w w w . r b o n e . c o m . b r

- 23- Gorgati, S.B.; Holcberg, A.S.; Oliveira, M.D. de. Abordagem psicodinâmica no tratamento dos transtornos alimentares. Rev. Bras. Psiquiatria v. 24. São Paulo. Dez, 2002.
- 24- Gowers, S.G.; Shore, A. Development of weight and shape concerns in the a etiology of eating disorders. Br J Psychiatry. v. 179, p. 236-42, 2001.
- 25- Herzog, D.B.; Field, A.E.; Keller, M.V.; West, J.C.; Robbins, W.M.; Staley, J. Subtyping eating disorders, is it justified. J Am Acad Child Adol Psychiat, v. 35, p. 928-36, 1996.
- 26- Hsu, L.K. Can dieting cause an eating disorder? Psychol Me. v. 27, n. 3, p. 509-13, 1997.
- 27- Huse, D.M.; Lucas, A.R. Dietary treatment of anorexia nervosa. J Am Diet Assoc. v. 86, p. 687-92, 1983.
- 28- Lacey, J.H.; Crisp, A.H. Hunger, food intake and weight: the impact of clomipramine on refeeding anorexia nervosa population. Postgrad Med J. v. 56, p. 79-85, 1980.
- 29- Latterza, A.R.; Dunker, K.L.L.; Seagliusi. F.B.; Kemem, E. Tratamento nutricional dos transtornos alimentares. Rev.psiq. clin. 31 (4); 173-176, 2004.
- 30- Lee, S.; Ho, T.P.; Hsu, L.K.G. Fat phobic and non-fat phobic anorexia nervosa: a comparative study of 70 chinese patients in Hong Kong. Psychol Med. v. 23, p. 999-1017, 1993.
- 31- Mitchell, J.E. Medical complications of anorexia nervosa and bulimia. Psychol Med. v.1, p. 229-55, 1983.
- 32- Morgan, C.M. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. Rev. Bras. Psiquiatr. v. 24, n. 3. São Paulo. 2002.
- 33- Myers, J.K.; Weissman, M.M.; Tischler, G.L.; Holzer, C.E.; Leaf, P.J.; Orvaschel, H. Six-month prevalence of psychiatric disorders in three communities. Arch Gen Psychiatry. v. 41, p. 959-67, 1984.
- 34- OMS - Organização Mundial de Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas. p. 351, 1993.
- 35- Pinhas, L.; Toner, B.B.; Ali, A.; Garfinkel, P.E.; Stuckless, N. The effects of the ideal of female beauty on mood and body satisfaction. Int J Eat Disord, v. 25, n. 2, p. 223-6, 1999.
- 36- Salzano, F.T.; Cordas, T.A. Tratamento farmacológico de transtornos alimentares. Rev.psiq.clin.31(4) 188-194, 2004.
- 37- Stice, E.; Schupak-Neuberg, E.; Shaw, H.E.; Stein, R.I. Relation of media exposure to eating disorder symptomatology: an examination of mediating mechanisms. J Abnorm Psychol. v. 103, n. 4, p. 836-40, 1994.
- 38- Sundgot-Borgen, J. Risk and trigger factors for the development of eating disorders in female elite athletes. Med Sci Sports Exerc, v. 26(4), p. 414-9, 1994.
- 39- Wonderlich, S.A.; Brewerton, T.D.; Jovic, Z.; Dansky, B.S.; Abbott, D.W. Relationship of childhood sexual abuse and eating disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. v. 36, n. 8, p. 1107-15, 1997.

Recebido para publicação em 06/11/2007
 Aceito em 15/12/2007