



**RATIO - FACULDADE TEOLÓGICA E FILOSÓFICA
CURSO DE PSICOLOGIA**

CINTIA MARIA PEREIRA CELESTINO

TRANSTORNOS ALIMENTARES

FORTALEZA – CE

2019



**RATIO - FACULDADE TEOLÓGICA E FILOSÓFICA
CURSO DE PSICOLOGIA**

TRANSTORNOS ALIMENTARES

Monografia submetida á aprovação do Curso de PSICOLOGIA, pela Ratio – faculdade Teológica e Filosófica, como requisito parcial para obtenção do título de BACHAREL EM PSICOLOGIA.

Orientador (A): Prof.^a Ms. Prof.^a Júlia Shioga

FORTALEZA – CE

2019

CINTIA MARIA PEREIRA CELESTINO

TRANSTORNOS ALIMENTARES

Monografia como pré – requisito para obtenção do título de BACHAREL EM PSICOLOGIA, outorgado pela Ratio – Faculdade Teológica e Filosófica, tendo sido aprovada pela banca examinadora composta pelos professores.

Data da aprovação: __/__/__

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Especialista Julia Evangelista Mota Shioga
Orientadora

Prof.^a Dra. Virzângela Paula Sandy Mendes
Convidada

Prof.^a DRA. Lucili Grangeiro Cortez
Convidada

celestino, Cíntia Maria Pereira.

Transtornos alimentares em crianças e adolescentes /
Cíntia Maria. – Fortaleza, 2017.

Dissertação de Bacharelado em Psicologia – Faculdade do
Ceará.

Título em inglês: Eating Disorders in Children and
Adolescents

1. Transtorno alimentar; 2. Crianças; 3. Adolescentes;

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Celestino Neto e Maria Helenita;

À minha amada irmã e ao meu querido, Maria Daniele e Charles Vitorino.

Dedico a vocês este trabalho.

AGRADECIMENTOS

A minha ilustre Prof.^a Livia Gurgel pela paciência, ensinamentos e constante orientação.

Aos meus pais pela educação, postura e conduta moral que moldaram meu caráter, que são e sempre serão meus exemplos de vida.

Aos meus amigos Marcos Paulo Barroso, Maria Joelma, Nyanne Novais, Kellymari Rodrigues, Maria Lopes, Maria Flavianne pelo seu companheirismo, pois tiveram um papel fundamental no decorrer dessa minha jornada.

RESUMO

Os transtornos alimentares são uma classe de doença psiquiátrica que acomete principalmente adolescentes do sexo feminino, comprometendo diversos aspectos relacionados à saúde e qualidade de vida desses indivíduos. Os critérios de classificação mais utilizados são o CID – Classificação Internacional de doenças e o DSM – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. A etiologia desses transtornos é multifatorial, porém os distúrbios de imagem são um dos maiores fatores de risco. O tratamento desses transtornos necessita do acompanhamento de inúmeros profissionais e muitas vezes a hospitalização para tratamento clínico é necessária. Além do tratamento farmacológico a terapia cognitiva comportamental é altamente eficaz.

Palavras chave: Transtorno alimentar, crianças, adolescentes.

ABSTRACT

Eating disorders are a class of psychiatric illness that affects mainly female adolescents, compromising several aspects related to the health and quality of life of these individuals. The most commonly used classification criteria are the International Classification of Diseases (ICD) and the DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). The etiology of these disorders is multifactorial, but image disorders are one of the major risk factors. The treatment of these disorders requires the accompaniment of numerous professionals and many times the hospitalization for clinical treatment is necessary. Beyond pharmacological treatment cognitive behavioral therapies are highly effective.

Key words: Eating disorder, children, adolescents.

LISTA DE ABREVIATURAS

TA: Transtornos alimentares

TAs: Transtornos alimentares

AN: Anorexia nervosa

BN: Bulimia nervosa

APA: American Psychiatric Association

CID: Classificação internacional de doenças

DSM: Diagnostic and statistical manual of mental disorders

ECA: Episódio de compulsão alimentar

OMS: Organização Mundial da Saúde

TCC: Terapia cognitiva comportamental

TCAP: Transtorno da compulsão alimentar periódica

ISRS: Inibidor de recaptção de serotonina

ECA: Episódios de compulsão alimentar

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. OBJETIVO	13
2.1 Objetivo geral	13
2.2 Objetivos específicos	13
3. METODOLOGIA	14
4. TRANSTORNOS ALIMENTARES: QUADRO CLÍNICO E CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS.....	15
4.1 Epidemiologia	24
4.2 Etiopatogenia	26
4.3 Evolução e prognóstico	28
4.4 Tratamento	31
4.4.1 Psicofarmacoterapia	32
4.4.2 Psicoterapia	32
4.4.2.1 Terapia Cognitivo-comportamental	33
4.4.2.2 Psicoterapia Psicodinâmica	34
4.4.2.3 Psicoterapia Familiar	34
4.4.3 Terapia nutricional	35
4.4.3.1 Característica da dieta	37
4.4.3.2 Suporte nutricional especializado	38
4,5 Percepções da doença e do tratamento	39
5. CONCLUSÃO	44
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45

1. INTRODUÇÃO

Os transtornos alimentares representam um conjunto de doenças que afetam, sobretudo, adolescentes e adultos jovens do sexo feminino, acarretando marcantes prejuízos biológicos, psicológicos e sociais e, conseqüentemente, propiciando o aumento das taxas de morbidade e mortalidade nesta população (Nielsen, 2001). De acordo com o DSM-IV (APA, 1995) são três os diagnósticos formais de transtornos alimentares: anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtornos alimentares sem outra especificação. Essas doenças podem ser consideradas doenças emergentes, características da sociedade contemporânea. Estima-se que, a cada ano, milhões de pessoas são acometidas por alguma modalidade de transtorno alimentar. Mais de 90% dos afetados são adolescentes do sexo feminino (Fairburn et al., 2000; Striegelmoore et al., 2003). Por apresentarem incidência crescente, esses transtornos demandam esforços na prevenção e tratamento.

Acreditou-se inicialmente que os transtornos alimentares se manifestavam apenas nas classes socioeconômicas mais altas, expostas às exigências do padrão de beleza ocidental, porém estudos mais recentes identificam incidências semelhantes a do mundo ocidental também em classes mais baixas, áreas rurais e comunidades orientais.

Vê-se que o aumento da incidência coincide com a ênfase na magreza feminina como uma expressão de atração sexual, pois atualmente a sociedade valoriza a atratividade e a magreza em particular, fazendo então da obesidade uma condição altamente estigmatizada e rejeitada pela população.

A associação da beleza, sucesso e felicidade com um corpo magro tem levado as pessoas à prática de dietas abusivas e de outras formas não saudáveis de regular o peso (Killen *et al.*, 1993).

O quadro biológico relaciona-se aos sintomas de desnutrição, ativação do centro de saciedade no sistema nervoso central e readequação dos padrões alimentares. Já as alterações psicológicas impedem o enfretamento alimentar. Já o quadro psicológico impede o enfretamento de problemas diretamente direcionados aos transtornos alimentares, podendo haver emoções intensas de raiva e negação ao querer restabelecer o peso saudável. Nota-se que na adolescência/puberdade ocorre uma precipitação do quadro alimentar, causadas pelas alterações físicas do

desenvolvimento dos caracteres sexuais, desejo de criar uma imagem de indivíduo independente, separado da família; conflitos de identidade, desenvolvimento da personalidade com dificuldade para atingir padrões de independência. Contudo, o papel dos familiares na formação da opinião de seus filhos quanto ao valor da aparência, do peso e da forma corporal também foi investigado. Mães de pacientes com transtornos alimentares (TA) tendem a serem mais críticas e preocupadas com relação ao peso de suas filhas, incentivando-as a fazer dieta mais do que as mães de filhas sem TA (Gowers SG, Shore A, 2001). Um estudo de Ricciardelle e McCabe (2001), afirmam que a pressão para perder peso exercido pela mãe é o principal fator preditivo de insatisfação corporal e do engajamento em estratégias para modificar o corpo em adolescentes de ambos os sexos.

Dentre os transtornos mentais, os transtornos do comportamento alimentar estão entre os que mais matam no mundo em decorrência da desnutrição, problemas cardíacos e suicídio.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

O propósito deste estudo é verificar na literatura atual as causas e o efeito de alguns transtornos alimentares em crianças e adolescentes.

2.2 Objetivos específicos

- Avaliar as causas da anorexia, bulimia e compulsão alimentar em crianças e adolescentes;
- Avaliar o efeito desses transtornos alimentares no comportamento de crianças e adolescentes;
- Avaliar os tratamentos existentes no tratamento dos transtornos alimentares
-

3. METODOLOGIA

A busca pelos artigos foi realizada na base de dados Google Acadêmico e Scielo, combinando-se os termos 'crianças' 'adolescentes', 'comportamento alimentar', 'transtorno alimentar', no idioma português, coleção Brasil, tipo de literatura - artigo. Foram considerados os artigos publicados entre 2000 e 2017, sendo selecionados 39 estudos que analisaram o desenvolvimento do comportamento. Foram excluídos os trabalhos de revisão, aqueles que abordavam a doença em adultos ou idosos, além dos trabalhos que envolviam caso clínico.

4. TRANSTORNOS ALIMENTARES: QUADRO CLÍNICO E CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

Dentre os transtornos do comportamento alimentar, temos as seguintes categorias diagnósticas: anorexia nervosa, bulimia nervosa, compulsão alimentar e transtorno alimentar sem outra especificação. A anorexia nervosa (AN) não se traduz por uma perda do apetite. Configura-se como uma restrição alimentar deliberada, qualitativa e quantitativa. A busca incansável pela magreza e que leva a paciente a uma severa e auto-induzida perda de peso, para a qual finalidade usa variados recursos. A AN geralmente inicia-se a partir de uma simples dieta realizada como resposta a um excesso de peso real ou imaginário. Apesar da realização de regimes e busca de outros métodos que visam ao emagrecimento serem comuns na adolescência, ao contrário da maioria das jovens que após algum tempo atingem o peso ideal ou retornam ao peso antigo, os anoréxicos buscam uma forma física cada vez mais esbelta (Hercovici & Bay, 1997). Os fatores precipitantes da anorexia são variados. Podem consistir em eventos vitais significativos como perdas, separações familiares, doenças, mudanças de escola ou cidade, além de modificações corporais, entre outras. O fator específico muitas vezes não é identificado ou em alguns casos, pode constituir em uma circunstância aparentemente corriqueira (Abuchaim, Somenzi e Duschene, 1998).

Em um primeiro momento, os pacientes eliminam alimentos muito calóricos, e, aos poucos passam a restringir todos os outros itens que faziam parte do cardápio (Russel, 1983). Gradativamente vão direcionando toda a atenção para temas ligados a alimentação, dieta, forma física. Os hábitos alimentares vão ficando cada vez mais permeados por rituais e segretos. Comportamentos excêntricos com relação à comida também podem ser apresentados. Os pacientes podem esconder comida em vários cantos da casa, comprar alimentos e elaborar pratos (Cordas e Busse, 1995). No entanto, a ingestão alimentar é muito restrita e com o avançar da doença é usual a ingestão de apenas uma fruta ou uma xícara de café ao longo de todo o dia (Russel, 1983).

A inanição e os comportamentos purgativos acarretam significativas complicações clínicas que incluem alterações metabólicas, hematológicas, endocrinológicas, osteomusculares, no sistema nervoso central e nas funções: circulatória, respiratória, urinária, gastrintestinal, e reprodutora e sexual (Hochgraf,

2003a). Em casos severos, a morte pode ocorrer por inanição, suicídio ou desequilíbrio eletrolítico. Alguns estudos sugeriram que a taxa de mortalidade para pacientes com anorexia nervosa varia de 0,5% a 1% ao ano (Treasure, Szmulker, 1995; APA, 2000).

Sob o aspecto psicopatológico, o que é característico da anorexia nervosa e a distorção da imagem corporal; apesar de muito emagrecida, os pacientes percebem-se a cima do peso. O pavor de engordar persiste como uma idéia permanente, mesmo o indivíduo estando com seu peso bem abaixo do normal (Hercovici & Bay, 1997).

A bulimia é caracterizada pela ingestão de grande quantidade de alimentos de forma rápida ("binge"), acompanhada de métodos compensatórios inadequados para controle do peso como vômitos, abuso de laxantes, diuréticos, dietas e exercícios físicos. (Cordas e Busse, 1995).

A bulimia nervosa é caracterizada por episódios recorrentes de compulsão periódica (definida como ingestão de uma quantidade excepcionalmente grande de alimentos em um período limitado de tempo, com sensação subjetiva de falta de controle sobre esse comportamento); comportamento compensatório inadequado e recorrente com a finalidade de controlar o peso (por exemplo, autoindução de vômitos; uso indevido de laxantes, diuréticos, enemas ou medicamentos supressores de apetite; jejuns ou exercícios excessivos) e atitudes disfuncionais sobre o peso e a forma do corpo que influenciam indevidamente a Autoavaliação (APA, 1995; Grilo et al., 2002). Para o diagnóstico de bulimia nervosa, segundo o DSM-IV (APA, 1995), é necessário que a compulsão periódica e os comportamentos compensatórios ocorram em média 2 vezes por semana por 3 meses. As bulímicas tem usualmente peso normal (cerca de 70% dos casos) ou levemente acima (15%) ou abaixo (15%) do normal (Appolinario, Claudino, 2000); da mesma forma que as pacientes anoréxicas, apresentam extrema sensibilidade a possibilidade de ganhar peso, com medo mórbido de engordar, ao lado de um desejo intenso de perder peso e inconformismo com o tamanho de várias partes do corpo (Hochgraf, 2003a).

Dependendo do tipo de comportamento compensatório adotado os pacientes podem ser classificados, segundo o DSM-IV (APA, 1995), em dois subtipos:

- Purgativo: caracterizado por autoindução de vômitos ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas;

- Sem purgação: uso de comportamentos compensatórios inadequados, como jejuns ou exercícios excessivos, sem envolvimento regular na autoindução de vômitos ou no uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas.

É importante ressaltar que se qualquer das duas formas de bulimia nervosa ocorrer durante um episódio atual de anorexia nervosa, o diagnóstico será de anorexia nervosa (APA, 1995).

Embora a bulimia nervosa seja uma condição mais benigna que a anorexia nervosa, as manobras compensatórias para a perda de peso levam a uma série de complicações clínicas com alterações em diferentes sistemas, tais como: nervoso central; circulatório; respiratório; urinário; gastrointestinal; osteomuscular; reprodutor e sexual. Além disso, são frequentes: as alterações metabólicas, as da pele e anexos e as dentárias (Appolinario e Claudino, 2000; Hochgraf, 2003a).

Quadro 1- Critérios diagnósticos para os transtornos alimentares segundo CID-10 e DSM-IV

Critérios diagnósticos do DSM-IV e CID-10 para Anorexia Nervosa	
<p>Perda de peso e recusa em manter o peso dentro da faixa normal ($\geq 85\%$ do esperado). Medo mórbido de engordar mesmo estando abaixo do peso. Perturbação na forma de vivenciar o baixo peso tem uma influência indevida do peso. Amenorréia por 3 ciclos consecutivos Subtipos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Restritivo (dieta e exercícios apenas); 2. Compulsão periódica/purgativo (presença de episódios de compulsão e/ou purgação além da dieta, exercícios). 	<p>Perda de peso e manutenção abaixo do normal ($IMC \leq 17,5 \text{ Kg/m}^2$); Perda de peso auto induzida pela evitação de alimentos que engordam Medo de engordar e percepção de estar muito gorda (a); Distúrbio endócrino envolvendo o eixo hipotálamohipofisário - gônada (amenorreia) e atraso desenvolvimento puberal; * vômitos autoinduzidos, purgação e uso de inibidores de apetite e/ou diuréticos podem estar presentes.</p>
Critérios diagnósticos do DSM-IV e CID-10 para Bulimia Nervosa	

<p>Episódios recorrentes de compulsão alimentar (excesso alimentar + perda de controle);</p> <p>Métodos compensatórios para prevenção de ganho de peso: indução de vômitos, uso de laxantes, diuréticos, enemas, jejum, exercícios excessivos ou outros;</p> <p>Frequência dos episódios compulsivos e compensatórios: em média pelo menos duas vezes/semana por três meses</p> <p>Influência indevida do peso/forma corporal sobre a Autoavaliação;</p> <p>Diagnóstico de AN ausente;</p> <p>Subtipos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Purgativo – vômitos induzidos, abuso de laxantes, diuréticos ou enemas 2. Não purgativo – apenas jejum e exercícios para compensar ingestão calórica 	<p>Episódios recorrentes de hiperfagia (duas vezes/semana por três meses)</p> <p>preocupação persistente com o comer e desejo irresistível de comida;</p> <p>Uso de métodos compensatórios para neutralizar ingestão calórica: vômitos, abuso de laxantes, jejuns ou uso de drogas (anorexígenos, hormônios tireoidianos ou diuréticos) *;</p> <p>Medo de engordar que leva a busca de um peso abaixo do limiar ótimo ou saudável;</p> <p>* diabéticos podem negligenciar o tratamento insulínico (evitando a absorção da glicose sanguínea).</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tabela 1 – Critérios diagnósticos para Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa pelo DSM-IV e pela CID10 (Claudino e Borges, 2002).

O Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) ainda não foi categorizado como diagnóstico no DSM-IV-TR, no entanto, existem alguns critérios sugeridos no Apêndice B, para investigação e possível inclusão futura entre as categorias principais. Ele é descrito como “episódios recorrentes de compulsão alimentar na ausência de uso regular de comportamentos compensatórios inadequados característicos da BN” (APA, 2000). Embora nos últimos anos, um número considerável de publicações tenha se dedicado a diferentes aspectos desse quadro, permanece em aberto se ela representa uma síndrome clinicamente significativa, qual é a sua validade e quais são suas características específicas e distintas da bulimia nervosa, da síndrome do comer noturno, e, mesmo, da obesidade (Striegel-Moore e Franko, 2008; Pull, 2004).

Enquanto em alguns estudos, o transtorno da compulsão alimentar periódica é considerada somente uma versão atenuada da bulimia nervosa sem purgação (Ramacciotti ET al., 2005), em outros se observou uma constelação particular de sintomas que permitiriam validá-lo enquanto categoria diagnóstica (Reichborn-Kjennerud et al., 2004; Striegel-Moore e Franko, 2008).

Esse transtorno é caracterizado pela presença de episódios regulares de compulsão alimentar periódica (definida da mesma forma que na bulimia nervosa, ou seja, pela ingestão de uma quantidade excepcionalmente grande de alimentos em um período limitado de tempo e com sensação subjetiva de falta de controle sobre esse comportamento) acompanhados de acentuada angústia, mas que não estão associados com o uso regular de comportamentos compensatórios inadequados (por exemplo, vômitos autoinduzidos, uso indevido de laxantes e outros medicamentos, jejuns, exercícios excessivos). Além dos indicadores subjetivos para o diagnóstico, são necessários também indicadores comportamentais de prejuízo no controle que incluem: comer mais rapidamente ou até se sentir incomodado; comer grande quantidade de alimentos quando não se está com fome; comer sozinho em razão do embaraço pela quantidade consumida; sentir repulso culpa ou intensa tristeza após comer demais (APA, 1995).

Os transtornos alimentares sem outra especificação são usualmente considerados a categoria de transtorno alimentar mais prevalente e certamente a menos estudada. Podem também receber o nome de síndromes parciais e anorexia nervosa e bulimia nervosa atípica – CID-10 (Organização Mundial de Saúde (OMS), 1993) – são os quadros característicos da maioria das pessoas que procuram tratamento fora dos centros de pesquisa (Grilo et al., 2002). Esta categoria contempla pacientes que apresentam problemas significativos e clinicamente compreensíveis com o comer (consumo alimentar) e a imagem corporal, mas não preenchem todos os critérios diagnósticos de bulimia nervosa ou anorexia nervosa.

São exemplos dessa situação: as mulheres que satisfazem todos os critérios para anorexia nervosa, mas manter menstruações regulares ou que apesar da perda de peso significativa, tem o peso atual dentro do limite da normalidade ou os pacientes que não atingem a frequência de episódios de compulsão periódica necessária para o diagnóstico de bulimia nervosa (Appolinario, Claudino, 2000; Grilo et al., 2002). Dois outros comportamentos são incluídos nessa categoria (APA, 1995):

- Uso regular de comportamentos compensatórios em indivíduos de peso normal e após a ingestão de pequenas quantidades de alimentos;

- Mastigar e cuspir repetidamente, sem engolir, grandes quantidades de alimentos.

Aplicando-se os critérios do DSM-IV (APA, 1995) estima-se que esse tipo de transtorno alimentar sem outra especificação e as síndromes parciais ocorram em 2 a 5% das mulheres jovens (Hay, 2002).

Estas classificações, em suas edições atuais, são categoriais. Um diagnóstico categorial permite informar se uma paciente está ou não doente, em agrupamentos fechados de sintomas. A vantagem deste tipo de diagnóstico é que uma vez diagnosticado o transtorno, as condutas podem ser estabelecidas. Por outro lado, outro tipo de abordagem diagnóstica é o dimensional, que “*não restringe o diagnóstico ao preenchimento ou não de certos critérios operacionais, evitando criar falsos limites entre saúde e doença*” (Wang et al., 2007, p. 37).

A tabela abaixo contém os critérios para classificação de outros transtornos alimentares.

Tabela 2 – Outros transtornos alimentares e critérios diagnósticos para TCAP (Claudino e Borges, 2002).

Transtornos alimentares sem outra especificação	
DSM-IV	CID-10
1. Preenche critérios para AN exceto amenorreia; 2. Preenche critérios para AN com perda de peso, mas ainda dentro da faixa normal; 3. Preenche critérios para BN exceto pela frequência e cronicidade; 4. Comportamento purgativo após ingestão de pequena quantidade de comida; 5. Mastiga e cospe fora os alimentos; 6. Transtorno de compulsão alimentar periódica.	1. AN Atípica – um ou mais aspectos-chave da NA está ausente ou tem todos em grau + leve; 2. BN Atípica – um ou mais aspectos-chave da BN pode estar ausente. Ex. Bulimia de peso normal – episódios de hiperfagia e purgação em indivíduos de peso normal ou excessivo; 3. Hiperfagia associados a outros distúrbios Psicológicos (levando a obesidade); 4. Vômitos associados a outros distúrbios Psicológicos; 5. Pica em adultos, perda de apetite Psicológica; 6. Transtornos alimentares não especificados
Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica	

Critérios diagnósticos sugeridos pelo DSM-IV (Apêndice B);
Episódios recorrentes de compulsão alimentar periódica (excesso alimentar + perda de controle).
Comportamentos associados a compulsão alimentar: (pelo menos 3)

1. Comer rapidamente
2. Comer até sentir-se cheio
3. Comer grandes quantidades de comida esmo sem estar com fome
4. Comer sozinho por embaraço pela quantidade de comida

Ha uma discussão na literatura sobre a possibilidade de mudanças nos diagnósticos psiquiátricos, com sugestões de que estes passem a ser dimensionais de modo a se tentar evitar que limites artificiais sejam estabelecidos ao se permitir que o paciente possa apresentar sintomas em diversas categorias (Wang et al., 2007). Ha também um debate sobre a natureza dimensional ou categorial dos transtornos alimentares (TAs). Análises taxométricas sugerem inconsistência com um modelo estritamente dimensional (Williamson et al., 2002). Em sua revisão, Williamson et al. (2005) sugeriram que os TAs que envolvem episódios de compulsão alimentar (ECA) (e talvez purgação) são descontínuos com normalidade, enquanto os TAs que não envolvem ECA guardam um caráter dimensional.

Com relação as classificações diagnosticas, apesar de tentativas de se equiparar os critérios da CID e os do DSM, ainda há diferenças importantes entre estes dois sistemas (First, 2009; Kingdon et al., 2010). No DSM, o diagnóstico e realizado através de critérios específicos e, na CID, através de diretrizes diagnosticas. Esta disparidade tem implicações para a prática clínica, dificultando a comunicação entre clínicos e pesquisadores, e assim, impactam o avanço de pesquisas pela não uniformização de dados que permitam conhecer melhor, por exemplo, a distribuição e prevalência dos transtornos mentais.

Na quinta edição do DSM (DSM-V) transtorno mental e definido como:

Uma síndrome caracterizada por um distúrbio clinicamente significativo da cognição, regulação emocional e do comportamento de um indivíduo que reflete a uma disfunção de processos psicológicos, biológicos ou do desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental. Os transtornos mentais estão usualmente associados a um sofrimento significativo ou a uma incapacidade social, ocupacional ou de outras atividades importantes. Uma resposta esperada ou culturalmente aprovada a um estressor comum, ou a uma perda, como a morte de um ente querido, não é um transtorno mental. O comportamento social desviante (p. ex. político, religioso ou sexual) e conflitos que são primariamente entre o indivíduo e a sociedade não são transtornos mentais, a não ser que o desvio ou o conflito resulte de uma disfunção do indivíduo como descrito acima. (APA, 2013, p.20).

E fato que até os dias de hoje existe uma dificuldade em se definir o significado do termo validade. Há várias definições para o conceito de validade que dependem do contexto em que o termo é utilizado ou do que se pretende examinar. Em se tratando de validade diagnóstica, esta pode ser definida, de modo genérico, como a capacidade real de uma categoria diagnóstica identificar o fenômeno em questão, achando-se diferenciável de outras entidades diagnósticas de sua classe (Wang et al., 2007). Apesar de não aprofundarmos aqui a discussão sobre as diversas definições e tipos de validade, cabe salientar que a validade apresenta dois componentes principais: o conceitual e o operacional. A validade conceitual do diagnóstico, também chamada de “validade de face”, acha-se relacionada ao *“julgamento subjetivo, por parte do avaliador, sobre a capacidade de um diagnóstico avaliar o que deveria medir”* (Wang et al., 2007).

Portanto, em se tratando de uma medida que considera o componente subjetivo (por exemplo, uma concepção teórica sobre um diagnóstico, que pode ser considerada consenso entre clínicos e especialistas e que pode sofrer influências do contexto histórico), não é uma medida passível de análise estatística. Ao considerarmos o componente operacional da validade, estamos tratando de aspectos que podem ser parcialmente examinados por análise estatística, e que incluem, por exemplo, as validades de conteúdo, de critério (ex. preditiva, concorrente e retrospectiva) e de constructo. A validade de conteúdo refere-se ao *“grau em que o diagnóstico avalia todos os aspectos relevantes de domínio conceitual ou comportamental que se pretende medir”* (Goldstein e Simpson, 1995, citado por Wang et al., 2007). Já a validade de critério *“permite estabelecer o quanto os indicadores conseguem prever determinado conceito (critério) bem estabelecido”* e, por fim, a validade de constructo refere-se a *“demonstração de que o diagnóstico realmente representa aquilo que ele se propõe a avaliar”* (Goldstein e Simpson, 1995).

O estabelecimento de uma categoria diagnóstica depende de evidências que fortaleçam aspectos de sua validade concorrente, preditiva e etiológica (esta última referindo-se a presença de evidências de que existem causas específicas ou distintas para o transtorno) (Keel et al., 2012).

Também sobre a validade diagnóstica de um transtorno mental, o autor

Spitzer (2001) descreveu: *“um conceito diagnóstico tem validade na medida em que as características definidoras do transtorno provêm informação útil não contida em sua definição. Esta informação pode ser sobre etiologia, fatores de risco, curso habitual da doença, se ela é mais comum entre familiares e, o mais importante, se auxilia em decisões relativas a manejo e tratamento”*.

A maioria dos quadros psiquiátricos, no entanto, entre eles os TAs, ainda não apresentam etiologia bem definida, além de que não há testes laboratoriais específicos que possam identificar uma determinada patologia mental, o que leva a uma dificuldade em se estabelecer validade diagnóstica em psiquiatria com base em aspectos etiológicos. Assim, o estudo de aspectos relacionados ao curso clínico destes transtornos, como examinado no presente estudo, se mostra de interesse, dentre outros fatores. Tal aspecto é de relevância em termos de validade preditiva, como descreve First et al. (2004): *“medida em que ter um diagnóstico prediz um curso clínico futuro, complicações e resposta terapêutica”*.

Apesar das limitações de diagnósticos feitos com base em classificações diagnósticas até aqui, as definições utilizadas para grande parte dos quadros psiquiátricos têm se mostrado úteis na prática clínica, incentivando alguns autores a discutirem também o conceito *“utilidade clínica”* dos diagnósticos de transtornos mentais. Os conceitos *“validade diagnóstica”* e *“utilidade clínica”* são interpretados por alguns como termos distintos, por outros como conceitos similares, ou mesmo como distintos podendo ser sobrepostos (Kendell e Jablensky, 2003; First et al., 2004). O autor Kendell e Jablensky (2003) discutem que um diagnóstico só tem utilidade se fornecer informações importantes sobre o prognóstico e o desfecho do tratamento, além de proposições testáveis sobre os correlatos biológicos e sociais. Por outro lado, First et al. (2004) ressalta a importância de um sistema diagnóstico em facilitar a comunicação de informações clínicas entre médicos, pacientes, familiares e administradores de saúde, em definir a escolha de instrumento diagnóstico, em realizar o diagnóstico diferencial e em possibilitar o desenvolvimento de intervenção eficaz.

Assim, além dos aspectos de validade e utilidade clínica acima citados, a confiabilidade dos diagnósticos, ou *“reliability”* na língua inglesa, é outro fator importante a ser considerado. Descrita como concordância ou fidedignidade, dentre outros sinônimos, a confiabilidade tem sido frequentemente utilizada para se referir

a consistência das avaliações, e pode ser examinada através de diversas técnicas de investigação, sejam elas mais ou menos estruturadas (diversos instrumentos ou mesmo entrevistas abertas). A confiabilidade dos diagnósticos em psiquiatria pode ser avaliada pela confiabilidade teste-reteste e pela confiabilidade entre entrevistadores. A primeira examina a persistência/confirmação de um diagnóstico em avaliações separadas por um curto intervalo de tempo (Hyman, 2010); já a segunda tem por finalidade avaliar o grau de concordância entre diagnósticos realizados de forma independente por dois (ou mais) entrevistadores para um determinado indivíduo examinado em intervalo de tempo muito próximo (Kraemer, 2007; Hyman, 2010).

Segundo Fulford e colaboradores (2005) a confiabilidade do diagnóstico psiquiátrico nunca será perfeita, pois sempre envolve julgamento humano neste processo. Dois entrevistadores que examinam o mesmo fenômeno não formulam o diagnóstico da mesma forma, pois podem existir algumas interferências neste processo, como, por exemplo, diferentes concepções teóricas, experiência pessoal, as técnicas de entrevista, a percepção dos sintomas, e outros. Estudos de confiabilidade de diagnósticos de transtornos mentais realizados nas décadas de 1950 e 1960 apresentavam taxas de confiabilidade em torno de 50%. Porém, este índice apresentou melhora em estudos posteriores a introdução do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Third Edition* em 1980, que, de certo modo, favoreceu uma uniformização de critérios para o estabelecimento do diagnóstico. Para melhorar a confiabilidade nos diagnósticos psiquiátricos realizados por diversos entrevistadores foi proposta a utilização de entrevistas estruturadas ou padronizadas, capazes de minimizar as discordâncias entre avaliadores (Wang et al., 2007).

4.1 Epidemiologia

Os transtornos alimentares afetam predominantemente a população jovem (Doyle e Briant-Waugh, 2000), no entanto sua prevalência tem aumentado na população geral nas últimas décadas (Dunker e Philippi, 2003), especialmente entre indivíduos de 15 a 24 anos de idade. Estudos epidemiológicos indicam incidência entre 0,5% e 7,0% para anorexia nervosa e 0,4% e 16,2% para bulimia em adolescentes do sexo feminino. Em relação ao universo masculino, os índices

variam entre 0 e 0,1% para anorexia nervosa e de 0 a 1,2% para a bulimia nervosa (Hoek e Van Hoeken, 2003).

Estes números são questionáveis uma vez que usualmente são os casos mais graves chegam aos profissionais de saúde. Além disso, síndromes parciais e distúrbios não-especificados, ou seja, formas de transtornos alimentares que não preenchem os critérios necessários para o diagnóstico de anorexia nervosa ou bulimia são bem mais frequentes, ocorrendo em cerca de 5 a 10% nas jovens do sexo feminino (MELIN E ARAUJO, 2002). Embora a anorexia nervosa seja um transtorno relativamente raro, sua incidência vem aumentando e estima-se que atualmente seja de 8 para 100.000 pessoas por ano (HOEK, van HOEKEN, 2003). Ocorre predominantemente em mulheres jovens com uma prevalência pontual de 0.28% e ao longo da vida de 0,3% a 3,7% (APPOLINARIO, Claudino, 2000).

Em um estudo realizado em mulheres nascidas entre 1975-1979, a prevalência da anorexia ao longo da vida foi de 2,2% com critérios do DSM-IV e de 4,2% com critérios mais amplos, enquanto que a incidência de AN para mulheres de 15-19 anos foi de 270 casos por 100.000 habitantes com critérios do DSM-IV, e de 490 por 100.000 habitantes com critérios mais amplos (KESKI-RAHKONEN ET AL, 2007).

Tal como a anorexia nervosa, a bulimia nervosa também é mais comum em mulheres, em geral, adolescentes e jovens. A incidência é de 12 casos por 100.000 pessoas anualmente e a prevalência estimada é de 1 a 3%, com alguns estudos mais recentes indicando até 4,2% (APA, 2000; GRILO ET AL., 2002; HOEK, VAN HOEKEN, 2003). Alguns grupos profissionais ou ocupacionais apresentam prevalência maior de TA, como é o caso de atletas (CHILDRESS ET AL, 1993), estudantes de nutrição, dançarinos e bailarinos (ANTONACCIO, 2001; RAVALDI, 2006). Os quadros atípicos de BN e AN representam manifestações mais leves ou incompletas, muito mais frequentes que as síndromes completas (5:1) e com risco de evoluírem para as mesmas (CLAUDINO E BORGES, 2002).

A taxa de prevalência do TCAP pode variar de 1,3 a 30,1% (APA, 2006). Grupos específicos, como de mulheres obesas, parecem ter prevalências maiores de TCAP conforme mostram os estudos de Martin e colaboradores (2000) e Rica e colaboradores (2001) encontraram prevalências de 9,7% e 8,5% respectivamente em pacientes atendidos em ambulatórios específicos de transtornos alimentares. A distribuição entre os gêneros parece ser semelhante e pode ocorrer com mais

frequência em indivíduos acima dos 40 anos. Crianças e adolescentes também podem ser afetados, inclusive nas formas subclínicas de TCAP (Dingemans et al, 2002; Tanofsky-Kraff et al, 2007).

De forma diferente da anorexia nervosa e da bulimia nervosa, o transtorno da compulsão periódica não é incomum na raça negra e em homens, embora as mulheres tenham uma tendência 1.5 vezes maior (Grilo et al., 2002). É mais frequentemente visto em adultos jovens e de meia idade com uma prevalência estimada de 0,7% a 4% nessa população, 8% na população de obesos e até 50% em programas para controle de peso.

Não existem dados populacionais sobre prevalência e incidência de transtornos alimentares no Brasil, e tampouco registros fidedignos do número de pacientes que recebem esse diagnóstico na rede pública de saúde. Através de um estudo de base populacional realizado no sul do Brasil por Nunes et al (2003) existem resultados de prevalência de comportamentos alimentares inadequados e de práticas inadequadas de controle de peso em uma amostra significativa de mulheres jovens (12-29 anos). Os resultados do estudo indicam uma prevalência de 11% de comportamentos alimentares anormais.

Dos métodos compensatórios de controle de peso utilizados, o uso de laxantes foi o mais prevalente (8%) seguido pelo uso de anorexígenos (5,1%), provavelmente pela venda ilegal do produto no Brasil e não encontrou diferenças estatísticas entre as classes sociais. No contexto nacional, também há um estudo de Borges (2002) que encontrou uma frequência de 16% de TCAP em mulheres obesas de um programa de vigilantes de peso. Um estudo de Petribu e colaboradores (2006) verificaram 56,7% de TCAP entre indivíduos obesos mórbidos entrevistados em seu estudo, sendo eles candidatos a cirurgia bariátrica em um hospital de Recife - PE.

4.2 Etiopatogenia

A etiologia desses transtornos é multifatorial, ou seja, eles são determinados por uma diversidade de fatores que interagem entre si de modo complexo para produzir e muitas vezes, perpetuar a doença. Classicamente, distinguem-se os fatores predisponentes, precipitantes e os mantenedores dos transtornos (Morgan et al, 2002).

Os fatores predisponentes são aqueles que aumentam a chance de aparecimento do transtorno alimentar, mas não o tornam inevitável. Entre eles, estão as questões individuais e familiares e características socioculturais. Os fatores que precipitam a doença marcam o aparecimento dos sintomas dos transtornos alimentares, incluindo a dieta alimentar e eventos estressores na vida.

Finalmente, os fatores mantenedores determinam se o transtorno vai ser perpetuado ou não abrangendo também questões fisiológicas, psicológicas e culturais. Faz-se importante assinalar que um transtorno alimentar não surge abruptamente no vazio, mas se desenvolve ao longo do tempo, a partir de fatores predisponentes, desde o nascimento de outros que vão surgindo nos primeiros anos de vida e de outros ainda que surgem só posteriormente (LASK, 2000).

Alguns modelos explicativos psicológicos buscam explicar o desenvolvimento desses transtornos. A abordagem psicodinâmica compreende o sintoma como uma comunicação simbólica sobre a natureza e a extensão do conflito subjacente. De acordo com Zerbe (1993) dentro dessa perspectiva defende que pensar os transtornos alimentares em termos de uma natureza psicossomática, pode desvendar a intensa dissociação que existe entre mente e corpo e como essa cisão impede os pacientes de experimentar seu corpo e seu mundo interno. Para este autor, esses pacientes apresentam dificuldades para discernir necessidades físicas, discriminar sensações, expressar sentimentos ou, ainda, reduzir tensões internas por meio da verbalização.

Já de acordo com as teorias cognitivas, o distúrbio da imagem corporal e um sintoma frequente dos transtornos alimentares, caracterizado por uma autoavaliação dos indivíduos que sofrem desse transtorno, influenciada pela experiência com seu peso e forma corporal (CASH e DEAGLE, 1997). Distorções cognitivas relacionadas à avaliação do corpo, incluem: pensamento dicotômico – o indivíduo pensa em extremos com relação a sua aparência, ou é muito crítico em relação a ela, atenção seletiva – focaliza um aspecto da aparência e erro cognitivo, o indivíduo acredita que os outros pensam como ele em relação a sua aparência. Além da importância na identificação dos variados fatores de risco que podem estar implicados na etiopatogenia uma análise compreensiva acerca da forma como esses fatores interagem com diferentes aspectos do processo desenvolvimento faz-se importante, uma vez que poderá contribuir para esclarecer a contribuição relativa dos fatores de risco nas diferentes fases do ciclo vital. Outro autor Micali (2005) ao revisar os

precursores na infância dos transtornos alimentares menciona que as dificuldades de amamentação e o peso na infância deverão fazer parte de um marcador desenvolvimento das perturbações alimentares, mas que a psicopatologia e as adversidades na infância constituem também fatores de risco, embora não específicos destas perturbações.

No período escolar a recusa alimentar, o comportamento ritualista durante as refeições e o comportamento fóbico surgiu como variáveis descritas em crianças com problemas alimentares. No que concerne a rotinas alimentares, as refeições que na infância são caracterizadas por conflito indicam perturbação na autorregulação da alimentação, constituindo um preditor do aparecimento futuro da bulimia (Childress et al,1993).

Num estudo longitudinal, Johnson e colaboradores (2002) analisaram também o papel das adversidades na infância como preceptores de perturbações alimentares, tendo verificado que o abuso sexual, a negligencia física e comportamento parental inadequado constituem-se em fatores de risco significativos.

E interessante ressaltar que ao longo da infância e da adolescência, as mensagens recebidas socialmente por meninos e meninas são diferentes em relação ao corpo. Os meninos tendem a encarar o corpo dentro de uma perspectiva funcional e as meninas numa perspectiva muito mais estética (Wilfey & Rodin,2005).

O estudo da neurobiologia das perturbações alimentares tem também revelado diferenças no sistema neuro-hormonal de pacientes jovens e adultas na fase ativa da doença (Ferguson & Piggott, 2000). Estudos do campo da genética tem investigado o sistema da serotonina e os genes responsáveis pela regulação do peso corporal, explorando as disfunções a nível dos neurotransmissores mediados pela serotonina (Bulik & Tozzi, 2004).

4.3 Evolução e prognóstico

Os estudos acerca da evolução e prognóstico dos transtornos alimentares são marcados por diferenças metodológicas, conceituais e de tempo de seguimento, o que torna a comparação dos dados uma tarefa difícil. A maioria dos estudos de follow-up de AN adota ou as escalas de categorias de evolução de Morgan e Russell, divididas em dois critérios evolutivos (o primeiro considera peso e

menstruação e o segundo avalia o funcionamento geral do paciente), ou modificações a partir delas. Steinhausen (2002) em uma extensa revisão elaborada acerca da evolução da anorexia ao longo do século XX, buscou examinar o desfecho da anorexia apoiado num amplo banco de dados de estudos publicados no período de 1953 a 1999, perfazendo um total de 5.590 pacientes. Destes, 46% dos pacientes apresentaram recuperação completa da AN, um terço melhorou, permanecendo apenas com sintomas residuais ou parciais e, no seguimento de longo prazo (10-20 anos), 20% dos pacientes permaneceram cronicamente doentes. De uma forma geral, a proporção de pacientes com desfecho desfavorável diminuiu nos estudos de seguimento de longo prazo; Keski-Rahkonen e colaboradores (2007) encontraram no seu estudo de seguimento de mulheres anoréxicas que a maioria das mulheres recupera-se clinicamente num intervalo médio de 5 anos, e a partir de então, em general, alcançam a recuperação completa de forma paulatina.

Resultados favoráveis foram encontrados por Wentz et al (2009) em um estudo prospectivo acerca da evolução natural da anorexia na população. Foram acompanhadas 51 pessoas com anorexia de início na adolescência, um seguimento de 18 anos após o surgimento da doença. Os grupos foram investigados e comparados diversas vezes ao longo do período do estudo. Ao contrário de estudos anteriores, os achados não revelaram mortes. Do total da amostra, 12% (n=6) apresentou um transtorno da alimentação persistente, desses três (n=3) anorexia. A ocorrência de outros transtornos psiquiátricos mostrou-se comum, uma vez que 39% do grupo de anorexia apresentou algum transtorno psiquiátrico, sendo o transtorno obsessivo compulsivo o mais comum. Dessa forma, podemos compreender que o resultado de 18 anos do surgimento da anorexia foi favorável com relação à mortalidade e ao transtorno de alimentação persistente. Eckert et al (1995), realizaram um estudo de seguimento de 76 pacientes com AN por um período médio de 10 anos. Identificaram uma taxa de recuperação completa de apenas 23,7%. Desses, 44% se recuperaram nos três primeiros anos da doença, 28% entre o quarto e o sexto ano, e 28% entre o sétimo e o décimo segundo ano após o início da doença. Entre os pacientes recuperados, 56% desenvolveram episódios bulímicos em algum período da doença.

Os estudos mais longos (10-20 anos), verificaram taxas de mortalidade mais elevada sugerindo que com o passar dos anos há uma polarização no sentido da recuperação ou da morte. Os trabalhos demonstram ainda que mesmo mantendo

peso e menstruações normais, grande parte das pacientes com AN manter alterações físicas, psicológicas ou sociais. Índices de recaída situam-se em torno de 12% a 27%, com taxa de cronicidade aproximada de 20% (Keski-Rahkonen et al, 2007; Eckert et al., 1995; Lowe et al., 2001).

Quanto à bulimia nervosa, temos alguns outros estudos que nos esclarecem sobre sua evolução. A bulimia parece ter evolução mais favorável que a AN, embora as pesquisas com BN ainda tenham pouco tempo de seguimento (6 meses a no Máximo 12 anos).

Num estudo de seguimento de 2 a 9 anos (Fallon et al, 1991), a taxa de recuperação encontrada na primeira avaliação foi de 15%, elevando-se para 39% ao final do estudo. Collings & King (1994), a partir de uma amostra de 50 pacientes com o transtorno, 52% estavam completamente recuperados ao final de 10 anos de seguimento, 9% permaneciam com a síndrome completa e 39% continuavam a apresentar alguns sintomas. Keel & Mitchell (1997), em uma revisão da literatura, distinguiram os resultados pelo tempo de seguimento e pelo tipo do estudo longitudinal. De um modo geral, a taxa de recuperação tendeu a ser mais alta nos estudos de tratamento especialmente nos de curto prazo (6 a 12 meses). Nos estudos de seguimento, em média 31% dos pacientes estavam recuperados 6 a 12 meses depois da primeira avaliação, 50%, 2 a 4 anos mais tarde, e 48%, depois de cinco anos ou mais. Os valores nos estudos de tratamento foram os seguintes: 53% (seis meses) e 48% (12 meses), 47% (2 a 4 anos) e 54% (cinco anos ou mais). O estudo de Bem-Tovim et al (2001), relatou taxas de recuperação mais altas: um valor de 77,4% (cinco anos de seguimento).

Estudos apoiados em períodos de seguimento mais longos (9 – 12 anos) pós - tratamento encontraram taxas de recuperação também em torno de 70% (Reas et al, 2000; Abraham, 1998; Keel et al, 1999). Não se deve esperar nenhuma taxa de recuperação estável para os primeiros 5 a 6 anos depois da inclusão num estudo da BN. (Steinhausen, 2008; Fichter, 1997). Outro autor Keel & Mitchell (1997) relataram taxas de recaída entre 26 a 43% e estimaram que cerca de 30% dos pacientes com BN apresentariam uma recaída num período de tempo de 6 meses a 6 anos.

Com relação à mortalidade, na bulimia, as taxas mostram-se mais baixas do que na anorexia. Neste sentido, uma recente revisão apresenta taxas de mortalidade em torno de 0,32% para a bulimia frente a uma taxa média de 5% para

a anorexia, demonstrando claramente que a bulimia é menos letal que a anorexia (Steinhausen & Weber, 2009).

Algumas revisões de estudos de seguimento com AN abrangendo período de 6 meses a 20 anos, apontam como fatores mais frequentes de bom prognóstico: idade menor de início da doença com adolescentes, tendo melhor desfecho do que adultos e adolescentes mais jovens, estes com melhor evolução do que os mais velhos; menor número de hospitalizações e tempo pequeno de doença antes de internação (Herzog et al. 1996; Herpertz-Dahlmann et al., 2001; Steinhausen, 2009). São fatores de mal prognóstico comumente descritos: duração prolongada da doença (antes do tratamento ou por intervenções malsucedidas), início tardio da patologia, presença de sintomas bulímicos, peso inicial muito baixo, relações familiares problemáticas prévias ao transtorno alimentar e estado marital (casada). Dentre esses fatores também estão baixo peso na alta hospitalar, abuso ou dependência de álcool e doença afetiva durante curso da AN (Herzog et al., 2000; Keel et al., 2003).

A BN, na maioria dos trabalhos (6 meses a 12 anos), tem como fatores de bom prognóstico: sintomatologia leve a moderada, indicação de tratamento ambulatorial, duração menor da doença antes do tratamento, idade menor de início da doença, motivação para o atendimento e boa rede social de suporte (Guideline, 2000; Reas et al., 2000; Quadflieg & Fitcher, 2003). Indicam pior evolução da doença: sintomatologia mais severa, frequência aumentada de vômitos no início do quadro, flutuações extremas de peso, impulsividade, baixa autoestima, conduta suicida e transtornos comorbidos, como uso de substâncias no início da patologia (Guideline, 2000; Herzog et al., 1996; Keel et al., 1999).

4.4 Tratamento

Por serem quadros de extrema complexidade, os transtornos alimentares requerem um tratamento realizado por equipe multiprofissional. A integração das abordagens médica, psicológica e nutricional é a base da terapêutica. Para o sucesso terapêutico e os profissionais envolvidos devem trabalhar de forma integrada (Bulik et al, 2007; Nunes et al, 1998).

Existe um consenso acerca da necessidade de se diferenciar 2 momentos no tratamento, sobretudo nos casos de AN. No primeiro momento, o objetivo maior é a

recuperação do peso até valores normais, assim como a regularização dos hábitos alimentares. Já no segundo momento, o tratamento direciona-se para a manutenção do peso, a abordagem dos fatores psicológicos e a prevenção de recaída (National Collaboration Centre for Mental Health, 2004).

A modalidade principal de tratamento é ambulatorial com equipes multidisciplinares. Considera-se a internação hospitalar para pacientes com peso corporal abaixo de 75% do mínimo ideal, quando estão perdendo peso rapidamente ou quando se faz necessária uma monetarização adequada das suas condições clínicas. O tratamento ambulatorial deve ser indicado quando a paciente tem um bom suporte social, não está perdendo peso rapidamente, encontra-se metabolicamente estável e não apresenta os critérios de gravidade descritos acima e que indicam a necessidade de uma internação hospitalar (APA, 2000).

4.4.1 Psicofarmacoterapia

Embora não exista um agente farmacológico específico para a anorexia nervosa, vários medicamentos tem se mostrado úteis. O uso de antidepressivos ou ansiolíticos pode ser adequado em pacientes que desenvolvem uma comorbidade psiquiátrica associada. O emprego destas substâncias em pacientes com AN deve ser cauteloso, tendo em vista as frequentes anormalidades clínicas associadas. Os agentes inibidores da recombinação da serotonina (ISRS) parecem mais seguros (Appolinário e Silva, 1998). Existem evidências de que a fluoxetina poderia auxiliar na manutenção do peso pós-internação em alguns pacientes. A psicoterapia em suas diversas modalidades (cognitivo-comportamental, interpessoal e a terapia de família) ainda é um dos pilares centrais do tratamento.

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. Na BN o alvo principal da ação dos medicamentos tem sido os episódios de compulsão alimentar (ECA) e os sintomas comportamentais relacionados. Já no TCAP os objetivos do tratamento envolvem a remissão ou redução dos ECA e o controle da obesidade e depressão associadas (Zhu e Walsh, 2002; Appolinario e Silva, 1998).

4.4.2 Psicoterapia

As abordagens psicoterápicas são parte importante no tratamento dos transtornos alimentares. Em face do grande número de abordagens, nos deteremos nos 3 tipos mais utilizados a seguir: psicoterapia cognitivo-comportamental, psicoterapia psicodinâmica e psicoterapia familiar.

4.4.2.1 Terapia Cognitivo-comportamental

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) tem sido a abordagem mais amplamente estudada nos transtornos alimentares. A TCC tem como características principais ser breve e estruturada, orientada para a solução de problemas e requer a colaboração ativa entre o paciente e o terapeuta para atingir objetivos previamente traçados.

A TCC aplicada aos transtornos alimentares concentra-se na utilização de técnicas cognitivas para desafiar os pensamentos distorcidos. A modificação destes pensamentos associados a alimentação e a imagem corporal é determinante para a obtenção de adesão as orientações nutricionais (Fairburn, Cooper, Shafran, 2003). A TCC promove diminuição da restrição alimentar, aumento do peso corporal e escolhas nutricionais mais saudáveis (APA, 2000). De acordo com Hay e Bacaltchuk (2001) em uma revisão sistemática com meta análise selecionaram 25 estudos controlados utilizando TCC na bulimia confirmando sua eficácia inclusive na modalidade grupal, porém sem evidencias de aumento de resposta utilizando técnicas comportamentais como exposição e prevenção de resposta.

Num subtipo de terapia cognitiva associada a dialética, Telch e colaboradores (2000) em populações diagnosticadas com transtorno da compulsão alimentar periódica, encontraram que 89% dos indivíduos do grupo sujeito submetidos a estratégias dialéticas cessaram os comportamentos de compulsão alimentar periódica até quatro semanas após o termino da intervenção, em comparação com apenas 12,5% do grupo-controle.

De acordo com revisão de Wright e colaboradores (2008) vários estudos mostram que a TCC tem efeitos adicionais quando aplicada em combinação com psicofármacos, mas a efetividade da TCC para a anorexia nervosa ainda não foi bem estabelecida. Para outro autor Bulik e colaboradores (2007) a terapia cognitivo

comportamental pode reduzir o risco de recaída para os adultos com AN logo após a restauração do peso, ainda que sua eficácia no estado de baixo peso permaneça desconhecida.

4.4.2.2 Psicoterapia Psicodinâmica

As abordagens psicodinâmicas do paciente com transtorno alimentar não se dirigem a sintomas específicos, no entanto, buscam o significado e a função simbólica destes. Pressupõem, por outro lado, que efeitos benéficos possam ser obtidos pelo esclarecimento de processos intrapsíquicos que podem desencadear o transtorno. Dare (2001) em um ensaio clínico randomizado com pacientes adultos apresenta os resultados da comparação entre duas formas de tratamento psicodinâmico (psicoterapia psicodinâmica focal e terapia cognitivo-analítica), terapia familiar e controle. Os achados apontam que não há diferença estatisticamente significativa entre as formas de psicoterapia, mas a psicoterapia focal e a psicoterapia familiar mostraram-se mais efetivas quanto ao ganho de peso quando comparadas ao tratamento controle.

4.4.2.3 Psicoterapia Familiar

A intervenção em psicoterapia familiar de pacientes com transtornos alimentares tem como principais metas:

- 1) psicoeducação para os pacientes e para os seus familiares sobre o transtorno alimentar;
- 2) modificar as interações familiares que interferem no tratamento; 3) desenvolvimento de habilidades de comunicação;
- 4) desenvolvimento de habilidades de resolução de problemas.

A inclusão da família no tratamento de pacientes com esses transtornos se justifica não só por reconhecermos sua importância como um dos fatores que predis põem a doença, mas sobretudo por serem seus mantenedores (Honig, 2000).

Eisler (2000), em um ensaio clínico randomizado com adolescentes portadoras de anorexia mostra a eficácia de duas formas de intervenção familiar comparadas ao grupo controle. Há melhora significativa tanto sintomática, quanto nas condições psicológicas individuais e nas funções familiares nas duas formas de abordagem familiar investigadas. Uma delas é conduzida em conjunto com o paciente; na outra, um suporte para o paciente e associado ao aconselhamento para os familiares.

Observa-se uma tendência de as intervenções psicológicas serem integradas e contemplarem abordagens psicodinâmicas, psicoeducativas e cognitivo-comportamentais, tendo por objetivo atender de forma mais ampla pacientes e familiares naquilo que as pesquisas têm apontado como fatores de gênese, desenvolvimento e manutenção da doença.

4.4.3 Terapia nutricional

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1993) para o tratamento efetivo dos transtornos alimentares recomenda-se a presença de uma equipe multidisciplinar com acompanhamento nutricional, psicoterapia individual, familiar e/ou conjugal com a presença do paciente, além de acompanhamento clínico e psiquiátrico.

A avaliação clínica e laboratorial ao longo do tratamento deve ser cuidadosa, uma vez que complicações clínicas podem surgir devido ao estado nutricional debilitado e a presença de vômitos, uso de laxantes e diuréticos. Segundo (Borges et al, 2006), os principais pontos do tratamento são a automonitoração da ingestão alimentar (inclusive dos episódios de compulsão alimentar e purgação); controle periódico do peso dos pacientes com discussão sobre as causas de alteração e oscilação; recomendações específicas para normalizar o comportamento alimentar e eliminar as dietas restritivas, a reestruturação cognitiva (focada nos fatores relacionados com o desenvolvimento, e a manutenção do transtorno alimentar e a discussão de técnicas para prevenção de recaídas).

No tratamento da AN é fundamental recuperar o peso, e o tratamento pode ser realizado em ambulatórios ou consultórios, com consultas de periodicidade semanal ou quinzenal, reservando-se a internação para aqueles casos mais graves (Borges et al, 2006).

Os esforços para a restauração de uma estrutura adequada de alimentação e atitudes são tão importantes quanto à recuperação do peso e do estado nutricional, e vão exigir conhecimentos e técnicas que vão além da nutrição “clássica”. A restauração do peso envolve uma cessão de mecanismo que os pacientes usam para lidar com problemas e expor os pacientes a seus pensamentos e sentimentos rígidos. Como a recuperação não é alcançada apenas por meio da restauração do peso, a responsabilidade por comer, e fazer mudanças alimentares e estabelecer um peso saudável deve ser lentamente passada de volta para o paciente (Cockfield e Philpop, 2009).

É importante lembrar que na graduação da nutrição, não costuma incluir tópicos de saúde mental, por isso é possível que o TN (Terapeuta Nutricional) tenha certa insegurança ou até mesmo uma visão preconceituosa em relação ao paciente. Sendo assim é importante que o TN busque se especializar, através de treinamentos e supervisão para atender pacientes com TA (transtorno alimentar). As crenças disfuncionais sobre alimentação saudável e o foco “ortoréxico” dos pacientes devem ser extremamente trabalhados e para tanto, é fundamental que o terapeuta nutricional pense na alimentação também do ponto de vista social e emocional.

A anorexia nervosa (AN) é caracterizada por restrição, quantitativa e também qualitativa. O quadro tem início tipicamente com dietas restritivas, mas nem sempre com dietas da moda. Muitos pacientes afirmam terem feito uma dieta restritiva por conta própria, e, às vezes, mudanças na sua alimentação com o objetivo de serem “mais saudáveis”. Assim retiram da dieta os alimentos que julgam pouco saudáveis e ou muito calóricos, a ponto da restrição poder progredir para uma dieta extremamente frugal (ROCK E CURRANCELENTANO, 1996, SUNDAY E HALMI 1996).

Essas atitudes caracterizam a escolha alimentar na AN como ortoréxico, fazendo referência direta á ortorexia nervosa, possível quadro de comer transtornado com relação íntima com os transtorna alimentares (TA). O termo foi criado por (BRATMAM, 2002), que sugeriu este quadro como um novo comportamento alimentar transtornado, caracteriza-se por uma obsessão patológica com o alimento biologicamente puro, levando a restrições alimentares significativas,

com obsessão pela qualidade dos alimentos e pureza da dieta (Batmam, 2002 e Mathieu, 2005).

O indivíduo com ortorexia nervosa preocupa-se em comer apenas “alimentos politicamente corretos e saudáveis”. Dessa forma, seu cotidiano torna-se limitado, em virtude do padrão de alimentação, e o prazer alimentar é transferido dos meios. (O desfrutar da comida) para fins (orgulho por ter comido “certo”) (Marthins et al, 2009; Mathieu, 2005; Batmam, 2002).

O processo da terapia nutricional inclui em avaliar as habilidades e conhecimentos do paciente em áreas como planejamento de refeições e compras, habilidades culinárias e de porcionamento. Pacientes com AN tem uma habilidade seriamente distorcida de julgar adequadamente as porções e os componentes de uma dieta balanceada. Deve-se também explicar aos pacientes a conexão entre restrição e pensamentos obsessivos sobre comida, peso e corpo, para que entendam que não se trata de uma coisa “pessoal”, mas de um reflexo da restrição, e que, se estiverem mais alimentados, por “incrível que pareça”, pensarão menos em comida (Cockfild e Philpot, 2009).

No programa de transtornos alimentares do Ipq-He-Fm-Usp (Ambulim), o tratamento nutricional para AN pode ser feito nos regimes de intervenção, hospitaldia (intervenção parcial) e ambulatorio. Como a severidade dos casos de AN varia, as decisões sobre o plano de tratamento devem ser feitas individualmente (Cockfild e Philpot, 2009).

Se a internação é necessária, ela deve ser feita em um local que ofereça uma realimentação especializada conduzida por profissionais com experiência e conhecimento sobre transtornos alimentares, com monitoramento físico cuidadoso e em combinação com intervenções psicossociais (Cockfild e Philpot, 2009).

4.4.3.1 Características da dieta

O tratamento apresentado pode ser adaptado para o uso em consultórios e ambulatorios, contanto que as seguintes condições sejam cumpridas:

*As metas de ganho devem ser de 0,200 a 0,450 Kg/semana;

*As condutas com o terapeuta nutricional devem ocorrer no mínimo, uma vez por semana.

*Além do terapeuta nutricional, o paciente deve ser assistido por no mínimo, Um médico psiquiátrico e um psicólogo.

* Deve haver uma pessoa responsável para auxiliar o paciente nas refeições e controlar as purgações, especialmente se o paciente for jovem.

*Durante todo o tratamento, deve-se trabalhar com a monitoração do peso corporal, a prescrição de planos alimentares, o registro da ingestão no diário alimentar.

Planejamento dietético no tratamento da anorexia nervosa. Além das questões contempladas em relação ao ganho de peso, no planejamento nutricional, deve-se ter como meta a normalização da estrutura alimentar e a promoção de mudanças de comportamento para com os alimentos e, portanto, a realimentação por via oral deve ser a primeira escolha para a restauração do estado nutricional. Por envolver planejamento e contato real com os alimentos, acredita-se que a alimentação “real” é mais bem-sucedida na recuperação em logo prazo por permitir aprendizagem e aquisição de comportamento saudável com os alimentos. (ADA, 2001; Alvarenga e Larino, 2002, Golden e Meyer, 2004; Latterza et al , 2004; Cockfield e Philpot, 2009).

Entretanto, em alguns casos, pode tornar-se extremamente difícil alcançar as recomendações nutricionais apenas por ingestão oral, sendo necessário o uso de suporte nutricional especializado. O risco de complicações relacionadas a este suporte, quando aplicado em um paciente desnutrido, como a NA, a recusa dos pacientes, a piora do quadro psíquico e questões éticas envolvidas com a aplicação de uma alimentação forçada, são fatores que inibem a sua indicação (Neiderman et al, 2000; Zuercher et al, 2003).

Mas em algumas situações nas quais a gravidade clínica coloca em risco a vida do paciente, a intervenção nutricional com suporte especializado está indicada (Adolescent Medicine Committee-Canadian Paediatric Society, 1998).

4.4.3.2 Suporte nutricional especializado

Segundo a American Society of Parenteral and Enteral Nutrition (Aspen), o suporte nutricional especificado está indicado naqueles pacientes que não atinjam seu requerimento de nutrientes por via oral.

Neste aspecto, a terapia nutricional enteral (TNE) deve ser sempre utilizada preferencialmente a terapia nutricional parenteral (TNP). Esta última deve ser instituída quando o trato gastrointestinal não se encontra funcionando ou não possa ser utilizado, ou no caso de os pacientes não poderem ser nutridos adequadamente por via digestiva, por via oral ou por TNE (Aspen, 2002).

Mesmo quando se utiliza dieta enteral, a ingestão oral deve continuar a ser estimulada. Observa-se, na prática clínica, que mesmo nos casos em que os pacientes recusam terminantemente a ingestão via oral no início do tratamento, após uma média de 5 kg de ganho de peso por meio da sonda nasogástrica, passam a aceitar a ingestão via oral com maior facilidade (Cockfield e Philpot, 2009).

O planejamento alimentar para pacientes com NA deve ser altamente individualizado. (ADA, 2001; Alvarenga e Larino, 2002; Hatterzaet al, 2004; Cockfield e Philpot, 2009).

Deve-se então avaliar que alimentos o paciente está aceitando no momento, e discutir as possibilidades de “cardápios” para essas refeições utilizando os alimentos que o paciente aceita, dentro do possível. É claro que se o paciente está apenas comendo frutas e verduras, este padrão não poderá ser mantido, mas deve-se começar aumentando (e diversificando) as porções dos frutos e verduras aceitas e discutir quais outros alimentos poderiam ser incluídos, começando pelos mais fáceis para o paciente. A quantidade em cada refeição será discutida e proposta novamente, usando como base o que o paciente vem consumindo e falando em porções e medidas usuais (não em valor calórico). Assim, se, por exemplo, o paciente come $\frac{1}{4}$ de maçã em um lanche, deve ser informado que a porção usual é 1 unidade e que começaremos aumentando, de $\frac{1}{4}$ para $\frac{1}{2}$ de maçã, nessa refeição. Pode-se utilizar o padrão de porções da pirâmide alimentar para mostrar ao paciente como sua ingestão está aquém das recomendações e que as porções propostas no início do tratamento não são ainda o ideal, portanto, ele não deve ficar com medo de “comer de mais”.

4.5 Percepção da doença e do tratamento

Durante os últimos anos, numeroso estudo tem demonstrado que a análise da percepção da doença e dos aspectos de tratamento se reveste da maior importância no campo da Saúde, sobretudo da Saúde Mental (Torres y Borda, 2002; Gargallo, Fernandez-Aranda y Raich, 2003; Okon, Woodside et al., 2002). Entretanto, a produção científica, relacionada às patologias do comportamento alimentar, mostra-se incipiente.

A limitada compreensão da conjugação de inúmeras questões relacionadas à percepção da doença e do tratamento pode explicar, em parte, a reduzida efetividade dos tratamentos que dispomos. O tema da percepção da doença se dá em interação com outros temas: significado pessoal e social, adesão, eficácia do tratamento e recuperação. Segundo Richer & Ezer (2000), não é possível se compreender a doença e o sofrimento sem levar em consideração o seu significado. As pessoas trazem consigo uma série de associações simbólicas que interferem diretamente na maneira como percebem a sua própria condição e como os outros agem em relação a ela. Saúde e doença não são estados ou condições estáveis, mas sim conceitos vitais sujeitos à constante avaliação e mudança.

Laplantine (1991) faz importantes considerações sobre o conceito de doença chamando atenção para o fato de a língua francesa só dispor de um vocábulo (*maladie*) para designar a doença, enquanto na língua inglesa há três expressões: "disease (a doença tal como ela é apreendida pelo conhecimento médico), illness (a doença como é experimentada pelo doente) e sickness, (um estado muito menos grave e mais incerto que o precedente [...] de maneira mais geral, o mal-estar)".

O autor ressalta ainda que a expressão *illness* pode ser entendida por dois pontos de vista clássicos: doença-sujeito e doença-sociedade, refletindo, respectivamente, a experiência subjetiva do doente e comportamentos socioculturais ligados a doença.

De acordo com Alves & Rabelo (1999), a experiência da enfermidade é entendida como a "forma pela qual os indivíduos situam-se perante ou assumem a situação de doença, conferindo-lhes significados e desenvolvendo modos rotineiros de lidar com a situação. Eles assinalam, ainda, que "as respostas aos problemas criados pela doença constituem-se socialmente e remetem diretamente a um mundo compartilhado de práticas, crenças e valores" (Alves & Rabelo, 1999:171).

E com base no sistema de crenças individuais que toda a informação vinda do exterior e interpretada, conferindo um cunho pessoal à forma como o indivíduo percebe a sua saúde e seus estados de doença. Segundo estes autores existe evidência que suporta a existência de modelo de doença baseado em esquemas cognitivos flexíveis, através dos quais os indivíduos organizam os atributos da doença e integram a informação proveniente do contexto social e cultural com sua experiência anterior. Estes modelos tem sido referidos na literatura como modelos de senso comum das doenças (Leventhal, Nerenz & Stele, 1984) e são constituídos por percepções individuais.

Os processos cognitivos podem exercer influência marcante na manutenção dos transtornos alimentares (Casper & Troiani, 2001). O estilo cognitivo destas pacientes destaca-se pela presença de cognições distorcidas e crenças irracionais, onde impera as generalizações e os pensamentos dicotômicos (Borda, Del Rio & Torres, 2003; Campayo & Martinez, 2005). Outro fator cognitivo importante faz referencia as crenças que estas pacientes tem de seu transtorno, ou seja, a sua representação da enfermidade. O estudo pioneiro de Holliday et al (2005) revela que estes pacientes consideram que sua enfermidade tem uma longa duração, além de graves consequências. Também não acreditam na possibilidade de se ter controle sobre a mesma e duvidam sobre a efetividade do tratamento. Este tipo de crença pode estar diretamente associado à pior adaptação.

O estudo de metanálise de Hagger e Orbell (2003) apresenta uma ampla revisão de 43 trabalhos, nos quais se avaliou a representação da doença em mais de 23 tipos diferentes de enfermidades como: diabetes, artrite, asma, entre outras. Os resultados apontaram que as dimensões e o controle estão associados com estratégias de enfrentamento ativo, centradas no problema e cognição, enquanto que a percepção das consequências graves bem como cronicidade e elevada sintomatologia está relacionada com estratégias de hesitação e negação. Percebida enquanto parte da própria identidade, viver sem anorexia aparece como uma ameaça a perda da própria identidade. A decisão de aceitar o tratamento para o transtorno é difícil e sofrida. Ela significa renunciar a uma parte importante de sua própria identidade como foi revelado em vários trabalhos. (Tan et al, 2003/1; Colton A & Pistrang N, 2004; Weaver K et al, 2005).

A negação é uma variável frequente na percepção das doenças, no entanto, duas categorias amplas de negação precisam ser diferenciadas. Em primeiro lugar a

negação do tipo não-intencional decorrente de distorções nos mecanismos de processamento da informação, podendo mesmo representar uma falha neurobiológica relativa à autopercepção. Por vezes, remete a presença de delírio a um fenômeno dissociativo, ou ainda, mecanismos de defesa envolvendo vários significados (Sullivan, 2002).

A adesão ao tratamento é um assunto complexo e que exerce papel importante na prática clínica e na pesquisa em saúde (Matsui, 1997). A adesão pode ser vista em um contínuo que vai da adesão plena a não adesão total, sendo que a maioria dos pacientes se situa entre os dois extremos (Kehoe, 1998). Dessa maneira, a falta de adesão não se circunscreve apenas a desvios no plano de tratamento, mas a comportamentos, como: faltar às consultas, esquecer-se de tomar a medicação prescrita, tomar medicação a mais, ingeri-la fora do tempo certo, interromper o tratamento antes do prazo recomendado, entre outros aspectos; mas também com a manutenção de práticas saudáveis recomendadas pelos profissionais de saúde como dieta saudável, prática de exercícios, não abusar de bebidas alcoólicas e cigarro (Bishop, 1994; Cluss & Epstein, 1985). Os autores Sheridan e Radmacher (1992), ao revisarem variados estudos, concluíram que cerca de 50% dos pacientes não tomam os fármacos de acordo com as prescrições estipuladas; 20% a 40% não tomam as vacinas recomendadas e 20% a 50% faltam a consultas. Verificaram ainda, nos casos em que a adesão implica modificar hábitos bem estabelecidos (p. ex. deixar de fumar, diminuir ingestão de alimentos), que os índices são ainda mais altos.

Conforme Diefenbach e Leventhal (1996), as respostas de coping em relação a doença, quando consideradas como o comportamento de adesão terapêutica, são em grande medida influenciadas pelas representações que os indivíduos constroem acerca da sua doença quanto aos cinco componentes que constituem a representação da doença (identidade, duração, causas, consequências, cura/controlo). Com base nesta perspectiva, o comportamento de não-adesão pode ser encarado como uma resposta coerente do indivíduo a falta de sintonia entre as suas idéias e as do médico em relação ao seu problema e/ou tratamento (Horne, 1997). Com relação aos aspectos facilitadores do processo de recuperação, Weaver et al (2005) através de entrevistas semi-estruturada com pacientes portadoras de AN, destacaram as relações afetivas satisfatórias, ampliação do espaço vital, conscientização do risco e espiritualidade como sendo os mais relevantes. Já o

estudo de Tan et al, (2003)¹; também como base em entrevistas semiestruturadas, apoiando-se em 10 pacientes ao focalizar os aspectos que dificultam o processo, revelam como principais barreiras: o medo de mudança, a ambiguidade, e a ausência de suporte social. Andrade (2000) estudando os principais eixos do sucesso do tratamento em seus estudos de caso com mulheres portadoras de AN, observou que a mais importante conduta terapêutica e a confirmação incondicional do outro, bem como a abertura de um espaço harmônico e afetuoso que possibilitem essas pessoas organizarem suas vidas.

Tem se verificado que pacientes com autoimagem mais comprometida tem se mostrado mais vulneráveis a experiências negativas no tratamento. Pesquisas sugerem que a autoimagem destes pacientes influencia na percepção do terapeuta e no tipo de relação interpessoal que vai se formar.

Normalmente, estes pacientes passam de um tratamento para o outro desenvolvendo uma postura de desconfiança com o novo setting, além do fato de suas atitudes negativas contribuírem para que os terapeutas os vejam como irrecuperáveis (Nordenbos, Jacobs & Hertzberger, 1998), tornando um ciclo vicioso uma vez que tratamentos malsucedidos também repercutem negativamente na autoestima.

5. CONCLUSÃO

Em virtude das limitações encontradas no tratamento dos transtornos alimentares, seu sucesso encontra-se norteado pela precocidade do diagnóstico e abordagem multidisciplinar desta patologia em função de sua complexidade. Dada à alta prevalência relacionada a esta patologia, faz-se necessário que novas pesquisas sejam realizadas, no sentido de se estabelecer os mecanismos fisiopatológicos específicos envolvidos neste processo. Tendo em vista que os transtornos alimentares surgem com grande frequência na infância e na adolescência, o profissional de saúde envolvido com o atendimento deste grupo etário deve estar bem familiarizado com suas principais diretrizes clínicas. Os esforços com a prevenção podem trazer benefícios potenciais para as crianças e adolescentes com a doença ainda não diagnosticada. Em relação à alimentação, deve-se discutir crenças não saudáveis, atitudes, práticas de controle do peso e hábitos alimentares que não conduzam a preocupação excessiva com o peso. O diagnóstico precoce e uma abordagem terapêutica adequada dos transtornos alimentares são fundamentais para o manejo clínico e o prognóstico destas condições. Os transtornos de autoimagem são os que mais promovem o surgimento dos transtornos alimentares. As medicações e terapia cognitivo comportamental é essencial para a eficácia das outras terapias, incluindo a terapia nutricional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abuchaim ALG, Somenzi L, Duchesne M. **Aspectos psicológicos**. In: Nunes MC, Appolinario JC, Abuchaim AL, Coutinho W, editores. Transtornos alimentares e obesidade Porto Alegre: Arte Medicas. 1998.

Alavarenga, MS; Larino, M.A. **Terapia nutricional na anorexia e bulimia nervosa**. Ver BrasPsiquiatr, v.24, p.39-43,2002.

Alvarenga MS, Dunker KLL. **Padrão e comportamento alimentar na anorexia e bulimia nervosa**. In: Philippi ST, Alvarenga MS (Eds.). Transtornos alimentares: uma visão nutricional. São Paulo: Manole, 2004. P. 131-48.

Alves PC, Rabelo MC. **Significação e metáforas na experiência da enfermidade**. In: Rabelo MCM, Alves PCB, Souza IMA, editores. Experiência de doença e narrativa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 1999.

American Psychiatric Association – APA. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association, 2013.

American Psychiatric Association – APA. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 4th ed., text revision. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2000.

American Psychiatric Association. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV**. 4th ed. Washington DC: APA, 1994.

American Psychiatric Association. **Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders**. Am J Psychiatry 2000; 157(1/1).

American Psychiatric Association: **Diagnostic and statistical manual for mental disorders**, Ed 4, text revision, Washington, DC, 2000, APA Press. American Psychiatric Association: Practice guidelines for the the treatment of patients with eating disorders, Ed 3, Am F Psychiatry 2006.

American Psychiatry Association (APA). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)**. Washington, DC: American Psychiatry Association; 1994.

An Insider's Perspective and a Belated Response to Sadler, Hulgus, and Agich's " **On Values in Recent American Psychiatric Classification**". The Journal of nervous and mental disease 2001;189(6):351-359.

Andrade A. **Para além dos sintomas**: a trilogia do desamparo no vivido de mulheres com transtornos do comportamento alimentar. Fortaleza, 2000. Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Ceará.

Anorexia Nervosa in a Prospective 21-year Follow-up study. *Psychol Med* 2001; 31(5):881-90.

APA. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)** 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.

Appolinario JC, Bacaltchuk J. **Tratamento farmacológico dos transtornos alimentares** Ver Bras Psiquiatr 2002; 24 (Supl. III): 54-9.

Appolinário JC, Claudino AM. **Transtornos alimentares**. Rev Bras Psiquiatr 2000; 22(Supl II): 28-31.

Appolinario JC, Silva JAZ. **Farmacoterapia dos transtornos alimentares**. In: Nunes MA, Appolinario JC, Abuchaim ALA, Coutinho W. *Transtornos alimentares e obesidade*. Porto Alegre: Artes Medicas; 1998. P.164-70.

Bishop GD. **Health psychology: Integrating mind and body**. Boston: Allyn and Bacon.1994.

Borges MBF, Jorge MR, Morgan CM, Silveira DX, Custodio O. **Binge eating disorder in Brazilian women on weight-loss program**. *Obesity Research* 2001; 10(11): 1127-1134.

Borges NJBG, Sicceri JMF, Ribeiro RPP, Marchini JS, Dos Santos JE. **Transtornos alimentares: quadro clínico**. *Medicina (Ribeirão Preto)* 2006; 39 (3): 340-8.
Boyer WE, and Shannon M. The serotonin syndrome. *N Engl J. Med*, 2005; 352, 1112-20.

Bryant-Waught R: **Overview of eating disorders**. In Lask B, Bryant-Waugh R, editors: *Anorexia Nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence*, ed 2, East Sussex, UK, 2000, Psychology Press.

Bulik CM et al: **Prevalence, heritability, and prospective risk factors for anorexia nervosa**, *Arch Gen Psychiatry* 63 (3): 305, 2006.

Bulik CM, Berkman ND, Brownley KA, Sedway J A. and Lohr, K. N. **Anorexia nervosa treatment: a systematic review of review of randomized controlled trials**. *Int J Eat Disorder* 2007; 4:310-320.

Bulik CM, Tozzi F. **Contemporary thinking about the role of genes and environment in eating disorders**. *Epidemiol Psichiatr Soc* 2004; 13(2):91-8.

Cash TF, Deagle EA. **The nature and extent of body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A meta-analysis**. *International Journal of Eating Disorders* 1997, 22 107-125.

Casper RC, Troiani M. **Family functioning in anorexia nervosa differs by subtype**. *Int J Eat Disord* 2001; 30(3):338-42.

Childress AC, Brewerton T, Hodges EL, Jarrell MP. **The kids' eating disorders survey (KEDS): a study of middle school students.** J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1993;32:843-50.

Claudino AM, Borges MBF. **Critérios diagnósticos para os transtornos alimentares: conceitos em evolução.** Revista brasileira de Psiquiatria 2002; 3(24): 7-12.

Claudino AM; Borges MBF. **Critérios diagnósticos para TA.** Rev. Bras Psiquiatr. 2002; 24(Supl. III): 7-12.

Cluss PA, Epstein LH. **The measurement of medical compliance in the treatment of disease.** In: Paul Karoly, editor. Measurement strategies in health psychology .New York: John Wiley and Sons; 1985. p. 403-35.

Cockfield, A.; Philpot, U. Symposium 8: feeding size 0: the challenges of anorexia nervosa. **Managing anorexia from a dietitian's perspective.** Proc Nutr Soc, v.68, p.2818, 2009.

Collings S, King M. **Ten-year** follow-up of 50 patients with bulimia nervosa. Brit Journal of Psychiat 1994; 164:80-7.

Colton A, Pistrang N. **Adolescents' experiences of in-patient treatment for anorexia nervosa.** Eur Eat Disord Rev. 2004; 12h30min–16.

Cordas AT, Busse S. **Transtornos alimentares: Anorexia e bulimia nervosas.** In: Neto MRL, Motta T, Wang YP, Elkis H, editores. Psiquiatria básica. Porto Alegre: Artes Medicas; 1995. P.273-282.

Cordás TA, Salzano FT, Rios S. **Os transtornos alimentares e evolução no diagnóstico e no tratamento.** In: Philippi ST, Alarenga M (Eds.). Transtornos alimentares: uma revisão nutricional. São Paulo: Manole, 2004. P. 39-62.

Cordás, TA. **Transtornos alimentares: classificação e Diagnóstico.** Rev. Psiq. Clin. 31 (4); 154-157, 2004.

Dare C, Eisler I. **A multi-family group day treatment programme for adolescent eating disorder.** Eur Eat Disord Rev 2000; 8:4–18.

Diefenbach MA, Leventhal H. **The common sense model of illness representations: theoretical and practical considerations.** J Soc Distress and the Homeless 1996; 5(1):11-38.

Dingemans AE, Bruna MJ, van Furth EF. **Binge eating disorder: a review.** Int J Obesity 2002; 26:299-307.
Disorders. Int J **Eat Disord** 2003, 34.

Doyle J, Bryant-Waugh R. Epidemiology. In: Lask B, Bryant-Waugh R, editors. **Anorexia Nervosa and Related Eating Disorders in Childhood and Adolescence**. 2nd ed. Psychology Press. East Sussex, UK, 2000. P.41-61.

Dunker KLL, Philippi ST. **Hábitos e comportamentos alimentares de adolescentes com sintomas de anorexia nervosa** - Rev. Nutr. v.16 n.1 Campinas jan./mar. 2003.

Dunker KLL, Philippi ST. **Hábitos e comportamentos alimentares de adolescentes com sintomas de anorexia nervosa**. RevNutr Campinas 2003; 6(1): 51-60.

Dunker KLL, Philippi ST. **Hábitos e comportamentos alimentares de adolescentes com sintomas de anorexia nervosa**. Revista de Nutrição 2003 16(01).

Dunker, K.L.L., Alvarenga, M.S.; Pereira, D.L. **Dietas da moda: uso e significados em pacientes com transtornos alimentares**. Revista de Metabolismo e Nutrição, v.9, p.100-7, 2007.

Eckert ED, Halmi KA, Marchi P, Grove W, Crosby R. **Ten year Follow-up of Anorexia Nervosa: Clinical Course and Outcome**. Psychol Med 1995 25(1): 143-56.

Eisler I, Dare C. **Family Therapy for adolescent anorexia nervosa: the results of a controlled comparison of two family interventions**. J Child Psychol Psychiat 2000; 41(6): 727-36.

Espindola CR e Blay SL. **Percepção de familiares sobre a anorexia e bulimia: revisão sistemática** - Rev. Saúde Pública vol.43 no. 4 São Paulo ago. 2009 Epub 05-Jun2009.

Fairburn CG, Cooper Z, Shafran R. **Cognitive behavior therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment**. Behav Res Ther. 2003; 41:509-28.

Fairburn CG, Cooper Z, Shafran R. **Cognitive behavior therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment**. Behav Res Ther. 2003; 41:509-28.

Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA; N, P. & O´C, M. - **The Natural Course of Bulimia Nervosa and Binge Eating Disorder in Young Women**. Arch Gen Psychiatry 2000 57(7):659-65.

Ferguson CP, Pigott TA. **Anorexia and bulimia nervosa: Neurobiology and pharmacotherapy**. Behavior Therapy 2000; 31:237-264.

First MB, Pincus HA, Levine JB, Williams JBW, Ustun B, Peele R. **Clinical utility as a criterion for revising psychiatric diagnoses**. *The American journal of psychiatry* 2004 Jun; 161(6):946-54.

First MB. **Harmonisation of ICD-11 and DSM-V: opportunities and challenges**. *B J Psych*. 2009; 195(5):382-390.

Fisher JO, Birch LL. **Early experience with food and eating**: implication for the development of eating disorders. In: Thompson JK, Smolak L (Eds.). *Body Image, eating disorders, and obesity in youth: assessment prevention and treatment*. Baltimore: United Book Press, 2001. p. 23-40.

Fisher JO, Birch LL. **Early experience with food and eating**: implications for the development of eating disorders. In: Thompson JK, Smolak L (eds.). *Body image, eating disorders, and obesity in youth: assessment prevention and treatment*. Fleitlich, B.W., Larino, M.A., Cobelo, A., Cordás, T.A. *Anorexia nervosa na adolescência*. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v.76, n.3, p.323-329, 2000.

Fulford KW, Broome M, Stanghellini G, Thornton T. **Looking with both eyes open**: fact and value in psychiatric diagnosis? *World Psychiatry*. 2005 Jun; 4(2):78-86.
Gowers SG, Shore A. Development of weight and shape concerns in the a etiology of eating disorders. *Br J Psychiatry* 2001; 179:236-42.

Grillo CM. Binge Eating Disorder. In C.G.Fairburn & K.D. Brownell (Eds.) **Eating disorders and obesity**: A comprehensive handbook (2nd ed.).New York: The Guilford Press, 2002.p.178.182.

Grilo CM, Pagano ME, Skodol AE, Sanislow CA, McGlashan TH, Gunderson JG, Stout RL. **Natural course of bulimia nervosa and of eating disorder not otherwise specified**: 5-year prospective study of remissions, relapses, and the effects of personality disorder psychopathology. *J Clin Psychiatry*. 2007 May; 68(5):738-46.

Grilo CM, White MA. **A controlled evaluation of the distress criterion for binge eating disorder**. *J Consult Clin Psychol*. 2011 Aug; 79(4):509-14.

Hagger MS, Orbell S. **A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations**. *Psychology & Health* 2003; 18(2):141-184.

Hay P, Fairburn C. **The validity of the DSM-IV scheme for classifying bulimic eating disorders**. *Int J Eat Disord*. 1998 Jan; 23(1):7-15.

Hay PJ, Bacaltchuk J.**Bulimia nervosa**. Extracts from "Clinical Evidence". *BMJ* 2001 323: 33-7.

Hay PJ. **Epidemiologia dos transtornos alimentares**: estado atual e desenvolvimentos futuros. *Ver Bras Psiq*. 2002; 24(Supl. II), 13-7.

Hercovici C, Bay L. **Anorexia e bulimia: ameaças a autonomia.** Porto Alegre, RS: Artes Medicas. 1997.

Herpertz-Dahlmann B, Muller B, Herpertz S, Heussen N, Hebebrand J & Remschmidt H. **Prospective 10-year follow-up in adolescent anorexia nervosa—**course, outcome, psychiatric comorbidity, and psychosocial adaptation. *J Child Psychol Psychiatry* 2001; 42, 603–612.

Herzog DB, Nussbaum KM, Marmor AK. **Comorbidity and outcome in eating disorders.** *Psychiatric Clinics of North America.* 1996; 19: 843-859.

Herzog DB, Greenwood DN, Dorer DJ, Flores AT, Ekeblad ER, Richards A, Blais MA, Keller MB. **Mortality in eating disorders: A Descriptive Study,** *Int J EatDisord* 2000; 28:20-26.

Hoek HW, Van Hoeken D. **Review of the Prevalence and Incidence of Eating** Holliday J, Wall E, Treasure J, Weinman J. **Perception of illness in anorexia nervosa: A comparison with other eating disorders and lay men and women.** *Int. J Eat Disord* .2005; 38:30-6.

Horne R. **Representations of medication and treatment: Advances in theory and measurement.** In K.J. Petrie & J.A. Weinman (Eds.), *Perceptions of health and illness* (pp. 155-188). Amsterdam: Harwood, 1997.

Hyman SE. **The diagnosis of mental disorders: the problem of reification.** *Annu Rev Clin Psychol.* 2010; 6:155-79.

Jakeman PM. **Amino acid metabolism, branched-chain amino acid feeding and brain monoamine function.** *Proc Nutr Soc* 1998; 57:35-41.

Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Brook JS. **Childhood adversities associated with risk for eating disorders or weight problems during adolescence or early adulthood.** *Am J Psychiatry* 2002; 159(3):394-400.

Keel PK, Brown TA, Holland LA, Bodell LP. **Empirical classification of eating disorders.** *Annu Rev Clin Psychol.* 2012; 8:381-404.

Keel PK, Dorer DJ, Eddy KT, Franko DL, Charatan D, Herzog DB. **Predictors of mortality in eating disorders.** *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60, 179-183.

Keel PK, Mitchell JE, Miller KB, Davis TL, Crow SJ: **Long-term outcome of bulimia nervosa.** *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56:63–69.

Kell PK, Mitchell JE. **Outcome in Bulimia Nervosa.** *Am J Psychiatry* 1997 154(3): 31321.

Kendell R, Jablensky A. **Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses.** *Am J Psychiatry.* 2003 Jan; 160(1):4-12.

Keski-Rahkonen A, Hoek HW, Susser ES. **Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community.** *Am J Psychiatry* 2007;164:1259–1265.

Killenet *al.*, 1993 - **Artigo de Revisão** – Anorexia Nervosa na Adolescência. *Jornal de Pediatria*.

Kingdon D, Afghan S, Arnold R, Faruqui R, Friedman T, Jones I, Jones P, Lloyd K, Nicholls D, O'Neill T, Qurashi I, Ramzam A, Series H, Staufenberg E, Brugha T. **A diagnostic system using broad categories with clinically relevant specifiers: lessons for ICD-11.** *Int J Soc Psychiatry.* 2010; 56(4):326-335.

Kinsella JE, Whitehead DM. **Proteins in whey: chemical, physical and functional properties.** *Adv Foods Nutr Res.* 1989; 33:343-438.

Kraemer HC. **DSM categories and dimensions in clinical and research contexts.** *Int J Methods Psychiatr Res.* 2007; 16 Suppl 1:S8-S15.

Laplantine *Antropologia da Doença.* São Paulo: Editora Martins Fontes.1991.
Lask B, Honig P. Family work. In: Bryant-Waugh, R (eds.). **Anorexia Nervosa and Related Eating Disorders in Childhood and Adolescence.** East Sussex, UK: Hove/Psychology Press; 2000:187-204.

Lask B. Aetiology. In: Lask B, Bryant-Waugh R, editors. **Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence.** 2nd ed. Sussex: Psychology Press; p. 63-79, 2000.

Levine MP, Smolak L. **Primary prevention of body image disturbances and disordered eating in child-hood and early adolescence.** In: Thompson JK. *Body Image, eating disorders, and obesity in youth: assessment prevention and treatment.* Baltimore: United Book Press, 2001. P.23-40.

Liang MA. **The design of antidepressant—(R)-Fluoxetine Hydrochloride.** *Asia-Pacific Science and Culture Journal,* 2011; Vol. 1, No. 3, 42-50.

Lowe B, Zipfel S, Buchholz C, Dupont Y, Reas DL, Herzog W. Long-term **Outcome of Manual diagnóstico e estatístico de transtorno - DSM-5 / American Psychiatric Association.** Porto Alegre: Artmed, 2014. 948 p.

Markus CR, Oliver B, DE Haan EHF. **Whey Protein rich in alfa-lactoalbumin increases the ratio of plasma tryptophan to the sum of the other large neutral amino acids and improves cognitive performance in stress-vulnerable subjects.** *Am J Clin Nutr.* 2002; 75(6):1051-6.

Matsui DM. **Drug compliance in pediatrics.** *Pediatr Clin North Am* 1997; 44:1-11.
Melin PM, Araujo AM. Transtornos Alimentares em Homens: um desafio diagnóstico. *Rev. Bras. Psiquiatr* 2002; 24(3).

Micali N. “**Childhood risk factors:** Longitudinal continuities and Eating disorders”. *Journal of Mental health* 2005; 14(6): 1 – 8.

Morgan CM, Vecchiatti IR, Negrão AB. **Etiologia:** aspectos biológicos, psicológicos e socio-culturais. *Rev. Bras Psiquiatr* 2002; 24 (supl. III): 18-23.

Moura MRL e Reyes FGR. **Interação Fármaco-nutriente:** uma revisão. *Rev. Nutr., Campinas*, 2002; 15(2): 223-238 maio/ago.

Moya T, Fleitlich- Bilik B. **Lista de espera para tratamento de transtornos alimentares na infância e adolescência.** *Ver Bras Psiquiatri* 2003; 25: 259-60.

National Collaboration Centre for Mental Health, 2004.

Nielsen S. **Epidemiology and mortality of eating disorders.** *Psychiatry Clin North Am.* 2001; 24(2):201-14.

Noordenbos G, Jacobs M, Hertzberger E. **Chronic eating disorders:** The patients' view of their treatment history. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention* 1998, 6,217-223.

Nunes MA, Barros FC, Anselmo Olinto, M T, Comey S, Mari JD. **Prevalence of abnormal eating behaviours and inappropriate methods of weight control in young women from Brazil: a population-based study.** *Eating Weight Disorders* 2003, 8(2), 17.

Nunes MA, Capellini AL, Appolinario JC. **Tratamento hospitalar dos transtornos alimentares.** In: Nunes MA, Appolinário JC, Abuchaim ALA, Coutinho W. *Transtornos alimentares e obesidade.* Porto Alegre: Artes Médicas; 1998. P. 171-80.

OMS (Organização Mundial da Saúde). **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10.** *Descrições Clínicas e diretrizes diagnósticas.* Porto Alegre: Artes Medicas, 1993.

Patton GC, Selzer R, Coffey C, Carlin JB, Wolfe R. **Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over 3 years.** *BMJ* 1999; 318(7186): 765-8.

Petribu K, Ribeiro ES, Oliveira FMF, Braz CIA, Gomes MLM, Araújo DE **Transtorno de a Compulsao Alimentar Periódica em Uma População de Obesos Mórbidos Candidatos a Cirurgia Bariátrica do Hospital Universitário Oswaldo Cruz, em Recife – PE.** *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2006; 50(5):901-908.

Psychiatry 2002; 159:1284–1293.

Ravaldi C, Vannacci A, Bolognesi E, Mancini S, Faravelli C, Ricca V. **Gender role, eating disorder symptoms, and body image concern in ballet dancers.** *J Psychosom Res.* Oct 2006; 61(4):529-35.

Reichborn-Kjennerud T, Bulik CM, Sullivan PF, Tambs K, Harris JR. **Psychiatric and medical symptoms in binge eating in the absence of compensatory behaviours.** *Obesity Research* 2004; 12, 1445-1454.

Ricciardelli LA, McCabe MP. **Children's body image concerns and eating disturbance: a review of the literature.** *ClinPsychol Rev* 2001; 21(3):325-44.

Ricciardelli LA, McCabe MP. **Children's body image concerns and eating disturbance: a review of the literature.** *ClinPsychol Rev* 2001; 21(3):325-44.

Richer MC, Ezer H. **Understanding beliefs and meanings the experience of cancer: a concept analysis.** *J Adv Nurs* 2000; 32:1108-15.

Rock, C.L.; CURRAN-CELENTANO, J. **Nutritional disorder of anorexia nervosa: a review.** *Int J Eat Disord*, v.15, p.187-203, 1994.

Roe, D.A. **Drug and food interaction as they affect the nutrition of older individuals.** *Aging Clinical and Experimental Research*, Milano, 1993; v.5, n.2, p.S51S53, .Supplement1.

Rossi L, Tirapegui J. **Aspectos atuais sobre exercício físico, fadiga e nutrição.** *Rev Paul EducFís* 1999; 13:67-82.

Russell GFM. **Anorexia nervosa: its identity as an illness and its treatment.** *Mod Trends Psychol Med* 1970; 2:131-64.

Russell GFM. **Bulimia nervosa: na ominous variant of anorexia nervosa.** *Psychol Med* 1979; 9:429-48.

Sheridan CL, Radmacher SA. **Health psychology.** Challenging the biomedical model. New York: John Wiley & Sons.1992.

Smolak L (eds.). **Body image, eating disorders, and obesity in youth: assessment prevention and obesity in youth: assessment prevention and treatment.** Baltimore: United Book Press, 2001. P. 23-40.

Spitzer RL. **Values and Assumptions in the Development of DSM-III and DSM-III-R:**

SteinhausenHC. **Outcome of eating disorders.** *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* *J Int JEat Disord.* Jan 2008; 41(1):47-56

Striegel-Moore RH, Franko DL. **Epidemiology of binge eating disorder.** *Int J Eat Disord.* 2003; 34(Suppl 1):S19-29.

Striegel-Moore RH, Franko DL. **Should binge eating disorder be included in the DSMIV? A critical review of the state of the evidence.** *Annual Review of Clinical Psychology* 2008; 4, 305-324.

Sullivan PF. In C.G. Fairburn & K.D. Brownell (Eds.), **Eating Disorders and Obesity. A Comprehensive Handbook** (2 Ed, pp.221-230). New York: The Guilford Press. 2002.

Tan J, Hope RA, Stewart A, Fitzpatrick R. **Control and compulsory treatment in anorexia nervosa: the views of patients and parents.** International Journal of Law and Psychiatry 2003; 26 (6): 627-645.

Tanofsky-Kraff M, Haynos AF, Kotler LA, Yanovski SZ, Yanovski JA. **Laboratory Based Studies of Eating during Meals among Children and Adolescents.** Curr. Nutr. Food Sci. 2007; 3, 55-74, 2007.

Telch CF, Agras WS, Linehan MM. **Group dialectical behavior therapy for binge eating disorder: A preliminary uncontrolled trial.** Behav Ther 2000;31h56min-82.
Tosatti MA, Transtornos alimentares: uma visão nutricional. São Paulo: Manole, 2004. p. 39-62.

Wang YP, Humes EC, Andrade, LHSG. **Diagnostico e classificação em psiquiatria.** In: Louza Neto MR & Elkis H e cols. Psiquiatria básica. 2 ed. Porto Alegre: Artmed; 2007. p. 32-48.

Weaver K, Wuest J, Ciliska D. **Understanding Women's Journey of Recovering From Anorexia Nervosa. Qualitative Health Research** 2005, 15 (2), 188 - 206.

Wentz E, Gillberg IC, Anckarsater H. Adolescent-onset anorexia nervosa: 18-year outcome. Br J Psychiatry 2009; 194:168–174

Wilfley DE, Rodin J. **Cultural influences on eating disorders.** In Brownell K. D., Fairburn C. G. (Eds.), **Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook** (pp. 78–82). New York: Guilford. 1995.

Williamson DA, Gleaves DH, Stewart TM. **Categorical versus dimensional models of eating disorders: an examination of the evidence.** Int J Eat Disord. 2005 Jan; 37(1):110.

Williamson DA, Womble LG, Smeets MA, Netemeyer RG, Thaw JM, Kutlesic V, Gleaves DH. **Latent structure of eating disorder symptoms: a factor analytic and taxometric investigation.** Am J Psychiatry. 2002 Mar; 159(3):412-8.

Zerbe KJ. **The body betrayed.** Women, eating disorders, and treatment. Washington, DC: American Psychiatric Press. 1993.

Zhu AJ, Walsh BT. **Pharmacologic treatment of eating disorders.** Can J Psychiatry 2002; 47(3):227-34.