

## AVALIAÇÃO NUTRICIONAL DE PORTADORES DE TRANSTORNOS ALIMENTARES: RESULTADOS APÓS A ALTA HOSPITALAR

Juliana Maria Faccioli Sicchieri \*  
Manoel Antônio dos Santos \*\*  
José Ernesto dos Santos \*\*\*  
Rosane Pilot Pessa Ribeiro \*\*\*\*

### RESUMO

Os transtornos alimentares são doenças graves que podem cursar com comorbidades importantes se não tratados com abordagens múltiplas dos pontos de vista clínico, nutricional, psicológico e psiquiátrico. O objetivo deste estudo foi avaliar o estado nutricional e o padrão alimentar de indivíduos que foram tratados e receberam alta do GRATA (Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP. Empregou-se como metodologia revisão de prontuário médico e entrevista com avaliação antropométrica e anamnese alimentar. Os resultados mostram que a eutrofia foi a condição nutricional predominante em 9 dos 10 sujeitos analisados. A ingestão energética e protéica se mostrou mais próxima às recomendações diárias (RDA) em relação ao início do tratamento, e a alimentação desses indivíduos permanece sem comportamento purgativo, o que denota uma satisfatória condição pós-alta.

**Palavras-chave:** Transtornos da alimentação. Recuperação nutricional. Alta do paciente.

### INTRODUÇÃO

Os distúrbios ou transtornos alimentares mais conhecidos são a anorexia nervosa (AN) e a bulimia nervosa (BN). A primeira se caracteriza por restrição alimentar voluntária, podendo apresentar comportamentos bulímicos. Inicia-se com um jejum progressivo, abolindo os alimentos calóricos *a priori*, seguindo-se a restrição de outros tipos de alimentos<sup>(1)</sup>. Já a BN é conhecida por hiperfagia acompanhada de tentativas de expelir o alimento do organismo por diferentes maneiras de indução de vômitos, diarreia e poliúria<sup>(2)</sup>. Frequentemente, o padrão alimentar, na doença, é descrito como muito inadequado, desequilibrado nutricionalmente e com consumo calórico diário exagerado, quando comparado às recomendações<sup>(3-4)</sup>.

Os primeiros critérios diagnósticos foram definidos em 1969. Para anorexia nervosa e bulimia nervosa, os critérios diagnósticos são baseados no Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais com texto revisado (DSM-IV-TR) da *American Psychiatric Association*<sup>(5)</sup>.

A incidência de novos casos em mulheres jovens, de acordo com os dados dos EUA e da Europa, pode variar de 1,4 a 4,8: 100.000 pessoas anualmente<sup>(6)</sup>.

Há poucos dados na literatura sobre o futuro desses pacientes que recebem alta dos serviços. Alguns autores mostraram que eles desenvolvem outros tipos de transtorno mental ou algum problema clínico, como, por exemplo, complicações cardiovasculares ou ortopédicas, enxaquecas e cefaléias, transtorno depressivo e ideação suicida<sup>(7-8)</sup>.

\* Nutricionista, Mestre em Enfermagem em Saúde, membro do Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares (GRATA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP)

\*\* Psicólogo, Professor, Doutor do Departamento de Psicologia e Educação da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, membro do GRATA.

\*\*\* Médico Nutrólogo, Professor Associado do Departamento de Clínica Médica – FMRP- USP, coordenador do GRATA.

\*\*\*\* Nutricionista, Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da EERP – USP, membro do GRATA.

## OBJETIVO

O objetivo deste estudo foi avaliar o estado nutricional e a ingestão alimentar dos portadores de transtornos alimentares que se trataram e obtiveram alta do Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP (GRATA-HCFMRP-USP).

## METODOLOGIA

Foram selecionados para este estudo os 25 sujeitos (22 mulheres e 3 homens) que completaram o tratamento para AN e BN e receberam alta da equipe multiprofissional do GRATA-HCFMRP-USP. No entanto, houve dificuldade em localizar estes indivíduos por meio de contato telefônico, por vários motivos: inexistência de telefone, mudança de cidade, falecimento dos genitores, matrimônio e mudança de endereço, interrupção ou finalização de seguimento pelo Hospital das Clínicas, já que muitos haviam recebido alta hospitalar havia mais de cinco anos.

Desta forma, foram localizados 12 indivíduos, porém dois deles não aceitaram participar do estudo. Assim, a amostra foi composta por 10 indivíduos, que se mostraram bastante colaborativos.

Este estudo foi submetido à apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP e registrado sob o número 0505/2004, antes de ser executado. Os sujeitos foram identificados por meio de revisão de prontuários realizada no Serviço de Arquivo Médico do HCFMRP-USP, a fim de se conhecerem os seus dados cadastrais (endereço e telefone) para estabelecimento de um contato telefônico. Os sujeitos foram convidados a comparecer ao referido hospital para conceder uma entrevista semi-estruturada para coleta dos dados necessários. Nesse momento, foi apresentado o termo de consentimento livre e esclarecido e explicados o propósito deste estudo e a liberdade do sujeito em dele participar ou não.

Em seguida, procedeu-se à avaliação do estado nutricional, medindo-se o peso corporal em uma balança eletrônica Filizola com capacidade para 150kg e a altura em estadiômetro

confeccionado pela oficina do HCFMRP-USP, com capacidade para 2,00m. Na impossibilidade de o sujeito comparecer ao hospital, a entrevista e as medidas antropométricas foram tomadas em sua residência, usando-se balança eletrônica portátil com capacidade para 120kg e estadiômetro portátil com capacidade para mensurar até 2,00m. A partir desses dados, foi calculado o índice de massa corporal (IMC), cuja fórmula é a seguinte:  $IMC = \text{Peso (Kg)} / H^2$  (m). As pregas cutâneas tricipital, bicipital, subescapular e suprailíaca foram aferidas com o auxílio do adipômetro de Lange, com escala de 0-60mm e precisão de  $\pm 1$  mm, com pressão de mola constante a  $10g/mm^3$  para fornecer a estimativa do percentual de gordura corporal total pela somatória dos respectivos valores analisada segundo tabela apropriada comparativa para sexo e idade. Além disso, o valor da prega cutânea do tríceps foi empregado, juntamente com a circunferência do braço, para cálculo da estimativa da massa muscular do braço<sup>(9)</sup>.

O padrão alimentar foi investigado por meio de recordatório alimentar de 24 horas e questionário de frequência de consumo alimentar. Para obtenção desses dados, no período de início do tratamento dos sujeitos consultou-se o prontuário médico. O referido recordatório é um instrumento de investigação da ingestão alimentar do indivíduo e permite avaliar as quantidades e porções ingeridas de cada alimento, além do número e horário das refeições<sup>(10)</sup>. A frequência do consumo de alimentos é um método de avaliação do consumo alimentar que usa a relação dos alimentos básicos que formam o padrão da ingestão do grupo, onde se registra a frequência com que esses alimentos são consumidos pelo indivíduo ou familiar. Nesse momento, também se questionou o indivíduo sobre mitos e tabus alimentares, com o propósito de identificar restrições calóricas e nutricionais na alimentação dos sujeitos. Os dados referentes à ingestão alimentar obtidos pelo recordatório alimentar de 24 horas foram analisados pelo programa *Virtual Nutri*<sup>(11)</sup>, sobre cálculos e investigações nutricionais, como valor calórico diário, distribuição entre macronutrientes (carboidrato, proteína e gordura) e quantidade de micronutrientes, adequação pelas RDAs<sup>(4)</sup>.

## APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

Quando os indivíduos do estudo iniciaram o tratamento de transtornos alimentares, a idade deles variava entre 13 e 24 anos, sendo a maioria constituída de adolescentes (70%), do sexo feminino (90%).

O início do tratamento dos sujeitos avaliados neste estudo, outro ponto importante para compor o curso do tratamento para transtornos alimentares, deu-se na adolescência da maioria deles, fator considerado favorável para a evolução do quadro<sup>(12-13)</sup>.

No momento da coleta de dados, a idade média deles era de 28,1 anos, com a mínima de 21 anos e a máxima de 35 anos. O relato registrado no prontuário do primeiro atendimento destes indivíduos indica que os primeiros sintomas da doença ocorreram entre 8 meses e 3 anos antes do início do tratamento pelo GRATA-HCFMRP-USP. O diagnóstico realizado na época foi de anorexia nervosa (AN) em sete casos, anorexia nervosa tipo bulímico (AN-B) em dois casos e bulimia nervosa (BN) em um caso. O tempo de tratamento a que os integrantes dessa amostra se submeteram foi bastante variado, sendo o mínimo de 10 meses e o máximo de 78 meses.

No momento da entrevista, esses sujeitos apresentavam o tempo mínimo de três anos e máximo de 16 anos de alta hospitalar.

O GRATA é formado por uma equipe multiprofissional especializada, criada em 1982 com o objetivo de oferecer tratamento para os casos de transtornos alimentares. Nesse período, recebeu cerca de 200 pessoas e atualmente faz seguimento de 60 pacientes e suas famílias<sup>(14)</sup>. O número de altas na ocasião da coleta de dados foi de 25, pois foram incluídos apenas os pacientes que concluíram o tratamento até o momento da alta formal concedida pela equipe. Assim sendo, não foram incluídos nos critérios da pesquisa os sujeitos que abandonaram o tratamento, mesmo que isso pudesse ter ocorrido num momento em que o paciente já estivesse na condição de eutrofia. O número de abandonos para o tratamento deste tipo de transtornos é muito alto, uma vez que a doença se caracteriza principalmente pela negação do problema,

percepção inadequada da imagem corpórea e conseqüente resistência à adesão ao tratamento<sup>(6)</sup>.

Critério de alta é um assunto bastante polêmico quando se trata de transtornos da alimentação. O estado nutricional adequado não representa, sozinho, critério para alta hospitalar<sup>(13)</sup>. Há também situações em que um tipo de transtorno se converte em outro, exigindo mais tempo de tratamento<sup>(7)</sup>. A alta clínica acompanhada da alta da psicoterapia é a que melhor representaria este critério, porém ainda é uma situação pouco conhecida no tratamento dos distúrbios da conduta alimentar, como já exposto anteriormente<sup>(7)</sup>. Estudiosos ressaltam que não há medidas padronizadas que avaliem a evolução e o prognóstico dos transtornos alimentares<sup>(8)</sup>; porém, há um consenso, segundo esses autores, em denominar de recuperação a presença da reabilitação do peso saudável, dos ciclos menstruais e da melhora da distorção da imagem corporal<sup>(7-8)</sup>. Outros afirmam que alguns fatores sociais estão associados à manutenção dos transtornos alimentares, entre os quais a idéia de ser magro, que parece estar associada ao sucesso, à competência, ao autocontrole e a ser atraente sexualmente, além do fato da escolha profissional.

Desconhece-se ainda se esse aspecto é causa ou conseqüência do transtorno alimentar. Algumas funções profissionais - como as de modelos, atletas, bailarinas e nutricionistas - são escolhidas por portadores de transtornos alimentares por exigirem um corpo magro. Muitas vezes, o meio contribui para o desenvolvimento da doença<sup>(15)</sup>.

A tabela 1 ilustra as medidas utilizadas para a avaliação nutricional da amostra. O IMC mediano dos participantes, obtido com os dados de peso e altura, foi de 20,0 kg/m<sup>2</sup>, e a maioria da amostra estava eutrófica (90% dos sujeitos), considerando-se como faixa de normalidade os valores entre 18,5 e 25kg/m<sup>2</sup>. Apenas 1 sujeito apresentava a condição de sobrepeso, com valor 27kg/m<sup>2</sup>. O percentual mediano de gordura corporal, calculado a partir da somatória das quatro pregas subcutâneas (tricipital, bicipital, subescapular e supra-iliaca) foi de 30,1%, mostrando-se adequado em 4 indivíduos, sendo seu valor normal até 25% para homens e 30% para mulheres. Os 6 indivíduos restantes apresentaram esse parâmetro acima do limite.



**Tabela 1-** Estado nutricional dos 10 sujeitos participantes do estudo. Ribeirão Preto, 2005.

Sujeitos	Peso (Kg)	Altura (m)	IMC (Kg/m <sup>2</sup> )	GCT (%)	CB (cm)	CMB (cm)
1	59,5	1,68	21	31,2	24,0	17
2	59,8	1,73	20	31,2	23,8	23
3	55,7	1,63	21	32,2	26,0	19
4	58,8	1,76	19	30,2	26,0	19
5	47,4	1,54	20	29,1	23,0	17
6	48,6	1,58	19	23,2	22,0	17
7	55,0	1,62	21	27,8	23,5	18
8	56,8	1,73	19	29,1	25,5	16
9	63,5	1,53	27	32,2	28,0	19
10	57,0	1,65	21	31,2	26,5	19
MEDIANA	56,9	1,64	20,0	30,1	24,7	18,0
MINÍMO	47,4	1,53	19,0	23,2	22,0	16,9
MÁXIMO	59,3	1,56	27,0	31,2	26,0	19,3

MC= índice de massa corporal, GCT= gordura corporal total, CB= circunferência do braço, CMB= circunferência do músculo do braço.

As medidas de circunferência do braço (CB) e circunferência do músculo do braço (CMB) foram avaliadas com tabelas comparativas para sexo e idade, classificadas por medidas de posição (percentis) em comparação com a população de referência.

Na análise do valor mediano da CB, um importante parâmetro adicional para avaliação do estado nutricional, 3 sujeitos se mostraram no percentil 50 para sexo e idade (n.3, 4 e 10); 1 no percentil 75 (n.9) e 6 se classificaram abaixo do percentil 50 (n.1, 2, 5, 6, 7 e 8).

A avaliação da mediana da CMB, parâmetro utilizado para estimar o compartimento muscular, mostrou que 8 indivíduos estavam abaixo do percentil 50 (n.1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 e 8) e 2 situados no percentil 50 para idade e sexo (n.9 e 10).

Neste estudo, a grande maioria dos pacientes que receberam alta hospitalar após tratamento para transtornos alimentares se encontrava em boas condições nutricionais em relação aos parâmetros antropométricos, pois apenas um indivíduo apresenta sobrepeso no

momento. No entanto, quando se analisaram os compartimentos corporais, observou-se que a quantidade total de gordura apresenta-se no limite superior de normalidade, enquanto o tecido muscular está nos limites mínimos. Esses resultados sugerem uma situação de sedentarismo dos sujeitos, já que a ingestão calórica diária parece não exceder as recomendações.

Em relação à ingestão de calorias e de nutrientes, observamos diferenças importantes entre o relato do consumo alimentar no início do tratamento e o relatado na entrevista, conforme mostram as tabelas 2 e 3. Houve melhora importante do valor calórico total da alimentação, com adequação dos nutrientes na maioria dos casos. Observou-se também diminuição calórica e de ingestão de gorduras no indivíduo diagnosticado com bulimia nervosa (sujeito 1), aproximando-se a percentuais recomendados deste nutriente. A ingestão protéica também se encontra mais adequada na última avaliação naqueles indivíduos que apresentavam alimentação hipoprotéica.

**Tabela 2** - Estimativa do consumo calórico e distribuição percentual dos macronutrientes relatados no primeiro atendimento hospitalar dos sujeitos da amostra. Ribeirão Preto, 2005.

Sujeito	Kcal	Ptn (%)	Gord (%)	CHO (%)
1	3.650	16	40	54
2	1100	13	25	62
3	800	14	26	60
4	550	23	20	67
5	400	8	13	79
6	600	10	15	75
7	450	25	15	60
8	400	10	15	75
9	800	15	23	62
10	600	13	28	69

Kcal= calorias, Ptn= proteínas, Gord= gorduras, CHO= Carboidrato.

Apenas o sujeito 2 demonstra ingestão ligeiramente acima do indicado pela RDA. Essa informação pode derivar de uma percepção supervalorizada do próprio sujeito em relação a sua alimentação, pois na ocasião da entrevista ele afirmava não praticar exercícios físicos regulares e apresentou a condição de eutrofia ao final da avaliação nutricional.

Raros são os trabalhos que avaliaram aspectos nutricionais de indivíduos que tiveram transtornos alimentares, foram tratados e obtiveram recuperação satisfatória e alta hospitalar. Nesse sentido, há uma escala validada que leva em conta a manutenção do

peso corpóreo pós-alta e o restabelecimento de ciclos menstruais regulares como dados relevantes, avaliando ainda, de forma geral, o ajustamento psicossocial e o estado mental<sup>(7)</sup>. Neste estudo, porém, por se tratar de uma amostra heterogênea, optou-se por não interrogar sobre a regularidade dos ciclos menstruais, o que dificultaria a interpretação da avaliação do sujeito do sexo masculino. O item do critério diagnóstico referente a essa informação será alterado em sua próxima edição, não vigente no Brasil até a presente data, facilitando o diagnóstico nos indivíduos de sexo masculino.

**Tabela 3** - Estimativa atual do consumo calórico e distribuição percentual dos macronutrientes dos 10 sujeitos da amostra. Ribeirão Preto, 2005.

Sujeito	Kcal	Ptn (%)	Gord (%)	CHO (%)
1	1800	18	25	57
2	3522	17,4	43,2	39,4
3	1637	17,6	23,4	60
4	1173	18,6	25,9	55,5
5	1404	15,3	25,3	60,4
6	1112	18,5	29,2	53,4
7	1633	17,3	28,2	56,8
8	1644	13,1	28,3	59,6
9	1880	18,2	33,3	49,7
10	2054	12,2	23,4	65,3

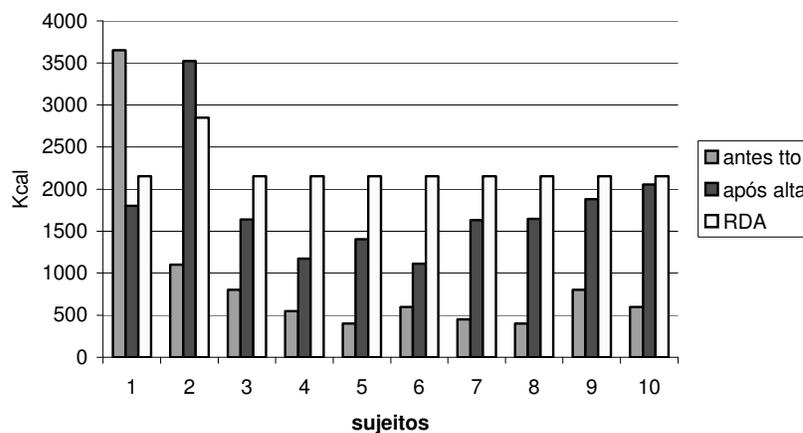
Kcal= calorias, Ptn= proteínas, Gord= gorduras, CHO= Carboidratos.

O consumo diário de energia no momento da entrevista, quando comparado às RDAs<sup>(4)</sup>, mostrou importantes alterações, com aumento significativo da ingestão, como ilustra o gráfico 1.

De acordo com o guia de orientação alimentar preparado para a população saudável no Brasil, todos os sujeitos afirmaram consumir diariamente alimentos do grupo do leite, verduras e legumes e arroz. Quanto à ingestão

de carnes e ovos, 9 indivíduos consomem estes gêneros diariamente e apenas 1 faz uso deste grupo de duas a três vezes por semana. O consumo diário de frutas foi constatado em 80% da amostra, e os restantes 20% consomem

este item de duas a três vezes por semana. A ingestão diária de gorduras e açúcares diversos ficou representada com 70% da amostra que consomem alimentos destes grupos diariamente; 30% só os utilizam nos fins de semana<sup>(16)</sup>.



**Gráfico 1** - Comparação do consumo de calorias diárias antes do tratamento (tto) e após a alta, com as recomendações diárias (RDA) dos 10 sujeitos participantes do estudo. Ribeirão Preto, 2005.

Quanto ao consumo de alimentos hipocalóricos ou dietéticos, igualmente abordado na entrevista, 70% dos indivíduos afirmaram consumir diariamente esses alimentos, sendo que os mais citados foram refrigerantes, leite desnatado, chiclete e adoçante. Este último é utilizado para adoçar sucos, café e vitaminas. O edulcorante mais consumido foi o aspartame e ciclamato de sódio com sacarina em substituição. Dessa amostra, apenas 1 sujeito (n.2) afirmou nunca ingerir nenhum alimento dieteticamente modificado, porque o sabor não lhe agrada. Todos os indivíduos negaram o uso de suplemento vitamínico-mineral ou complemento alimentar depois do tratamento para transtornos alimentares. Apenas 1 sujeito (n.6) afirmou usar, atualmente, um composto fitoterápico, com efeito laxativo e diurético.

Quanto aos hábitos alimentares, os sujeitos deste estudo mostraram significativa melhora na qualidade, quantidade e distribuição de nutrientes ingeridos. O que se verificou foi uma melhora também na variedade e freqüência dos alimentos ingeridos. Não há na literatura, estudos que tenham investigado a

ingestão alimentar de pacientes após o tratamento de transtornos alimentares. Há alguns que caracterizam o comportamento alimentar durante a doença, no início do tratamento<sup>(17)</sup>. É importante lembrar que o comportamento alimentar desses pacientes é extremamente desorganizado, alterando muito a quantidade, o número de refeições e os alimentos que são ingeridos, principalmente nos casos onde estão presentes episódios bulímicos<sup>(18)</sup>. É comum o fato de mudarem o relato, quando questionados pelo nutricionista, ou quando este solicita o registro alimentar para a próxima consulta. Apesar de todos os sujeitos deste estudo terem recebido alta do tratamento por estarem em condições satisfatórias em relação ao estado biopsicossocial, observou-se que o consumo de alimentos hipocalóricos (dieteticamente modificados) ainda é freqüente e efetuado pela maioria da amostra (70% dos indivíduos). Um aspecto que facilita esse comportamento é o fato de que esses alimentos atualmente são muito comercializados e utilizados como recurso para restrição calórica, além de serem encontrados facilmente em supermercados e

outros estabelecimentos comerciais, não necessitando o indivíduo de recorrer a estabelecimentos especializados para adquiri-los<sup>(3)</sup>

### CONCLUSÃO

Apesar da limitação quanto ao tamanho da amostra, este estudo evidenciou que o estado nutricional dos sujeitos avaliados está dentro da normalidade e a ingestão alimentar bastante próxima das recomendações diárias, com maior variedade e distribuição dos diferentes grupos alimentares. Não se observaram

comportamentos alimentares típicos dos transtornos de que eles foram portadores, mas o hábito, ainda freqüente, do uso de alimentos considerados *diet* e *light* talvez seja um recurso utilizado para controle do peso, apesar da negação da preocupação mórbida com dietas de emagrecimento e forma corpórea. Além disso, todos os indivíduos deste estudo mostram-se ativos dos pontos de vista familiar e profissional, bastante integrados nas atividades cotidianas, o que demonstra satisfatória adaptação e desenvolvimento pessoal após o tratamento do transtorno alimentar.

---

### NUTRITIONAL EVALUATION OF PATIENTS WITH EATING DISORDERS: RESULTS AFTER HOSPITAL RELEASE

#### ABSTRACT

Eating disorders are severe diseases that can have important co-morbidities if not treated in an interdisciplinary approach, including clinical, nutritional, psychological and psychiatric views. The purpose of this study was to evaluate the nutritional status and the eating patterns of individuals who have been treated and released by GRATA (Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares) of Hospital das Clínicas, School of Medicine of Ribeirão Preto – USP. Methodology: review of medical records and interview using anthropometry and eating anamnesis. The results showed that normal nutritional status was the predominant condition among 9 of the 10 subjects studied. The energy and protein intake was closer to the Recommended Dietary Allowances (RDA) when compared to the beginning of the treatment, and these individuals continued to present non purgative eating behavior, which denotes a satisfactory condition after hospital release.

**Key words:** Eating disorders. Nutritional rehabilitation. Patient discharge.

---

### EVALUACIÓN NUTRICIONAL DE PORTADORES DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS: RESULTADOS TRAS ALTA HOSPITALARIA

#### RESUMEN

Los trastornos alimentarios son enfermedades graves que pueden estar acompañadas de comorbidez importante si no son tratadas con abordajes múltiples desde el punto de vista clínico, nutricional, psicológico y psiquiátrico. El objetivo de este estudio fue evaluar el estado nutricional y el patrón alimenticio de individuos que fueron tratados y recibieron alta del GRATA (*Grupo de Assistência em Trastornos Alimentares*) del Hospital de las Clínicas de la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto – USP. Metodología: revisión das historias clínicas y entrevista con antropometría y anamnesia alimentaria. Los resultados muestran que la eutrofia fue la condición nutricional predominante en 9 de los 10 sujetos analizados. La ingestión energética y proteica se mostró más próxima a las recomendaciones diarias (RDA) con relación al comienzo del tratamiento y la alimentación de estos individuos permanece sin comportamiento purgativo, lo que denota una condición satisfactoria después del alta.

**Palabras Clave:** Trastornos de la conducta alimentaria. Recuperación nutricional. Alta del paciente.

---

### REFERÊNCIAS

1. Garfinkel PE, Goldbloom DS. Transtornos alimentares: anorexia nervosa e bulimia nervosa. In: Carlson GA, Weller EB, Garfinkel BD. Transtornos psiquiátricos na infância e na adolescência. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992. p.100-11.
2. Sapoznick A, Abuzanra EV, Amigo VL. Bulimia nervosa: manifestações clínicas, curso e prognóstico. In: Claudino A, Zanella T. Guia de transtornos alimentares e obesidade. Barueri: Manole; 2005. cap.5, p.49-57.
3. Alvarenga M, Dunker KLL. Padrão do comportamento alimentar na anorexia e bulimia nervosa. In: Philippi ST, Alvarenga M. Transtornos alimentares: uma visão nutricional. Barueri: Manole; 2004. cap.8. p.131-48.

4. National Research Council. Recommended Dietary Allowances. 10<sup>th</sup> ed. Washington (DC): National Academy Press; 1989.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders – text review – DSM-IV-TR. Washington (DC); 2000.
6. Watson TL, Bowers WA, Andersen AE. Involuntary treatment of eating disorders. *Am J Psychiatry* . 2000;157:1806-10.
7. Russel G. Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychol Med*. 1979;9:429-48.
8. Gorgati SB, Amigo VL. Anorexia nervosa: manifestações clínicas, curso e prognóstico. In: Claudino A, Zanella T. Guia de transtornos alimentares e obesidade. Barueri: Manole; 2005. cap.4, p.39-48.
9. Durmin JVGA, Womwesley J. Body fat assessed from total body density and its estimation from skinfold thickness: measurements on 481 men and women aged from 16 to 72 years. *Br J Nutr*. 1974;32:77-97.
10. Fontanive RS, De Paula TP, Peres WAF. Inquéritos dietéticos. In: Duarte AC, Castellani FR. Semiologia nutricional. Rio de Janeiro: Axcel Books; 2002. cap.4, p.59-78.
11. Philippi ST, Szarfarc SC, Latterza AR. Virtual Nutri [programa de computador]. Versão 1.0 for Windows. São Paulo: Departamento de Nutrição da Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1996.
12. Osório MCA, Enders BC. Representações dos adolescentes sobre seu atendimento em um serviço de saúde especializado. *Cienc Cuid Saude*. 2002;1(2):333-4.
13. Yager J, Andersen AE. Anorexia Nervosa. *N Engl J Med*. 2005;353:1481-8.
14. Santos JE dos. GRATA: Nossa história, trabalho e desafios. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2006 jul-set.;39(3):323-6.
15. Morgan CM, Borges MBF, Jorge MR. Questionários sobre padrões de alimentação e peso revisado: um instrumento para avaliação do transtorno da compulsão alimentar periódica. *Rev Assoc Bras Psiquiatr*. 1998;20(4):130-9.
16. Philippi ST, Latterza AR, Cruz ATR, Ribeiro LC. Pirâmide alimentar adaptada: guia para a escolha dos alimentos. *Rev Nutr*. 1999 abr.;12(1):65-80.
17. Santos PCM, Pessa RP, Santos JE dos. Como diagnosticar e tratar anorexia nervosa e bulimia. *Rev Bras Med*. 1990;47:155-69.
18. Sicchieri JMF, Bighetti F, Borges NJBG, Santos JE dos, Ribeiro RPP. Manejo nutricional nos transtornos alimentares. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2006 jul-set.;39(3):371-4.

---

**Endereço para correspondência:** Juliana Maria Faccioli Sicchieri. Rua Campos Sales, 817, Apto. 64. Ribeirão Preto – SP. CEP: 14015-110. E-mail: jumfs@terra.com.br.

Recebido em: 21/06/2006

Aprovado em: 05/03/2007