

Nutrição Brasil 2017;16(5):272-9

ARTIGO ORIGINAL

Atitudes alimentares e consumo de alimentos relacionados à anorexia nervosa em adolescentes de Venâncio Aires/RS

Feeding behavior and food intake related to anorexia nervosa in adolescents at Venâncio Aires/RS Brazil

Ethiene Schirmann Lakus, D.Sc.*, Daniel Prá, D.Sc.*, Sílvia Isabel Rech Franke, D.Sc.**

**Doutor em Genética e Biologia Molecular pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Docente do Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Promoção da Saúde, Universidade de Santa Cruz do Sul/RS, **Doutora em Biologia Celular e Molecular pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Docente e Coordenadora do Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Promoção da Saúde, Universidade de Santa Cruz do Sul/RS*

Recebido 3 de novembro de 2016; aceito 15 de setembro de 2017

Endereço para correspondência: Ethiene Schirmann Lakus, Rua Osvaldo Aranha, 1441 Centro 95800-000 Venâncio Aires RS, E-mail: ethienesl@yahoo.com.br; Daniel Prá: dpra@unisc.br; Sílvia Isabel Rech Franke: silvia_unisc@yahoo.com.br

Resumo

Objetivo: Identificar a prevalência de alteração no comportamento alimentar relacionada à anorexia nervosa de adolescentes de município do interior do RS, associando as atitudes e os padrões alimentares ao risco de sintomas de anorexia nervosa. **Métodos:** As variáveis comportamentais alimentares foram avaliadas pelo teste *Eating Attitudes Test-26* (EAT) e os dados de aversões e preferências alimentares foram obtidos por questionário específico. **Resultados:** A amostra constituiu-se por 451 adolescentes (53,9% feminino). A prevalência de EAT+ foi de 10,9%, sendo maior no sexo feminino (14,8%) que no masculino (6,3%; $p=0,004$). O consumo de cereais matinais diferiu entre os indivíduos com EAT+ e EAT- ($p=0,012$) e o consumo frequente deste alimento mostrou-se associado ao maior risco de EAT+ [OR: 2,5 (IC: 1,3-4,5)]. O consumo de refrigerantes diferiu entre os indivíduos com EAT+ e EAT- ($p<0,001$) e o consumo frequente da bebida mostrou-se associado ao menor risco de EAT+ [OR: 0,41 (IC: 0,22-0,75)]. Apesar de não se mostrarem associados com o risco de EAT+, o consumo de doces e refrigerantes dietéticos e de frutas também diferiu entre os indivíduos com EAT+ e EAT- ($p=0,039$ e $p<0,001$, respectivamente). **Conclusão:** A diferença na prevalência de EAT+ entre os homens e mulheres aponta a necessidade de estudos futuros e intervenções, não focando apenas as mulheres, mas a população como um todo. As diferenças nas aversões e preferências por determinados alimentos indicam a possibilidade da avaliação do consumo destes como marcadores de risco para a anorexia nervosa.

Palavras-chave: anorexia nervosa, transtornos da alimentação, comportamento alimentar, adolescentes.

Abstract

Objective: To identify the prevalence of changes in dietary behavior related to anorexia nervosa in teenagers from the countryside of Rio Grande do Sul State, Brazil, associating the attitudes and alimentary standards to the risk of anorexia nervosa symptoms. **Methods:** The feeding behavioral variables were evaluated by the *Eating Attitudes Test-26* (EAT) and data of alimentary aversions and preferences were obtained based in a standard questionnaire. **Results:** The sample was composed of 451 teenagers (53, 9% females). Positive score (EAT+) occurred in 10.9% of the sample, being more frequent in females (14.8%) than in males (6.3%, $p=0.004$). Of the 26 questions of the EAT questionnaire, only 2 were not associate to the risk of EAT+. The intake of breakfast cereals differed between EAT- and EAT+ individuals ($p=0.012$) and the frequent intake of such food increased the risk of EAT+ [OR: 2.5 (CI:1.3–4.5)]. The intake of soft drinks differed between EAT- and EAT+ individuals ($p<0.001$) and the frequent intake of such drink reduced the risk of EAT [OR: 0.41 (CI: 0.22-0.75)]. Besides not being associated to EAT+ risk, the consumption of diet soft drinks and sweets or fruits also differed between EAT- and EAT+ individuals ($p=0.039$ and $p<0.001$, respectively). **Conclusion:** The differences in

prevalence of EAT between males and females point out the need for future studies and interventions in view of the population as a whole and not focusing only on women. The differences in aversions and preferences of certain foods indicate the potential usage of the consumption of given foods as surrogates of anorexia nervosa risk.

Key-words: anorexia nervosa, eating disorders, feeding behavior, teenagers.

Introdução

Os transtornos alimentares são definidos como desvios de comportamento alimentar [1], caracterizados principalmente por alterações de apetite e perturbações da imagem corporal [2-6], sendo registrados principalmente em indivíduos jovens e do sexo feminino [7,8]. Tais desvios de comportamento resultam da preocupação excessiva com o corpo (inadequação na percepção da imagem corporal) [3,5,9-12] e podem estar associados ao medo de engordar, que leva a dietas extremamente restritivas, com consequências danosas à saúde [6,11-13]. A anorexia nervosa é caracterizada por uma restrição dietética auto-imposta [14], sendo essa progressiva, com acentuada perda de peso e com temor intenso de engordar [15]. Pacientes com essa patologia preocupam-se cada vez mais com a dieta, vivendo em função dela, de seu peso e de sua forma corporal, como consequência, os pacientes isolam-se gradativamente do convívio social [16]. O perfeccionismo, a depressão e a fobia social estão associados aos transtornos alimentares [17].

Os padrões de beleza, tamanho e formas ideais do corpo são culturalmente definidos, variando conforme a sociedade [18,19]. Há uma extrema valorização da magreza nas sociedades ocidentais, que pode contribuir para o aumento da incidência de transtornos alimentares. O paciente com anorexia nervosa procura perder peso de várias formas, seja restringindo alimentos, provocando vômitos ou fazendo uso de fármacos anorexígenos, laxantes e diuréticos [10,20-22].

Os transtornos alimentares são de difícil tratamento e podem causar complicações à saúde, estando associados a altas taxas de mortalidade [1,20]. Os transtornos alimentares tiveram aumento significativo em sua incidência, principalmente nas últimas décadas [10,11,23-25]. A imagem do corpo, divulgada pelos meios de comunicação, está associada a um padrão de beleza feminino representado por um corpo cada vez mais magro²⁶, em que quem quer ser “feliz” deve seguir esse padrão [27].

O início da anorexia nervosa frequentemente ocorre na adolescência [28], dos 13 aos 17 anos, existindo, contudo, relatos de início pré-puberal [20,29]. Os estudos internacionais apontam que a prevalência de anorexia nervosa é maior no sexo feminino [30], com razão de prevalência (homens:mulheres) entre 1:6 e 1:10. A anorexia nervosa atinge entre 0,3% (numa definição estrita) a 3,7% das mulheres, numa definição mais ampla [31].

O presente estudo propôs-se a identificar a prevalência de alteração no comportamento alimentar relacionados à anorexia nervosa, associando as atitudes e os padrões alimentares ao risco de sintomas de anorexia nervosa em adolescentes da 8ª série do Ensino Fundamental e 1º, 2º e 3º anos do Ensino Médio de quatro escolas do município de Venâncio Aires/RS. Os comportamentos alimentares dos adolescentes foram verificados com o *Eating Attitudes Test* (EAT) - Teste de Atitudes Alimentares [24]. Já a frequência alimentar foi analisada utilizando um questionário, baseado em Dunker & Philippi [15]. Por fim, buscaram-se diferenças quanto às respostas das questões do EAT e do questionário de frequência alimentar entre os adolescentes com e sem sintomas de anorexia nervosa.

Material e métodos

A amostra foi composta por adolescentes voluntários, com idades entre 13 e 19 anos de 4 escolas, sendo 3 públicas e uma particular, localizadas na região central do município de Venâncio Aires/RS. A escolha das escolas foi por conveniência, utilizando-se a localização e aceitação da direção da escola na aplicação da pesquisa como critérios de definição da amostra. A coleta de dados ocorreu de forma censitária dentro das escolas, pela entrevista de todos os alunos das turmas de 8ª série do ensino fundamental, 1º, 2º e 3º anos do ensino médio que cada escola possuía.

Somente fizeram parte da amostra os adolescentes que autorizaram a participação ou cujos pais ou responsáveis tenham autorizado mediante um termo de consentimento livre e esclarecido. Foram excluídos da pesquisa os indivíduos que se recusaram a responder o questionário e ou que não entregaram o termo de consentimento devidamente assinado. No

termo de consentimento livre esclarecido foi omitido o objetivo real da pesquisa (identificar indivíduos com sintomas de anorexia nervosa), não abordando os transtornos alimentares, para evitar a interferência nas respostas (omissão e manipulação) pelos adolescentes com sintomas de anorexia nervosa. Os indivíduos com sintomas de anorexia frequentemente manipulam respostas para ocultar seu comportamento alimentar. A pesquisa teve início após o consentimento dos responsáveis de cada escola e mediante a aprovação do projeto 214/06 no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC.

A coleta de dados ocorreu durante o período de aula pelo autopreenchimento dos questionários. A forma de preenchimento dos questionários foi detalhadamente explicada aos adolescentes, para evitar omissões e erros. Os dados referentes aos sintomas de anorexia nervosa foram coletados utilizando-se o Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26) [32-34] enquanto os dados frequência alimentar (aversões e preferências) foram obtidos por questionário, adaptado de Dunker & Philippi [15].

O teste EAT considera sintomático (EAT+) quando a pontuação total for ≥ 21 . No questionário, as siglas sempre (S), muito frequentemente (MF), frequentemente (F), às vezes (AV), raramente (R) e nunca (N) correspondem, respectivamente, à seguinte pontuação: (3) (2) (1) (0) (0) (0), com exceção da questão nº4, gosto de experimentar novas comidas engordantes, em que (S), (MF), (F), (AV), (R) e (N) correspondem, respectivamente, à pontuação (0) (0) (0) (1) (2) (3) [32].

O processamento dos dados foi feito pelo software *Statistical Package for Social Sciences* versão 14.0 (SPSS Inc, Chicago, IL). O software *Prism* 4.0 (GraphPad Software, San Diego, CA) foi utilizado para plotar os gráficos. O odds ratio foi utilizada para estimar o risco relativo de EAT+ de acordo com as questões do EAT ou com a frequência alimentar. Para as questões de frequência alimentar, estratificou-se os indivíduos em consumo infrequente (1x ou, menos por mês) e frequente (1x por semana ou mais). O teste de chi-quadrado foi utilizado para comparar o consumo alimentar entre os indivíduos com EAT+ e EAT-. Para o teste de razão de Odds utilizou-se intervalo de significância de 95% e para o teste de chi-quadrado utilizou-se nível de significância de $p < 0,05$.

Resultados

A população de estudo constituiu-se de 451 adolescentes, com idades entre 13 e 19 anos, sendo a média $15,7 \pm 1,3$ anos. Destes 46,1% eram do sexo masculino e 53,9% feminino, sendo estudantes da 8ª série (14,6%), 1º ano (34,4%), 2º ano (26,8%) e 3º ano (24,2%). Do total de indivíduos, 10,9% apresentaram escore positivo (EAT+). O EAT+ foi significativamente mais frequente ($p < 0,001$) no sexo feminino, 14,8%, que no masculino, 6,3%. As respostas do EAT-26 mostram uma preocupação de muitos adolescentes em relação ao peso, mesmo não apresentando sintomas de anorexia nervosa na pontuação do EAT-26. Os resultados foram analisados quanto à relação entre as respostas das questões do EAT-26 e o risco de sintomas de anorexia (EAT+). Das 26 questões abordadas no EAT, apenas 2 não se associaram significativamente ao risco de EAT+, tendo a questão 15 se associado negativamente (Tabela I).

O consumo frequente de refrigerantes mostrou-se associado ao menor risco de EAT+ [OR: 0,41 (0,22-0,75)]. O consumo frequente de cereais matinais mostrou-se associado ao maior risco de EAT+ [OR: 2,5 (1,3-4,5)]. Em concordância, o consumo de refrigerantes foi menor entre os indivíduos com EAT+ ($p < 0,001$; Fig. 1A) e o consumo de cereais matinais foi maior entre os indivíduos com EAT+ ($p = 0,012$; Fig. 1B). Apesar de não se mostrarem associados com o risco de EAT+, o consumo de doces e refrigerantes dietéticos e de frutas foi maior entre os indivíduos com EAT+ ($p = 0,039$ e $p < 0,001$, respectivamente, Fig1C e Fig1D).

Tabela I - Relação entre as respostas às questões do EAT-26 e o risco de sintomas de anorexia (EAT+).

Questão EAT	Odds Ratio	IC 95%	Significância
1. Costumo fazer dieta	15,8	6,9-36,1	*
2. Como alimentos dietéticos	6,2	2,5-15,3	*
3. Sinto-me mal após comer doces	5,8	2,3-14,9	*
4. Gosto de experimentar novas comidas engordantes	1,5	0,7-3,0	
5. Evito alimentos que contenham açúcar	12,7	4,5-35,9	*
6. Evito particularmente alimentos com alto teor de carboidratos (pão, batata, arroz, etc.)	17,5	7,1-43,2	*
7. Estou preocupado(a) com o desejo de ser mais magro(a)	5,5	2,9-10,5	*
8. Gosto de estar com o estômago vazio	8,7	3,6-20,7	*
9. Quando faço exercício penso em queimar calorias	8,2	3,7-17,9	*
10. Sinto-me extremamente culpado(a) depois de comer	7,8	3,9-15,6	*
11. Fico apavorado(a) com excesso de peso	7,9	4,2-15,2	*
12. Preocupa-me a possibilidade de ter gordura no meu corpo	11,6	5,6-24,1	*
13. Sei quantas calorias têm os alimentos que como	9,2	4,6-18,4	*
14. Tenho vontade de vomitar após as refeições	8,7	1,7-44,2	*
15. Vomito depois de comer	0,89	0,86-0,92	
16. Já passei por situações em que comi demais achando que não ia conseguir parar	3,8	1,5-9,6	*
17. Passo muito tempo pensando em comida	1,7	0,8-3,5	
18. Acho-me uma pessoa preocupada com a comida	8,3	4,4-15,7	*
19. Sinto que a comida controla minha vida	4,9	2,5-9,7	*
20. Corto minha comida em pedaços pequenos	5,7	3,0-10,7	*
21. Levo mais tempo que os outros para comer	3,6	2,0-6,7	*
22. As outras pessoas acham que sou magro(a) demais	2,3	1,2-4,4	*
23. Sinto que os outros prefeririam que eu comesse mais	5,5	2,9-10,5	*
24. Sinto que os outros me pressionam a comer	9,6	4,7-19,3	*
25. Evito comer quando estou com fome	15,7	6,5-37,9	*
26. Demonstro autocontrole em relação à comida	3,0	1,6-5,6	*

As respostas sempre, muito frequentemente e frequentemente foram consideradas para definir respostas positivas (pontuação ≥ 1), enquanto as respostas às vezes, raramente e nunca foram consideradas como respostas nulas (pontuação zero), exceto para a questão 4 que foi interpretada de modo inverso.

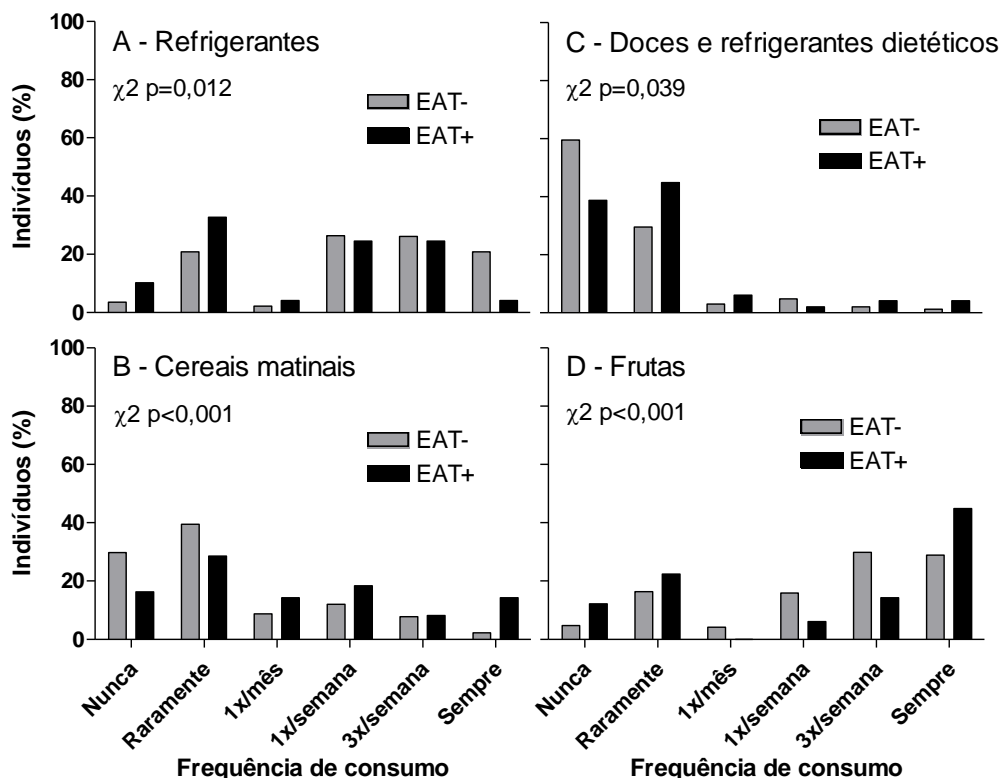


Figura 1 - Relação entre a frequência de consumo de alimentos e a ausência (EAT-) e a presença (EAT+) de sintoma de anorexia nervosa. N=451 indivíduos. p: nível de significância de acordo com o teste de chi-quadrado.

Discussão

A prevalência de EAT+ no presente estudo foi de 10,9% (n=451) considerando ambos os sexos, sendo de 14,8% para as meninas e 6,3% para os meninos. Este valor foi menor do que os 13,3% observado em adolescentes do interior de Minas Gerais (n=1807; 7 a 19 anos) [35]. A prevalência encontrada para o sexo feminino pode ser considerada baixa em relação aos 21,2% encontrados em estudantes do ensino médio de São Paulo, SP (n=279; 15 a 18 anos) [16] ou aos 22,2% encontrados em universitárias de Florianópolis (n=221; 19 a 25 anos) [36]; contudo, foi similar aos 15,6% observados em Florianópolis (n=1148; 10 a 19 anos; meninas) [37]. Os dados obtidos estão na mesma faixa de prevalência reportada em alguns estudos internacionais, utilizando o mesmo instrumento, com EAT+ entre 6 e 22% dos indivíduos, dependendo do sexo, do local ou de peculiaridades da amostra [38,39]. Não obstante, assume-se que a incidência da anorexia nervosa pode variar principalmente por aspectos culturais [10].

Dados epidemiológicos mostram semelhanças entre Florianópolis, SC e as cidades da Microrregião de Santa Cruz do Sul/RS (incluindo Venâncio Aires), incluindo similaridades quanto ao padrão antropométrico e de marcadores de risco cardiovascular [40], bem como quanto ao padrão alimentar (dados não publicados). Venâncio Aires é uma cidade com cerca de 60.000 habitantes, localizada no Vale do Rio Pardo, a 120 km de Porto Alegre/RS, constituída por uma população de origem predominantemente germânica.

Um fato importante no presente estudo é a grande prevalência de sinais de EAT+ entre os meninos, sendo de 1 menino para cada 2,35 meninas; muito superior a proporção esperada variando de 1:6 a 1:10 meninos por meninas indicados na literatura [15,16,41]. De acordo com Callegari e Scaparra [42], a probabilidade de atingir indivíduos do sexo masculino é de 5-10% [43], que apresentam maior propensão (20 e 25%) de contrair a doença na idade pré-púbere. Outros estudos indicam que o sexo masculino representa 2% a 10% dos casos de transtornos alimentares [44]. Em contraste e em concordância com nosso estudo, os dados de Vilela *et al.* [35] indicam prevalência de EAT+, significativamente maior entre as mulheres e alta

prevalência de EAT+ no sexo masculino, indicando aumento de sua prevalência entre os homens [6,45].

Cabe lembrar, que a presença de EAT+ não é suficiente para diagnosticar anorexia, o que fica evidente pela faixa de prevalência clínica de anorexia variar entre 0,3% (numa definição estrita) a 3,7 % das mulheres, numa definição mais ampla [31,46,47]. Por outro lado, o EAT pode auxiliar na identificação dos transtornos alimentares, sendo útil para a definição de políticas públicas de minimização do risco de anorexia nervosa, particularmente pela alta taxa de mortalidade da doença, que pode chegar a 30% [15,16]. A análise pormenorizada do padrão de resposta ao instrumento pode fornecer dados acerca de quais comportamentos são mais comuns na população estudada. Das 12 questões do EAT da escala de dieta, que refletem recusa patológica a comidas de alto valor calórico e preocupação intensa com a forma física [20], 11 questões apresentaram associação positiva (q1, q6, q7, q10-12, q14, q16, q22, q23, q25) e apenas a questão 17 não se associou significativamente ao EAT+ (Tabela I). Quanto à escala da bulimia e preocupação com alimentos, que se referem a episódios de ingestão compulsiva, vômitos e comportamentos para evitar o ganho de peso [20], as questões q3, q9, q18, q21, q26 apresentaram associação significativa, exceto para a questão 4 (Tabela I). Todas as questões relativas ao autocontrole em relação aos alimentos, relacionado ao ambiente social [20] mostraram aumento de risco de EAT+ (q2, q5, q8, q13, q19, q20, q24; Tabela 1), exceto a questão 15, se associando negativamente.

Identificar as preferências e aversões dos indivíduos possibilita entender melhor as alterações dietéticas associadas à sintomatologia da anorexia nervosa. No presente estudo, observou-se uma tendência à substituição dos refrigerantes por doces e refrigerantes dietéticos e um aumento tanto no consumo de cereais matinais e frutas. Além disso, o risco de anorexia nervosa mostrou-se reduzido pelo consumo frequente de refrigerantes e aumentado pelo consumo de cereais matinais. O refrigerante é um alimento calórico geralmente evitado por indivíduos que objetivam a redução de peso, o que ocorre na anorexia nervosa. O não-consumo desse alimento pode ser um indicativo de anorexia nervosa no grupo de adolescentes, visto que, na maioria dos casos a doença começa a partir de uma dieta restritiva e persistente, quando são evitados alimentos que provoquem ganho de peso (geralmente os ricos em carboidratos) [14]. De acordo com Busse [16], as pacientes inicialmente evitam os alimentos ricos em carboidratos e posteriormente as gorduras.

O maior consumo de alimentos dietéticos demonstrou novamente o medo de engordar presente na anorexia nervosa. As frutas e os cereais matinais são considerados saudáveis pelo conhecimento empírico da população, sendo que o consumo destes foi maior no grupo com sintomas de anorexia nervosa, corroborando o fato de preocuparem-se mais com a dieta.

Conclusão

Acreditamos que o presente estudo é relevante para identificar a prevalência de comportamentos alimentares associados à anorexia nervosa na região estudada, região central do Rio Grande do Sul, local com comportamento alimentares peculiares e com pouca cobertura epidemiológica. Ademais, há poucos estudos no Brasil acerca da descrição de comportamentos alimentares associados à anorexia. Apesar da relevância do estudo, cabe ressaltar que a incidência de anorexia nervosa pode ser subestimada, devido à facilidade de acesso a informações acerca da doença e do consequente conhecimento acerca do método para a identificação dos sintomas de anorexia nervosa. De fato, informações sobre os transtornos alimentares são disponíveis em revistas, na televisão e, sobretudo, na internet. Outra limitação se refere à amostragem de conveniência e a adesão dos adolescentes, pela falta de compromisso dos mesmos em devolver o termo de consentimento assinado por seus responsáveis. Esse comportamento é típico dessa faixa etária.

No presente estudo pode ser observado que os transtornos alimentares alcançaram grandes proporções, atingindo adolescentes do gênero feminino e, em menor proporção, do gênero masculino aponta a necessidade de estudos futuros e intervenções não focando apenas as mulheres, mas a população como um todo. As diferenças nas aversões e preferências por determinados alimentos indicam a possibilidade da avaliação do consumo destes como marcadores de risco para a anorexia nervosa.

Referências

1. Wild B, Friederich HC, Gross G, Teufel M, Herzog W, Giel K, Zwaan M, Schauenburg H, Brittinger CS, Schäfer H., Zipfel S. The ANTOP study: focal psychodynamic psychotherapy, cognitive-behavioural therapy, and treatment-as-usual in outpatients with anorexia nervosa - a randomized controlled trial. *Trials* 2009;10:1-23.
2. Nakamura E. Representações sobre o corpo e hábitos alimentares: o olhar antropológico sobre aspectos relacionados aos transtornos alimentares. In: Busse SR, ed. *Anorexia, bulimia e obesidade*. 1a ed. Barueri/SP: Manole; 2004. p.13-29.
3. Smeets M, Klugkist I, Rooden S, Anema H, Postma A. Mental body distance comparison: A tool for assessing clinical disturbances in visual body image. Acesso em: www.elsevier.com/locate/actpsy. *Acta Psychologica* 2009.
4. Hrabosky J, Cash TF, Veale D, Neziroglu F, Soll EA, Garner DM, Strachan-Kinse M, Bakke B, Clauss LJ, Phillips K. A. Multidimensional body image comparisons among patients with eating disorders, body dysmorphic disorder, and clinical controls: A multisite study. *Body Image* 2009;6:155-63.
5. Pope HGJr, Katz DL, Hudson JI. Anorexia nervosa and "reverse anorexia" among 108 male bodybuilders. *Compr Psychiatry* 1993;34(6):406-9.
6. Modan-Moses D, Yaroslavsky A, Novikov I, Segev S, Toledano A, Miterany E, Stein D. Stunting of growth as a major feature of anorexia nervosa in male adolescents. *Pediatrics* 2003;111:270-6.
7. Rodrigues A, Fisberg M, Cintra I, Avaliação do estado nutricional, prevalência de sintomas de anorexia e bulimia nervosa e percepção corporal de modelos adolescentes brasileiras. *Nutrição Brasil* 2005;4(4):182-7.
8. Bighetti F. Tradução e validação do Eating Attitudes Test (EAT – 26) em adolescentes do sexo feminino na cidade de Ribeirão Preto – SP. 2003. [Dissertação], São Paulo: USP, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. 2003:123f.
9. Pinto SL, Franceschini SCC, Priore SE. Estado nutricional, composição corporal e hábito alimentar de adolescentes de Viçosa MG. *Nutrição Brasil* 2005;4(5):251-7.
10. Nunes MA, Olinto MTA, Barros FC, Comey S. Influência da percepção do peso e do índice de massa corporal nos comportamentos alimentares anormais. *Rev Bras Psiquiatr* 2001;23(1):21-7.
11. Cordás TA, Claudino AM. Transtornos alimentares: fundamentos históricos. *Rev Bras Psiquiatr* 2002;24(3):3-6.
12. Cordás TA. Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico. *Rev Psiquiatr Clín* 2004;31(4):154-7.
13. Claudino AM, Borges MBF. Critérios diagnósticos para os transtornos alimentares: conceitos em evolução. *Rev Bras Psiquiatr* 2002;24(3):7-13
14. Bosi MLM, Oliveira FP. Comportamento bulímico em atletas adolescentes corredoras de fundo. *Rev Bras Psiquiatr* 2004;26(1):32-4.
15. Dunker KLL, Philippi ST. Hábitos e comportamentos alimentares de adolescentes com sintomas de anorexia nervosa. *Rev Nutr* 2003;16(1):51-60.
16. Busse SR, da Silva BL. Transtornos alimentares. In: Busse SR, ed. *Anorexia, bulimia e obesidade*. 1a ed. Barueri/SP: Manole: 2004. p.31-99.
17. Clark S, Coker S. Perfectionism, self-criticism and maternal criticism: A study of mothers and their children. *Pers Individ Dif* 2009;47:321-5.
18. Assumpção Jr. FR. A questão da beleza ao longo do tempo. In: Busse SR, ed. *Anorexia, bulimia e obesidade*. 1a ed. Barueri/SP: Manole; 2004. p.1-12.
19. Davis C, Scott-Robertson L. A psychological comparison of females with anorexia nervosa and competitive male bodybuilders: body shape ideals in the extreme. *Eat Behav* 2000;1:33-46.
20. Nunes MA, Ramos DC. Anorexia nervosa: classificação diagnóstica e quadro clínico. In: Nunes MA, Appolinário JC, Abuchaim ALA, Coutinho W, eds. *Transtornos alimentares e obesidade*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998. p.21-30.
21. Appolinário JC, Claudino AM. Transtornos alimentares. *Rev Bras Psiquiatr* 2000;22(2):28-31.
22. Assumpção CL, Cabral MD. Complicações clínicas da anorexia nervosa e bulimia nervosa. *Rev Bras Psiquiatr* 2002;24(3):29-33.
23. Fleitlich BW, Larino MA, Cobelo A, Cordas TA. Anorexia nervosa na adolescência. *J Pediatr* 2000;76(3):323-9.

24. Vilela JEM, Lamounier JA, Dellaretti Filho MA, Neto JRB, Horta GM. Transtornos alimentares em escolares. *J Pediatr* 2004;80(1):49-54.
25. Berridge KC. 'Liking' and 'wanting' food rewards: Brain substrates and roles in eating disorders. *Physiol Behav* 2009; 97:537-50.
26. Becker AN, Burwell RA, Gilman SE, Herzog DB, Hamburg P. Eating behaviors and attitudes following prolonged exposure to television among ethnic Fijian adolescent girls. *Br J Psychiatry* 2002;180:509-14.
27. Morgan CM, Vecchiatti IR, Negrão AB. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. *Rev Bras Psiquiatr* 2002;24(3):18-23.
28. Andrae HS, Schneider N, Seifert K, Pfeiffer E, Lenz K, Lehmkuhl U, Korte A. Short-term outcome of anorexia nervosa in adolescents after inpatient treatment: a prospective study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2009.
29. Alvarenga M, Larino MA. Terapia nutricional na anorexia e bulimia nervosas. *Rev Bras Psiquiatr* 2002;24(3):39-43.
30. Frasciello LM, Willard SG. Anorexia nervosa in males: a case report and review of the literature. *Clin Soc Work J* 1995;23(1).
31. Hepp U, Milos G, Braun-Scharm H. Gender identity disorder and anorexia nervosa in male monozygotic twins. *Int J Eat Disord* 2004;35:239-43.
32. Alvarenga MS. Bulimia nervosa: avaliação do padrão e comportamento alimentares. [Dissertação]. São Paulo, Universidade de São Paulo; 2001. 321f.
33. Magalhães VC, Mendonça GA. Transtornos Alimentares em Universitárias: estudo de confiabilidade da versão brasileira de questionários autopreenchíveis. *Rev Bras Epidemiol* 2005;8(3):236-45.
34. Cordás TA, Neves JEP. Escalas de avaliação de transtornos alimentares. *Rev Psiquiatr Clín* 1999;26(1).
35. Vilela JEM, Laumouer JA, Dellaretti Filho MA, Barros Neto JR, Horta GM. Transtornos alimentares em escolares. *J Pediatr* 2004;80:49-54.
36. Fiates GMR, Salles RK. Fatores de risco para o desenvolvimento de distúrbios alimentares: um estudo em universitárias. *Rev Nutr* 2001;14(Suppl):3-6.
37. Alves E, Vasconcelos FAG, Calvo MCM, Neves J. Prevalence of symptoms of anorexia nervosa and dissatisfaction with body image among female adolescents in Florianópolis, Santa Catarina State, Brazil. *Cad Saúde Pública* 2008;24(3):503-12.
38. Grigg M, Bowmann J, Redman S. Disordered eating and unhealthy weight reduction practices among adolescent females. *Prev Med* 1996;25(115):748-56.
39. Hoek HW, Hoeken D. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *Int J Eat Disord* 2003;34:383-96.
40. Reckziegel MB, Franke SIR, Prá D, Burgos MS. Association among cardiovascular risk factors and nutritional state in school-aged individuals of Santa Cruz do Sul, RS, Brazil. *The FIEP Bulletin* 2007;77:565-8.
41. Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. 3rd ed. Washington (DC): American Psychiatric Association (APA); 2006. 128 p.
42. Callegari A, Scaparra D. Como enfrentar a anorexia e a bulimia. 1a ed. Lisboa: Estampa; 2000.
43. Siegel JH, DO, Hardoff D, Golden NH, Shenker R. Medical complications in male adolescents with anorexia nervosa. *J Adolesc Health* 1995;16:448-53.
44. Abreu CN, Cangelli Filho R. Anorexia nervosa e bulimia nervosa – abordagem cognitivo-contrutivista de psicoterapia. *Rev Psiquiatr Clín* 2004;31(4):177-83.
45. Gila A, Castro J, Cesena J, Toro J. Anorexia nervosa in male adolescents: body image, eating attitudes and psychological traits. *J Adolesc Health* 2005;36:221-6.
46. D'Andrea G, Ostuzzi R, Francesconi F, Musco F, Bolner A, d'Onofrio F, Colavito D. Migraine prevalence in eating disorders and pathophysiological correlations. *Neurol Sci* 2009;30(Supl1):55-9.
47. Burd C, Mitchell JE, Crosby RD, Engel SG, Wonderlich SA, Lystad C, Le Grange D, Peterson CB, Crow S. An assessment of daily food intake in participants with anorexia nervosa in the natural environment. *Int J Eat Disord* 2009.
48. Bordin IAS, Offord DR. Transtorno da conduta e comportamento anti-social. *Rev Bras Psiquiatr* 2000;22(supl2):12-5.
49. Ferreira THS, Farias MA, Silveiras EFM. A construção de identidade em adolescentes: um estudo exploratório. *Estud Psicol* 2003;8(1):107-15.