

# **ESTRATÉGIAS NUTRICIONAIS NO ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES COM ANOREXIA NERVOSA – Uma revisão da literatura**

Angélica Rodrigues Inácio

Gabriela da Silva Ferreira

Juliana Marchesi Correio

## **1. INTRODUÇÃO**

Os transtornos alimentares (TAs) são doenças psiquiátricas caracterizadas por alterações graves no comportamento alimentar, resultantes da interação entre fatores biológicos, culturais e experiências pessoais que afetam na sua maioria, adolescentes e adultos jovens do sexo feminino, podendo originar prejuízos biológicos, psicológicos e aumento da morbidade e mortalidade (CARMO; PEREIRA; CÂNDIDO, 2014).

Segundo os critérios do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - IV Revised (DSM-IV-R) (American Psychiatric Association, 2000), a anorexia nervosa (AN) é caracterizada, pela grande perda de peso, recusa na manutenção do peso corporal saudável, medo intenso do ganho de peso ou de se tornar obeso, distorção da imagem corporal, jejuns prolongados, uso de laxantes e diuréticos de forma muito intensa, dietas restritivas, ansiedade elevada, baixa auto-estima, ausência de menstruação (amenorréia), desgaste físico e psicológico, excesso de atividade física, negação do transtorno, perfeccionismo extremo, incapacidade de encontrar formas de satisfação entre outros requisitos, sendo considerada a terceira doença crônica de maior prevalência em adolescente com esse tipo de transtorno (CABRERA, 2006; CAMPOS; HAACK, 2012; CARVALHO et. al, 2015).

Partindo desse pressuposto, a atuação do nutricionista é essencial no tratamento da AN, ele é o profissional melhor capacitado para aplicar as estratégias nutricionais, para esse tipo de transtorno, através do auxílio nas escolhas alimentares e na variedade das dietas, participando assim de todo o processo no planejamento das refeições, ajudando o

paciente a consumir uma dieta adequada e equilibrada, monitorando o balanço energético, assim como o ganho de peso e normalizando seu padrão alimentar, conscientizando que a mudança de comportamento deve sempre envolver planejamento e contato com os alimentos (ALVARENGA; LARINO, 2002; LATTERZA et. al, 2004).

O episódio na AN surge frequentemente após algum fator estressante ou traumático, como a perda de um familiar ou ente querido, término de uma relação amorosa ou comentários sobre seu peso. Pacientes com esse tipo de transtorno sentem constantemente sentimentos de angústia e abandono (VALDANHA et.al, 2014).

Na maioria dos casos clínicos pacientes anoréxicos dificilmente procuram tratamento médico espontaneamente, a procura por cuidados depende da intervenção de familiares, eles se mostram contrariados negando a fornecer qualquer tipo de informação, tratando os médicos com desconfiança sendo vistos como se quisessem controlar seu peso e sua alimentação. A perda de peso é considerada como uma grande conquista e sinal de autocontrole, em vista que o ganho de peso é como um fracasso da autodisciplina, sendo inaceitável para eles (GASPAR, 2005; CABRERA, 2006).

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) é uma intervenção semi-estruturada, objetiva e orientada para metas, que aborda fatores cognitivos, emocionais e comportamentais no tratamento dos transtornos psiquiátricos. A TCC ocupa-se da identificação e correção das condições que favorecem o desenvolvimento e manutenção das alterações cognitivas e comportamentais que caracterizam os casos clínicos.

A TCC sugerida para o tratamento na AN objetiva a diminuição da restrição alimentar e da frequência de atividade física, facilitando o ganho de peso, a diminuição do distúrbio da imagem corporal, modificação do sistema disfuncional de crenças associadas à aparência, peso, alimentação e o aumento da auto-estima (CARMO; PEREIRA; CÂNDIDO, 2014).

O estudo realizado é de grande relevância tanto na área clínica como na hospitalar, as estratégias nutricionais aplicadas para esse tipo de transtorno são fundamentais ao longo do tratamento nutricional, pois visa a promoção de hábitos alimentares saudáveis, a cessação de comportamentos inadequados (restrição, compulsão e purgação), melhora na relação do paciente para com o alimento e o corpo, restabelecimento do peso e das deficiências nutricionais de macro, micronutrientes, vitaminas e minerais, auxiliando na normalização do padrão alimentar, possibilitando ao paciente uma melhora na qualidade de

vida e prevenindo complicações futuras que podem levá-lo a óbito (LATTERZA et. al, 2004).

Desta forma, o objetivo da presente pesquisa foi identificar as estratégias nutricionais no acompanhamento de pacientes com anorexia nervosa por meio de uma revisão da literatura e abordar a terapia cognitivo-comportamental no tratamento da patologia.

## **2. METODOLOGIA**

O estudo é do tipo revisão narrativa da literatura. Para a busca dos artigos, foram realizados levantamentos nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE), com acesso on-line e gratuito.

Foram utilizados quatro descritores para a coleta dos dados: 1) Transtornos Alimentares; 2) Anorexia Nervosa; 3) Comportamento Alimentar; 4) Dietoterapia.

Foram selecionados artigos que atendiam aos seguintes critérios de inclusão: artigos na íntegra, publicados na língua portuguesa e inglesa entre os anos de 2008-2016.

Após a seleção dos artigos conforme os critérios de inclusão estabelecidos foram extraídas as informações necessárias por meio de leitura sistematizada e aprofundada.

## **3. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Após o levantamento nas bases de dados, obteve-se um total de 1.265 artigos, sendo 355 na base de dados LILACS e 910 na base de dados MEDLINE. Estes dados podem ser observados na Tabela 1.

Para esta revisão foram selecionados 22 artigos na íntegra que estavam de acordo com os critérios de inclusão e com o tema proposto, dos quais foram excluídas 1.243 publicações por haver repetições nas bases de dados selecionadas e algumas incoerências referentes ao o objetivo de estudo.

**Tabela 1. Resultados da pesquisa nas respectivas bases de dados e anos selecionados, referente ao número total de publicações, publicações excluídas e utilizadas.**

<b>BASES DE DADOS</b>	<b>NÚMEROS DE PUBLICAÇÕES</b>	<b>PUBLICAÇÕES EXCLUÍDAS</b>	<b>PUBLICAÇÕES UTILIZADAS</b>
<b>LILACS</b>	355	347	8
<b>MEDLINE</b>	910	896	14

<b>TOTAL</b>	1.265	1.243	22
--------------	-------	-------	----

Após a avaliação e exclusão de 1.243 publicações, foram selecionados 22 artigos para serem apresentados neste trabalho de revisão, sendo oito publicações em português e quatorze em inglês, como descritos detalhadamente na Tabela 2.

**Tabela 2. Ano, autor, título e periódico dos artigos publicados.**

<b>ANO</b>	<b>AUTOR</b>	<b>TÍTULO</b>	<b>PERIÓDICO</b>
<b>2008</b>	MARSHALL; MELLMAN; NGUYEN.	Anorexia Nervosa and Mercury Toxicity.	Am J Psychiatry.
<b>2009</b>	COCKFIELD; PHILPOT.	Symposium 8: Feeding size 0: the challenges of anorexia nervosa Managing anorexia from a dietitian's perspective.	The Nutrition Society.
<b>2009</b>	FRASSETO; BITENCOURT.	Aspectos da leptina na anorexia nervosa: possíveis efeitos benéficos no tratamento da hiperatividade.	Revista de Nutrição.
<b>2009</b>	LOBERA; RÍOS.	Choice of diet in patients with anorexia nervosa.	Nutrición Hospitalaria.
<b>2010</b>	TURKIEWICZ, et. al.	Viabilidade, aceitação e eficácia do tratamento familiar para anorexia nervosa em adolescentes: um estudo observacional no Brasil.	Revista Brasileira de Psiquiatria.
<b>2011</b>	KACHANI;	Anorexia nervosa	JBras Psiquiatr.

	CORDÁS.	e retardo mental.	
<b>2011</b>	XENITIDIS; CAMPBELL.	Early intervention in anorexia nervosa.	The British Journal of Psychiatry.
<b>2011</b>	TREASURE, et.al.	Eating in eating disorders.	European Eating Disorders Review.
<b>2012</b>	FONSECA, et.al.	Anorexia nervosa: revisão baseada em evidências.	Femina.
<b>2012</b>	SCHEBENDACH et.al.	Food choice and diet variety in weight-restored patients with anorexia nervosa.	J Am Diet Assoc.
<b>2013</b>	PALMA;SANTOS; RIBEIRO.	Evolução nutricional de pacientes com transtornos alimentares: experiência de 30 anos de um Hospital Universitário.	Revista de Nutrição.
<b>2013</b>	PALMA;SANTOS; RIBEIRO.	Hospitalização integral para tratamento dos transtornos alimentares: a experiência de um serviço especializado.	J Bras Psiquiatr.
<b>2013</b>	VALDANHA, et.al.	Influência familiar na anorexia nervosa: em busca das melhores evidências científicas.	J Bras Psiquiatr.
<b>2014</b>	MOSES, et.al.	High prevalence of vitamin D deficiency and insufficiency in adolescent inpatients diagnosed with eating disorders.	International Journal of Eating Disorders.
<b>2015</b>	GARBER, et.al.	A Prospective Examination of	J Adolesc Health.

		Weight Gain in Hospitalized Adolescents With Anorexia Nervosa on a Recommended Refeeding Protocol.	
<b>2015</b>	GOLDSCHMIDT. et.al.	Behavioral, emotional, and situational context of purging episodes in anorexia nervosa.	Int J Eat Disord.
<b>2015</b>	LÓPEZ, et. al.	Antioxidant Activity and Nutritional Status in Anorexia Nervosa: Effects of Weight Recovery.	Nutrients.
<b>2015</b>	RAATZ, et.al.	Nutritional Adequacy of Dietary Intake in Women with Anorexia Nervosa.	Nutrients.
<b>2016</b>	HAYNOS; ROBERTO; ATTIA.	Examining the associations between emotion regulation difficulties, anxiety, and eating disorder severity among inpatients with anorexia nervosa.	Compr Psychiatry.
<b>2016</b>	MICALI, et.al.	Adolescent Eating Disorders Predict Psychiatric, High-Risk Behaviors and Weight Outcomes in Young Adulthood.	J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.

O padrão dietético identificado em pacientes anoréxicos é de uma ingestão alimentar baixa em calorias e de nutrientes em geral, além disto, costumam não ter regularidade para suas refeições, com grande variabilidade de padrões dietéticos (LOBERA; RÍOS, 2009).

A terapia nutricional na AN deve auxiliar o paciente a entender suas necessidades nutricionais, bem como ajudar a iniciar uma escolha alimentar por meio do aumento na variedade na dieta e da prática de comportamentos adequados relacionados aos alimentos (COCKFIELD; PHILPOT, 2009).

A realimentação com alimentos é a primeira escolha para a recuperação do peso para a AN. A meta principal é ajudar o paciente a normalizar seu padrão alimentar e fazer

com que ele compreenda que a mudança de comportamento deve envolver planejamento e prática com alimentos reais. A reabilitação nutricional se propõe a alcançar uma dieta balanceada e suficiente para atender as necessidades do paciente e recuperar seu estado nutricional debilitado devido ao distúrbio. A alta ingestão calórica é necessária para a recuperação do peso, devido à taxa metabólica basal estar alterada. Cada programa de tratamento deve individualizar seu próprio protocolo para pesagem dos pacientes em um programa de internação ou ambulatorial (SCHEBENDACH et. al, 2012).

Garber et. al (2015), afirma que para adolescentes hospitalizados com AN estando em terapia nutricional, as recomendações de realimentação de uso atual devem sempre começar com baixas calorias e avançando lentamente a fim de evitar uma síndrome de realimentação que caracteriza-se por anormalidades dos fluídos e eletrólitos, hipofosfatemia grave e súbita, quedas súbitas à glicose e disfunção gastrointestinal e arritmias cardíacas.

Segundo Palma, Santos e Ribeiro (2013) consideram que a hospitalização integral é uma modalidade terapêutica necessária para o tratamento na AN e a frequência de internação do serviço foi considerada significativa, porém diminuiu ao longo do tempo. A maioria dos pacientes hospitalizados recebeu apenas uma vez esse tipo de serviço e eram compostas de mulheres brancas, adultas jovens, solteiras e portadoras de anorexia nervosa, sobretudo em seu tipo restritivo. A indicação mais frequente de internações foi para a realização da terapia nutricional.

Estudos têm demonstrado que pacientes diagnosticados com TAs, com quadro grave em sua maioria, necessitam de pelo menos uma internação para tratamento durante o curso da doença, na tentativa de reverter ou minimizar as complicações clínicas e comorbidades associadas, e apesar da elevada proporção de internações durante o tratamento, pouco se sabe sobre as características desses pacientes e o tipo de tratamento prestados a eles (PALMA; SANTOS; RIBEIRO, 2013).

Moses et. al (2014), conclui que a deficiência de zinco são muito frequentes na AN e que a suplementação com zinco promove maior ganho de peso e redução da ansiedade e depressão, já em relação ao cálcio alguns estudos comprovaram efeitos positivos da suplementação de 1.000 a 2.000 mg/dia na redução da osteopenia (complicação comum decorrente em AN), pacientes diagnosticados com TAs, devido a alta prevalência de deficiência e insuficiência de vitamina D, devem ser rotineiramente verificados, especialmente quando a dieta ou suplementos são escassos, suas doses

terapêuticas devem ser administradas conforme as necessidades individuais de cada paciente ao longo da terapia nutricional.

Fonseca et.al (2012), alerta que as terapias de antirreabsorção têm sido avaliadas em portadores anoréxicos com resultados conflitantes, o uso da terapia anabólica e antirreabsortivos ósseos com estrogênio oral sugere ter obtido um aumento significativo na densidade mineral óssea em estudo de mulheres adultas com AN, contudo, o uso de terapia hormonal para aumentar a densidade mineral óssea nesse quadro clínico ainda tem resultados não conclusivos, e seu uso rotineiro deve ser desencorajado. A restauração do peso, cálcio e vitamina D ainda são a base do tratamento.

López et. al (2015), realizou um estudo sobre atividade antioxidante e o estado nutricional na AN relacionados ao ganho de peso, demonstrando que após a melhora da ingestão alimentar de macro e micronutrientes seguido da recuperação do peso, tanto a atividade da catalase quanto a capacidade total de antioxidante foi significativamente modificada.

Devido à ingestão insuficiente de nutrientes presentes em anoréxicos, é indispensável à intervenção nutricional, a fim de proporcionar uma melhora na ingestão dietética, direcionando-os para melhores escolhas alimentares no consumo global de alimentos, aumentando o consumo de energia com enfoque adicional sobre lacunas nutricionais muito presentes nesse tipo de transtorno (RAATZ ET. al, 2015).

Marshall, Mellman e Nguyen (2008), relatam em um estudo que a toxicidade por mercúrio secundária ao consumo excessivo de atum foi observada em uma mulher de 47 anos com histórico de 30 de AN, os níveis plasmáticos de mercúrio da paciente marcaram 74 mcg/dl, sendo o (normal = < 10 mcg/dl), em duas repetidas medições. Os sintomas da paciente incluíam irritabilidade, insônia, comprometimento cognitivo, fadiga, histórico de depressão, recusa de comer, fraqueza e ansiedade. Diante desse pressuposto tais sintomas apresentados são as principais conseqüências da desnutrição grave ou são atribuíveis à intoxicação por mercúrio.

Micali et. al (2016), ressalta que pacientes adolescentes diagnosticados com TAs têm alto risco de desenvolver distúrbios de saúde mental como ansiedade associados a depressão incluindo o uso de drogas e automutilação deliberada.

Kachani e Cordás (2011) avaliaram a prevalência de AN em pacientes com retardo mental (RM) em dois grupos, no primeiro foram encontrados problemas alimentares crônicos em 42% da população com RM como: hiperfagia, ruminação e outros, entre eles,



7% com AN. Mais recentemente, com critérios diagnósticos mais rígidos e preconizados pelo Diagnostic Criteria for Psychiatric Disorders for Use with Adults with Learning Disabilities/Mental Retardation, realizou-se a pesquisa com o segundo grupo que envolveu uma população de 412 indivíduos com RM que viviam na costa oeste da Noruega, foi encontrado uma prevalência de 27% para TAs. A prevalência de AN nessa amostra foi de 1,6%, o que se relacionou diretamente com a gravidade de indivíduos com RM mais grave, estando mais propensos a desenvolver AN, principalmente entre a população mais jovem, entre 18 e 39 anos.

Goldschmidt et. al (2015), através de um estudo onde relaciona a purga com diferentes aspectos da ausência e de ingestão desregulada, conclui que a equipe multidisciplinar deve avaliar cuidadosamente o papel e a função da purga na AN, a fim de aumentar a relevância das estratégias de intervenção para este desastre refratário, devido a purga na ausência de alimentação desregulada ser relativamente comum ajudando a aliviar o afeto negativo de forma semelhante à compulsão alimentar.

Turkiewicz et. al (2010), realizou um estudo observacional em adolescentes diagnosticados com AN, afirmando que o tratamento familiar pode ser muito eficaz para esse tipo de transtorno, demonstrando uma melhora estatisticamente significativa no peso e no índice de massa corporal (IMC) desses pacientes.

Entretanto além do tratamento direcionado ao paciente diagnosticado, é necessário oferecer suporte aos membros familiares, que geralmente ficam confusos frente às atitudes paradoxais do paciente em relação ao alimento e reagem com estranhamento e perplexidade ao que consideram inexplicável, absurdo ou ilógico no seu comportamento. Os pais resistem primeiro a tomar as medidas necessárias, o conflito vivido leva-os a acreditar que não conseguiram impedir que seus filhos continuem há não se alimentar e perder peso, alguns pais temem que a firmeza da parte deles levará à perda do carinho de seus filhos, e se sentem culpados. O tratamento implica que isso pode ser combatido ao expressar os objetivos da terapia, não como "mudar a família", mas sim como ajudá-los a tratar um membro da família doente (XENITIDIS; CAMPBELL, 2011).

Treasure et. al (2011), descreve ainda que para auxiliar os familiares de pacientes anoréxicos no tratamento é importante melhorar as habilidades das equipes de enfermagem em relação ao suporte de refeição em unidades hospitalares, a fim de melhorar a eficácia do tratamento, satisfação do paciente e adesão, devido a sua natureza multifacetada complexa.

Os déficits de controle emocional estão associados com sintomas alimentares na AN, os pacientes apresentam grande dificuldade no desenvolvimento de suas habilidades cognitivas referentes à falta de controle emocional e alimentar nas fases agudas da doença (HAYNOS;ROBERTO;ATTIA, 2016).

Frassetto e Bitencourt (2009), considera que o tratamento com leptina associado à medicação e psicoterapia pode ser benéfico em pacientes anoréxicos extremamente ativos, devido a estudos experimentais com animais, observou-se que a leptina atua juntamente com diversos hormônios como a insulina, o cortisol e os hormônios sexuais, que se relacionam diretamente com o tecido adiposo, no controle da hiperatividade, depressão e ansiedade em pacientes com AN, sugerindo ser um provável agente terapêutico coadjuvante.

Valdanha et. al, (2013), afirma que a psicoterapia de grupo é uma estratégia bastante utilizada no tratamento dos TAs, o enquadre grupal pode funcionar como potencializador de mudanças, que é facilitada pela promoção dos fatores terapêuticos grupais, tais como universalidade, aceitação, aprendizagem por meio do outro, auto-revelação e instalação de esperança, alguns desses elementos contribuem para melhorar a condição emocional dos pacientes, podendo resultar tanto das ações do terapeuta quanto dos demais participantes, atuando como agentes de mudança psíquica.

Além disso, a TCC tem sido utilizada como estratégia no tratamento ambulatorial nos TAs, vários ensaios clínicos avaliaram a eficácia da mesma, indicando que ela favorece a remissão ou diminuição da frequência de episódios de compulsão alimentar, dos comportamentos purgativos e da restrição alimentar, tem sido relatada também melhora do humor, do funcionamento social, e diminuição da preocupação com peso e imagem corporal (WILD et. al, 2009).

Nardi e Melere (2014), conclui que as técnicas cognitivas e comportamentais têm sido avaliadas e reconhecidas como estratégias eficazes na melhora dos quadros clínicos na AN, sendo exemplificadas pela (diminuição na restrição alimentar) que se inicia pela discussão dos fatores que favorecem a manutenção da restrição dietética e por orientações acerca da alimentação e regulação do peso, estabelecimento de horários regulares para alimentação e na exposição gradual aos alimentos, (diminuição da frequência de atividade física) a suspensão da rotina de exercícios físicos extenuantes é gradualmente incentivada, em função do papel que exerce na manutenção dos comportamentos disfuncionais associados à AN, dessa forma o paciente é orientado a envolver-se em situações que

possam competir com a prática de exercícios, principalmente atividades que possibilitem o desenvolvimento de relações interpessoais, (abordagem do distúrbio da imagem corporal) para diminuir a distorção da percepção corporal pode-se solicitar ao paciente que desenhe como percebe seu corpo, olhando-se em um espelho, em seguida, o terapeuta desenha a silhueta real, para que a paciente possa observar a discrepância entre os desenhos, essa medida pode reduzir a ansiedade associada à aparência e facilitar a exposição corporal, além disso, para maior redução da ansiedade, a paciente deve também modificar seu ideal de imagem corporal, aprendendo a lidar melhor com eventuais imperfeições, (abordagem da auto-estima) essa técnica possibilita ao paciente a desenvolver padrões realistas de auto-avaliação e focalizar-se em seus sucessos e qualidades. No desenvolvimento dessas habilidades identificou-se uma melhora na modificação do comportamento, nas relações interpessoais, no desenvolvimento de crenças e no aumento da auto-estima.

#### **4. CONCLUSÃO**

Através das análises dos artigos científicos selecionados, pode-se concluir que as estratégias nutricionais quando voltadas a uma ingestão alimentar adequada, atendendo as necessidades do paciente e recuperação do seu estado nutricional proporciona uma modificação positiva na capacidade total antioxidante desses pacientes.

A suplementação de zinco, quando administrada em conjunto ao restabelecimento do peso proporciona uma melhora na redução da ansiedade e na depressão. O cálcio e a vitamina D quando também suplementados de forma adequada reduzem significativamente a osteopenia (complicação comum decorrente em AN).

É importante ressaltar que os profissionais envolvidos no tratamento com pacientes anoréxicos, façam uma avaliação dos níveis plasmáticos de mercúrio, pois estudos demonstram que pacientes com déficits neuropsicológicos apresentaram níveis elevados de mercúrio além do recomendado, e que 200 sintomas neuropsiquiátricos foram atribuídos a envenenamento por mercúrio na literatura médica.

As técnicas de TCC aplicadas em pacientes com AN, têm obtido resultados positivos na diminuição da restrição alimentar, nas escolhas alimentares e no aumento de peso, também tem sido relatado redução de pensamentos disfuncionais acerca do peso, da alimentação, melhora do funcionamento sexual e do humor.

Em razão disto, o trabalho do nutricionista na área de TAs deve exigir habilidades não-inerentes à sua formação, como conhecimentos de psicologia, psiquiatria e técnicas da

terapia cognitivo - comportamental, com o objetivo de criar um vínculo com o paciente, atuando de forma empática, colaborativa e flexível, devido a complexidade sintomatológica desse transtorno, a fim de obter mais resultados positivos ao decorrer da terapia nutricional.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

ALVARENGA, M. P; LARINO, M. Terapia nutricional na anorexia e bulimia nervosas. **Revista brasileira de psiquiatria**, São Paulo, p. 39-43, 2002.

CABRERA, C. C. Estratégias de intervenção interdisciplinar no cuidado com o paciente com transtorno alimentar: o tratamento farmacológico, Ribeirão Preto, p. 375-380, Set. 2006.

CAMPOS, J. G. S. C; HAACK, A. Anorexia e Bulimia: aspectos clínicos e drogas habitualmente usadas no seu tratamento medicamentoso. **Revista com. ciências saúde**, Brasília-DF, p. 253-262, 20 Mar. 2013.

CARMO, C. C; PEREIRA, P. M. L; CÂNDIDO, A. P. C. Transtornos Alimentares: uma revisão dos aspectos etiológicos e das principais complicações clínicas. **Revista HU**, Juiz de Fora, p. 173-181, Dez. 2014.

CARVALHO, M. B; VAL, A. C; RIBEIRO, M. M. F; SANTOS, L. G. Itinerários terapêuticos de sujeitos com sintomas anoréxicos e bulímicos. **Revista ciência e saúde coletiva**, Belo Horizonte, p. 2463-2473, 28 Out. 2015.

COCKFIELD, A; PHIPOT, U. Symposium 8: Feeding size 0: the challenges of anorexia nervosa: Managing anorexia from a dietitian's perspective. **The Nutrition Society**, Harrogate, p. 281-288, 06 May. 2009.

FONSECA, A. M; BAGNOLI, V. R; ARIE, W. M. Y; NEVES, E. M; BARACAT, E. C. Anorexia nervosa: revisão baseada em evidências. **Femina**, São Paulo, p.161-166, Jun. 2012.

FRASSETTO, S. S; BITENCOURT, G. O. Aspectos da leptina na anorexia nervosa: possíveis efeitos benéficos no tratamento da hiperatividade. **Revista de nutrição**, Campinas, p.739-745, Out. 2009.

GARBER, A. K; MICHIHATA, N; HETNALA, K; SHAFER, M; MOSCICKI, A. B. A Prospective Examination of Weight Gain in Hospitalized Adolescents With Anorexia Nervosa on a Recommended Refeeding Protocol. **J AdolescHealth**, California, p.24-29, Jan. 2015.

GASPAR, F. L. A violência do outro na anorexia: uma problemática de fronteiras. **Revista latino americana de psicopatologia fundamental**, Rio de Janeiro, p. 629-643, Dez. 2005.

GOLDSCHMIDT, A. B; ACCURSO, E. C; GREGORY, D. N. S; CROSBY, D. R; CAO, L; ENGEL, S. G; MITCHELL, J. E; CROW, S. J; PETERSON, C. B; GRANGE, D. L; WONDERLICH, S. A. Behavioral, emotional, and situational context of purging episodes in anorexia nervosa. **Int J Eat Disord**, Chicago, P. 341–344, Abr. 2015.

HAYNOS, A. F; ROBERTO, C. A; ATTIA, E. Examining the associations between emotion regulation difficulties, anxiety, and eating disorder severity among inpatients with anorexia nervosa. **Compr Psychiatry**, Nevada, p. 93–98, Jul. 2016.

KACHANI, A.T; CORDÁS, T. A. Anorexia nervosa e retardo mental. **J Bras Psiquiatr**, São Paulo, p. 57-63, 18 Jan. 2011.

LATTERZA, A.R; DUNKER, K. L. L; SCAGLIUSI, F.B; KEMEN, E. Tratamento nutricional dos transtornos alimentares. **Revista psiquiátrica clínica**, São Paulo, p. 173-176, 15 Set. 2004.

LOBERA, I. J; RÍOS, P. B. Choice of diet in patients with anorexia nervosa. **Nutr Hosp**, Sevilla, p. 682-687, 2009.

LÓPEZ, M. J. O; PRIETO, I. R; RÍOS, P. B; CERDA, F; MARTÍN, F; LOBERA, I. J. Antioxidant Activity and Nutritional Status in Anorexia Nervosa: Effects of Weight Recovery. **Nutrients**, p. 2193 -2208, Nov. 2015.

MOSES, D. M; SHRAGA, Y. L; HAMIEL, O. P; KOCHAVI, B; LEVY, A. E; VERED, I; STEIN, D. High Prevalence of Vitamin D Deficiency and Insufficiency in Adolescent Inpatients Diagnosed with Eating Disorders. **International Journal of Eating Disorders**, p. 607–614, 23 Jul. 2014.

MICALI, N; NORTHSTONE, K; EMMETT, P; NAUMANN, U; TREASURE, J. L. Nutritional intake and dietary patterns in pregnancy: a longitudinal study of women with lifetime eating disorders. **British Journal of Nutrition**, London, p. 2093–2099, Jul. 2012.

MICALI, N; SOLMI, F; HORTON, J. N; CROSBY, R. D; EDDY, K. T; CALZO, J. P; SONNEVILLE, K. R; SWANSON, S. A; FIELD, A. E. Adolescent Eating Disorders Predict Psychiatric, High-Risk Behaviors and Weight Outcomes in Young Adulthood. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, London, p. 652–659, Agos. 2016.

MARSHALL, P. B; MELLMAN, T. A; NGUYEN, S. X. C. Anorexia Nervosa and Mercury Toxicity. **Am J Psychiatry**, Washington p.177–181, Nov. 2008.

NARDI, H. B; MERELE, C. O papel da terapia cognivo-comportamental na anorexia nervosa. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, Porto Alegre, p.55-66, 2014.

PALMA, R. F. M; SANTOS, J. E; RIBEIRO, R. P. P. Evolução nutricional de pacientes com transtornos alimentares: experiência de 30 anos de um Hospital Universitário. **Revista de Nutrição**, Campinas, p.669-678, Dez. 2013.

PALMA, R. F. M; SANTOS, J. E; RIBEIRO, R. P. P. Hospitalização integral para tratamento dos transtornos alimentares: a experiência de um serviço especializado. **J Bras Psiquiatr**, Ribeirão Preto, p. 31-37, 20 Fev.2013.

RAATZ, S. k; JAHNS, L; JOHNSON, L. K; CROSBY, R; MITCHELL, J. E; CROW, S; PETERSON, C; GRANGE, D. L; WONDERLICH, S. A. Nutritional Adequacy of Dietary Intake in Women with Anorexia Nervosa. **Nutrients**, California, p. 701-795, 02 Abr. 2015.

SCHEBENDACH, J. E; MAYER, L. E; DEVLIN, M. J; ATTIA, E; CONTENTO, I. R; WOLF, R. L; WALSH, B. T. Food choice and diet variety in weight-restored patients with anorexia nervosa. **J Am Diet Assoc**, New York, p. 732–736, Mai. 2012.

TURKIEWICZ, G; PINZON, V; LOCK, J; BILYK, B.F. Feasibility, acceptability, and effectiveness of family based treatment for adolescent anorexia nervosa: an observational study conducted in Brazil. **Revista brasileira de psiquiatria**, São Paulo, p. 169-172, 02 Jun. 2010.

TREASURE, J; CARDI, V; KAN, C. Eating in Eating Disorders. **European Eating Disorders Review**, London, p. 42–49, 2011.

VADANHA, E. D; CARDOSO, E. A. O; RIBEIRO, R. P. P; MIASSO, A.I; PILLON, S.C; SANTOS, M. A.A arte de nutrir vínculos: psicoterapia de grupo nos transtornos alimentares. **Revista Sociedade de psicoterapias analíticas grupais do estado de São Paulo – SPAGESP**, Ribeirão Preto, p. 97-108, 22 Out. 2014.

VALDANHA, E. D; COMIN, F. S; PERES, R. S; SANTOS, M. A. Influência familiar na anorexia nervosa: em busca das melhores evidências científicas. **J Bras Psiquiatr**, Ribeirão Preto, p. 225-233, 08 Set. 2013.

XENITIDIS, K; CAMPBELL, C. Early intervention in anorexia nervosa. **The British Journal of Psychiatry**, Londres, p. 432–433, 2011.

WILD, B; FRIEDERICH, H. C; GROSS, G; TEUFEL, M; HERZOG. W; GIEL, K; ZWAAN, M; SCHAUBENBURG, M.H; BRITTINGER, C.S; SCHÄFER. H; ZIPFEL, S. The ant op study: focal psychodynamic psychotherapy, cognitive-behavioural therapy, and treatment-as-usual in outpatients with anorexia nervosa - a randomized controlled trial. **Trials journal**, p.1-7, 23 Abr.2009.