

## O PAPEL DO NUTRICIONISTA NA AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES

### THE DIETITIAN'S ROLE IN THE ASSESSMENT AND TREATMENT OF EATING DISORDERS

#### Resumo

Os transtornos alimentares (TA) são síndromes psiquiátricas caracterizadas por alterações no comportamento alimentar, preocupação excessiva com o peso e insatisfação com a imagem corporal, impactando a saúde e a qualidade de vida dos indivíduos. Os TA mais estudados são a anorexia nervosa, a bulimia nervosa e o transtorno da compulsão alimentar. Embora apresentem algumas características em comum, a psicopatologia alimentar pode variar de acordo com cada TA. Portanto, os comportamentos alimentares alterados devem ser corretamente identificados para que o tratamento seja realizado adequadamente. Os manuais para manejo dos TA recomendam que o tratamento seja realizado por profissionais especializados, de diferentes áreas, incluindo a nutrição. O presente artigo aborda o papel do nutricionista na avaliação e tratamento dos TA. A avaliação nutricional visa à identificação de sintomas e comportamentos alimentares relacionados a essas condições clínicas. Ademais, o nutricionista deve estabelecer metas de tratamento específicas e individualizadas, objetivando mudanças graduais e sustentáveis. Por fim, destaca-se a importância da atuação de profissionais especializados para a correta identificação de atitudes alimentares disfuncionais e, posteriormente, para a realização do aconselhamento nutricional específico para cada TA.

**Palavras-chave:** Transtornos alimentares, nutrição, avaliação, tratamento.

#### Abstract

Eating disorders (ED) are mental disorders characterized by altered eating behavior, excessive weight concern

and body image disturbance that impair the individual's health and quality of life. The major ED are anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge eating disorder. Although these three disorders share some common characteristics, the eating psychopathology may vary according to each ED. Thus, disordered eating behaviors should be correctly identified for the treatment to be performed properly. The guidelines available for the management of ED recommend that the treatment should be provided by specialized professionals, from different disciplines, including nutrition. The present paper approaches the dietitian's role in the assessment and treatment of ED. Nutritional assessment aims to identify eating behaviors and symptoms related to these conditions. Also, the dietitian should set specific, individualized treatment goals, aiming at progressive and sustainable changes. Finally, the paper highlights the importance of specialized professionals for the correct identification of disordered eating behaviors, and later, for proper nutritional counseling for each ED.

**Keywords:** Eating disorders, nutrition, assessment, treatment.

#### INTRODUÇÃO

Os transtornos alimentares (TA) são síndromes psiquiátricas que afetam a saúde física e o desempenho psicossocial<sup>1</sup>. Os TA mais abordados na literatura são a anorexia nervosa (AN), a bulimia nervosa (BN) e o transtorno da compulsão alimentar (TCA). Eles caracterizam-se por importantes alterações no comportamento alimentar, controle excessivo do peso corporal e insatisfação com a imagem corporal<sup>1</sup>.



Especificamente em relação aos aspectos nutricionais, os indivíduos com TA apresentam comportamentos alimentares disfuncionais, entre os quais restrição alimentar, presença de episódios de compulsão alimentar e comportamentos compensatórios (por exemplo, autoindução de vômitos, uso de laxantes, diuréticos ou outros medicamentos, jejum e prática de atividade física excessiva)<sup>1,2</sup>. Verifica-se uma relação conturbada com os alimentos, influenciando negativamente o consumo energético e de nutrientes. Outras características desses transtornos são a presença de pensamentos distorcidos e preocupação excessiva com a alimentação, sensação de raiva e culpa ao comer e, conseqüentemente, seus efeitos sobre o peso e a forma corporal<sup>2</sup>.

A compulsão alimentar é um comportamento disfuncional, fundamental para o diagnóstico dos TA e de difícil avaliação. Caracteriza-se pelo consumo de grandes quantidades de alimentos em um período curto de tempo, geralmente inferior a 2 horas. Adicionalmente, os indivíduos apresentam sensação de perda de controle sobre a quantidade, qualidade e a forma de consumo de tais alimentos<sup>1</sup>. No entanto, não há uma definição exata sobre o que representaria essa grande quantidade de alimentos. Ademais, a sensação de perda de controle sobre a alimentação é uma característica subjetiva, baseada apenas na autopercepção dos indivíduos<sup>3</sup>.

### **PADRÃO NUTRICIONAL**

O padrão alimentar é o termo utilizado para definir a combinação dos alimentos consumidos pelos indivíduos, conforme as suas características nutricionais<sup>4,5</sup>. É um método que torna possível relacionar a dieta com determinadas doenças e deficiências e, dessa maneira, atuar por meio das orientações nutricionais, visando restabelecer as possíveis necessidades avaliadas<sup>2</sup>.

As alterações no padrão alimentar variam de acordo com as características de cada TA. Alguns indivíduos podem consumir determinados alimentos repetitivamente, enquanto outros tendem a restringir determinados grupos alimentares, como gorduras, carnes e laticínios<sup>6</sup>. Nesse contexto, o vegetarianismo é um aspecto que merece atenção. Embora socialmente aceito e relacionado a um estilo de vida saudável, ele pode ser uma forma de restringir a alimentação, precedendo o início de TA, principalmente em adolescentes<sup>7</sup>. Tais comportamentos

podem ocasionar deficiência ou consumo excessivo de nutrientes específicos<sup>6</sup>.

O padrão alimentar na AN é caracterizado pela restrição alimentar qualitativa e quantitativa<sup>8</sup>. Os pacientes classificam os alimentos como bons ou ruins, sendo a lista dos alimentos bons muito restrita, geralmente composta por verduras, legumes, frutas e produtos de baixa caloria. Por outro lado, os alimentos considerados ruins ou proibidos são normalmente carne vermelha, doces, carboidratos em geral e gorduras de adição<sup>2</sup>.

Um traço característico dos indivíduos com AN é a prática de dietas por conta própria, com o intuito de serem mais saudáveis<sup>9</sup>. Dessa forma, apresentam um padrão irregular de refeições, no qual nem sempre realizam as três principais refeições. Em alguns casos, a restrição alimentar é tão rígida que os pacientes consomem apenas pequenas porções de alguns alimentos ao longo do dia<sup>9,10</sup>. Esse padrão alimentar causa uma inadequação no consumo energético e de quase todos os nutrientes, contribuindo para que o peso corporal seja significativamente baixo. O comportamento restritivo está associado ao controle sobre a ingestão alimentar. Entretanto, quanto maior a restrição, mais frequentes são os pensamentos nos alimentos, nas calorias e na dieta<sup>2,11</sup>.

Entre os comportamentos alimentares típicos da AN, estão: 1) esconder os alimentos; 2) ter alimentos disponíveis para fingir que os comeu e depois jogar fora; 3) cortar os alimentos em pedaços muito pequenos e remexer no prato antes de comer; e 4) mastigar os alimentos lentamente e depois cuspir<sup>2</sup>.

Em indivíduos com BN, o padrão alimentar se caracteriza por ciclos de restrição, episódios de compulsão alimentar e purgação<sup>12</sup>. Geralmente, o quadro de BN se inicia com as dietas da moda<sup>13</sup>. Nesse contexto, o consumo alimentar é caótico, oscilando de um perfil de consumo restritivo e excessivo a intervalos bem irregulares entre as refeições. A desorganização no padrão alimentar desses pacientes pode gerar uma disfunção nos mecanismos internos de fome e saciedade<sup>2</sup>.

Assim como na AN, os pacientes com BN apresentam uma visão perfeccionista da alimentação, caracterizando os alimentos como bons ou ruins<sup>8</sup>. Por serem considerados proibidos, os alimentos classificados como ruins são consumidos em grandes quantidades, apenas

durante os episódios de compulsão alimentar<sup>14</sup>. Entre os comportamentos alimentares característicos da BN, destacam-se: 1) sentir raiva da sensação de fome; 2) uso dos alimentos para lidar com sentimentos; 3) incômodo em comer na frente de outras pessoas; 4) preparação de rituais para compulsão alimentar; e 5) escolher alimentos de mais fácil purgação<sup>2</sup>.

O padrão alimentar no TCA é caracterizado também pela desorganização do consumo alimentar e por episódios de compulsão alimentar, porém não é tão bem estabelecido quanto na BN e na AN<sup>2,15</sup>. Os episódios de compulsão são variados, tanto em relação ao horário em que ocorrem quanto à duração, e geralmente são menos intensos que na BN<sup>2</sup>.

Os indivíduos com TCA não apresentam os mesmos níveis de restrição alimentar quando comparados aos com BN<sup>15</sup>. No entanto, devido à dificuldade em manter o controle sobre a alimentação, as diversas tentativas de dietas são frustradas. Adicionalmente, outros comportamentos característicos desse TA são: 1) comer escondido; 2) comer sem fome; 3) sensação de culpa e vergonha relacionados aos episódios de compulsão alimentar; e 4) constantes alterações de peso<sup>16-18</sup>.

## **IMPORTÂNCIA DO NUTRICIONISTA ESPECIALIZADO NO TRATAMENTO DOS TA**

No tratamento de indivíduos com TA, o atendimento nutricional é diferenciado, destoando do tratamento convencional, focado na prescrição dietética. Muitas vezes, esses pacientes buscam tratamento primeiramente com o profissional nutricionista, visando melhorar a alimentação ou por conta da insatisfação com o peso corporal ou obesidade. Dessa forma, é fundamental que estes profissionais saibam reconhecer e abordar comportamentos relacionados aos TA. Essas enfermidades, quando diagnosticadas e tratadas precocemente, apresentam um melhor prognóstico, e dependendo do diagnóstico em questão, pode-se evitar o desenvolvimento da obesidade e diminuir a mortalidade<sup>19</sup>.

A abordagem nutricional nos TA, além do foco nos alimentos, tem como meta principal o aconselhamento nutricional, atentando para as percepções e pensamentos do indivíduo em relação aos seus hábitos alimentares<sup>20</sup>. Para trabalhar essas questões, é importante estabelecer um vínculo com o paciente, utilizando intervenções em

longo prazo, aliadas à educação alimentar, porém sem que ela seja a protagonista do tratamento<sup>21</sup>. Nesse contexto, o objetivo do presente artigo é abordar o papel do nutricionista na avaliação e tratamento dos TA.

## **AVALIAÇÃO NUTRICIONAL**

A avaliação nutricional nos TA visa à identificação de sintomas e comportamentos alimentares relacionados a essas condições clínicas<sup>22</sup>. O nutricionista deve realizar avaliação das medidas antropométricas, do comportamento alimentar e dos exames bioquímicos (principalmente em relação a distúrbios hidroeletrólíticos e síndrome da realimentação)<sup>19</sup>.

Inicialmente, deve-se realizar uma anamnese abordando informações sociodemográficas, história de saúde atual e pregressa, tratamentos prévios ou em curso, medicamentos, suplementos e qualidade do sono. Adicionalmente, recomenda-se a investigação de sinais e sintomas físicos característicos dos TA, como alterações orais, gastrointestinais, endócrinas e dermatológicas<sup>11,21</sup>.

A avaliação antropométrica deve incluir a aferição de peso, estatura e índice de massa corporal (IMC). Além das medidas atuais, é importante avaliar a história de peso e IMC em adultos, bem como a evolução das curvas de crescimento e a maturação sexual em pacientes com idade inferior a 20 anos. Especificamente em relação ao peso, é necessário definir junto com a equipe responsável pelo tratamento qual profissional será o responsável pela pesagem e se o paciente poderá saber o seu peso atual. O conhecimento da evolução do peso pelo paciente pode em alguns casos ser um empecilho para a evolução do tratamento<sup>19,21</sup>.

A avaliação dietética deve fornecer informações sobre o padrão alimentar, atitudes relacionadas à alimentação, peso e forma corporal. Adicionalmente, deve-se esclarecer aspectos inerentes ao comportamento alimentar dos pacientes, como história alimentar, caracterização de episódios de compulsão alimentar e métodos compensatórios (tipo e frequência), proibições, aversões e preferências alimentares (prévias e posteriores ao início dos TA)<sup>19,21</sup>.

Os comportamentos alimentares disfuncionais são características centrais na psicopatologia dos TA<sup>1</sup>. A correta identificação de tais características é um fator importante na avaliação nutricional de indivíduos com



TA<sup>23</sup>. Nesse contexto, os questionários autoaplicáveis são uma alternativa para o rastreamento e avaliação dos TA e das características associadas à sua psicopatologia<sup>24</sup>. Entre as diversas opções disponíveis para avaliação do comportamento alimentar, destacaremos o questionário *Disordered Eating Attitude Scale* (DEAS).

O DEAS é um questionário de 25 itens desenvolvido para a avaliação de pensamentos e sentimentos relacionados à alimentação, como desejo de não comer e ausência de sentimentos positivos em relação à alimentação. Ele é dividido em 5 subescalas: 1) relação com os alimentos; 2) preocupação com a alimentação e ganho de peso; 3) práticas restritivas e compensatórias; 4) sentimentos em relação à alimentação; e 5) conceito de alimentação normal. Os itens são respondidos em escalas do tipo Likert, com a pontuação total do questionário variando entre 37 e 190 pontos. Valores mais altos indicam comportamentos alimentares mais disfuncionais<sup>25</sup>. O DEAS foi validado para aplicação na população brasileira e conta com uma versão específica para uso com adolescentes<sup>25-27</sup>.

Os TA são constructos complexos, que necessitam de uma avaliação que aborde suas diferentes características, contribuindo para a elaboração de um planejamento terapêutico eficaz<sup>24</sup>. Nesse contexto, o DEAS pode ser uma ferramenta para auxiliar o nutricionista na avaliação dessas condições clínicas. Diferentemente de outros questionários validados para a população brasileira, o DEAS aborda todos os comportamentos e atitudes relacionados aos TA. Adicionalmente, o instrumento pode ser útil para prever sucesso no tratamento, pois a mudança nas atitudes alimentares está associada à redução dos sintomas<sup>25,28</sup>.

## TRATAMENTO

O tratamento nutricional dos TA deve basear-se em princípios que não se prendam a regras rígidas, como as dietas. Devido ao seu caráter restritivo, as dietas atuam como um dos principais fatores desencadeantes e mantenedores dos TA. Práticas como contagem de calorias ou pesagem de alimentos não devem ser indicadas, evitando, assim, reforçar comportamentos característicos desses transtornos<sup>21</sup>.

Metas específicas e individualizadas devem ser estabelecidas, objetivando mudanças graduais e

sustentáveis<sup>21</sup>. De uma forma geral, no tratamento nutricional dos TA, deve-se: 1) calcular e monitorar a ingestão energética e de macronutrientes, visando ao alcance da meta de peso estabelecida; 2) garantir a qualidade da alimentação e um padrão alimentar regular, com aumento da quantidade e variedade dos alimentos consumidos; 3) normalizar as percepções de fome e saciedade; 4) dar suporte psicossocial e reforço positivo; 5) elaborar um plano alimentar estruturado; 6) orientar pacientes e cuidadores em relação à seleção dos alimentos, considerando preferências, recursos e outras características individuais; 7) monitorar a evolução do peso e a ingestão de nutrientes, fazendo ajustes quando necessário<sup>19</sup>.

### *Anorexia nervosa*

O tratamento nutricional na AN deve objetivar a recuperação do peso corporal, normalização do padrão alimentar e das percepções de fome e saciedade e melhora de aspectos biológicos e psicológicos relacionados ao quadro de desnutrição<sup>22</sup>.

A recuperação do peso corporal deve ocorrer de forma gradual. Inicialmente, recomenda-se o estabelecimento de uma meta de peso minimamente saudável. Em adultos, esse peso deve ser equivalente a um IMC superior a 18,5 kg/m<sup>2</sup>. Por sua vez, crianças e adolescentes devem atingir 90% do peso esperado para a altura, conforme as curvas de IMC para esses grupos etários. A recuperação do peso corporal seguirá até que o paciente atinja um IMC entre 19 e 24 kg/m<sup>2</sup>. Deve ser enfatizado que não existe um peso ideal, mas sim uma faixa de normalidade que represente a melhora da qualidade de vida e que possa ser mantida por meio de um estilo de vida saudável<sup>29</sup>.

No início do tratamento, deve-se planejar também o ganho de peso semanal dos pacientes. As metas de ganho de peso devem ser de 0,2 a 0,5 kg/semana para indivíduos em tratamento ambulatorial e de 0,5 a 1 kg/semana para pacientes hospitalizados. O aporte energético deve ser iniciado em 30 a 40 kcal/kg/dia, evoluindo gradualmente (cerca de 200 a 300 kcal a cada 24-48 horas) até 70 a 100 kcal/kg/dia. Na fase de manutenção do peso corporal, recomenda-se a oferta de 40 a 60 kcal/kg/dia, para fornecer o aporte energético suficiente para as necessidades nutricionais e garantir

a continuidade do crescimento e desenvolvimento em pacientes adolescentes<sup>19,29</sup>.

A alimentação por ingestão oral deve ser a via de escolha para a realimentação de pacientes com AN, por permitir novos aprendizados e a mudança de comportamentos alimentares. No entanto, em alguns casos o suporte nutricional especializado pode ser necessário. Utilizada como último recurso, a alimentação via sonda nasogástrica deve ser gradativamente substituída pela via oral, aumentando a exposição dos pacientes aos alimentos<sup>29</sup>. Os suplementos energéticos podem ser incluídos no planejamento alimentar de pacientes que não estejam conseguindo atingir as recomendações nutricionais prescritas<sup>30</sup>.

Além de aspectos relacionados ao ganho de peso, deve-se realizar orientações quantitativas e qualitativas acerca da alimentação. Alguns pontos a serem abordados consistem em: 1) implementação de um plano alimentar composto por seis refeições ao dia, com todos os grupos de alimentos; 2) incentivar a evolução no tamanho das porções dos alimentos, até atingir o que foi estabelecido no planejamento alimentar; 3) orientar quanto à dificuldade de digestão dos alimentos e o funcionamento irregular do intestino, que ocorrem principalmente no início do tratamento<sup>29</sup>.

### *Bulimia nervosa*

O principal objetivo do tratamento nutricional na BN é auxiliar o paciente a manter um padrão de refeições estruturadas. Dessa forma, é possível reduzir os seguintes comportamentos que caracterizam a BN: 1) restrição alimentar; 2) episódios de compulsão alimentar; 3) comportamentos compensatórios. Nesse contexto, o aconselhamento nutricional desempenha um papel importante no tratamento multiprofissional. As orientações nutricionais auxiliam a redução dos comportamentos alimentares inadequados, da restrição alimentar, dos métodos compensatórios e o aumento da variedade dos alimentos consumidos<sup>22</sup>.

A restrição alimentar é um componente central na psicopatologia da BN. Estudos realizados com animais e humanos apontam que a prática de dietas desencadeia os episódios de compulsão alimentar. As dietas fazem com que os indivíduos aumentem sua preocupação com os alimentos, categorizem os alimentos como bons ou

ruins e substituam o controle da ingestão alimentar realizado pelos mecanismos de fome e saciedade por controles externos. Esses mecanismos cognitivos são susceptíveis a interferências de emoções negativas, como frustrações e estresse, podendo desencadear os episódios de compulsão alimentar<sup>31</sup>.

A visão perfeccionista da alimentação também é um fator desencadeante dos episódios de compulsão alimentar. Os indivíduos só admitem como saudável uma alimentação extremamente restritiva e não se permitem consumir alimentos saborosos e prazerosos, por considerá-los não saudáveis (por exemplo, chocolate). No entanto, quando ingerem esses alimentos, há sensação de remorso seguida por pensamentos dicotômicos do tipo tudo ou nada. Esses pensamentos motivam o consumo de grandes quantidades do alimento em questão, para, em seguida, proceder novamente à restrição alimentar. Diante do exposto, o tratamento nutricional da BN deve ser baseado no aconselhamento nutricional, na educação nutricional e no planejamento alimentar, entre outras características<sup>14</sup>.

### *Transtorno de compulsão alimentar*

A terapia nutricional para pacientes com TCA tem como objetivo a normalização do comportamento alimentar e das percepções de fome e saciedade, a diminuição ou cessação dos episódios de compulsão, o estabelecimento de atitudes alimentares adequadas e o restabelecimento do peso adequado. No entanto, deve-se atentar para que a perda de peso não se torne a principal meta do tratamento<sup>11</sup>.

O registro alimentar é o principal instrumento de avaliação e acompanhamento do consumo alimentar dos indivíduos com TCA. Os pacientes devem descrever todos os alimentos consumidos, as respectivas quantidades, locais e horários das refeições. Adicionalmente, deve-se relatar os episódios de compulsão alimentar e os sentimentos associados. Essa é uma ferramenta de automonitoramento, que possibilita uma maior consciência do paciente em relação à sua alimentação e, dessa forma, um maior controle sobre esse aspecto. Ademais, o diário alimentar auxilia o nutricionista na identificação de gatilhos para compulsão alimentar e na avaliação qualitativa e quantitativa do padrão alimentar. Seu uso também é recomendado no tratamento da BN<sup>18,24</sup>.



O registro alimentar também é um instrumento que orienta a definição de metas do nutricionista juntamente com o paciente. As metas devem ser individuais, a fim de que as mudanças sejam graduais e que seja evitado o reforço de sentimentos negativos relacionados à frustração e à incapacidade por não conseguir atender às expectativas. A abordagem nutricional deve ser sempre realizada de forma positiva, valorizando as conquistas do paciente em cada etapa do tratamento<sup>32</sup>.

O restabelecimento dos mecanismos de fome e saciedade é outro aspecto importante no tratamento de indivíduos com TCA<sup>22</sup>. Geralmente, os sinais internos que controlam a ingestão alimentar desses pacientes estão comprometidos em virtude da alimentação caótica que apresentam. Nesse contexto, deve-se buscar trabalhar a atenção e consciência do indivíduo sobre a sua alimentação, além da regularização do padrão alimentar, por meio da realização de cerca de cinco refeições ao dia (desjejum, almoço, jantar e lanches intermediários), conforme as necessidades individuais, evitando a monotonia e proibições alimentares<sup>30</sup>.

O planejamento inicial das refeições não deve limitar o consumo calórico por meio de quantidades específicas de cada alimento, pois o estímulo da fome pode atuar como um gatilho para a compulsão. O manejo do peso corporal e as modificações no planejamento da alimentação ocorrerão por meio do monitoramento do registro alimentar, visando a uma seleção adequada de alimentos, priorizando aqueles com menor densidade energética e que promovem maior saciedade. Após a diminuição ou cessação dos episódios de compulsão alimentar, caso a perda de peso seja necessária, busque estabelecer metas modestas para a modificação do peso, visando não dificultar a adesão ao esquema alimentar e diminuir o risco de novos episódios de compulsão relacionados à restrição alimentar, facilitando, assim, a manutenção do peso corporal<sup>32</sup>.

### CONCLUSÃO

O nutricionista desempenha papel importante na equipe multiprofissional para tratamentos dos TA. É o profissional responsável pela avaliação do estado nutricional e padrão alimentar dos pacientes, bem como pela realização das intervenções nutricionais. Nesse contexto, destaca-se a importância da atuação de

profissionais especializados para a correta identificação de atitudes alimentares disfuncionais em relação à alimentação e, posteriormente, para a realização do aconselhamento nutricional específico para cada TA.

Os autores informam não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Fontes de financiamento inexistentes.

**Correspondência:** Carlos Eduardo Ferreira de Moraes, Av. Venceslau Brás, 71, fundos, Campus Praia Vermelha, Botafogo, CEP 22290-140, Rio de Janeiro/RJ. E-mail: carloseduardofm09@gmail.com

### Referências

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.
2. Alvarenga M, Philippi ST. Estrutura, padrão, consumo e atitude alimentar. In: Alvarenga M, Scagliusi FB, Tucunduva Philippi S, organizadores. Nutrição e transtornos alimentares: avaliação e tratamento. Barueri: Manole; 2011. p. 17-35.
3. Stunkard AJ, Allison KC. Binge eating disorder: disorder or marker? *Int J Eat Disord*. 2003;34:S107-16.
4. Newby PK, Tucker KL. Empirically derived eating patterns using factor or cluster analysis: a review. *Nutr Rev*. 2004;62:177-203.
5. Scagliusi FB, Ferriolli E, Pfrimer K, Laureano C, Cunha CS, Gualano B, et al. Under-reporting of energy intake is more prevalent in a healthy dietary pattern cluster. *Br J Nutr*. 2008;100:1060-8.
6. Setnick J. Micronutrient deficiencies and supplementation in anorexia and bulimia nervosa: a review of literature. *Nutr Clin Pract*. 2010;25:137-42.
7. Aloufy A, Latzer Y. [Diet or health--the linkage between vegetarianism and anorexia nervosa]. *Harefuah*. 2006;145:526-31, 549.
8. Alvarenga M, Dunker KLL. Padrão e comportamento alimentar na anorexia e na bulimia nervosa. In: Philippi ST, Alvarenga M, organizadores. Transtornos alimentares: uma visão nutricional. Barueri: Manole; 2004. p. 131-48.

9. Rock CL, Curran-Celentano J. Nutritional management of eating disorders. *Psychiatr Clin North Am.* 1996;19:701-13.
10. Sunday SR, Halmi KA. Micro-and macroanalyses of patterns within a meal in anorexia and bulimia nervosa. *Appetite.* 1996;26:21-36.
11. Academy of Eating Disorders (AED). Eating disorders: a guide to medical care [Internet]. [cited 2019 Dec 13]. [www.nyeatingdisorders.org/pdf/AED%20Medical%20Management%20Guide%203rd%20Edition.pdf](http://www.nyeatingdisorders.org/pdf/AED%20Medical%20Management%20Guide%203rd%20Edition.pdf)
12. Reiff DW, Reiff KKL. Eating disorders: nutrition therapy in the recovery process. Maryland: Aspen Publishers; 1992.
13. Dunker KLL, Alvarenga MS, Pereira DL. Dietas da moda: uso e significado em pacientes com transtornos alimentares. *M M Metabólica.* 2007;9:100-7.
14. Scagliusi FB, Alvarenga M, Fabbri AD, Queiroz GKO, Polacow VO, Lourenço BH, et al. Protocolo de terapia nutricional para pacientes com bulimia nervosa. In: Alvarenga M, Scagliusi FB, Tucunduva Philippi S, organizadores. *Nutrição e transtornos alimentares: avaliação e tratamento.* Barueri: Manole; 2011. p. 257-334.
15. Azevedo A, Santos C, Fonseca D. Transtorno da compulsão alimentar periódica. *Rev Psiquiatr Clin.* 2004;31:170-2.
16. Barreto AL, Figueró AS, Soares RM. Padrão alimentar e manejo nutricional dos transtornos alimentares. In: Nunes MA, Appolinario JC, Galvão AL, Coutinho W, organizadores. *Transtornos alimentares e obesidade.* 2a ed. São Paulo: Artmed; 2006. p. 117-24.
17. Devorais AMR, Fagundes U. Avaliação e orientação nutricional. In: Claudino AM, Zanella MT, organizadores. *Guia de transtornos alimentares e obesidade.* 4a ed. Barueri: Manole; 2005. p. 127-35.
18. Pisciolaro F, Sanches C, Colaço C, Labate F, Magri G, Pedrosa MC, et al. Protocolo de terapia nutricional para pacientes com transtorno da compulsão alimentar periódica. In: Alvarenga M, Scagliusi FB, Tucunduva Philippi S, organizadores. *Nutrição e transtornos alimentares: avaliação e tratamento.* Barueri: Manole; 2011. p. 391-445.
19. Ozier AD, Henry BW; American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: nutrition intervention in the treatment of eating disorders. *J Am Diet Assoc.* 2011;111:1236-41.
20. Alvarenga M dos S, Scagliusi FB. Tratamento nutricional da bulimia nervosa. *Rev Nutr.* 2010;23:907-18.
21. Polacow VO, Aquino R de C, Scagliusi FB. Abordagens nutricionais nos transtornos alimentares. In: Alvarenga M, Scagliusi FB, Tucunduva Philippi S, organizadores. *Nutrição e transtornos alimentares: avaliação e tratamento.* Barueri: Manole; 2011. p. 237-56.
22. American Psychiatric Association. Treatment of patients with eating disorders, third edition. American Psychiatric Association. *Am J Psychiatr.* 2006;163(7 Suppl):4-54.
23. Aikman SN, Crites SL Jr, Fabrigar LR. Beyond affect and cognition: Identification of the informational bases of food attitudes. *J Appl Soc Psychol.* 2006;36:340-82.
24. Freitas S, Gorenstein C, Appolinario JC. Instrumentos para a avaliação dos transtornos alimentares. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002;24(Suppl 3):34-8.
25. Alvarenga Mdos S, Scagliusi FB, Philippi ST. Development and validity of the disordered eating attitude scale (DEAS). *Percept Mot Skills.* 2010;110:379-95.
26. Alvarenga M dos S, Carvalho PHB, Philippi ST, Scagliusi FB. Propriedades psicométricas da Escala de Atitudes Alimentares Transtornadas para adultos do sexo masculino. *J Bras Psiquiatr.* 2013;62:253-60.
27. Alvarenga MS, Koritar P, Pinzon VD, Figueiredo M, Fleitlich-Bilyk B, Philippi ST, et al. Validação da escala de atitudes alimentares transtornadas para adolescentes. *J Bras Psiquiatr.* 2016;65:36-43.
28. Eiger MR, Christie BW, Sucher KP. Change in eating attitudes: an outcome measure of patients with eating disorders. *J Am Diet Assoc.* 1996;96:62-4.



Grupo de Obesidade e Transtornos Alimentares (GOTA), Instituto de Psiquiatria (IPUB),  
Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ.

29. Larino MA, Fassarella E, Alvarenga M, Scagliusi FB. Protocolo de terapia nutricional para pacientes com anorexia nervosa. In: Alvarenga M, Scagliusi FB, Tucunduva Philippi S, organizadores. Nutrição e transtornos alimentares: avaliação e tratamento. Barueri: Manole; 2011. p. 335-73.
30. Singapore General Hospital. Treating eating disorders: the SGH experience. armour publishing. Singapore: Singapore General Hospital, Eating Disorders Programme; 2019.
31. Polivy J. Psychological consequences of food restriction. J Am Diet Assoc. 1996;96:589-92.
32. Gómez-Candela C, Palma Milla S, Miján-de-la-Torre A, Rodríguez Ortega P, Matía Martín P, Loria Kohen V, et al. Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: bulimia nerviosa, trastorno por atracón y otros. Nutr Hosp. 2018;35:49-97.



**TODAS AS TERÇAS-FEIRAS**

**20:30 horas ao vivo**

**Facebook: abpbrasil**

***O programa ABP TV proporciona educação continuada para você associado e ajuda na luta contra o estigma. Participe!***