

## **ANOREXIA NERVOSA:**

### ESTUDO DE CASO COM UMA ABORDAGEM DE SUCESSO

*Márcia Cecília Vianna Cañete\**

*Maria Sylvia de Souza Vitalle\*\**

*Flávia Calanca da Silva\*\*\**

#### **RESUMO**

*A anorexia nervosa (AN) é doença grave de etiologia multifatorial, que envolve predisposição genética, fatores socioculturais, vulnerabilidades biológicas e também psicológicas. Caracteriza-se por séria restrição alimentar auto-imposta, com conseqüências orgânicas e psíquicas graves, e alta taxa de mortalidade. O objetivo deste artigo é descrever um caso de AN, tratado em grupo psicoterápico, heterogêneo, de adolescentes, sem focar no comportamento anoréxico. Analisaram-se as implicações da doença nos aspectos familiar, social, na escolaridade e na sexualidade da paciente. O método terapêutico empregado, em grupo heterogêneo, sem focar no comportamento anoréxico, mostrou-se eficaz tanto na aderência ao tratamento quanto na evolução do caso.*

*Palavras-chave: anorexia nervosa; psicoterapia de grupo; ambulatório hospitalar; adolescente; comportamento do adolescente.*

## **ANOREXIA NERVOSA:**

### A CASE ACCOUNT WITH A SUCCESSFUL APPROACH

#### **ABSTRACT**

*Anorexia nervosa (AN) is a severe disease of multifactorial etiology, that involves genetic predisposition, sociocultural factors, biological and psychological vulnerabilities. This article aims to analyze the kind of psychotherapeutic treatment used, in heterogenous group, without focusing on the anorexic behaviour through the description of a case of AN. We have also approached the implications of the disease in the social and family aspects, in the education and sexuality of the patient. The kind of psychotherapeutic treatment used, in heterogenous group, without focusing in the anorexic behaviour, proved effective in the adherence to treatment as well as in the evolution of the case.*

---

\* Psicóloga, Coordenadora do Serviço de Psicologia do Centro de Atendimento e Apoio ao Adolescente (CAAA) da Disciplina de Especialidades Pediátricas do Departamento de Pediatria da Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina (Unifesp – EPM)

\*\* Doutora em Medicina, Médica Pediatra, Chefe do CAAA da Unifesp – EPM. Correspondência a/c: Maria Sylvia de Souza Vitalle. Centro de Atendimento e Apoio ao Adolescente. Rua Botucatu, 715. CEP: 04023-062. São Paulo – SP.

\*\*\* Mestranda, Médica Pediatra, Assistente do CAAA da Unifesp – EPM.  
E-mail: vitalle.dped@epm.br

*Keywords: anorexia nervosa; psychotherapy group; hospital first-aid clinic; adolescent; adolescent behavior.*

## INTRODUÇÃO

Transtornos alimentares são doenças graves, com morbi e mortalidade elevada que se iniciam comumente na adolescência (PINZON *et al.*, 2004, p. 167). A anorexia nervosa (AN) prevalece no sexo feminino e vem aumentando drasticamente nas últimas décadas (CASTRO; GOLDSTEIN, 1995, p. 15; HOLK, 2006, p. 389), sendo que a incidência de novos casos em mulheres jovens pode chegar a 1,43 por 100 mil indivíduos por ano, com prevalência estimada de 0,5% a 1% (CORDÁS; SALZANO; RIOS, 2004). Acredita-se que a incidência seja maior, pois há muitos casos subdiagnosticados (CAÑETE; SILVA; VITALE, 2007). Ocorre mais frequentemente em adolescentes e adultos jovens do sexo feminino na proporção de nove mulheres para um homem (TAKEY; EISENSTEIN, 2006, p. 174). De etiologia multifatorial, envolve predisposição genética, fatores socioculturais, como valorização excessiva do corpo magro, vulnerabilidades biológicas e psicológicas (MORGAN; VECCHIATTI; NEGRÃO, 2002, p. 18). Caracteriza-se por séria restrição alimentar auto-imposta, com consequências orgânicas e psíquicas graves, e alta taxa de mortalidade, devido principalmente a suicídio e eventos cardiovasculares (BECKER *et al.*, 1999, p. 1092; CAÑETE; SILVA; VITALE, 2007; MISRA *et al.*, 2004, p. 1574; CASIERO; FRISHMAN, 2006, p. 227; STONE *et al.*, 2006, p. 835). Há busca incessante pela magreza, medo mórbido de ganhar peso, distorção da imagem corporal, acompanhada de inquietação excessiva com algum aspecto da aparência, que pode ou não ser real, mas mesmo nesse caso a inquietação é desproporcional e causa profundo sofrimento. Outra característica importante é a amenorréia (CORDÁS, 2004; WEINBERG; CORDÁS; MUNOZ, 2005, p. 51; BALLONE, 2006; GIORDANI, 2006, p.82).

Anoréxicos apresentam pouca habilidade para reconhecer e lidar com os próprios sentimentos, discriminar sensações que correspondem a si e ao outro, o que traz marcantes prejuízos emocionais e sociais. Possuem identidade frágil, percepção perturbada das experiências corporais e pouca capacidade para distinguir o que é força necessária para a vida e o que é destrutivo (SILVA, 2003, p. 21). Põem em xeque a vida: reconhecem os riscos, mas os desconsideram totalmente (GIORDANI, 2006, p. 83). Exibem com frequência humor deprimido, retraimento social, grande preocupação sobre comer em público, interesse diminuído por sexo, sentimento de inutilidade, necessidade de controlar o ambiente, pensamento inflexível, espontaneidade social limitada, iniciativa e expressão emocional reprimidas. Ao longo da vida podem manter o papel materno mal elaborado, apresentando má adaptação conjugal e profissional. A evolução da AN é variável, podendo ir desde a recuperação total após episódio isolado, até padrão flutuante de ganho de peso seguido de recaídas; ou tornar-se crônica e deteriorante (BALLONE, 2006).

A psicoterapia propicia espaço seguro, clima terapêutico de respeito e confiança para que o paciente possa compartilhar seu mundo interno, entender os significados dos sintomas e encontrar outras expressões para eles. Nessas pessoas, a identidade não está bem estruturada e o ego mostra-se frágil, resultado de experiências arcaicas do desenvolvimento, que provocaram uma perturbação do ego em estado nascente. Com essa compreensão, a psicoterapia enfatiza o trabalho com a regulação da auto-estima, promovendo o resgate da história pessoal e respeito por si mesmo. O psicoterapeuta tem a função de auxiliar a manifestação do mundo subjetivo, e, principalmente, ajudar o paciente na identificação de seus sentimentos, na compreensão do significado da experiência emocional vivenciada, ampliando assim sua tolerância afetiva (GORGATI; HOLCBERG; OLIVEIRA, 2002, p. 44).

Na psicoterapia de grupo os participantes são estimulados a relatar sobre os temas relevantes em sua vida e discutir suas preocupações, o que traz à tona sentimentos e pensamentos relacionados a vivências presentes e passadas. Nesse processo o paciente defronta-se com situações de sua realidade pessoal e também das relativas aos outros participantes. As comparações que surgem através da observação da problemática alheia, expressa por opiniões, sentimentos, comportamentos e atitudes, podem contribuir para melhorar o conhecimento e a compreensão pessoal, fazendo surgir uma nova visão de si mesmo e do mundo, corrigindo distorções relativas a características próprias e gerando maior aceitação pessoal (BECHELLI; SANTOS, 2005a, p. 120-122).

Pratt, nos Estados Unidos, e Moreno, na Europa, foram os pioneiros a trabalhar com grupos no início do século XX. Enquanto nos Estados Unidos os grupos eram inicialmente formados por pacientes internados e portadores de uma mesma enfermidade, Moreno iniciou seu trabalho reunindo crianças nos parques de Viena, e também grupos de rua, um deles com prostitutas, nos quais improvisava representações visando à formação de grupos de discussão e de auto-ajuda. Assim, surgiu o psicodrama. Já a partir da década de 1920, com a crescente influência da psicanálise, surgem tanto na Europa como nos Estados Unidos grupos de abordagem psicanalítica (BECHELLI; SANTOS, 2004, p. 243-245).

A grande dificuldade no tratamento da AN consiste na negação e resistência em mudar o comportamento quanto à perda de peso. Anoréxicos não desejam a cura e se regozijam com as restrições auto-impostas. É comum desconfiarem de médicos, percebendo-os como inimigos que querem realimentá-los e fazê-los perder a vontade de controlar o peso, daí a forte reação negativa evocada nos cuidadores dessas pessoas (KAPLAN, 2002, p. 238, GIORDANI, 2006, p. 81).

Ressaltar as causas biológicas e genéticas da anorexia parece ser um caminho encontrado por profissionais de saúde para diminuir a culpabilização e estigmatização associada à AN (CRISAFULLI; HOLLE; BULIK, 2008).

A seguir, relata-se o caso de adolescente com anorexia nervosa, atendida no Centro de Atendimento e Apoio ao Adolescente da Universidade Federal de São Paulo, e o sucesso obtido com a abordagem terapêutica utilizada, em grupo de adolescentes, sendo diferente da habitual, que é feita com grupos de doentes.

Esse estudo foi realizado após obtenção de consentimento livre e esclarecido da paciente e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital São Paulo, Unifesp, nº 0400/06.

### RELATO DO CASO

Paciente de 17 anos, do sexo feminino, com diagnóstico de anorexia nervosa. Apresentava-se desnutrida, anêmica e amenorréica com histórico de dietas restritivas, não-aceitação de tratamentos há seis anos e várias tentativas de suicídio. Somente aos 20 anos aceitou acompanhamento psicoterápico. Desvaloriza os profissionais de saúde, que diz enganar, contando seu histórico através de personagens inventadas.

Foi informada da proposta terapêutica, em grupo formado por oito adolescentes de ambos os sexos, com idades de 15 a 20 anos e problemáticas diversas. Na primeira entrevista individual a mãe relatou que a adolescente faz terapia desde os dois anos de idade por indicação da escola: seus desenhos eram sempre muito escuros; comia apenas sentada à mesa da diretora e nunca com outras crianças.

Ao ficar sozinha com a terapeuta, testou-a de diferentes modos, acusando-a de querer usá-la como objeto de estudo, para, em seguida, abandoná-la. Quando a terapeuta coloca-se disponível para trabalhar com ela e propõe-lhe um contrato, após algum tempo em silêncio, dá-lhe uma florzinha de arame, feita por ela, o que demonstra habilidades manuais que, como tudo em si, desvaloriza.

Relação familiar: relação simbiótica com a mãe, permeada por diversas situações conflitivas. Apesar dos castigos físicos sofridos, também foi muito mimada. Não conheceu o pai, e em suas falas expressa indiferença em relação a esse fato, além de desqualificar a figura masculina.

Escolaridade: frequentou a escola até o 1º colegial e abandonou após repetência. Não quer estudar, pois sentiu-se “destratada” por professores, o que acentuou sua dificuldade de relacionamento com grupos. Sente medo de estar entre muita gente e andar sozinha na rua.

Sexualidade: duas relações heterossexuais sem prazer. É apaixonada por uma garota com quem nunca manteve relações sexuais. Já foi agredida por causa de sua homossexualidade pela mãe e no bairro onde morava.

Drogas: já fez uso de maconha e cocaína.

No início do tratamento apresentava-se sempre vestida com jeans, camisetas pretas, boné escondendo parcialmente seu rosto.

Como atividade de apresentação ao grupo foi utilizada técnica expressiva: ante a grande variedade de materiais (caneta hidrocor, giz de cera, lápis de cor, papel sulfite), cada um deveria escolher as duas cores que mais o atraíssem no momento e criar algo para se apresentar ao grupo. Fez desenho abstrato e versos. Nas sessões iniciais mostrava-se desconfiada, falando pouco, observando atentamente. Na terceira sessão traz poema que aborda um “eu” desiludido, cansado

de não ser ouvido, terminando com alguma esperança de um “euzinho” novo nascendo, depois de várias tentativas de suicídio. Participava cada vez mais das sessões, interferindo na problemática trazida pelos colegas e lendo seus poemas que falavam de suas dores. Aos poucos começa a aceitar as interferências da profissional. Após dois meses no grupo fala de suas dificuldades e, aos poucos, sobre dificuldades na área da sexualidade, contando suas vergonhas, medos e dificuldade para “transar”.

No evoluir do tratamento vem sem o boné, diversifica a cor das camisetas, o cabelo está bem cuidado, diz ter engordado um pouco. Ao contar para o grupo sobre sua homossexualidade, é acolhida respeitosa e afetivamente, o que parece deixá-la bem. Mostra-se cada vez mais integrada, comentando fatos da sua vida. Fala cada vez mais livremente sobre sua sexualidade. Avalia a importância de ouvir a problemática dos outros e fala que perceber a gravidade de algumas situações fez com que reavaliasse seus próprios problemas e os redimensionasse.

Traz sonhos para a terapia, nos quais aparecem o medo da rejeição, sensações de pânico e situações de proteção sufocante. Relata mudanças na sua relação com a comida: está-se alimentando melhor e gostando de comer, inclusive com o grupo, além de não se incomodar de sentir fome. Voltou a menstruar.

Verbaliza que sente raiva e não suporta a mãe, principalmente quando pensa nas coisas boas que deixou de fazer por causa dela. Ao mesmo tempo sente-se devedora, pois sempre foi cuidada por ela. Sente muita culpa quando pensa em abandoná-la.

Volta a estudar e sente-se bem na escola. Sai com amigos, começa a namorar um rapaz com quem tem relação que descreve como bastante agradável. O relacionamento sexual é prazeroso. Conseguiu trabalho e sente-se satisfeita.

## DISCUSSÃO

Apesar da idade, possuía características psíquicas próprias da adolescência (crise de identidade, relacional, familiar, de auto-estima e de falta de sentido para a vida).

“Quando eu tinha 12 anos, um cara de uma agência disse que não dava pra eu ser modelo porque estava um pouco barriguda, apesar de alta e magra. Comecei a fazer dietas [...]” Nessa frase percebe-se o peso do contexto sociocultural como um dos principais fatores predisponentes da AN. Além disso, evidencia-se a excessiva e infundada inquietação com o aspecto de uma parte do corpo (a barriga), citada na literatura. (GIORDANI, 2006, p. 82).

“Tenho vergonha de ficar nua. Acho-me horrível. Não me olho no espelho”. “Esse negócio de menstruação comigo não dá certo, sinto muitas dores”. Estas falas mostram desprezo e rejeição pelo próprio corpo, negando-lhe a satisfação de suas necessidades seja através do alimento ou do exercício de sua sexualidade. Dessa forma, a paciente busca o estado de não necessitar. Na visão existencialista, indivíduos anoréxicos rejeitam o próprio “eu”, em que estão presentes, entre

outros aspectos, sua vida instintiva e desejos vorazes. Eles estão empenhados em criar um novo “eu”, incorpóreo e totalmente controlado por uma mente pura, que deseja quebrar os vínculos com o corpo e com suas demandas instintivas, sentidas como escravizantes. O que faz o anoréxico desejar romper a ligação com o corpo são as expectativas negativas de que suas necessidades não podem ser satisfeitas. Na busca pelo novo “eu” o anoréxico descobre-se numa situação paradoxal: deseja controlar-se, cria um novo “eu” controlador e aí se encontra totalmente controlado por ele, contra o qual é inábil para se rebelar. O apetite luxurioso que o anoréxico crê estar presente em seu velho “eu” continua no novo “eu”, mas não mais dirigido aos prazeres da comida e do sexo. Seu objetivo agora é conseguir a dissolução física. O objeto de voracidade é a perda de peso, o prazer está em dominar o corpo (RUSCA, 2003, p. 494-495).

A imagem corporal num contexto existencial é a revelação de uma identidade e sua estruturação se dá no contato e na troca contínua com outras imagens corporais (GIORDANI, 2006, p. 85). O modo como se vivencia a relação com o corpo expressa os limites e possibilidades da identidade (SANTOS, 2006, p. 400). Assim, o trabalho em grupo heterogêneo, através das trocas possibilitadas, parece ter ajudado na reformulação tanto da imagem quanto da identidade corporal, o que propiciou além da melhora da NA, um questionamento de sua sexualidade, com o surgimento de um relacionamento afetivo heterossexual, que lhe parecia impossível no início do tratamento.

No processo de individuação a quebra da relação simbiótica mãe-filha é lenta e se desenvolve à medida que surgem a consciência de si e do desejo, coincidindo com a noção de não ser parte da mãe, mas sim uma entidade autônoma. Tal noção ainda não está bem desenvolvida no caso em questão: uma vive em função da outra e oscilam entre momentos em que se odeiam e outros em que sentem não poder viver uma sem a outra. O alimento é o primeiro meio de comunicação entre mãe e bebê, e recusá-lo pode ser uma forma de rejeitar os laços físicos e psicológicos com a mãe: pode ser um caminho para romper o cordão umbilical (RUSCA, 2003, p. 492). A transmissão da vida implica na transmissão do íntimo desejo de viver, sem o qual o corpo falha. Na anorexia a vida e o corpo separam-se um do outro, há uma ruptura entre a necessidade e a demanda, levando a um desequilíbrio na vida instintiva (PEREÑA, 2007, p. 529).

“Não gosto de comer na frente dos outros, fico incomodada. Tenho nojo de imaginar a comida se desfazendo na boca das pessoas [...]” Esta frase expressa a grande dificuldade sentida em relação ao alimento e ao ato social de comer, e envolve uma negação a participar do rito social da alimentação. O ato de alimentar-se envolve uma dimensão simbólica do alimento, além de reforçar os vínculos sociais através de rituais coletivos de compartilhamento alimentar. Analisando a AN pelo prisma da resistência corporal ao alimento, ela seria a negação das experiências coletivas de comensalidade, uma tentativa de quebra do vínculo social que nos humaniza. A dieta significa um sucesso pessoal ante as crises familiares e as dificuldades e incompetência para lidar com os problemas habituais (GIOR-

DANI, 2006, p. 87). A rejeição sentida subjetivamente transforma-se, na anorexia, na rejeição ao próprio corpo e na submissão a ideais confusos pelos quais indivíduos anoréxicos se orientam (PEREÑA, 2007, p. 529).

Uma outra característica citada na literatura, a necessidade de controlar o ambiente, aparece na criação de personagens, que a paciente cita como uma forma de atrair a atenção das pessoas e também de se relacionar com os profissionais de saúde.

“Se eu não viesse na terapia não teria conseguido tudo que consegui este ano [...] Pus até espelho no banheiro”, referindo-se às mudanças na relação com o corpo. “Sou ex-anoréxica. Tenho fome e estou gostando de comer”. Essas frases refletem o engajamento ao tratamento e sinalizam que ao ser acolhida pelo grupo de maneira respeitosa, sentiu-se mais segura para entrar em contato com seu mundo interno e compartilhá-lo, passando a não utilizar apenas seu corpo para expressar seus conflitos internos, embora ainda o utilize para comunicar estados psíquicos.

“Escutar os problemas dos outros, ver que eles têm problemas de saúde sérios me faz pensar que alguns de meus problemas são criados por mim”. Essa fala faz refletir sobre a importância da participação num grupo heterogêneo, no qual cada um tem uma problemática diversa, o que permite vivenciar a ampliação da tolerância afetiva. Ressalte-se que o trabalho terapêutico empregado não foca o comportamento anoréxico, o que pareceu ser vantajoso.

A intenção de utilizar o trabalho em grupo heterogêneo foi a possibilidade de favorecer um espaço permissivo e seguro, onde o adolescente, que vive um acelerado processo interno de busca para a construção de uma identidade cada vez mais autônoma, singular e psicologicamente capaz, pode, através do compartilhamento das diferentes formas experimentadas por seus pares de ser e estar no mundo, refletir, clarear e conscientizar seus próprios objetos de busca, além de conhecer outros meios de sistematizar e organizar sua ação no mundo.

No grupo, os pacientes vão-se aproximando afetivamente e começam a descobrir-se capazes de cuidar dos outros. Assim, percebem que também podem cuidar de si mesmos, aprimorando habilidades socioafetivas e aumentando a sensibilidade em relação às próprias necessidades emocionais. A participação no grupo facilita a percepção de que são capazes de comunicar aos outros suas demandas afetivas eficientemente e com maturidade. Poder compartilhar suas soluções eficazes para alguns problemas gera alívio e conforto emocional (SANTOS, 2006, p. 400).

De acordo com Bechelli e Santos (2005b, p. 251), na psicoterapia grupal o terapeuta é também um membro do grupo, mas com um papel diferenciado, no sentido de dirigir e coordenar o funcionamento do mesmo. Além disso, deve facilitar a participação e interação entre os pacientes, estimulando a participação das pessoas que têm dificuldade para se expor, mantendo o foco da conversação, mediando conflitos e assegurando o cumprimento das regras estabelecidas. A per-

sonalidade do terapeuta exerce influência no grupo e algumas características são consideradas muito importantes: empatia, habilidade para criar e manter relacionamentos satisfatórios e afetuosos, sinceridade, respeito e entusiasmo.

No trabalho aqui analisado, o papel da terapeuta no grupo consiste basicamente em, no início, favorecer um clima terapêutico de respeito incondicional, acolhimento e aceitação para facilitar a participação ativa de cada integrante, através da expressão sincera e sem censura de quaisquer sentimentos pessoais. A partir dessas colocações as intervenções terapêuticas visam estimular a discussão sem julgamentos entre os participantes, através de relatos de sua forma de encarar e lidar com situações semelhantes em sua vida. As ações da terapeuta têm por objetivo também auxiliar cada um a perceber reações emocionais, comportamentos e atitudes que constituem um padrão pessoal que tem relação com a problemática trazida. O questionamento busca desestabilizar tal padrão, na tentativa de ajudar a fazer surgir um novo padrão que possibilite uma nova forma de ser e estar no mundo, mais compatível com as necessidades e desejos identificados.

Segundo Santos (2006), o grupo homogêneo, em que todos têm diagnóstico comum, facilita a participação individual e favorece a troca de experiências de vida particulares, o que tem potencial terapêutico. No entanto, na experiência aqui relatada, a heterogeneidade do grupo favoreceu um ambiente terapêutico em que as grandes diferenças entre os participantes representaram importante contribuição terapêutica para as transformações vividas pela paciente. Aqui a homogeneidade reside numa condição: na adolescência e não num diagnóstico comum. Parece ser então o processo terapêutico grupal, seja ele em grupo homogêneo ou heterogêneo, que cria condições favoráveis às mudanças pessoais, através da rica troca de experiências, e facilita a ressignificação de valores, crenças e sentimentos. Ao atingir tal estágio no processo terapêutico, as pessoas relatam diminuição no grau de sofrimento vivenciado e o sentimento de uma vida mais satisfatória.

## REFERÊNCIAS

BALLONE, G. J. Anorexia Nervosa. *PsigWeb: Psiquiatria Geral*. Disponível em: <<http://gballone.sites.uol.com.br/anorexia.html>>. Acesso em: 21 nov. 2006.

BECKER, A. E. *et al.* Eating disorders. *New England Journal of Medicine*, Boston, v. 340, n. 8, p. 1092-1098, feb. 1999.

BEHELLI, L. P. C., SANTOS, M. A. Psicoterapia de grupo: como surgiu e evoluiu. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, p. 242-249, mar./abr. 2004.

\_\_\_\_\_. O paciente na psicoterapia de grupo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, p. 118-125, jan./fev. 2005a.

\_\_\_\_\_. O terapeuta na psicoterapia de grupo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 249-254, mar./abr. 2005b.

CAÑETE, M. C. V.; SILVA, F. C.; VITALLE, M. S. S. Relato de caso: anorexia nervosa e comorbidades na adolescência. In: CONGRESSO PAULISTA DE PEDIATRIA, 11., 2007, São Paulo. *Anais...* São Paulo: CONGRESSO PAULISTA DE PEDIATRIA, 2007. 1 CD-ROM.

CASIERO, D.; FRISHMAN, W. H. Cardiovascular complications of eating disorders. *Cardiology in Review*, San Francisco, v. 14, n. 5, p. 227-231, sep-oct. 2006.

CASTRO, M. J.; GOLDSTEIN, J. S. Eating attitudes and behaviors of pré-and postpubertal females: clues to the etiology of eating disorders. *Physiology and Behavior*, Elmsford, v. 58, n. 1, p. 15-23, jul. 1995.

CORDÁS, T. A. Transtornos Alimentares: classificação e diagnóstico. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 188-194, jul.-ago. 2004.

CORDÁS, T. A.; SALZANO, F. T.; RIOS, S. R. Os transtornos alimentares e a evolução no diagnóstico e no tratamento. In: PHILIPPI, S. T.; ALVARENGA, M. (Org.). *Transtornos Alimentares: uma visão nutricional*. São Paulo: Manole, 2004. p. 39-62.

CRISAFULLI, M. A.; HOLLE, A. V.; BULIK, C. M. Attitudes towards anorexia nervosa: the impact of framing on blame and stigma. *International Journal of Eating Disorders*. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1002/eat.20507>>. Acesso em: 30 de março 2008.

GIORDANI, R. C. F. A auto-imagem corporal na anorexia nervosa: uma abordagem sociológica. *Psicologia & Sociedade*, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p.81-88, mai./ago. 2006.

GORGATI, S. B., HOLCBERG, A. S., OLIVEIRA, M. D. Abordagem psicodinâmica no tratamento dos transtornos alimentares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 44-48, dez. 2002.

HOLK, H. W. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, Pittsburgh, USA, v. 19, n. 4, p. 389-394, jul. 2006.

KAPLAN, A. S. Psychological treatments for anorexia nervosa: a review of published studies and promising new directions. *Canadian Journal of Psychiatry*, Ottawa, v. 47, n. 3, p. 235-242, apr. 2002.

MISRA, M. *et al.* Effects of anorexia nervosa on clinical, hematologic, biochemical, and bone density parameters in community-dwelling adolescent girls. *Pediatrics*, Elk Grove Village, USA, v. 114, n. 6, p. 1574-1583, dec. 2004.

MORGAN, C. M.; VECCHIATTI, I. R.; NEGRÃO, A. B. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 24, supl.3, p. 18-23, dez. 2002.

PEREÑA, F. G. Body and subjectivity: about anorexia nervosa. *Revista Española de Salud Pública*, Madrid, v. 81, n. 5, p. 529-542, sep./oct. 2007.

PINZON, V. *et al.* Peculiaridades do tratamento da anorexia e da bulimia nervosa na adolescência: a experiência do PROTAD. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 167-169, jul./ago. 2004.

RUSCA, R. An existentialist approach to anorexia nervosa. *American Journal of Psychotherapy*, New York, v. 57, n. 4, p. 491-498, 2003.

SANTOS, M. A. Sofrimento e esperança: grupo de pacientes com anorexia e bulimia nervosas. *Revista do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto*, Ribeirão Preto, v. 39, n. 3, p. 386-401, jul./set. 2006.

SILVA, M. R. da. Anorexia nervosa em crianças e adolescentes: uma experiência clínica hospitalar. *Psicoterapia e Estudos Psicossociais*, São Paulo, v. II, n. 1, p. 21-40, jan.-jul. 2003.

STONE, M. *et al.* Bone changes in adolescent girls with anorexia nervosa. *Journal of Adolescent Health*, New York, v. 39, n. 6, p. 835-841, dec. 2006.

TAKEY, M., EISENSTEIN, E. Abordagem de adolescentes com anorexia nervosa: relato de caso. *Revista Brasileira de Nutrição Clínica*, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 174-177, abr./maio/jun. 2006.

WEINBERG, C.; CORDÁS, T.; MUNOZ, P. A. Santa Rosa de Lima: uma santa anoréxica na América Latina? *Revista de Psiquiatria Clínica do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, v. 27, n. 1, p. 51-56, jan./abr. 2005.

Recebido em: agosto de 2007

Aceito em: fevereiro de 2008