

PERTURBAÇÕES DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR EM ADOLESCENTES

O Que Procurar?

Sílvia BACALHAU, Pascoal MOLEIRO

RESUMO

Introdução: A elevada incidência e prevalência das Perturbações do Comportamento Alimentar torna imprescindível a familiaridade dos profissionais de saúde com a detecção precoce e abordagem apropriada deste grupo de patologias.

Objectivos: Caracterizar a população adolescente seguida em Consulta de Medicina do Adolescente do Serviço de Pediatria do Hospital Santo André de Leiria por Perturbação do Comportamento Alimentar quanto ao tipo de perturbação, presença de sinais e sintomas de alerta e factores de risco para uma detecção precoce da patologia.

Métodos: Estudo analítico retrospectivo realizado através da consulta de processos clínicos e respectivos questionários de primeira consulta da população adolescente seguida por Perturbação do Comportamento Alimentar, entre Agosto de 2005 e Abril de 2008. Foram utilizados os critérios de diagnóstico da *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition* para definição dos tipos de Perturbação do Comportamento Alimentar.

Resultados: Foram incluídos 22 adolescentes, dos quais 20 pertenciam ao sexo feminino. Preencheram todos os critérios de Anorexia Nervosa cinco adolescentes, e os de Bulimia Nervosa dois. Os restantes 15 enquadraram-se numa Perturbação do Comportamento Alimentar Sem Outra Especificação.

A totalidade da amostra apresentou medo intenso em ganhar peso e 20 adolescentes uma perturbação da imagem corporal. Admitiram ter comportamentos de restrição alimentar todos os adolescentes, comportamentos compensatórios metade dos adolescentes e episódios recorrentes de compulsão alimentar quatro. A quase totalidade revelou algum tipo de queixa somática e 19 apresentaram queixas do foro psicológico. Tinham antecedentes pessoais de obesidade/excesso de peso um terço da população estudada. À data da 1ª consulta, a maioria tinha perda ponderal. Apresentaram um peso corporal inferior a 85% do peso alvo seis adolescentes. Sofreram de amenorreia secundária um terço das adolescentes pós-menarca. Metade referia família disfuncional e um quarto apresentava pais separados; oito adolescentes tinham familiares com distúrbios psiquiátricos.

Conclusão: A maioria dos adolescentes enquadrou-se numa Perturbação do Comportamento Alimentar Sem Outra Especificação, resultado concordante com outras casuísticas nestas idades. Este facto implica que na prática a suspeição de uma Perturbação do Comportamento Alimentar num adolescente não deva ser restrita ao cumprimento dos critérios das outras categorias. Deve ser dada relevância, para uma detecção precoce, a aspectos como uma perda ponderal, mesmo sem índice de massa corporal anómalo, um comportamento alimentar desadequado, uma insatisfação quanto à imagem corporal, associados a uma multiplicidade de queixas psicossomáticas e num ambiente familiar disfuncional.

SB., P.M.: Serviço de Pediatria. Hospital de Santo André. Leiria

© 2010 CELOM

SUMMARY

EATING DISORDERS IN ADOLESCENTS

What To Look For?

Background: Increase in the incidence and prevalence of Eating Disorders have made it increasingly important that Health Care Professionals be familiar with the early detection and appropriate management of this group of disorders.

Objectives: To characterize an adolescent population followed in Adolescent Medicine office visit of Pediatric Department in Leiria's Hospital with Eating Disorders for type of disorder, presence of alert signs and symptoms and risk factors for an early detection of disease.

Methods: Retrospective analytic study conducted by consulting clinical processes and first office visit questionnaires of adolescent population followed for Eating Disorders, between August 2005 and April 2008. Criteria of *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition* were considered to define Eating Disorder type.

Results: Twenty two adolescents were included, with 20 girls. Five adolescents met all Anorexia Nervosa criteria and two met all Bulimia Nervosa criteria. The other 15 were included in Eating Disorder Not Otherwise Specified.

All samples showed intense fear of gaining weight and 20 adolescents a disturbed body image. All adolescents confessed having restrictive eating attitudes, half had compensatory behaviors and four assume having recurrent episodes of binge eating. Almost all revealed some type of somatic complaint and 19 showed psychological symptoms. One third of this population had personal history of obesity/overweight. Most adolescents presented weight lost when observed in the first office visit. Six adolescents showed body weight under 85% of that expected. One third of post-menarche adolescents suffered from secondary amenorrhea. Half of adolescents reported dysfunctional family and one quarter had separate parents; eight adolescents had family history of mental illness.

Conclusion: Most adolescents were included in the diagnosis of Eating Disorder Not Otherwise Specified, according with other studies in this age. This fact implies that in practice the suspicion of an Eating Disorder in an adolescent should not be restricted to the meeting of other categories criteria. For an early detection, relevance should be given to aspects like a weight loss even without an abnormal body mass index, an inappropriate eating attitude, a dissatisfaction with body image, associated with a multiplicity of psychosomatic complaints, in a dysfunctional family environment.

INTRODUÇÃO

As Perturbações do Comportamento Alimentar (PCA) nos adolescentes e os comportamentos inapropriados de controlo de peso alcançaram proporções preocupantes nos países ocidentais. Estes comportamentos variam desde dietas excessivas a distúrbios alimentares completos. Correspondem à terceira doença crónica mais prevalente nos adolescentes, a seguir à obesidade e à asma¹.

Estima-se no sexo feminino, uma prevalência ao longo da vida de 0,5 a 3,7% para a Anorexia Nervosa e de 1,1 a 4,2% para a Bulimia Nervosa. A proporção da prevalência entre os sexos masculino e feminino varia de um para seis a um para dez².

Nos Estados Unidos da América (EUA), o *National Center for Health Statistics* (NCHS) tem conduzido um programa de investigação intitulado *National Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES), com o objetivo de avaliar o estado de saúde e nutrição dos adultos e crianças naquele país, através da realização de entrevista clínica, exame físico e avaliação laboratorial. No âmbito dos Distúrbios Mentais definidos pela *DSM IV* (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*), O NHANES estimou entre 2001 e 2004 uma prevalência de Perturbação do Comportamento Alimentar de 0,1% entre os oito e os 15 anos (0,1% para a Anorexia Nervosa e 0,1% para a Bulimia Nervosa)³.

A Anorexia e Bulimia têm sido foco de atenção e de

investigação nas últimas décadas. No entanto, um grande número de adolescentes tem demonstrado comportamentos alimentares desadequados porém não cumprindo completamente os critérios diagnósticos da *DSM IV* para uma PCA específica (Anorexia e Bulimia) (Quadro 1)⁴. Estas perturbações são designadas de PCA Sem Outra Especificação ou PCA Parcial. Apresentam as mesmas consequências físicas e psicológicas de uma PCA específica e podem evoluir para uma categoria específica de PCA. Esta entidade é provavelmente desconhecida por muitos clínicos. Estudos epidemiológicos demonstram uma grande variedade na prevalência estimada das PCA Sem Outra Especificação, desde 0,8 a 14% na população adolescente¹.

A elevada incidência e prevalência das PCA nos adolescentes torna imprescindível a familiaridade dos clínicos, nomeadamente Pediatras e Médicos de Medicina Geral

e Familiar com a detecção precoce e abordagem apropriada das PCA⁵.

Com este estudo, pretendeu-se: caracterizar a população adolescente seguida em Consulta de Medicina do Adolescente do Hospital Santo André de Leiria (HSA) por PCA, quanto ao tipo de PCA, à presença de sinais e sintomas de alerta e factores de risco para uma detecção precoce deste grupo de patologias.

MATERIALE MÉTODOS

Realizou-se um estudo analítico retrospectivo através da consulta do processo clínico e respectivo questionário de primeira consulta dos adolescentes seguidos por PCA na Consulta de Medicina do Adolescente do HSA, de Agosto de 2005 a Abril de 2008.

Quadro 1 – Diagnóstico de Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa e PCA Sem Outra Especificação, pela DSM IV⁴

Anorexia Nervosa

1. Medo intenso em ganhar peso ou engordar, apesar de peso abaixo do normal
2. Recusa em manter o peso corporal num nível igual ou acima do mínimo normal adequado à idade e estatura (ou seja, perda ponderal com consequente peso corporal inferior a 85% do peso alvo, ou falha em ganhar peso durante o período de crescimento com consequente peso inferior a 85% do esperado)
3. Perturbação da imagem corporal, com influência excessiva da forma corporal e peso na auto-avaliação, ou negação do baixo peso corporal
4. Amenorreia ou ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos

Tipos:

Restritivo: sem compulsão ou purgação (vómitos induzidos ou uso de laxantes e diuréticos)

Compulsão/purgação: compulsão e purgação regulares num doente que também cumpre os critérios acima descritos para Anorexia Nervosa.

Bulimia Nervosa

1. Episódios recorrentes de compulsão alimentar, caracterizados pela:
 - a. Ingestão de uma quantidade substancial de alimentos num curto espaço de tempo (por exemplo, duas horas)
 - b. Ausência de controlo da ingestão durante a compulsão alimentar
2. Comportamentos compensatórios recorrentes e inapropriados para prevenção do ganho ponderal, através da indução do vómito, uso de laxantes, diuréticos, jejum ou exercício físico excessivo
3. A compulsão alimentar ou os comportamentos compensatórios ocorrem, em média, pelo menos duas vezes por semana, por pelo menos três meses
4. A auto-avaliação é excessivamente influenciada pela forma corporal ou pelo peso
5. O distúrbio não ocorre exclusivamente durante episódios de Anorexia Nervosa

Tipos:

Purgativo: uso regular da indução do vómito ou uso de laxantes/diuréticos

Não purgativo: uso de outros comportamentos compensatórios inapropriados, como o jejum ou o exercício físico excessivo, na ausência do uso regular do vómito ou de medicação para purgar.

Perturbação do Comportamento Alimentar Sem Outra Especificação

1. Todos os critérios de Anorexia Nervosa, excepto amenorreia
2. Todos os critérios de Anorexia Nervosa, excepto peso adequado à idade e estatura
3. Todos os critérios de Bulimia Nervosa, excepto compulsão alimentar menos de duas vezes por semana ou menos de três vezes por mês
4. Doente com peso corporal normal com comportamentos compensatórios inapropriados e regulares após a ingestão de pequenas quantidades de alimentos (por exemplo, indução do vómito após ingestão de duas bolachas)
5. Doente que mastiga ou expele repetidamente grandes quantidades de alimento sem deglutir
6. Perturbação de compulsão alimentar: compulsão alimentar recorrente na ausência de comportamentos compensatórios inapropriados de Bulimia Nervosa.

Do processo clínico, foram analisados dados relativos à somatometria, satisfação corporal, medo de engordar, comportamentos alimentares (restrição alimentar e compulsão alimentar) e comportamentos compensatórios (exercício físico excessivo, indução do vômito, uso de diuréticos, laxantes ou medicação para emagrecer), queixas psicossomáticas, antecedentes pessoais e familiares, factores de risco e tipo de PCA.

Para determinar o peso alvo dos adolescentes da nossa amostra, calculámos o peso correspondendo ao Índice de Massa Corporal (IMC) no Percentil 50 (P₅₀) para a idade e sexo em cada consulta, utilizando a seguinte fórmula: $\text{Peso alvo} = \text{IMC no P}_{50} \times (\text{estatura})^2$.

Foi definida a perturbação da imagem corporal com base no diário clínico da consulta quando a auto-avaliação do adolescente era excessivamente influenciada pela sua imagem corporal. Deste modo, foram incluídos os adolescentes que apesar de um IMC inferior ao percentil 75, se mostraram insatisfeitos com a sua imagem corporal.

O questionário de primeira consulta é preenchido a sós e de forma sistemática na primeira consulta por todos os adolescentes seguidos na Consulta de Medicina do Adolescente. Consiste num conjunto de questões fechadas (respostas: sim ou não) de carácter geral para avaliação biopsicossocial. Aborda aspectos relacionados com o ambiente familiar, relação com os progenitores, utilização de drogas, pensamentos de morte, etc. No presente estudo, foram consideradas as perguntas relativas aos comportamentos alimentares (*Estás a fazer algum tipo de dieta alimentar?, Acontece muitas vezes não fazeres certas refeições?*) e à satisfação corporal (*Achas-te muito gordo(a)?, Há partes do teu corpo das quais não gostas?*).

Definiu-se a atitude de restrição alimentar, quando se verificou uma resposta afirmativa a uma ou ambas as perguntas do questionário relacionadas com os comporta-

mentos alimentares (*Estás a fazer algum tipo de dieta alimentar?, Acontece muitas vezes não fazeres certas refeições?*). Consideraram-se insatisfeitos quanto à sua imagem corporal os adolescentes que responderam afirmativamente a uma ou ambas as questões *Achas-te muito gordo(a)?, Há partes do teu corpo das quais não gostas?*.

Para validação das respostas às questões relativas aos comportamentos alimentares e à satisfação corporal, procedeu-se à comparação com uma amostra aleatória de adolescentes seguidos na mesma consulta por patologias diversas. Esta amostra de controlo apresentava o mesmo número de adolescentes, com média de idades sobreponível e com distribuição de género semelhante à da nossa população. Foi estabelecido como critério de exclusão, os adolescentes seguidos na consulta por obesidade.

Foram utilizados os critérios da *DSM IV* para classificação do tipo de PCA.

A análise estatística foi realizada com o software SPSS 15.0[®] for Windows (SPSS Inc; Chicago, Ill., EUA, 2006). A análise comparativa foi realizada pelo teste de Qui-Quadrado (χ^2) e teste exacto de Fisher para variáveis categóricas. Valores de *p* inferiores a 0,05 foram considerados com significado estatístico.

RESULTADOS

Foram incluídos 22 adolescentes seguidos por PCA, correspondendo a 6,5% do total de adolescentes seguidos na Consulta de Medicina do Adolescente (total de 339 adolescentes). No período considerado, pertenciam ao sexo feminino 20 adolescentes (91%) e ao sexo masculino dois, representando uma proporção de dez para um. O início da sintomatologia da PCA ocorreu em média aos 13,4 anos, com uma mediana de 13,8 anos, um mínimo de 10,8 anos e um máximo de 16,4 anos. Verificou-se entre a primeira consulta e o início dos sintomas um tempo médio

Quadro 2 – Restrição alimentar e insatisfação corporal, com base no questionário de primeira consulta (n = 22)

Variável	Questões colocadas	Número	%
Restrição alimentar	Estás a fazer algum tipo de dieta alimentar?	11	50
	Acontece muitas vezes não fazeres certas refeições?	14	64
	Estás a fazer algum tipo de dieta alimentar e/ou acontece muitas vezes não fazeres certas refeições?	18	82
Insatisfação corporal	Achas-te muito gordo(a)?	16	73
	Há partes do teu corpo das quais não gostas?	16	73
	Achas-te muito gordo(a) e/ou há partes do teu corpo das quais não gostas?	17	77

de *latência* de 6,5 meses, com uma idade média na primeira consulta de 14,1 anos (mínimo 11,2 anos, máximo de 16,7 anos).

Os dados relativos à insatisfação quanto à imagem corporal e às atitudes de restrição alimentar obtidos com base nas respostas ao questionário de primeira consulta, estão expostos no quadro 2.

Apresentavam comportamentos de restrição alimentar 18 adolescentes (82%), ou seja, realizavam uma dieta alimentar e/ou saltavam refeições. Apresentavam uma insatisfação quanto à sua imagem corporal 17 adolescentes (77%), achando-se gordo(a) e/ou não gostando de partes do corpo.

No quadro 3, apresentam-se os dados comparativos entre a nossa amostra e a amostra de controlo quanto às respostas às perguntas seleccionadas do questionário de primeira consulta.

Constatámos que existe na população em estudo um número superior de adolescentes insatisfeitos quanto à sua imagem corporal e com comportamentos de restrição alimentar, comparativamente com a amostra de controlo. Foi encontrada uma relação estatisticamente significativa entre as variáveis que avaliam a insatisfação corporal e a realização de dieta alimentar com a presença de PCA.

Através da entrevista ao adolescente e à família durante o seguimento em consulta, apurou-se que 20 adolescentes apresentaram uma perturbação da imagem corporal, ou seja, mostraram-se insatisfeitos com a sua imagem corporal apesar de um IMC inferior ao percentil 75. Por outro lado, a totalidade da amostra confessou um medo intenso em ganhar peso.

Todos admitiram algum tipo de restrição alimentar e quatro adolescentes (18%) afirmaram sofrer de episódios recorrentes de comportamentos de compulsão alimentar. Metade da população em estudo admitiu a utilização recorrente de comportamentos compensatórios que consistiam na prática aumentada de exercício físico. Destes, cinco recorreram igualmente à indução do vómito. Nenhum adolescente utilizou diuréticos, laxantes ou medicação para emagrecer.

No que respeita à somatometria à data da primeira consulta, 77% da amostra apresentava um IMC compreendido entre o percentil dez e o percentil 85. Referiram história de perda ponderal até à primeira consulta a mesma percentagem de adolescentes. Alcançaram em algum momento da evolução da doença um peso inferior a 85% do peso alvo seis dos adolescentes (27%).

A quase totalidade da população (95%) revelou algum tipo de queixa somática, sendo as mais frequentes a perturbação do sono, a fadiga, a lipotímia, a cefaleia e a mialgia. Referiram queixas psicológicas 77% dos adolescentes, das quais se destacaram a tristeza, a baixa auto-estima, a labilidade emocional, o isolamento social, o pensamento de morte e a ideação suicida. Das 18 adolescentes pós-menarca, seis (33%) sofreram de amenorreia secundária.

Preencheram critérios de Anorexia Nervosa cinco adolescentes (23%), dos quais um rapaz e de Bulimia Nervosa dois (9%). Os restantes quinze (68%) adolescentes enquadraram-se no grupo da PCA Sem Outra Especificação.

Relativamente aos factores de risco, 32% da amostra tinha história de obesidade ou excesso de peso e 32% apresentava antecedentes pessoais de depressão. Referiram antecedentes familiares relevantes 77% da população, nomeadamente família disfuncional (oito casos), pais separados (cinco casos) e distúrbios psiquiátricos (sete casos, dos quais dois casos de PCA).

DISCUSSÃO

As PCA representam uma fracção importante das Consultas de Medicina do Adolescente do Serviço de Pediatria do HSA, com a maioria dos adolescentes pertencentes ao sexo feminino.

Nesta população, foi encontrada uma idade precoce de início dos sintomas, com um mínimo de 10,8 anos. Embora a literatura aponte para prevalências superiores em idades no final da adolescência, não devem ser descuradas idades mais precoces.

Os dados epidemiológicos em Portugal são escassos

Quadro 3 – Comparação das respostas ao questionário entre a amostra estudada e a amostra de controlo

Questões colocadas	Adolescentes com PCA (n = 22)	Grupo de controlo (n _c = 22)	Teste de Fisher
Achas-te muito gordo(a)?	16	6	p = 0,003
Há partes do corpo das quais não gostas?	16	4	p = 0,000
Estás a fazer algum tipo de dieta?	11	2	p = 0,003
Acontece muitas vezes não fazeres certas refeições?	14	10	p = 0,182

e datam de há vários anos. Em 1999, Pocinho avaliou 549 estudantes do ensino secundário e superior (224 do sexo masculino e 325 do sexo feminino) com idades compreendidas entre os 12 e os 22 anos, da área de Coimbra. Baseado nas respostas de auto-relato das participantes do sexo feminino, o autor estimou uma prevalência de 0,6% para a anorexia nervosa, 1,2% para a bulimia nervosa e 19% para a PCA Sem Outra Especificação⁶.

Em concordância com esta casuística, a maioria das Perturbações do Comportamento Alimentar dos adolescentes do nosso estudo classifica-se como PCA Sem Outra Especificação.

De salientar que os dados relativos à restrição alimentar e à insatisfação corporal não são idênticos quando analisadas ambas as fontes de informação, com uma taxa superior baseado no diário clínico. O questionário de primeira consulta é um bom método de triagem e de identificação de problemas major, permitindo no entanto omissões por parte do adolescente, pelo que uma abordagem baseada na construção de uma relação de confiança entre o médico, nomeadamente o Pediatra, e o adolescente é essencial para compreender a amplitude do problema.

A insatisfação corporal e a realização de dieta alimentar apresentaram uma relação estatisticamente significativa com a presença de PCA. No entanto, é preocupante verificar que dos adolescentes não obesos seguidos na Consulta de Medicina do Adolescente sem PCA, uma percentagem importante sentia-se muito gordo(a) (27%), não gostava de partes do corpo (18%) e saltava refeições (45%).

Estudos anteriores também evidenciaram estes aspectos:

- Em 1996, o Núcleo de Doenças do Comportamento Alimentar do Hospital de Santa Maria, em Lisboa, realizou um estudo para estimar a prevalência da Anorexia Nervosa em jovens do sexo feminino nos distritos de Lisboa e Setúbal. Concluíram que das 2398 jovens do sexo feminino que integravam a amostra, 0,4% apresentava um quadro de Anorexia Nervosa, 12,6% um quadro de PCA Sem Outra Especificação – *perda de peso inferior a 15% e sem amenorreia* e sete por cento tinha uma perturbação da imagem corporal sem perda de peso. Verificaram ainda que 38% das jovens com peso normal ou baixo desejavam ser mais magras, 49% diziam ter *uma parte do corpo gorda* e 51,5% tinham *horror a aumentar de peso*⁷.

- Em 2001, a Faculdade de Motricidade Humana elaborou um estudo junto de 6903 adolescentes de todo o país, entre os 11 e os 16 anos. Para esse efeito foi utilizado o questionário *Comportamento e Saúde em Jovens em Idade Escolar* adaptado do estudo europeu *Health Behaviour in School-Aged Children* que aborda questões relaciona-

das com expectativas para o futuro, história de consumos de risco, prática de exercício físico e tempos livres, hábitos alimentares e de higiene, bem estar e apoio familiar, ambiente na escola, imagem pessoal, queixas de sintomas psicológicos e somáticos e crenças e atitudes face ao Vírus da Imunodeficiência Humana. Os resultados mostraram que 43% dos adolescentes apresentavam uma insatisfação corporal e sete por cento encontravam-se a fazer dieta⁸.

Em suma, devem ser considerados adolescentes de risco aqueles que apresentam um comportamento alimentar desadequado como saltar refeições ou fazer algum tipo de dieta e os que se sentem insatisfeitos com a sua imagem corporal.

A grande maioria da amostra não apresentava à data da primeira consulta um IMC anómalo, não fazendo suspeitar de uma PCA. A história de perda ponderal deve alertar para esta patologia, mesmo com um IMC normal.

Conceição Costa e colaboradores realizaram em 2003 o estudo «Determinants of Eating Disorders Symptomatology in Portuguese Adolescents» onde verificaram que à medida que aumenta o IMC, também aumentam as preocupações com as dietas e peso, com a satisfação corporal global ou com partes do corpo e consequentemente o risco de florescer uma PCA⁹. Este resultado é consistente com o número importante de adolescentes com antecedentes pessoais de obesidade / excesso de peso na nossa amostra.

Foram identificados neste estudo outros factores de risco para o desenvolvimento de PCA também descritos na literatura: antecedentes pessoais de patologia psiquiátrica, antecedentes familiares de família disfuncional, pais separados, antecedentes familiares psiquiátricos, nomeadamente de PCA¹⁰.

Os profissionais de saúde têm um papel único na detecção da instalação de uma PCA e no impedimento da sua progressão num estágio precoce da doença. A prevenção primária e secundária passa pelo rastreio da PCA como parte integrante da consulta de rotina anual, através da monitorização do peso e estatura, e dando especial atenção a sinais e sintomas de uma PCA incipiente.

CONCLUSÃO

Perante este estudo, podemos aferir que a suspeição de PCA não deve ser restrita ao cumprimento rigoroso dos critérios de Anorexia e Bulimia Nervosa. Deve ser dada extrema importância à PCA Sem Outra Especificação, entidade pouco divulgada.

Para uma detecção precoce de uma PCA, sugerimos que sejam procurados os seguintes aspectos:

- uma perda ponderal, mesmo sem índice de massa corporal anómalo;
- um comportamento alimentar desadequado, como o simples facto de saltar refeições;
- uma insatisfação quanto à sua imagem corporal, nomeadamente o facto de não gostar de partes do seu corpo;
- associado a uma multiplicidade de queixas psicossomáticas;
- integrado num ambiente familiar disfuncional.

Conflito de interesses:

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

Fontes de financiamento:

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

BIBLIOGRAFIA

1. CHAMAY-WEBER C, NARRING F, MICHAUD P: Partial eating disorders among adolescents: A review. *J Adolescent Health* 2005;37:417-427
2. HOEK HW, VAN HOEKEN D: Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *Int J Eat Disord* 2003;34:383-396
3. MERIKANGAS KR, HE JP, BRODY D, FISHER PW, BOURDON K, KORETZ DS: Prevalence and Treatment of Mental Disorders Among US Children in the 2001-2004 NHANES. *Pediatrics* 2010;125:75-81
4. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edn. Washington, DC: Am Psychiatric Association 1994
5. Committee on Adolescence: Identifying and Treating Eating Disorders. *Pediatrics* 2003;111:204-211
6. POCINHO M: Peso, insatisfação corporal, dietas e patologia alimentar. Instituto Miguel Torga. Tese de Mestrado não publicada. 1999
7. ISABEL DO CARMO, D. REIS, P. VARANDAS et al: Prevalence of Anorexia Nervosa: a Portuguese Population Study. *Eur Eat Disord Rev* 1998;4:157-170
8. MATOS M, CARVALHOSA S, FONSECA H: O Comportamento Alimentar Dos Jovens Portugueses. 2001. Faculdade de Motricidade Humana 5, 1
9. COSTA C, RAMOS E, SEVERO M, BARROS H, LOPES C: Determinants of Eating Disorders Symptomatology in Portuguese Adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2008;162(12): 1126-32
10. ROME E, AMMERMAN S, ROSEN D et al: Children and Adolescents With Eating Disorders: The State of the Art. *Pediatrics* 2003;111: e98-e108
11. ALVIN P, ARCHAMBEAUD MP, ATHÉA N et al: Anorexias et Boulimies à l'adolescence. Groupe Liaison 2001
12. MUISE A, STEIN D, ARBESS G: Eating Disorders in Adolescent Boys: A Review of the Adolescent and Young Adult Literature. *J Adolescent Health* 2003;33:427-435
13. MACHADO P, FERNÁNDEZ M, GONÇALVES S et al: Eating Related Problems Amongst Iberian Female College Students. *Intl J Clin Health Psychol* 2004;3:495-504

Hospital de Santo André
Leiria



Pediatria