

Anorexia Nervosa: O outro lado do espelho...

Ana Pereira - Bruno Mendes - Joana Sezões -
Susana Esteves - Tânia Mestre - Telma
Machado - Lino Ramos

RESUMO

Com o intuito de alcançarem o corpo ideal, muitos jovens adoptam comportamentos alimentares inadequados. As pessoas com anorexia nervosa têm como principal objectivo a perda de peso, chegando a adoptar estratégias pouco ortodoxas para o conseguir. Numa perturbação alimentar como a anorexia nervosa, ocorrem diversas alterações a nível psicológico, físico e metabólico.

Torna-se importante a intervenção do enfermeiro junto das pessoas com esta perturbação alimentar, de modo a poderem ultrapassar os seus problemas de perda de apetite e de diminuição de auto-estima.

Palavras – chave: anorexia nervosa; auto-estima diminuída; perda de apetite; perturbações alimentares.

ABSTRACT

In order to achieve the ideal body, many young people engage in inappropriate eating behaviors. People with anorexia nervosa have the primary aim of weight loss, coming to

adopt unorthodox strategies to achieve their goal. In an eating disorder like anorexia nervosa, there are psychological, physical and metabolic changes.

It is important to nurses intervention with people with this eating disorder, so that they can overcome their problems of loss of appetite and diminished self-esteem.

Key - Words: anorexia nervosa nervous anorexy; low self-esteem; loss of appetite; eating disorders.

ANOREXIA NERVOSA

Considerações iniciais

Com as exigências estéticas da sociedade actual e um ideal de beleza que não contempla o excesso de peso, muitas pessoas acabam por adoptar comportamentos menos correctos no que toca à alimentação, surgindo assim muitas vezes perturbações alimentares.

As perturbações alimentares mais comuns são a anorexia nervosa e a bulimia. Neste artigo iremos focar-nos na anorexia nervosa, embora seja também feita uma breve referência aos dois outros termos de modo a compreender-se as diferenças entre os mesmos.

A anorexia nervosa é uma perturbação alimentar que afecta em maioria as mulheres e que se caracteriza pelo medo de ganhar peso e o desejo de emagrecer. Estes factores acabam por levar a pessoa a adoptar estratégias de forma a perder peso, acabando por ter padrões de alimentação desadequados e prejudiciais à sua saúde ^{(1) (2)}.

Inerente a estes comportamentos desadequados, surgem complicações metabólicas, principalmente no sistema

gastrointestinal, cardiovascular e hematológico ⁽³⁾.

Geralmente existe por parte da pessoa com anorexia nervosa a tendência a negar ou a ignorar a patologia ⁽³⁾. Esta negação é um dos primeiros problemas a confrontar, visto que sem que a pessoa admita que está doente e precisa de ajuda, o processo de cura torna-se mais problemático e menos eficaz ⁽⁴⁾. Cabe ao enfermeiro criar as condições para que se estabeleça uma relação de confiança entre ele e a pessoa com anorexia, visto que isso será facilitador do tratamento ⁽⁴⁾. A longo prazo, a auto-estima diminuída e a perda de apetite são dois dos principais focos em que o enfermeiro vai intervir numa tentativa de devolver à pessoa maior controlo sobre o seu corpo, sobre a alimentação, e no fim, sobre a sua vida ⁽⁵⁾.

O papel do enfermeiro é relevante, não só junto da pessoa com anorexia nervosa mas também da família desta, visto que isto também contribui para o sucesso do tratamento e ainda ajuda a fortalecer as relações familiares.

Definição e critério de diagnóstico

O termo anorexia deriva do grego *orexis* (apetite) acrescido do prefixo *an* (ausência, privação). A anorexia nervosa pode ser definida como uma perturbação alimentar que se caracteriza pelo medo patológico de ganhar peso, levando a restrições alimentares auto-impostas e padrões bizarros de alimentação que a pessoa adota para reduzir o peso ^{(1) (2)}.

Como problema de saúde relevante está associado a morbilidade biológica, psicológica e social, podendo em casos mais extremos e a longo prazo, conduzir à própria morte ⁽⁶⁾.

Os critérios de diagnóstico para a Anorexia Nervosa (AN) segundo o DSM IV – *American Psychiatric Association* – APA (1994), compreendem os seguintes aspectos ⁽¹⁾:



Conceitos – Chave

Torna-se importante distinguir anorexia de anorexia nervosa, pela confusão que por vezes se gera em torno destes dois conceitos. Deste modo, segundo Davis *et al* (2004) cit. por Silva (2005), anorexia consiste na perda de apetite, saciedade precoce, combinação de ambas ou alteração das preferências alimentares.

Deste modo, anorexia é apenas uma mera falta de apetite, enquanto a anorexia nervosa está associada a um desejo de perder peso.

Por outro lado é importante também referenciar o conceito de bulimia, .

Segundo Cordás (2004), “a bulimia nervosa caracteriza-se por grande ingestão de

alimentos com sensação de perda de controlo, os chamados episódios bulímicos. A preocupação excessiva com o peso e a imagem corporal levam o paciente a métodos compensatórios inadequados para o controle de peso como vômitos auto-induzidos, uso de medicamentos (diuréticos, inibidores de apetite, laxantes), dietas e exercícios físicos”.

Estes métodos compensatórios reduzem o medo de ganhar peso e o desconforto subjacente à ingestão excessiva de alimentos, e ocorrem normalmente, às escondidas ⁽⁶⁾.

Assim sendo, a grande semelhança entre a anorexia nervosa e a bulimia nervosa é o desejo de emagrecer, sendo que o que as diferencia é a forma adoptada para atingir esse objectivo. Enquanto na primeira existe privação de ingestão de alimentos, na segunda há uma ingestão excessiva seguida de vômito auto-induzido.

Epidemiologia

De acordo com o DSM-IV (APA, 1994) estima-se a existência a nível mundial de uma prevalência da anorexia nervosa entre 0,5 a 1% para as mulheres no final da adolescência e jovens adultas.

No que respeita ao panorama nacional, Machado *et al* (2004) refere que os estudos epidemiológicos são ainda escassos para se poder ter uma perspectiva real da extensão do problema, só com esses estudos é que se pode planear a adequação dos serviços às verdadeiras necessidades da população.

Borges *et al* (2006) afirma que essa escassez se deve à dificuldade de diagnóstico das perturbações alimentares, visto as pessoas não admitirem que estão doentes ou que têm um

problema, ou então que se conseguem tratar sozinhas, não procurando assim ajuda profissional. Todavia apresentamos os mais recentes estudos de prevalência da AN em Portugal, que apontam para valores entre 0% e aproximadamente 0,3%, estando assim inferiores aos que se observam noutros países da Europa ⁽⁸⁾.

Etiologia

No que concerne aos aspectos etiológicos das perturbações alimentares, não existe uma verdade imutável que possa ser tomada como certa. Assim sendo, a anorexia nervosa é caracterizada por uma etiologia multidimensional, composta de predisposições genéticas, socioculturais e vulnerabilidades biológicas e psicológicas.

A literatura cita como principais factores etiológicos da anorexia nervosa: sexo, sendo nove vezes mais comum em mulheres do que em homens, e idade, sendo o início geralmente na adolescência ⁽⁹⁾.

Em suma, essa pluralidade de factores etiológicos pressupõe que as abordagens terapêuticas também sejam multidisciplinares, como pode ser observado seguidamente neste artigo, no subcapítulo “*papel do Enfermeiro*”.

Complicações Metabólicas

Por ser uma doença que influencia diversos domínios da vida da pessoa com anorexia e dos que a rodeiam, bem como para concretização do objectivo de melhor adaptação dos cuidados aos mesmos, torna-se importante abordar as complicações metabólicas relacionadas com esta perturbação.

À anorexia nervosa associam-se assim, diversas complicações nos diversos aparelhos, tais como ⁽³⁾:

Contributo do Enfermeiro

O tratamento da anorexia nervosa consiste num processo longo e complexo. Alguns

autores referem que a recuperação completa pode ser atingida em apenas 25% dos casos, que são obtidas melhoras consideráveis em 50% mas que regredem em momentos de stress, ou ainda que em 25% dos casos não existe recuperação apesar de terem recebido tratamento adequado ⁽¹¹⁾.

Assim, torna-se importante ressaltar que, devido à natureza lenta e morosa deste processo de recuperação, cada resultado positivo representa por si só uma grande vitória.

Pele e Anexos – Pele seca com aspecto amarelado pela hipercarotenemia, lanugo, cabelos finos, unhas quebradiças, perda de cabelo;

Sistema Gastrointestinal – Pancreatite, alteração de enzimas hepáticas, diminuição do peristaltismo intestinal, retardamento no esvaziamento gástrico;

Sistema Cardiovascular – Bradicardia, hipotensão, arritmias, insuficiência cardíaca, alterações no ECG (electrocardiograma), entre outras;

Sistema Renal – Edema, cálculos renais, aumento das concentrações de ureia devido à desidratação ou ao catabolismo proteico.

Sistema Hematológico – Anemia, leucopénia, trombocitopénia;

Sistema Reprodutivo – Infertilidade, amenorreia, recém-nascido com baixo peso;

Sistema metabólico – hipocalémia, hiponatremia, hipoglicémia, desidratação;

Sistema Endocrinológico – Amenorreia, diminuição da produção de gonadotrofina e estrogénio, aumento da hormona de crescimento (somatotrofina) e do cortisol, hipercolesterolémia, entre outros;

Outras alterações – Hipotermia, convulsões, alterações inespecíficas no electroencefalograma.

A pessoa com anorexia nervosa poderá encontrar no enfermeiro a ajuda especializada de que necessita. Este desempenha um papel fundamental em diversas áreas do processo de tratamento: a educação alimentar da pessoa e respectiva família; a supervisão comportamental e o ensino familiar para a sua realização no domicílio; o acompanhamento e desenvolvimento de estratégias de *coping*; a intervenção na recuperação da auto-estima e na desconstrução da auto-imagem alterada; o acompanhamento familiar; o encaminhamento para outros profissionais e recursos da comunidade; a prevenção da doença e educação para saúde na comunidade; e a identificação de situações de risco ^{(4) (5) (11)}.

A primeira área de intervenção do enfermeiro passa pela prevenção primária, existindo consenso relativamente a todos os autores consultados ^{(4) (5) (11)}. O conhecimento sobre factores de risco, sintomatologia e processos de manutenção e ocultação da doença exige grande amplitude, de forma a maximizar a capacidade de diagnóstico precoce ⁽¹¹⁾.

Através de sessões de educação para a saúde, dirigidas tanto a adolescentes (em contexto escolar, por exemplo) como às suas famílias, é possível sensibilizar a comunidade para a identificação precoce desta patologia, procurando impedir a sua progressão ⁽¹¹⁾. A principal vantagem da educação comunitária relativa aos factores de risco relaciona-se com o facto das pessoas com anorexia nervosa, na sua maioria, serem obrigadas a aderir ao tratamento por imposição de familiares ⁽¹¹⁾. As sessões de educação para a saúde permitem igualmente iniciar a desconstrução da idealização do corpo perfeito, bem como

desmistificar conceitos errados ligados à doença, como é o caso de ser muitas vezes associada à depressão, facto que se comprova errado, uma vez que o início da doença pode ser concomitante com períodos de sucesso profissional ⁽¹¹⁾.

Neste artigo, serão explorados dois focos principais de actuação de enfermagem na prestação de cuidados a esta população, nomeadamente **a auto-estima diminuída**, secundária à perturbação da auto-imagem corporal, e a **perda de apetite**. As respectivas intervenções ambicionam abranger todos os elementos sensíveis aos cuidados do enfermeiro no que considera esta patologia, de forma a garantir uma abordagem holística da pessoa e uma recuperação integral da sua saúde e do seu bem-estar, assegurando a sua qualidade de vida e de todos os que a rodeiam.

O papel do enfermeiro assume uma acção relevante no campo do tratamento da doença. O processo de cura em si é complexo e envolve a determinação de objectivos a curto e a longo prazo, cujo sucesso depende essencialmente da relação de confiança estabelecida entre o enfermeiro e a pessoa a seu cuidado ⁽¹¹⁾.

Os objectivos a *curto prazo* passam pelo aumento ponderal e pela implementação de psicofármacos, sendo que só após a sua consecução se torna possível passar para uma abordagem mais demorada, como a psicanálise ou a terapia familiar ⁽¹¹⁾. Nesta fase, as intervenções centram-se no tratamento das patologias decorrentes da privação alimentar, bem como no desenvolvimento da relação terapêutica e de estratégias de gestão do medo de recaída ^{(5) (11)}.

A discussão com a pessoa sobre a sua auto-imagem deve ser dirigida aos seus problemas, mantendo uma atitude empática e contemplando a dimensão familiar, sociocultural e biológica deste transtorno ⁽¹¹⁾. A identificação da seriedade da distorção da imagem corporal e de potenciais relações familiares problemáticas permite planificar os cuidados a *longo prazo*, permitindo a manutenção dos novos comportamentos adquiridos e garantindo um acompanhamento familiar eficaz ⁽¹¹⁾.

A negação da patologia é um dos primeiros problemas a confrontar, sendo que sem que a pessoa admita que está doente e precisa de ajuda, o processo de cura torna-se mais difícil e menos eficaz, uma vez que o seu sucesso requer a participação activa da pessoa e conta com a sua motivação e desejo em melhorar ⁽¹¹⁾. Numa abordagem inicial, o internamento com alimentação por sonda e reforço de psicofármacos pode ser benéfico para a sua estabilização física e psicológica, contudo tal só indicado quando a pessoa com anorexia nervosa não se encontra metabolicamente estável ou quando não tem um bom suporte social ^{(7) (11)}.

No que respeita o foco da **auto-estima diminuída**, são sugeridas intervenções para a sua recuperação, uma vez que o seu sucesso se torna fulcral para a adesão às medidas de recuperação de peso. É estabelecida a relação entre a auto-estima diminuída, um sentido crítico da auto-imagem com perturbação da percepção da realidade, e a diminuição da ingestão de alimentos. A capacidade de olhar a pessoa de forma holística, respeitando as suas condições e limitações, é a base da relação

terapêutica para o tratamento desta perturbação alimentar.

Recuperar a auto-estima é um processo complexo, envolvendo duas abordagens separadas: por um lado, não devem existir jogos de poder entre a pessoa e o prestador de cuidados¹; por outro, são realizadas tentativas de *empowerment*, com o objectivo de devolver à pessoa a capacidade de tomada de decisão e controlo sobre a sua vida.

Antes de ser iniciada a construção do contrato terapêutico e serem tomadas medidas para a alteração dos comportamentos alimentares, é necessário estabelecer com a pessoa um clima de confiança, de forma que esta se sinta segura para, a pouco e pouco, abdicar do controlo extremo que tem sobre a alimentação e encontrar novas formas de recuperar o controlo sobre a sua vida ⁽⁴⁾. Conforme explorado anteriormente, a alimentação é vista pelas pessoas com anorexia nervosa como um dos últimos redutos da sua vida que conseguem controlar. Assim, as intervenções para a sua recuperação têm como objectivo capacitar a pessoa para ter maior controlo sobre o seu corpo, sobre a sua alimentação, e por fim, sobre todas as suas actividades de vida ⁽⁵⁾.

A família constitui um recurso indispensável no processo de tratamento desta perturbação alimentar. Apesar da presença de um membro com esta patologia no núcleo familiar constituir um factor de stress, um processo de cura que

¹ Por jogos de poder, Townsend entende como as acções de desafio ou incumprimento, tomadas pela cliente após estabelecidas intervenções, no sentido de em momentos marcados por sentimentos de revolta ou aumento do stress, desencadeiam a resposta psicossomática característica da anorexia, numa intensidade angustiante, especialmente nas primeiras semanas de recuperação (TOWNSEND, 2006: 657 – 672).

envolva o apoio familiar acaba por actuar como um veículo fortalecedor das relações familiares.

A educação da família passa pelo ensino relativo aos sintomas da anorexia nervosa, problemas de saúde associados, princípios para uma alimentação equilibrada e adequada, promoção de estilos de vida saudáveis, formas de controlo do corpo e de vida, mecanismos de *coping*, estratégias de verbalização de sentimentos e emoções, administração de terapêutica e respectivos cuidados associados e efeitos secundários ⁽⁵⁾.

Uma acção de enfermagem primordial é o sucesso da adesão, por parte da pessoa, ao seu regime terapêutico, aliada à capacitação familiar para o seu incentivo e posterior supervisão ⁽¹¹⁾.

A *longo prazo*, o objectivo do enfermeiro é melhorar a qualidade de vida da pessoa, quer pela promoção da sua autonomia, quer pela adesão a estilos de vida saudáveis ⁽¹¹⁾.

Apesar do foco da auto-estima diminuída ser trabalhado desde o início do processo terapêutico, devido à alteração da percepção da imagem corporal, a desconstrução do conceito de beleza e de perfeição envolve um processo contínuo que aborde igualmente a exigência de beleza dos *media*, as dietas hipocalóricas, os medicamentos para diminuição ponderal e os perigos de exercício excessivo ⁽¹¹⁾.

Outro foco de actuação de enfermagem que resolvemos abordar é a **perda de apetite**, cujas intervenções iniciais devem ter como resultado esperado que a pessoa recupere 80% do peso corporal normal, de forma a normalizar os sinais vitais (particularmente a

tensão arterial), rehidratar-se e recuperar o equilíbrio homeostático, consequentemente alterado pelo deficiente aporte energético e nutricional prolongado ⁽⁵⁾.

A família assume novamente um papel essencial neste processo, nomeadamente na promoção da adesão, por parte da pessoa, aos regimes alimentares propostos, e na supervisão da ingestão alimentar, garantindo que os alimentos não sejam ocultados. A pessoa deve ser acompanhada durante a refeição e uma hora após a mesma, para evitar a regurgitação voluntária dos alimentos ingeridos ⁽¹¹⁾.

A actuação do enfermeiro neste foco prende-se ainda com a colaboração em equipas multidisciplinares, nomeadamente recorrendo a nutricionistas para a elaboração de uma dieta adequada à recuperação progressiva, que seja atractiva (uma vez que os alimentos ricos em lípidos e glícidos são particularmente repulsivos para pessoas com anorexia nervosa) e tolerável a nível cultural e económico ⁽⁵⁾.

O ensino alimentar constitui uma das principais intervenções de enfermagem, no sentido de apresentar alimentos que possam constituir uma nova base alimentar para o período de recuperação e, posteriormente, para toda a vida. Contudo, este ensino não deve focar directamente o aumento da ingestão de alimentos ou o ganho de peso, mas antes centrar-se na recuperação gradual de um estilo de vida saudável e na apresentação de restrições e recompensas pela adesão à dieta ⁽⁵⁾.

Esta ideia centra-se num contrato terapêutico em que são combinadas as condições do

processo de cura, apresentando não só os benefícios em manter o plano traçado, mas também as consequências do seu incumprimento, que devem ser apresentadas não como punição, mas apenas como causa directa da quebra do contrato ⁽⁵⁾.

A pesagem diária, utilizando a mesma balança, é uma das medidas de controlo mais importantes, uma vez que permite não só acompanhar o aumento de peso (1Kg a 1.5Kg por semana), mas também identificar situações em que a pessoa compense com excesso de exercício físico a impossibilidade de regurgitar as refeições, devido à supervisão a que está a ser sujeita nesses momentos.

Cabe ainda ao enfermeiro conhecer e encaminhar a pessoa e sua família para outros recursos existentes na comunidade, sempre que identificar a necessidade de auxílio ou aconselhamento adicionais. Assim, importa referir que existem organizações dispostas a proporcionar este apoio e a colaborar no processo de tratamento.

A nível nacional, é o caso da *Associação dos Familiares e Amigos dos Anoréticos e Bulímicos*, criada em 1998 com o apoio da Comunidade Médica e Científica, e composta pelos familiares e amigos das pessoas com perturbações alimentares. Esta associação dedica-se à defesa dos direitos destas pessoas, exigindo as condições necessárias para um tratamento bem sucedido, a apoiar as suas famílias, e à prevenção da doença, colaborando no seu estudo e investigação ⁽¹⁰⁾. Proporciona a partilha de experiências e encontros regulares entre os seus membros, contribuindo para diminuir sentimentos de solidão e isolamento nestas situações. Actualmente, existem

também diversos núcleos de apoio hospitalar especializados nestes casos, sendo exemplos as Consultas de Doenças do Comportamento Alimentar dos Serviços de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria, em Lisboa, do Hospital de S. João, no Porto, ou do Hospital de S. Marcos, em Braga.

Considerações finais

Apesar das perturbações alimentares serem uma realidade no Mundo em que vivemos, actualmente são um problema que já pode ser tratado.

A anorexia nervosa é uma doença frequente nos dias que correm, embora poucas pessoas recorram aos serviços de saúde em busca de ajuda, devido ao facto de negarem o problema ou considerar que o podem resolver por si próprias.

A equipa de Saúde Mental, em conjunto com profissionais de saúde de outras áreas consegue chegar junto das pessoas com este tipo de distúrbio e capacitá-las de modo a tornarem-se pessoas mais saudáveis e capazes de reflectir sobre a origem dos seus problemas.

No seio dessa mesma equipa, o enfermeiro tem um papel de extrema relevância, visto que cabe a este estabelecer uma relação de confiança com a pessoa com anorexia nervosa e fazê-la compreender a dimensão e consequências do seu problema. Esta relação de confiança permitirá também que a pessoa com anorexia compreenda que tem uma doença e que esta deve ser tratada, sendo que essa atitude será facilitadora durante todo o tratamento.

O papel do Enfermeiro é também bastante importante no que concerne à família da

pessoa com anorexia nervosa. A realização de sessões de educação para a saúde, explicando assim aos familiares a natureza do problema e como estes podem ajudar ao longo do tratamento é um aspecto de importância fundamental.

Referências Bibliográficas e Electrónicas

- (1) BIGHETTI, Felícia. Tradução e Validação do Eating Attitudes test em adolescentes do sexo feminino na cidade de ribeirão preto. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, 2003. Dissertação de Mestrado. Disponível em URL: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-12042004-234230/pt-br.php>
- (2) OLIVEIRA, Letícia. Padrões Disfuncionais de Interação em Famílias de Adolescentes com Anorexia Nervosa. Porto Alegre: Unidade Federal do Rio Grande do Sul, 2004. Dissertação de Mestrado. Disponível em URL: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/13412/000648831.pdf?sequence=1>
- (3) BORGES, Nádia J.B.G; SICCHIERI, Juliana M.F; RIBEIRO, Rosane P.P; MARCHINI, Júlio S; SANTOS, José E. Transtornos Alimentares: Quadro Clínico. Ribeirão Preto: Simpósio sobre Transtornos Alimentares – Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa, 2006. pp. 344 -345. Pode ser consultado na íntegra através do URL: http://www.fmrp.usp.br/revista/2006/vol39n3/4_t_ranstornos_alimentares_quadro_clinico.pdf
- (4) O'BRIEN, Patricia; KENNEDY, Winifred; BALLARD, Karen. Enfermagem em saúde mental – uma integração de teoria e prática. McGraw Hill. Lisboa. 2002. ISBN: 972-773-071-X
- (5) TOWNSEND, Mary. Psychiatric Mental Health Nursing – Concepts of care in evidence based practice. 5ª edição. F.A. Davis Company. Philladelphia. 2006. ISBN: 0-8036-1451-9
- (6) TORRES, Sandra; GUERRA, Marina. A construção de um instrumento de avaliação: das emoções para a anorexia nervosa. Porto: PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS, 2003. [consultado a 28 de Novembro de 2010 – 14:49]. Disponível em URL: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/5524/2/A%20constru%20c%20a%20a%20de%20um%20instrumento%20de%20avalia%20c%20a%20a%20das%20emo%20c%20a%20b%20es%20para%20a%20anorexia%20nervosa.pdf>
- (7) APPOLINÁRIO, José Carlos; CLAUDINO, Angélica. Transtornos Alimentares. Brasil: Revista Brasileira de Psiquiatria, 2000. Vol.22. Disponível em URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000600008
- (8) TORRES *et al.* Contribuição para o Estudo da Adaptação Portuguesa da Entrevista de Diagnóstico das Perturbações do Comportamento Alimentar-IV (IDED-IV) Específica para a Anorexia Nervosa. FPCEUP - Artigo em Revista Nacional. ISSN 0871-3413. 22 (4/5): 113-9 (2008). Disponível em URL: <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/9188>
- (9) DUNKER, Karin Louise Lenz; PHILIPP, Sonia Tucunduva. Hábitos e Comportamentos alimentares de adolescentes com sintomas de anorexia Nervosa. Artigo na Revista de Nutrição de Campinas. 16(1): 51-60 (2003). Disponível em URL: <http://www.scielo.br/pdf/rn/v16n1/a05v16n1.pdf>
- (10) ASSOCIAÇÃO DE FAMILIARES E AMIGOS DOS ANORÉTICOS E BULÍMICOS. Quem somos? Matosinhos: AFAAB, 2007. Disponível em URL: <http://afaab.org/index.php?secid=3>
- (11) RODRIGUES, Luana S. Papel do Enfermeiro na saúde do adolescente com anorexia nervosa. Brasília: [s.l.], 2009. Disponível em URL: <http://www.monografias.brasilecola.com/enfermagem/papel-enfermeiro-na-saude-adolescente-com-anorexia.htm>



Fonte: <http://www.abqdesquisa.com/anorexia.jpg>