

Classificação e Diagnóstico de Transtornos Alimentares na Infância: Nem DSM, nem CID-10*

Classification and Diagnostic of Children's Eating Disorders: Neither DSM, nor ICD-10

Nádia Prazeres Pinheiro¹

Resumo

Este artigo descreve as principais dificuldades e limitações para diagnosticar transtornos alimentares na infância sob os critérios do DSM-IV e CID-10. São revistos todos os critérios de cada tipo de transtorno e paralelamente à sua indicação são apontados os principais pontos frágeis e de críticas. Em seguida, é feita uma explanação acerca dos transtornos subclínicos que, apesar de serem de difícil detecção, também prescindem de um diagnóstico precoce. Ao final, se apresenta um sistema de classificação ainda pouco difundido no Brasil: GOS, que é uma sistematização dos tipos de transtornos alimentares infantis e seus sintomas, baseada em achados de investigações. Deste modo, o propósito é de trazer novas possibilidades para discutir o refinamento do diagnóstico infantil.

Palavras chave: Transtornos alimentares; infância; diagnóstico; DSM-IV; CID-10.

Abstract

This article summarizes the main limitations and difficulties of classification of eating problems and disorders in childhood based on DSM-IV and ICD-10's criteria. Each eating disorder's criterion is revised and problems with current classification schemes are identified and discussed. Subclinical eating disorders are recognized as another finding that makes an early diagnostic even hard. As the current classifications have their weak points, a new classification system is presented: GOS. It is an alternative system, built on scientific researches conducted in this age, that meets children's specific eating disorders and its symptoms. Thus, the purpose is to bring a range of possible discussions to refine the classification strategies for eating disorders in children and adolescents.

Keywords: Eating disorders; childhood; diagnostic; DSM-IV; ICD-10.

¹ Universidad de Málaga. Espanha

A infância, de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, Lei Federal 8.069/90), compreende o período até os doze anos. Já nessa idade, os transtornos alimentares (TA) estão presentes: sua prevalência tem aumentado e sua idade de início vem diminuindo. É para essa conclusão que apontam investigações cujos resultados indicam que o primeiro indício de alterações da conduta alimentar e sinais e comportamentos alimentares mal adaptados ocorre na primeira infância (Alonso, Rodríguez, Alonso, Carretero e Martín, 2005; Tremblay e Larivière, 2009).

A questão dos TAs já é considerada pela *Academy of Eating Disorders*, um sério problema de desordem mental já que é

Uma condição que a ciência médica atualmente afirma que é causada por uma desordem neurobiológica do cérebro, um rebaixamento das funções cognitivas,

capacidade de julgamento e estabilidade emocional, e limitação das atividades diárias da vida do indivíduo acometido dessa enfermidade (Klump, Bulik, Kaye, Trasare & Tyson, 2009, p. 98)

A inclusão dos TAs no rol das desordens mentais foi influenciada pela confirmação de que aspectos biológicos e genéticos influenciam em sua causação. 1) A herança genética parece estar envolvida na etiologia desses transtornos de maneira similar à que ocorre com outros problemas mentais, como a esquizofrenia e a depressão (Edvardsen, Torgersen, Røvsamb, Lygren, Skre, Onstad et al., 2008 Grados & Wilcox, 2007). 2) Investigações moleculares genéticas identificam cromossomos que podem estar associado ao aparecimento de TAs (Grice, Halmi, Fichter, Treasure, Kaplan, Magistretti et al, 2002; Bacanu, Bulik, Klump, Fichter, Halmi, Keel et al, 2005). 3) Distúrbios cerebrais associados, como

alterações neurotransmissoras de serotonina, sistemas neuropeptídicos e neurocircuitos cerebrais, que juntos são responsáveis pela modulação do apetite, humor, funções cognitivas, controle de impulsos, energia do metabolismo e sistemas autonômicos e hormonais (Gowers & Shore, 2001; Polivy & Herman, 2002; Klump, Bulik, Kaye, Trasare & Tyson, 2009).

Aspectos psicológicos individuais também estão associados aos TAs. Dentre eles destacam-se baixa autoestima (Williams e Currie, 2000; Courtney, Gamboz & Jonhson, 2008), afeto negativo (Leon, Fulkerson, Perry, Keel & Klump, 1999; Martin, Wertheim, Prior, Smart, Sanson & Oberklaid, 2000), depressão (Courtney, Gamboz e Jonhson, 2008; Marmorstein, von Ranson, Iacono & Malone, 2008) e perfeccionismo (Shafran & Mansell, 2001; Soares, Macedo, Bos, Marques, Maia, Pereira et al, 2009); assim como ter sofrido abuso sexual ou *bullying* (Wonderlich, Crosby, Mitchell, Roberts, Haseltine, DeMuth et al., 2000).

Essa associação de fatores biológicos, genéticos, psicológicos e sociais torna o tratamento mais complexo e explica por que o tema é considerado relevante para os contextos social e de saúde pública.

Classificação e Diagnóstico de TA

Apesar da crescente prevalência, identificar e diagnosticar esses problemas na população infantil é uma tarefa árdua, já que nenhum sistema de classificação (DSM ou CID-10) é aceito sem restrições ou críticas e, por conseguinte, não é capaz de conduzir por si mesmo, sem equívocos ou lacunas, as práticas clínicas e de investigação (Nicholls, Chater & Lask, 2000; Beumont & Touyz, 2003; Fairburn & Harrison, 2003; Chamay-Weber, Narring & Michaud, 2005; Workgroup for Classification of Eating Disorders in Children and Adolescents [WCEDCA], 2007).

O DSM-IV-TR (Manual Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais – 4ª Edição – Texto Revisado) (Associação Psiquiátrica Americana [APA], 2000/2002) tem recebido diversas críticas, que lhe atribuem o fato de ser muito limitado, pois exige a presença de sintomas que podem, simplesmente, ser parte de variações nas habilidades ou problemas típicos do desenvolvimento normal da criança; exigir gravidade, porque para ser dado o diagnóstico, há o

requerimento de grande intensidade dos sintomas; e impossibilitar o diagnóstico precoce porque exige manutenção de sintomas durante um determinado tempo (Chamay-Weber, Narring e Michaud, 2005).

De acordo com o DSM-IV-TR (APA, 2000/2002), para que seja dado o diagnóstico de anorexia nervosa é necessário:

Critério A) Recusa em manter o peso corporal adequado (igual ou acima do considerado normal), fixando como ponto de corte 85% do peso normal, ou seja, menos que essa porcentagem já se pode pensar no diagnóstico. Entretanto, dois aspectos devem estar claros: 1) o peso normal é calculado levando em consideração o sexo, a idade e a altura, e 2) quando se trata de crianças com TAs se verifica também o comprometimento de seu crescimento. Assim, é possível que, ao calcular o peso de uma criança com TA, ele resulte adequado para sua altura, que por si, já está comprometida. Nesse caso, não se poderia detectar a enfermidade (Bryant-Waugh e Lask, 1995).

Critério B) Medo intenso de ganhar peso ou de se tornar gordo. Sobre este critério, os críticos indicam que para existir o sintoma de medo e conhecer-se o fator que o desencadeia, é necessário uma maturação neurocognitiva ainda não desenvolvida na idade infantil. Logo, não é possível o cumprimento deste critério em crianças com TA (WCEDCA, 2007).

Critério C) Perturbação no modo de perceber o peso ou a forma do corpo, influência exagerada do peso ou da forma do corpo sobre a autoavaliação, ou negação de que se tenha baixo peso corporal. As críticas a este critério são praticamente as mesmas que ao anterior, já que capacidade de autoavaliação requer maturação, e, ao mesmo tempo, pode ser efeito de flutuações de humor que fazem parte da idade (Chamay-Weber, Narring & Michaud, 2005; WCEDCA, 2007).

Critério D) Amenorreia, ausência de pelo menos três ciclos menstruais. No caso de crianças do sexo feminino, essa avaliação é complicada, já que nesta idade de primeira menarca é normal a presença de irregularidades no período menstrual; e às vezes, impossível, pois há meninas que já apresentam indícios de transtorno antes do primeiro episódio menstrual. E no sexo masculino, é impossível por completo (Jiménez, 2004; WCEDCA, 2007).

Para os critérios diagnósticos de bulimia nervosa, mais críticas são dirigidas ao DSM-IV-TR (APA, 2000/2002):

Critério A) Episódios recorrentes de compulsão periódica, incluindo dois aspectos 1) ingestão, em um período limitado de tempo, de uma quantidade de alimentos definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria e 2) sentimento de falta de controle. Em relação ao primeiro aspecto, as críticas se dirigem ao fato de que uma criança, em companhia dos pais e dependente deles, não cumpriria com a ingestão assim caracterizada. Ainda menos na frequência especificada: duas vezes por semana por pelo menos 3 meses (Critério C). Em respeito ao segundo aspecto, volta-se à necessidade de maturação e capacidade de operacionalização de sentimentos (Jiménez, 2004; WCEDCA, 2007).

Critério B) Comportamento compensatório inadequado e recorrente, como uso de laxantes, vômitos autoinduzidos, prática exagerada de exercício. Neste caso, também não é comum que uma criança tenha acesso a esses mecanismos, uma vez que é dependente de um adulto responsável (Jiménez, 2004).

Critério D) A autoavaliação é indevidamente influenciada pela forma e peso do corpo. Uma vez mais se exige pensamento abstrato para realizar auto-avaliações (WCEDCA, 2007).

Por outro lado, vale ressaltar que o DSM-IV-TR (APA, 2000/2002) avançou e dedica uma sessão aos Transtornos Alimentares na Primeira Infância, que contempla: 1) Pica, consumo persistente de substâncias não nutritivas por um período de pelo menos 1 mês; 2) Transtorno de Ruminação, repetida regurgitação e remastigação de alimentos, que se desenvolve em um bebê ou criança após um período de funcionamento normal e dura pelo menos 1 mês; e 3) Transtorno de alimentação da primeira infância, persistente falha em comer ou mamar adequadamente, que se reflete como um fracasso significativo para ganhar peso ou uma perda de peso significativa ao longo de pelo menos 1 mês, sendo que este último engloba muitos transtornos de maneira indistinta.

CID-10. A Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2008) sofre críticas semelhantes às feitas ao DSM-IV-TR (APA, 2000/2002). Seguem descrições e críticas:

F50.0) Anorexia nervosa. A descrição desta patologia inclui: 1) Perda significativa de peso (índice de massa corporal menor que 17,5). Entretanto, um IMC de 17,5 é considerado normal em menores de 15 anos, logo esse critério não permite o diagnóstico de TA em adolescentes (Bryant-Waugh & Lask, 1995). 2) A perda de peso deve ser intencional, induzida e mantida pelo paciente através de restrição das escolhas alimentares, prática excessiva de exercícios físicos, vômitos provocados e utilização de laxantes, anorexígenos e de diuréticos. Este critério, ao especificar a necessidade de intervenção ativa do próprio paciente, limita o diagnóstico infantil na medida em que tais práticas ou condutas não são frequentes ou de fácil execução para alguém dependente (Jiménez, 2004). 3) Uma ideia intrusa e supervalorizada de medo de engordar e de ter uma silhueta arredondada, requer abstrações para que se possa detectar a presença de distorção corporal ou qualquer outra alteração da imagem corporal (WCEDCA, 2007). 4) Modificações endócrinas e metabólicas secundárias, que por sua vez, são de difícil identificação em tenras idades (Jiménez, 2004).

F50.2) Bulimia nervosa. A pauta para o diagnóstico é a presença de acessos repetidos de hiperfagia e preocupação excessiva com relação ao peso corporal. Ou seja, a preocupação contínua com o peso e a comida, faz com que o sujeito tenha episódios de hiperfagia e, em seguida, compense com vômitos induzidos, uso de laxantes, jejuns, e etc. No adulto, esse circuito parece mais viável, enquanto que na criança, se torna de difícil realização dado seu caráter dependente.

Não obstante, o CID-10, assim como o DSM-IV-TR, contempla a existência de TAs típicos da infância: 1) F98.3 Pica do lactante ou da criança, sendo o consumo duradouro de substâncias não-nutritivas e 2) F98.2 Transtorno de alimentação da infância, que pode ser comparado a um a classificação “guarda-chuva”, ou seja, toda e qualquer conduta anormal que não seja anorexia, bulimia ou pica, pode ser incluído neste critério.

Tanto o CID-10 (OMS, 2008) como o DSM-IV-TR (APA, 2000/2002) devem servir de norte para o diagnóstico de TAs, assim como de qualquer outro transtorno, portanto não devem ser tomados como único instrumento de avaliação. Testes, entrevistas e percepção profissional devem ser efetuados para complementar a avaliação psiquiátrica e/ou psicológica.

Esses manuais devem ser vistos como sinalizadores de diagnóstico. E, dada a complexidade do ser humano, e, por conseguinte, de suas patologias, somada ao constante aparecimento de casos atípicos, todo e qualquer sistema de classificação será sempre incompleto. Beumont e Touzy (2003) afirmam que mesmo “com a melhor vontade do mundo, é difícil não desiludir-se com o sistema para classificação de transtornos alimentares” (p. 20).

Conscientes das lacunas dos sistemas DSM-IV-TR (APA, 2000/2002) e CID-10 (OMS, 2008) e de que tais manuais não têm como objetivo principal o diagnóstico infantil, Lask e Bryant-Waugh (2000) propõem GOS – Great Ormond Street.

GOS: Uma Alternativa

Great Ormond Street – GOS é um sistema de classificação que reúne resultados de várias investigações. Nele, estão indicados e caracterizados TAs que acometem especificamente crianças:

1) Transtorno emocional de evitação da comida. Caracteriza-se pela evitação de comida sem a presença de características psicopatológicas dos TAs, ou seja, é um transtorno emocional onde o aspecto mais importante é a evitação de comida. Crianças com esse distúrbio têm consciência de que estão abaixo do peso normal, gostariam de ser mais pesados, entretanto, enumeram razões que justifiquem sua incapacidade para isso: “não tenho fome”, “não consigo comer”, “machuca minha barriga”. Clinicamente, esse grupo pode ser heterogêneo, incluindo crianças cujos sintomas são parte de uma conduta caprichosa e outras que apresentam muitas respostas que as encaixariam no diagnóstico de anorexia, mas não apresentam avaliações de peso e forma corporal. Dessa forma, os critérios diagnósticos seriam: a) Evitação de comida na ausência de um transtorno de humor; b) Perda de peso; c) Alteração do estado de humor que não cumpre critérios para o diagnóstico de um transtorno de humor; d) Ausência de cognições anormais sobre o peso e a figura; e) Ausência de preocupação patológica sobre o peso e a figura; e f) Ausência de enfermidade orgânica cerebral ou psicose (Higgs, Goodyear & Brich, 1989).

2) Síndrome de Rechaço Generalizado. Definido como um profundo e persistente rechaço a

comer, andar, falar ou cuidar de si mesmo. Critérios diagnósticos: a) Rechaço profundo a comer, beber, caminhar, falar ou cuidar-se; e b) Determinada resistência aos esforços por ajudá-las (Lask, Britten, Kroll, Magagna & Tranter, 1991). Essa condição pode ser uma forma extrema de stress pós-traumático em casos de suspeita ou evidências de abusos (Bryant-Waugh & Lask, 1995).

3) Comer seletivo. Escolha alimentar extremamente meticulosa e exigente que desencadeia uma variedade muito pequena de alimentos, geralmente limitada a hidratos de carbono como biscoitos, pães e batatas fritas. Paradoxalmente, tais crianças mantêm altura e peso adequado à sua idade. Critérios: a) Pequena variedade de comidas, por pelo menos dois anos; b) Desmotivação por experimentar novas comidas; c) Ausência de cognições anormais sobre o peso e a figura; d) Ausência de medo a engasgar-se ou vomitar; e e) Peso pode ser baixo, normal ou alto (Lask e Bryant-Waugh, 1992).

4) Fobias relacionadas à ingestão de comidas, também denominada disfagia funcional. Tais distúrbios se apresentam na infância e compreendem medo de comer dada a possibilidade de engasgo, vômitos, diarreia ou reações alérgicas. Pauta para diagnóstico: a) Evitação de comida; b) Medo de engolir, engasgar, vomitar ou ter diarreias; c) Ausência de cognições anormais sobre o peso e a figura; e d) Ausência de enfermidade orgânica cerebral ou psicose (Nicholls, Charter & Lask, 2000).

5) Transtorno da compulsão alimentar periódica. Caracteriza-se por acessos de hiperfagia acompanhados de perda de controle sobre o ato de comer e sensações de mal-estar físico e psicológico. Dado que esse comportamento pode não ser típico de uma criança com tal enfermidade, se pode substituir o critério de compulsão por outras manifestações como comer em segredo, esconder comida ou comer sem fome, por exemplo. Sintomas diagnósticos: a) Episódios frequentes de compulsão caracterizados por comer sem fome e sentimento de perda de controle; b) Episódios estão associados a: comer como resposta a um sentimento negativo, comer como recompensa de algo ou roubar ou esconder comida; c) Duração de três meses; e d) Ausência de condutas compensatórias frequentes (Marcus & Kalarchian, 2003).

6) Anorexia nervosa. Com os critérios de: a) Perda voluntária de peso; b) Cognições anormais

sobre o peso e a figura; e c) Preocupação patológica sobre o peso e a figura (Lask & Bryant-Waugh, 1992; Nicholls, Charter & Lask, 2000).

7) Bulimia nervosa. Com os seguintes sintomas diagnósticos: a) Episódios de ingestão exagerada acompanhados de purga; b) Sentimento de perda de controle; c) Preocupação patológica com peso ou figura (Lask & Bryant-Waugh, 1992; Nicholls, Charter & Lask, 2000).

Considerações Finais

O objetivo deste artigo era revisar o estado atual dos critérios diagnósticos dos TAs infantis de acordo com sistemas de classificação tradicionais. Bem como trazer à comunidade especialista uma nova alternativa que complementa a tarefa de avaliação psiquiátrica e psicológica destes transtornos, que atingem âmbito familiar, escolar, social, cultural e psicológico das crianças.

Os sistemas de classificação tradicionais – DSM-IV-TR e CID-10 – por não terem sido criados para a população infantil, não podem ser completamente aplicados à ela, necessitando de retificações nos critérios diagnósticos e inclusão de outros tipos de transtornos. Por outro lado, apesar de louváveis, as propostas como GOS não resolvem todos os problemas, já que sintomas criticados nos sistemas tradicionais permanecem como critérios diagnósticos no novo sistema, como por exemplo, as cognições e autoavaliações, que prescindem de maturação ainda não desenvolvida nesta idade.

Ainda com tais limitações, os três sistemas devem ser consultados no momento do diagnóstico para uma atuação mais completa de profissional, somado a outros instrumentos avaliativos.

A quinta edição do DSM está prevista para 2012. O grupo que elabora o novo manual foi incumbido de revisar, criticar e sugerir revisões em vários pontos do manual, inclusive nas categorias de Transtornos Alimentares, Transtornos Alimentares Específicos da Infância e na inclusão de Obesidade no rol das Perturbações Mentais.

Percebe-se que psicopatologia e psiquiatria infantis carecem de desenvolvimento teórico-prático não só no Brasil, como também em todo mundo, onde esta mesma discussão acerca da classificação se repete.

Futuras investigações devem focalizar o aperfeiçoamento dos critérios diagnósticos infantis para que seja possível auxiliar especialistas na detecção e tratamento de cada transtorno. Deve ainda comparar a efetividade dos três sistemas, já que se tem acesso a apenas um estudo que logrou este trabalho (Nicholls, Charter & Lask, 2000). Estudar as variáveis individuais de risco e de proteção, ou seja, quem é população de risco e que características têm aqueles que não desenvolve TAs.

Referências

- Alonso, A. T. V., Rodríguez, M. A. R., Alonso, J. E. L., Carretero, G. R., & Martín, M. F. (2005). Eating disorders: Prevalence and risk profile among secondary school students. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 980-987.
- Associação Psiquiátrica Americana [APA]. (2002). *Manual Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais – texto revisado (DSM-IV-TR)*. Porto Alegre: Artmed. (trabalho original publicado em 2000).
- Bacanu, S., Bulik, C. M., Klump, K. L., Fichter, M. M., Halmi, K. A., Keel, P. K., et al. (2005). Linkage analysis of anorexia and bulimia nervosa cohorts using selected behavioral phenotypes as quantitative traits or covariates. *American Journal of Medical Genetics Part B, Neuropsychiatric Genetics*, 139, 61-68.
- Beumont, P. J. V., & Touyz, S. W. (2003). What kind of illness is anorexia nervosa? *European Child and Adolescent Psychiatry*, 12, 20-24.
- Bryant-Waugh, R., & Lask, B. (1995). Annotation: Eating Disorders in Children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 191-202.
- Chamay-Weber, C., Narring, F., & Michaud, P. (2005). Partial eating disorders among adolescents: A review. *Journal of Adolescent Health*, 37, 417-427.
- Courtney, E. A., Gamboz, J., & Johnson, J. G. (2008). Problematic eating behaviors in adolescents with low self-esteem and elevated depressive symptoms. *Eating Behaviors*, 9, 408-414.

- Edvardson, J., Torgersen, S., Røvsamb, E., Lygren, S., Skre, I., Onstad, S., et al. (2008). Heritability of bipolar spectrum disorders. Unity or heterogeneity? *Journal of Affective Disorders*, *106*, 229–240.
- Fairburn, C. G., & Harrison, P. J. (2003). Eating Disorders. *Lancet*, *361*, 407-16.
- Gowers, S. G., & Shore, A. (2001). Development of weight and shape concerns in the aetiology of eating disorders. *British Journal of Psychiatry*, *179*, 236-242.
- Grados, M., & Wilcox, H. C. (2007). Genetics of obsessive-compulsive disorder: A research update. *Expert Rev Neurother*, *7*, 967–980.
- Grice, D. E., Halmi, K. A., Fichter, M. M., Treasure, J. T., Kaplan, A. S., Magistretti, P. J., et al. (2002). Evidence for a susceptibility gene for anorexia nervosa on chromosome 1. *American Journal of Human Genetics*, *70*, 787–792.
- Higgs, J., Goodyear, I., & Brich, J. (1989). Anorexia nervosa and food avoidance emotional disorder. *Archives of Disease Childhood*, *64*, 346-351.
- Jiménez, M. (2004). Trastornos de la conducta alimentaria: estudios transculturales, evaluación y tratamiento. *Psicología Conductual*, *12*, 357-389.
- Klump, K. L., Bulik, C. M., Kaye, W. H., Trasure, J., & Tyson, E. (2009). Academy for Eating Disorders Position Paper: Eating Disorders Are Serious Mental Illnesses. *International Journal of Eating Disorders*, *42*, 97-103.
- Lask, B., Britten, C., Kroll, L., Magagna, J., & Tranter, M. (1991). Pervasive refusal in children. *Archives of Disease Childhood*, *66*, 866-869.
- Lask, B., & Bryant-Waugh, R. (1992). Early-onset anorexia nervosa and related eating disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *33*, 281-300.
- Lask, B., & Bryant-Waugh, R. (2000). *Anorexia nervosa and related eating disorders in children and adolescence*. (2nd Edition. Hove, UK: Psychology Press.)
- Leon, G. R., Fulkerson, J. A., Perry, C. L., Keel, P. K., & Klump, K. L. (1999). Three to four year prospective evaluation of personality and behavioral risk factors for later disordered eating in adolescent girls and boys. *Journal of Youth and Adolescence*, *28*, 181–196.
- Marcus, M. D., & Kalarchian, M. A. (2003). Binge eating in children and adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, *34*, 547-557.
- Marmorstein, N. R., von Ranson, K. M., Iacono, W. G., & Malone, S. M. (2008). Prospective Associations Between Depressive Symptoms and Eating Disorder Symptoms Among Adolescent Girls. *International Journal of Eating Disorders*, *41*, 118-123.
- Martin, G. C., Wertheim, E. H., Prior, M., Smart, D., Sanson, A., & Oberklaid, F. (2000). A longitudinal study of the role of childhood temperament in the later development of eating concerns. *International Journal of Eating Disorders*, *27*, 150–162.
- Nicholls, D., Chater, R., & Lask, B. (2000). Children into DSM don't go: A Comparison of Classification Systems for Eating Disorders in Childhood and Early Adolescence. *International Journal of Eating Disorders*, *28*, 317-324.
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2008). *Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)*. Décima Versão. Acesso em 29 de Setembro de 2009, em (<<http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/webhelp/cid10.htm>>)
- Polivy, J., & Herman, C. P. (2002). Causes of Eating Disorders. *Annual Review of Psychology*, *53*, 187-213.
- Shafran, R., & Mansell, W. (2001). Perfectionism and psychopathology: A review of research and treatment. *Clinical Psychology Review*, *21*, 879–906.
- Soares, M. J., Macedo, A., Bos, S. C., Marques, M., Maia, B., Pereira, A. T., Gomes, A., Valente, J.,

- Pato, M., & Azevedo, M. H. (2009). Perfectionism and Eating Attitudes in Portuguese Students: A Longitudinal Study. *European Eating Disorders Review, 17*, 390-398.
- Tremblay, L., & Lariviere, M. (2009). The influence of puberty onset, Body Mass Index, and pressure to be thin on disordered eating behaviors in children and adolescents. *Eating Behaviors, 10*, 75-83.
- Williams, J. M., & Currie, C. (2000). Self-esteem and physical development in early adolescence: Pubertal timing and body image. *Journal of Early Adolescence, 20*, 129-149.
- Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Mitchell, J. E., Roberts, J. A., Haseltine, B., DeMuth, G., & Thompson, K. M. (2000). Relationship of Childhood Sexual Abuse and Eating Disturbance in Children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39*, 1277-1283.
- Workgroup for Classification of Eating Disorders in Children and Adolescents [WCEDCA]. (2007). Classification of child and adolescent eating disturbances. *International Journal of Eating Disorders, 40*, 117-122.

Endereço para correspondência:

Avenida Grande Oriente, nº23 - Renascença I
CEP 65075-180 São Luis - MA
E-mail: nadiaprazeres@yahoo.com.br

Recebido em Março de 2010

Revisto em Agosto de 2010

Aceito em Dezembro de 2010

- * O presente trabalho foi realizado com o apoio do Governo do Estado do Maranhão através da Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão – FAPEMA – Brasil