

Terapia nutricional na anorexia e bulimia nervosas

Nutritional therapy in anorexia and bulimia nervosa

Marle Alvarenga^a e Maria Aparecida Larino^b

^aAmbulatório de Bulimia e Transtornos Alimentares (AMBULIM), Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP. São Paulo, SP, Brasil. ^bAmbulatório de Bulimia e Transtornos Alimentares (AMBULIM), Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP. São Paulo, SP, Brasil

Resumo A alimentação e a dieta têm um importante papel no desenvolvimento e manutenção dos transtornos alimentares. Portanto, devem ser levados em consideração nos programas de tratamento dessas condições clínicas. Pacientes com transtornos alimentares apresentam importantes restrições dietéticas, padrões alimentares inadequados e hábitos errôneos devido a uma série de falsos mitos e crenças e a uma sensação de incompetência para lidar com o alimento. Tais alterações podem levar a mudanças em seu estado nutricional, que necessita de cuidados dietéticos específicos, como reabilitação nutricional e orientação sobre dieta adequada. Além disso, o aconselhamento nutricional é necessário para esclarecer e desmistificar crenças inadequadas e para estabelecer uma adequada relação com o alimento.

Descritores Anorexia nervosa. Bulimia nervosa. Comportamento alimentar. Dietoterapia.

Abstract *Food and diet have an important role in the development and maintenance of eating disorders. Thus, they should be properly addressed in the treatment program for such disorders. Patients with eating disorders present dietary restrictions, unhealthy eating patterns, modified nutritional patterns, and unhealthy eating behaviors due to false myths and beliefs, and to a feeling of incompetence in dealing with food. Dietary restrictions, as well as the unhealthy eating patterns carried out by these patients may lead to changes in the nutritional status that require specific dietetic care in order to be corrected. Nutrition rehabilitation is required to restore the dietetic pattern, teaching the meaning of a normal and balanced diet. Furthermore, this unhealthy eating behavior requires nutritional counseling, aiming at clarifying doubts and demystifying wrong beliefs, discussing and readjusting patients' relationship with food.*

Keywords *Anorexia nervosa. Bulimia nervosa. Feeding behavior. Diet therapy.*

Introdução

As atividades do nutricionista representam uma parte importante no tratamento dos transtornos alimentares – TA.¹ A *American Dietetic Association* (ADA) indica que “*intervenção e educação nutricionais sejam integradas ao tratamento*”, com um nutricionista na equipe multiprofissional.²⁻⁴ Os programas de abordagem nutricional aplicados e avaliados em vários centros de estudos apresentaram bons resultados.⁵⁻⁷

A ADA propõe uma “*terapia nutricional*” para os transtornos alimentares que deve ser um processo integrado, no qual o nutricionista e a equipe trabalham juntos para modificar os com-

portamentos relacionados ao peso e à alimentação.^{3,4} Essa terapia tem duas fases: a educacional e a experimental. Segundo a ADA, todos os nutricionistas estão aptos a atuar na fase educacional; mas, para a fase experimental, são necessários treinamento e experiência em TA, trabalhando mais intimamente com os psicoterapeutas, em uma abordagem “*psiconutricional*”.³

A fase educacional tem objetivos relacionados a coleta e transmissão de informações: a história alimentar do paciente, o estabelecimento de uma relação de colaboração, a definição de conceitos relevantes sobre alimentos, a apresentação de exemplos de padrões de fome e de consumo alimentar e a orientação

básica para a família. A fase experimental tem objetivos mais terapêuticos, que incluem: separar comportamentos relacionados a alimento e peso, de sentimentos e questões psicológicas; incrementar as mudanças de comportamento alimentar; aumentar ou diminuir o peso gradativamente; orientar a manutenção de um peso adequado e o comportamento com o alimento em ocasiões sociais.³

O terapeuta nutricional encontra-se com o paciente com TA durante um longo período de tempo e enfrenta a complexa arena da dinâmica das relações humanas. Portanto, necessitam, de alguma forma, desenvolver habilidades psicoterapêuticas, compreendendo o potencial de comportamentos manipulativos e a magnitude da negação entre os pacientes para que não concorram inconscientemente com o estilo de vida imposto pelo TA.^{4,8}

Os atributos mais importantes para o nutricionista que trabalha com TA são: um amplo conhecimento da ciência da nutrição, habilidade no aconselhamento educacional e comportamental e uma atitude empática e de não julgamento.^{4,9} Segundo Reiff & Reiff,⁸ os pacientes com TA desejam um terapeuta nutricional flexível, que entenda seus medos sobre alimentação e peso, saiba o que é um TA, trabalhe em um passo que eles possam alcançar; que faça comentários sensíveis, seja paciente, cuidadoso e que não julgue; que tenha experiência com pessoas com TA, seja otimista e esperançoso sobre a recuperação e que trabalhe com ele mais de modo colaborativo do que controlador. Trabalhar com pacientes com TA pode ser especialmente estressante para o nutricionista devido à importância das questões alimentares na doença. Daí a importância de entender conceitos psicoterapêuticos e manter comunicação com os demais profissionais da equipe.^{4,9}

O tratamento nutricional dos TA deve envolver ainda o uso do Diário Alimentar (Tabela). Nele, os pacientes registram o horário, o local das refeições, a qualidade e a quantidade dos alimentos ingeridos, além da ocorrência de episódios de compulsão alimentar e compensações. É uma técnica comportamental de automonitoração, na qual os sentimentos associados àquele momento são também registrados. O uso do diário alimentar é prática recomendada e de bom resultado no tratamento dos TA. Segundo alguns autores, é, possivelmente, a estratégia mais importante, pois se torna um documento pessoal, simbolizando a relação entre o terapeuta nutricional e o pacien-

te. O diário também provê controle, disciplina e avaliação constantes.^{2,6,10-12}

A reabilitação e o aconselhamento nutricional na anorexia nervosa

O comportamento alimentar clássico na anorexia nervosa (AN) é uma grave e progressiva restrição com episódios de compulsão alimentar que pode levar a uma série de comprometimentos do estado clínico. Os anoréxicos bulímicos alternam estes períodos de restrição com compulsões e purgações e têm, portanto, as conseqüências clínicas dos métodos compensatórios associados àquelas da inanição.¹³ Uma série de complicações pode aparecer na AN. Para minimizá-las, uma detecção precoce e um tratamento agressivo são essenciais.⁴

Associado a esse comportamento restritivo, os pacientes com AN apresentam uma série de dificuldades para lidar com alimento, medo, crenças errôneas e distorções sobre alimentação e nutrição. Os pacientes costumam afirmar ter grandes conhecimentos sobre alimentação, mas tais “conhecimentos” estão restritos a conteúdo calórico e dietas de emagrecimento.^{4,14} A terapia nutricional deve ajudar o paciente a entender suas necessidades nutricionais, bem como ajudar a iniciar uma escolha alimentar por meio de um aumento da variedade na dieta e da prática de comportamentos adequados. Uma técnica efetiva envolve mudança das crenças errôneas e ajuda o paciente a ter percepções e interpretações mais adequadas de dieta, nutrição e relação entre inanição e sintomas físicos.⁴

O padrão dietético encontrado é de uma ingestão alimentar baixa em calorias e em nutrientes em geral quando comparados a controles; além disto costumam não ter regularidade para suas refeições, com grande variabilidade de padrões dietéticos.^{5,14} Apesar deste padrão errôneo de alimentação, as deficiências de vitaminas e minerais são raras.^{4,9} Um guia de planejamento de refeições individualizado provê ajuda para a escolha de alimentos.⁴

É preciso tomar cuidado com a síndrome da realimentação: ela é caracterizada por hipofosfatemia grave e súbita, quedas súbitas em potássio e magnésio, intolerância a glicose, hipocalcemia, disfunção gastrointestinal e arritmias cardíacas. A retenção de água durante a realimentação deve ser antecipada e discutida com o paciente. Além disso, uma orientação alimentar

Tabela - Modelo de diário alimentar.

Data	Hora	Onde?	O que comeu e quanto	Compulsão aliementar?	Purgação?	Sentimento associado

para promover função intestinal normal deve ser providenciada. Essa síndrome pode ser vista em pacientes acompanhados em ambulatório ou internados, sendo mais comum na enfermaria. A síndrome deve ser monitorada de perto durante o processo de realimentação.⁴ A nutrição enteral e parenteral é necessária em muito raras condições. Os riscos associados a esse suporte nutricional são substanciais, incluindo hipofosfatemia, edema, falência cardíaca, aspiração da fórmula enteral e morte. A realimentação com alimentos é a primeira escolha para a recuperação do peso e é muito mais bem sucedida na recuperação a longo prazo. A meta principal é ajudar o paciente a normalizar seu padrão alimentar e aprender que a mudança de comportamento deve envolver planejamento e prática com alimento real.⁴

A reabilitação nutricional se propõe a alcançar uma dieta balanceada e suficiente para atender as necessidades do paciente e recuperar o estado nutricional debilitado pela doença. Existe a necessidade de uma alta ingestão calórica para recuperação de peso, pois a taxa de metabolismo basal se encontra alterada – sabe-se que pacientes com AN do tipo restritivo necessitam de mais calorias do que os do subtipo bulímico.^{9,15-18} Cada programa de tratamento deve individualizar seu próprio protocolo para pesagem das pacientes num programa de internação ou ambulatório. Este protocolo deve incluir quem deve se pesar, quando a pesagem ocorre e se o paciente deve ou não saber seu peso. O paciente deve ter a oportunidade de discutir sua reação com relação ao peso quando é visto pelo nutricionista. A sessão nutricional é a oportunidade mais apropriada para a pesagem do paciente. É quando se discute suas reações e são providenciadas explicações para as mudanças de peso encontradas.⁴ Um dos maiores medos dos pacientes é não parar de ganhar peso. Os nutricionistas têm o papel de ajudar o paciente a alcançar um peso saudável aceitável e a mantê-lo com o passar do tempo. A reabilitação deve ser focada em fazer o paciente consumir uma dieta variada e apropriada para manter seu peso e composição corporal.⁴

No tratamento em nível ambulatorial, as metas da reabilitação nutricional são: a recuperação do peso, a cessação dos comportamentos para perda de peso, melhora nos comportamentos alimentares e melhora no estado psicológico e emocional. Apenas a recuperação do peso não indica recuperação total e forçar o ganho de peso sem suporte psicológico é desaconselhável. Portanto, é fundamental que as equipes se comuniquem regularmente. As metas de tratamento nutricional para o paciente de enfermaria são as mesmas do ambulatório; possuem apenas maior intensidade. O plano nutricional deve ajudar o paciente, o mais rápido possível, a consumir uma dieta que seja adequada em energia e nutricionalmente balanceada. O nutricionista deve monitorar a ingestão dietética assim como a composição corporal para assegurar um ganho de peso apropriado.⁴

A reabilitação e o aconselhamento nutricional na bulimia nervosa

Entender o comportamento bulímico e suas alterações em relação ao comportamento normal é o ponto de partida para o tratamento nutricional da bulimia nervosa (BN). O comportamento bulímico alterna períodos de restrição e compensação,

dependendo de uma série de fatores, incluindo a oportunidade de purgação, o tipo de alimento disponível e o humor.¹⁹

A seleção de alimentos na BN é variável e diferenciada entre as refeições regulares (sem compulsão alimentar) e as refeições com episódios de compulsão alimentar. Sugere-se que a energia consumida durante os episódios de compulsão alimentar poderia indicar o uso dos episódios para normalizar a alimentação errônea.²⁰⁻²² Desta forma, a restrição calórica na BN seria usada como forma de controle de peso. A bulimia poderia ser conceituada então como um método de prevenir absorção calórica por purgação: o problema não seria comer demais e sim de menos, não se permitindo comer o suficiente quando não purgam.^{4,23}

Freqüentemente o padrão alimentar na doença é descrito como “caótico”, isto porque os pacientes insistem em começar uma “nova dieta”, consumindo quantidades extremamente pequenas de alimentos - restringidos também em qualidade - o que pode desencadear um episódio bulímico, onde o valor calórico ingerido é extremamente alto, com consumo dos alimentos “proibidos”.²⁴ O exagero no consumo desencadeia ansiedade e medo de engordar, levando aos comportamentos compensatórios inadequados para controle de peso, instalando-se o ciclo “dieta ⇒ episódio de compulsão alimentar ⇒ purgação”, que ilustra o fluxo da patologia alimentar.^{4,25} Este comportamento alimentar caótico é tão estressante para o paciente, que ele necessita readquirir controle sobre isto antes de se envolver com outras abordagens psicoterápicas.

É importante, ainda, conhecer que os padrões de fome e saciedade na bulimia são anormais. Os pacientes bulímicos apresentam disfunções em suas capacidades de percepção e mecanismos de interação envolvidos na regulação do comportamento de ingestão alimentar. Assim, apresentam maior urgência para comer, deficiência para detectar a fome e alterações no controle da saciedade.^{4,19,20,26-29}

A BN é ainda caracterizada por comportamentos alimentares perturbados como expressiva repugnância, ingestão anormalmente lenta e um “comer social” prejudicado.^{23,30} Aparecem ainda cognições errôneas sobre conceitos nutricionais e relação de repulsa, ódio e incompetência para lidar com o alimento. Assim como na anorexia, pensa-se que esses pacientes têm grande conhecimento nutricional, contudo, esse “conhecimento” é relacionado apenas às dietas para perda de peso e ao valor calórico dos alimentos. Por todas essas razões, faz-se necessária uma reeducação alimentar.^{4,31}

Para a identificação e tratamento dos pacientes com BN, o comportamento alimentar deve ser caracterizado e avaliado para que se efetue uma mudança comportamental.^{29,30} Um conhecimento em profundidade do comportamento alimentar possibilita o planejamento da intervenção nutricional necessária para melhorar a qualidade da dieta desses pacientes. As atitudes relacionadas ao alimento são bons preditores da ingestão alimentar.³¹ Sabe-se que a mudança em atitudes alimentares é uma medida importante do resultado geral nesses pacientes.³² Pesquisadores e clínicos devem entender e tratar todos os distúrbios de alimentação dos pacientes com BN e não apenas os episódios bulímicos que definem a síndrome.³⁰

A Terapia Nutricional na BN objetiva adequar os padrões nutricionais e reeducar os comportamentos alimentares inadequados. Tais tópicos são centrais na BN e normalizá-los deve ser a primeira meta de tratamento, embora outros componentes sejam necessários para prevenir recaídas. Os padrões dietéticos anormais e suas conseqüências psicológicas servem para perpetuar a doença e contribuem para sua natureza intratável.⁹

O uso de dietas inadequadas e padrões arbitrários de peso ideal estão claramente ligados ao desenvolvimento da BN.² A doença usualmente tem como início uma dieta para emagrecimento em razão de excesso de peso real ou imaginário.³³⁻³⁶ É importante, portanto, conhecer as dietas já realizadas pelo paciente, bem como suas crenças, tabus e/ou restrições alimentares.

Recomenda-se que o tratamento da BN acesse as atitudes distorcidas e os sentimentos sobre o corpo e a forma. Deve-se, portanto, monitorar o peso das pacientes e esclarecer quanto à perda e à variação de peso e compleição física.^{4,26,37,38} A retenção de fluidos e as flutuações de peso devem ser antecipadamente discutidas com o paciente, que está orientado para redução de vômitos e uso de laxantes/diuréticos.^{4,9} Se há excesso de peso, uma perda razoável só será conseguida após estabilização do comportamento alimentar.^{4,39} Sabe-se, ainda, que os esforços terapêuticos no tratamento da BN podem ser comprometidos pelas adaptações metabólicas que podem levar ao ganho de peso

quando o ciclo compulsão alimentar - purgação cessa.^{4,27}

O aconselhamento nutricional faz parte da terapia cognitiva recomendada para o tratamento da BN.^{40,41} Ele promove orientação alimentar para o estabelecimento de padrões nutricionais adequados. Seus objetivos principais são: a eliminação do ciclo "compulsão alimentar - purgação", o estabelecimento de um padrão alimentar adequado e a modificação de atitudes relacionadas a alimento e peso.^{2,4-7,12,39} De modo ideal, objetiva-se que a alimentação volte (ou venha a ser) em qualquer situação adequada e normal.

Estudos de seguimento apontam que pacientes que apresentem comportamento alimentar mais comprometido têm maiores chances de recaída.⁴² Desta forma, acredita-se que a Terapia Nutricional seja um ponto fundamental na abordagem multiprofissional e que pacientes tratados de seus comportamentos alimentares podem ter quadros de recuperação mais completos.

Conclusão

Como os TA são doenças complexas, o tratamento efetivo deve contar com uma equipe de especialistas. O nutricionista é o único profissional qualificado para implementar a Terapia Nutricional, necessitando de formação especial e experiência na área, além de interação com os demais membros da equipe.⁴

Referências

1. Gannon MA, Mitchell JE. Subjective evaluation of treatment methods by patients treated for bulimia. *J Am Diet Assoc* 1986;86(4):520-1.
2. American Dietetic Association (ADA). Position of the American Dietetic Association: nutritional intervention in the treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa - technical support paper. *J Am Diet Assoc* 1988;88:69-71.
3. American Dietetic Association (ADA). Position of the American Dietetic Association: nutritional intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge eating. *J Am Diet Assoc* 1994;94(8):902-7.
4. American Dietetic Association (ADA). Position of the American Dietetic Association: nutritional intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and eating disorders not otherwise specified (EDNOS). *J Am Diet Assoc* 2001;101(7):810-9.
5. Huse DM, Lucas AR. Dietary treatment of anorexia nervosa. *J Am Diet Assoc* 1983;86:687-92.
6. Story M. Nutrition management and dietary treatment of bulimia. *J Am Diet Assoc* 1986;86:517-9.
7. Hsu LKG, Holben B, West S. Nutritional counseling in bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 1992;11:55-62.
8. Reiff DW, Reiff KKL. The role of the nutrition therapist in the treatment of people with eating disorders. In: Reiff DW, Reiff KKL. *Eating disorders: nutrition therapy in the recovery process*. Maryland: Aspen Publishers; 1992. p. 107-17.
9. Rock CL, Curran-Celentano J. Nutritional management of eating disorders. *Psych Clin North Am* 1996;19(4):701-13.
10. Lacey JH. Bulimia nervosa, binge eating, and psychogenic vomiting: a controlled treatment study and long term outcome. *Brit Med J* 1983;286:1609-13.
11. Cooper PJ. *Bulimia nervosa and binge-eating: a guide to recovery*. London: Robinson; 1995.
12. Segal A, Cordás TA, D'Ellia FLGM, Larino MA, Alvarenga MS, Bucarechi H, Esturaro ATA. Bulimia nervosa II - tratamento. *J Bras Psiq* 1995;44:25-31.
13. American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)*. 4th ed. Washington (DC): American Psychiatry Association; 1994. p. 539-50.
14. Beumont PJV, Chambers TL, Rouse L, Abraham SF. The diet composition and nutritional knowledge of patients with anorexia nervosa. *J Hum Nutr* 1981;35:265-73.
15. Dempsey DT, Crosby LO, Pertschuk MJ, Freurer ID, Buzby GP, Mullen JL. Weight gain and nutritional efficacy in anorexia nervosa. *Am J Clin Nutr* 1984;39:236-42.
16. Krahn DD, Rock C, Dechert RE, Nairn KK, Hasse SA. Changes in resting energy expenditure and body composition in anorexia nervosa patients during refeeding. *J Am Diet Assoc* 1993;93(4):434-8.
17. Neuberger SK, Rao R, Weltzin TE, Greeno C, Kaye WH. Differences in weight gain between restrictor and bulimic anorexics. *Int J Eat Disord* 1995;17(4):331-5.
18. Vaisman N, Rossi MF, Corey M, Clarke R, Goldberg E, Pencharz PB. Effect of refeeding on the energy metabolism of adolescent girls who have anorexia nervosa. *European J Clin Nutr* 1991;45:527-37.
19. Hetherington MM, Rolls BJ. Eating behavior in eating disorders: response to preloads. *Physiol Behav* 1991;50:101-8.
20. Hadigan CM, Kissileff HR, Walsh BT. Patterns of food selection during meals in women with bulimia. *Am J Clin Nutr* 1989;50:759-66.
21. Wallin Gvan Der STER, Noring C, Holmgren S. Binge eating versus nonpurged eating in bulimics: is there a carbohydrate craving after all? *Acta Psych Scand* 1994;89:376-81.

22. Wallin Gvan Der STER, Noring C, Lennernäs MAC, Holmgren S. Food selection in anorectics and bulimics: food items, nutrient content and nutrient density. *J Am Coll Nutr* 1995;4(3):271-2.
23. Elmore DK, Castro JM. Meal patterns of normal, untreated bulimia nervosa and recovered bulimic women. *Psychol Behav* 1991;49:99-105.
24. Hetherington MM, Altemus M, Nelson ML, Bernat AS, Gold PW. Eating behavior in bulimia nervosa: multiple meal analyses. *Am J Clin Nutr* 1994;60:864-73.
25. Reiff DW. Behavior change: bulimia nervosa. In: Reif DW, Reiff KKL. *Eating disorders: nutrition therapy in the recovery process*. Maryland: Aspen Publishers; 1992. p. 360-4.
26. Garfinkel PE, Goldbloom D, Davis R, Olmsted MP, Garner DK, Halmi KA. Body dissatisfaction in bulimia nervosa: relationship to weight and shape concerns and psychological functioning. *Int J Eat Disord* 1992;11(2):151-61.
27. Hetherington MM. Eating disorders: diagnosis, etiology, and prevention. *J Nutr* 2000;16(7/8):547-51.
28. Kissileff HR, Walsh BT, Kral JG, Cassidy SM. Laboratory studies of eating behavior in women with bulimia. *Physiol Behav* 1986;38:563-70.
29. Sunday SR, Halmi KA. Micro-and macroanalyses of patterns within a meal in anorexia and bulimia nervosa. *Appetite* 1996;26:21-36.
30. Hetherington MM, Spalter AR, Bernat AS, Nelson ML, Gold PW. Eating pathology in bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 1993;13:13-24.
31. Sunday SR, Einhorn A, Halmi KA. Relationship of perceived macronutrient and caloric content to affective cognitions about food in eating-disordered, restrained, and unrestrained subjects. *Am J Clin Nutr* 1992;55:362-71.
32. Eiger MR, Christie BW, Sucher KP. Change in eating attitudes: An outcome measure of patients with eating disorders. *J Am Diet Assoc* 1996;96:62-4.
33. Bulik CM, Sullivan PF, Carter FA, Joyce PR. Initial manifestations of disordered eating behavior: dieting versus bingeing. *Int J Eat Disord* 1997;22:195-201.
34. Cordás TA, coordenador. *Fome de cão: quando o medo de ficar gordo vira doença: anorexia, bulimia e obesidade*. São Paulo: Maltesse; 1993.
35. Neumark-Sztainer D, Butler R, Palti H. Dieting and binge eating: which dieters are at risk? *J Am Diet Assoc* 1995;95(5):586-8.
36. Patton GC, Selzer R, Coffey C, Carlin JB, Wolfe R. Onset of adolescent disorders: population based cohort study over 3 years. *Br Med J* 1999;318:765-70.
37. Gendall KA, Sullivan PE, Joyce PR, Carter FA, Bulik CM. The nutrient intake of women with bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 1997;21(2):115-27.
38. Killen JD, Taylor CB, Hayward C, Haydel KF, Wilson DM, Hammer L et al. Weight concerns influence the development of eating disorders: a 4-year prospective study. *J Consult Clin Psychol* 1996;64(5):936-40.
39. Beumont PJV, O'Connor M, Lennerts W, Touyz W. Nutritional counseling in the treatment of bulimia. In: Fichter MM. *Bulimia nervosa: basic research, diagnosis and therapy*. England: John Wiley & Sons; 1990. p. 309-19.
40. Agras WS, Crow SJ, Halmi KA, Mitchell JE, Wilson GT, Kraemer HC. Outcome predictors for cognitive behavior treatment of bulimia nervosa: data from a multisite study. *Am J Psych* 2000;157:1302-8.
41. Bacaltchuk J, Hay P. Tratamento da bulimia nervosa: síntese das evidências. *Rev Bras Psiq* 1999;21(3):1-8.
42. Keel PK, Mitchell JE, Miller KB, Davis TL, Crow SJ. Long-term outcome of bulimia nervosa. *Arch Gen Psych* 1999;56:63-9.

Correspondência: Marle Alvarenga

Rua Dr. Augusto de Miranda, 1107, apto 151 Pompéia - 05026-001 São Paulo, SP, Brasil

Tel: (0xx11) 3862-4278 Cel: 9196-1994 - E-mail: marlealv@uol.com.br