



ISSN: 2230-9926

Available online at <http://www.journalijdr.com>

# IJDR

International Journal of Development Research

Vol. 11, Issue, 01, pp. 43763-43766, January, 2021

<https://doi.org/10.37118/ijdr.20727.01.2021>



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

## NUTRIÇÃO COMPORTAMENTAL: PROJEÇÃO SUBLIMINAR DA IMAGEM CORPORAL

\*<sup>1</sup>Nayara Elis Barroso Rocha and <sup>2</sup>Raquel Pessoa de Araújo

<sup>1</sup>Nutricionista – Centro Universitário Estácio FIC; <sup>2</sup>Nutricionista – Universidade Estadual do Ceará

### ARTICLE INFO

#### Article History:

Received 27<sup>th</sup> October, 2020

Received in revised form

17<sup>th</sup> November, 2020

Accepted 09<sup>th</sup> December, 2020

Published online 30<sup>th</sup> January, 2021

#### Key Words:

Psicanálise. Nutricional.  
Transtornos Alimentares.

#### \*Corresponding author:

Nayara Elis Barroso Rocha

### ABSTRACT

Os comportamentos alimentares anormais e as práticas inadequadas de controle de peso estão associadas à angústia pessoal e à baixa autoestima, sendo comumente expressados pela insatisfação com o peso corporal. Não existe um fator único que determine o surgimento de um transtorno alimentar, podendo-se afirmar que as causas podem ser de ordem genética, familiar, cultural e/ou psicológicas (aspectos da personalidade). Sobre a análise dos instrumentos, vale questionar, será que só os questionários são suficientes para compreender a imagem corporal? Será que uma abordagem menos objetiva e mais subjetiva, como uma abordagem qualitativa poderiam aprimorar, complementar e aprofundar melhor essa avaliação? Já que como vimos na literatura, os distúrbios e percepções equivocadas da imagem corporal podem causar diversos danos a saúde e a vida de pessoas acometidas por essa percepção equivocada da mente, podendo ter como consequência danos graves à saúde. Sendo assim, esse artigo recomenda de forma inédita uma abordagem, sugerindo a nutrição psicanalítica como uma terapêutica complementar indicada para o tratamento dos transtornos alimentares, especialmente se articulada a uma equipe multidisciplinar.

Copyright © 2021, Nayara Elis Barroso Rocha and Raquel Pessoa de Araújo. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Nayara Elis Barroso Rocha and Raquel Pessoa de Araújo, 2021. "Nutrição comportamental: projeção subliminar da imagem corporal" International Journal of Development Research, 11, (01), 43763-43766.

## INTRODUÇÃO

Segundo Thompson, 1996 Apud Saikali et al, 2004, o conceito de imagem corporal envolve três componentes:

- Perceptivo, que se relaciona com a precisão da percepção da própria aparência física, envolvendo uma estimativa do tamanho corporal e do peso;
- Subjetivo, que envolve aspectos como satisfação com a aparência, o nível de preocupação e ansiedade a ela associada;
- Comportamental, que focaliza as situações evitadas pelo indivíduo por experimentar desconforto associado à aparência corporal.

De acordo com Martins, (2010) a insatisfação com a imagem corporal tem estreita relação com os distúrbios alimentares tais como a anorexia e a bulimia. A palavra anorexia origina-se do grego (ann = sem; orexis = desejo ou apetite), porém, na verdade, não há perda de apetite nas fases iniciais; apenas no decurso da morbidade é que as pacientes conseguem aboli-lo (Perine et al, 2009). É caracterizada por uma restrição alimentar autoimposta, a fim de obter acentuada perda de peso, mantendo o peso corporal em limites inferiores ao adequado para idade e altura. Além da restrição alimentar, estão presentes o medo de engordar (*fat phobia*), a preocupação excessiva com o peso e a forma do corpo e alteração da imagem corporal (OMS, 1993; APA, 1994) apud Guimarães et al, 2014. Já a Bulimia nervosa é uma palavra de origem grega (bous = bois; limos = fome), que se refere a fome tão grande quanto a de um boi ou capaz de levar alguém a

comer um boi. Fato relacionado aos episódios exagerados (compulsivos) de ingestão alimentar que são característicos da bulimia nervosa (BUSSE, 2004; PHILIPPI, 2004). É uma síndrome caracterizada por repetidos ataques de hiperfagia, preocupação excessiva com o controle de peso corporal, levando o paciente a adotar medidas extremas a fim de mitigar os efeitos de engordar da ingestão de alimentos (Busse e Silva 2004). Segundo Carvalho, Amaral e Ferreira (2009) para esses autores, o indivíduo tenta neutralizar os efeitos engordativos por meio de vômitos autoinduzidos, abuso de purgantes, períodos alternados de inanição e uso de drogas, como os anorexígenos e diuréticos, pois há um pavor mórbido de engordar. Os comportamentos alimentares anormais e as práticas inadequadas de controle de peso estão associadas à insatisfação pessoal e à baixa autoestima, sendo comumente expressados pela insatisfação com o peso corporal. (Buttom et al, 1997; Taylor, 1986 APUD Nunes et al, 2001). E esses transtornos alimentares (TA) tornaram-se um problema relevante de saúde pública. A imagem corporal é um importante componente do complexo mecanismo de identidade pessoal. O estado nutricional expressa o grau pelo qual as necessidades fisiológicas de nutrientes estão sendo atendidas. Uma avaliação do estado nutricional deveria ser rotineira, como parte da atenção primária à saúde no sentido de prevenir o desenvolvimento de quadros mórbidos diversos, além de importante indicador no estabelecimento de atividades educacionais e de intervenção, sendo assim esse artigo busca refletir sobre o comportamento relacionado a imagem corporal e realizar uma abordagem psicanalítica sobre as consequências de percepções desorganizadas na mente humana. Devido a essa complexidade, faz-se

necessário avaliar os aspectos físicos, sociais e psicológicos dos pacientes, para propor uma terapêutica multidisciplinar estruturada que integre profissionais de diferentes áreas: médico, psiquiatra, nutricionista, psicólogo e terapeuta. Neste contexto, o papel da terapia nutricional psicanalítica é sugerida como uma nova abordagem como um recurso a ser utilizado no tratamento.

**Prevalência:** A Anorexia Nervosa e a Bulimia Nervosa são transtornos do comportamento alimentar que se desenvolvem principalmente em meninas adolescentes e mulheres jovens. Sua prevalência é de 0,5 a 3,7% das mulheres, na anorexia nervosa, e 1,1 a 4,2% das mulheres, na Bulimia Nervosa, sendo que a Bulimia é 4 (quatro) vezes mais frequente que a Anorexia. Esses transtornos afetam 10 (dez) vezes mais mulheres do que homens. Não existe um fator único que determine o surgimento de um transtorno alimentar, podendo-se afirmar que as causas podem ser de ordem genética, familiar, cultural e/ou psicológicas (aspectos da personalidade) (Weinberg, 2006).

**Fundamentos históricos:** Em uma breve revisão dos aspectos históricos dos transtornos alimentares, Cordás & Claudino (2002) relata que as primeiras referências a essa condição surgem com o termo *fastidium* em fontes latinas da época de Cícero (106-43 a.C.) e vários textos do século XVI. Já a denominação mais específica "anorexia nervosa" surgiu com William Gull a partir de 1873, referindo-se à "forma peculiar de doença que afeta principalmente mulheres jovens e caracteriza-se por emagrecimento extremo. O historiador Bell (1985), relata em seu livro *Holy Anorexia*", o comportamento anoréxico realizado por 260 santas italianas (que teriam vivido entre 1200 e 1600) aparentemente em resposta à estrutura social patriarcal a qual estavam submetidas, e conhecido como "anorexia sagrada", onde o caso Catharine de Siena veio a ser o mais conhecido. E Morton é o autor do primeiro relato médico de anorexia nervosa de 1689, em livro sobre doenças consumptivas, no qual descreve dois casos de "consumpção de origem nervosa". É provável que **Charcot** tenha sido o primeiro a detectar, por volta de 1889, o aspecto psicopatológico central que motivava as mulheres anoréticas a jejuar: a "idée fixe d'obesité" ou fobia de peso. A partir de 1914, ocorre uma mudança marcante (de forma equivocada?) na compreensão da anorexia nervosa, que passa a ser vista como uma doença puramente orgânica (somática) quando Simmonds descreveu um caso fatal de caquexia, no qual a autópsia revelou atrofia do lobo anterior da hipófise. A anorexia nervosa passou a ser confundida com a Doença de Simmonds (hipopituitarismo) com sérias implicações terapêuticas. O restabelecimento do conceito clássico de anorexia nervosa só ocorre após, aproximadamente, trinta anos quando Sheehan & Summers (1949) apontam que, apesar de existirem sintomas comuns entre os dois quadros, não havia evidências clínicas de redução da função hipofisária nem anormalidades histológicas significativas da glândula na anorexia nervosa. Hilde Bruch trouxe importante contribuição para a compreensão de aspectos psicopatológicos comuns na anorexia nervosa. Esta autora propôs que a psicopatologia central da anorexia nervosa compreendia uma constelação específica de deficiências do ego e da personalidade, consistindo em três áreas de perturbação do funcionamento: transtornos da imagem corporal; transtornos na percepção ou interpretação de estímulos corporais (como reconhecimento da fome) e uma sensação paralisante de ineficiência que invade todo o pensamento e atividades da paciente. Na década de 1970, começam a surgir critérios padronizados para o diagnóstico da anorexia nervosa com base nos distúrbios psicobiológicos e psicopatológicos, desenvolvidos para atender tanto as necessidades clínicas como as de pesquisa. A bulimia nervosa apresenta uma história mais recente, surgiu como uma síndrome na década de 70, relacionada à Anorexia Nervosa (ACHKAR *et al.*, 2012).

**Vocabulários:** Assim como na afanise, termo introduzido por Jones (1950) que se refere ao desaparecimento do desejo do sexo. "Jones introduz o termo grego *oupávioiç* (ato de fazer desaparecer, desaparecimento) relacionado com a questão do complexo de castração (1a). Segundo ele, mesmo no homem, a abolição da sexualidade e a castração não coincidem (por exemplo: "... muitos

homens desejam ser castrados por razões eróticas, entre outras, de modo que a sua sexualidade certamente não desaparece com o abandono do pênis") (16); se é verdade que parecem confundir-se, é porque o temor da castração é a forma por que se apresenta concretamente (ao lado das idéias de morte) a idéia mais geral de afanise. Na mulher, é no temor da separação do objeto amado que poderíamos descobrir o temor da afanise. Jones introduz a noção de afanise no quadro das suas pesquisas sobre a sexualidade feminina. Enquanto Freud centrava a evolução sexual da menina como a do menino, no complexo de castração e na prevalência do falo, Jones tenta descrever a evolução da menina de um modo mais específico, que dá ênfase a uma sexualidade que possui de início os seus objetivos e a sua atividade próprios." Fazendo um paralelo entra as definições em Laplanche (2001), podemos comparar a afanise com a mesma sensação despertada quando a pessoa é afetada pelos transtornos alimentares, onde observa-se uma ausência do desejo de comer, principalmente no paciente que tem o sintoma de anorexia, onde esse desejo é anulado, pela sensação terrível que sente na possibilidade de engordar, ou seja, perder seu corpo ideal".

**A Escuta do Corpo:** Em fundamentos psicanalíticos, Zimerman (2007) traz o corpo como objeto falante, ferramenta que também devemos usar na escuta, dando empoderamento a fala do corpo. "Basta a observação de como o bebê comunica-se com a sua mãe para comprovar essa afirmativa. Desde as descobertas de Freud (... "o ego, antes de tudo, é corporal" e também aquelas relativas aos seus múltiplos relatos de conversões históricas) até os atuais e aprofundados estudos da psicanalítica, Escola Psicossomática de Paris, cada vez mais, todos os psicanalistas estão atentos para fazer a leitura das mensagens psíquicas emitidas pelo corpo."

**Canais de comunicação:** Segundo Zimerman (2007), pode-se considerar, no mínimo, como 5 (cinco) os canais de comunicação provindos do corpo:

- 1) A imagem corporal (o paciente tem sintomas de despersonalização, Julga-se **gordo** mesmo sendo **magro**, ou vice-versa, Julga-se feio mesmo quando os outros o acham bonito, e vice-versa, Tem problemas de transtorno alimentar como anorexia nervosa ou hiperbulimia.
- 2) Cuidados corporais (vestimentas, penteados, saúde física, etc.).
- 3) Conversões (elas manifestam-se nos órgãos dos sentidos, ou na musculatura que obedeça ao comando do sistema nervoso voluntário, sendo que as reações conversivas permitem, muitas vezes, a descodificação do seu significado psíquico.
- 4) Hipocondria (manifestações de sintomas físicos, erráticos, sem respaldo em uma real afecção orgânica).
- 5) Somatizações (em um sentido estrito, o termo "somatização" alude a uma conflitiva psíquica que determina uma afecção orgânica, como, por exemplo, uma úlcera péptica. Em um senso lato, o termo "paciente somatizador" abrange todas as manifestações psicossomáticas, nas quais alguma parte do corpo funciona como caixa de ressonância. Sabemos o quanto uma somatização pode dizer mais do que a fala de um longo discurso. No entanto, nem sempre as somatizações são de fácil leitura, sendo que nas doenças psicofisiológicas propriamente ditas (úlceras, asma, enzema, retocolite ulcerativa etc.) os autores se questionam se é possível encontrar um simbolismo do conflito inconsciente, diretamente expressado no sintoma orgânico, ou se este não é mais do que uma mesma, predeterminada, resposta psicoimunológica a diferentes estímulos estressores, como um exemplo, pelas perversões "alimentares" (anorexia ou bulimia nervosa).

**Instrumentos para a Imagem Corporal:** Dentre os vários instrumentos para avaliação da imagem corporal, um dos mais utilizados é o Body Shape Questionnaire (BSQ), de amplo uso em estudos com populações clínicas e não-clínicas (Cooper *et al.*, 1987). A insatisfação com a imagem corporal pode ser avaliada por meio do Body Shape Questionnaire (BSQ) em sua versão para o português de Cordás & Castilho do original elaborado por Cooper *et al.* e validada por Manetta. Trata-se de um questionário autoaplicável do tipo escala

de Likert, composto por 34 perguntas com seis opções de resposta, que pontuam de 1 a 6, sendo a maior pontuação conferida àquelas respostas que refletem maior preocupação com a imagem corporal e maior autodepreciação devido à aparência física, especialmente no sentido de sentir-se com excesso de peso. No BSQ a pontuação será obtida pelo somatório da cotação dos Itens. Valores mais altos indicam maior preocupação com a imagem corporal. A partir da pontuação obtida, as jovens são classificadas em satisfeitas (escore < 111) ou insatisfeitas (escore  $\geq$  111) (Cordás & Castilho adaptado por Alves et al.6).

**Instrumentos para Avaliar o Comportamento Alimentar:** Um dos instrumentos utilizados para avaliação dos comportamentos alimentares anormais e das práticas inadequadas de controle de peso é o Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26). Para a avaliação dos sintomas de anorexia e bulimia, o Teste de Atitudes Alimentares (Eating Attitudes Test, EAT-26), foi proposto por Garner et al., traduzido para o português por Nunes et al. e validado por Bighetti.

O EAT-26 é um questionário de autorrelato, que possui questões do tipo escala de Likert com seis opções de resposta (nunca, quase nunca, poucas vezes, às vezes, muitas vezes e sempre), que pontuam de 0 a 3. As respostas nunca, quase nunca e poucas vezes somam 0 pontos, e as respostas às vezes, muitas vezes e sempre pontuam 1, 2 e 3 pontos, respectivamente. Na questão 25, a pontuação é conferida de forma inversa às demais, somando-se 0 pontos para as alternativas às vezes, muitas vezes e sempre, e 1, 2 e 3 pontos para as alternativas poucas vezes, quase nunca e nunca, respectivamente. A pontuação final do questionário pode variar de 0 a 78 pontos. No presente questionário, indivíduos que somam 20 pontos ou mais no EAT-26 são classificadas com comportamento alimentar de risco, conforme proposto em outros estudos. Dessa forma, o resultado do EAT-26 será categorizado em: EAT positivo (EAT+) para presença de sintomas de anorexia e bulimia e EAT negativo (EAT-) para ausência de sintomas de anorexia e bulimia.

**Instrumentos para avaliar o Estado Nutricional:** O estado nutricional é um instrumento de avaliação do índice de massa corporal (IMC =  $\text{Peso} / \text{Estatura}^2$ ). Para a mensuração da massa corporal e estatura, são utilizados procedimentos padronizados. Os valores de IMC são classificados utilizando pontos de corte amplamente aceitos na literatura: baixo peso (IMC  $\leq$  18,5 kg/m<sup>2</sup>), peso normal (IMC entre 18,5 e 24,9 kg/m<sup>2</sup>) e excesso de peso (IMC  $\geq$  25 kg/m<sup>2</sup>).

**O papel da psicanálise na nutrição e nos transtornos alimentares:** Desde 1893, Freud já identificava casos de anorexia e bulimia em suas análises. Como relata a publicação no *International Journal of Psycho-Analysis* (1956). “Um dos sintomas mais comuns da histeria é a combinação de anorexia e vômito. Sei de um grande número de casos em que a ocorrência desse sintoma é explicada de maneira bastante simples. Assim, numa paciente o vômito persistiu depois de ela ter lido uma carta humilhante pouco antes de uma refeição e ter ficado violentamente nauseada com isso. Em outros casos, a repulsa pela comida pode ser claramente relacionada ao fato de que; graças à instituição da “mesa comum”, uma pessoa pode ser compelida a fazer uma refeição em companhia de alguém que detesta. A repulsa é então transferida da pessoa para os alimentos. A mulher com o tique, que mencionei há pouco, era particularmente interessante a esse respeito. Comia excepcionalmente pouco e apenas sob pressão. Ela me informou, sob hipnose, que uma série de traumas psíquicos havia acabado por produzir esse sintoma de repulsa à comida. Quando era ainda criança, sua mãe, muito severa, insistia para que ela comesse toda a carne que tivesse deixado no almoço duas horas depois, quando a carne estava fria e a gordura, toda congelada. Ela o fazia com enorme asco e guardou a lembrança disso; mais tarde, quando já não estava sujeita a essa punição, sentia regularmente enjôo na hora das refeições.

Dez anos depois, costumava sentar-se à mesa com um parente tuberculoso que escarrava constantemente, durante as refeições, numa escarradeira postada do outro lado da mesa. Pouco tempo depois, foi obrigada a partilhar suas refeições com um parente que ela sabia ser

portador de uma doença contagiosa. Também a paciente de Breuer comportou-se por algum tempo como se sofresse de hidrofobia. Durante a hipnose, revelou-se que ela uma vez surpreendera um cachorro bebendo água em um copo seu.” Pensando na momento atual, Cobelo, Gonzaga e Weinberg, 2008, trouxeram de maneira inédita uma série de “adaptações” na clínica psicanalítica, com o intuito de contribuir para a melhor aderência do paciente ao tratamento.

#### As “adaptações” dizem respeito à

- Atitude do analista, que, como afirma Brusset, deve deixar ao paciente “a iniciativa da fala sem nada impor, oferecendo-lhe uma atenção igual para tudo o que ele manifesta de si mesmo, ficando, durante as sessões, completamente disponível e benevolente quaisquer que sejam seus propósitos, constituindo uma experiência nova que seduz e inquieta”, tendo o “valor de uma reparação narcísica”;
- Elaboração de um contrato de peso com o paciente, fixado no início do tratamento. Esse contrato de peso, proposto pela primeira vez por Helen Deutch em meados da década de 1940, consiste em uma promessa mútua, em que a paciente se compromete a não perder peso, e, em contrapartida, o analista jamais a encorajará a comer ou perguntará sobre sua alimentação. Fiorini (1999) chama a atenção para o caráter tecnicamente inovador desse tipo de contrato e o aproxima do que chama, em seu trabalho com patologias narcisistas, de “intervenção vincular”, que compreenderia uma vasta gama de intervenções ativas do analista sobre o vínculo com o paciente, podendo assim desejar e manifestar que o paciente não morra de inanição;
- Necessidade de manter contato com os outros profissionais que acompanham o paciente e com sua família;
- Observação de que esses pacientes não se beneficiam do uso do divã, sendo a posição face-a-face a mais recomendada, uma vez que precisam “ser vistos” pelo analista, e usá-lo em sua função de espelho pelo menos até que a sua capacidade simbólica seja restaurada;
- Preparação para o trabalho com adolescentes, uma vez que esses transtornos se iniciam principalmente na fase da adolescência, que por si só exige um trabalho diferenciado.

## CONCLUSÃO

Sobre a análise dos instrumentos, vale questionar, será que só os questionários são suficientes para compreender a imagem corporal? Será que uma abordagem menos objetiva e mais subjetiva, com uma abordagem qualitativa poderiam aprimorar, complementar e aprofundar melhor essa avaliação? Já que como vimos na literatura acima como os distúrbios e percepções equivocadas da imagem corporal podem causar diversos danos a saúde e a vida de pessoas acometidas por essa percepção equivocada da mente, podendo ter como consequência danos graves à saúde, como até mesmo o óbito precoce. Como descreve o filósofo contemporâneo, Barroso, 2015, “O que chegamos a saber sobre o conteúdo da representação depende do que chegamos a saber sobre a estrutura representacional. Em outras palavras, não é possível obter informação sobre o conteúdo, se não tivermos informação também sobre a estrutura representacional”, e nisso a análise pode colaborar. Percebe-se desse modo que a atuação da prática da psicanálise nutricional é um fator preponderante nessa terapêutica.

A adoção da Psicanálise, que poderá ser realizada por um nutricionista, com essa formação psicanalítica, é uma característica que imprime algumas particularidades, uma delas é a de levar o paciente a compreender a constituição de uma subjetividade, subjacente aos sintomas na linguagem apresentadas, podendo ser de extrema contribuição para sua melhora clínica e interna. A abordagem da nutrição psicanalítica tem sido considerada uma terapêutica indicada para o tratamento dos Transtornos Alimentares, especialmente se articulada a uma equipe multidisciplinar.

## REFERÊNCIAS

- BARROSO, C. A. C. Porque representações são um problema para representacionistas *Problemata: R. Intern. Fil.* v.6 n.2, p. 240-259. 2015.
- CARVALHO, R. S., AMARAL, A.C.S., FERREIRA, M.E.C. Transtornos alimentares e imagem corporal na adolescência: uma análise da produção científica em psicologia. *Psicologia: Teoria e Prática*, v. 11, n.3, p. 200-223. 2009.
- COBELO, A.W., GONZAGA, A. P., WEINBERG, C. .abordagem psicanalítica dos transtornos alimentares. *Cadernos da CEPPAN. Revista de Transtornos Alimentares.* Edição N. 1, março. 2008.
- COOPER, P.; TAYLOR, M.J.; COOPER, Z. & FAIRBURN, C.G. - The Development and Validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders.* v. 6, p. 485-494.1987.
- CORDÁS, T.A., CLAUDINO, A.M. Transtornos alimentares: fundamentos históricos. *Rev Bras Psiquiatr*, v. 24. Supl III, p. 3-6. 2002.
- EL ACHKAR, V.N.R.º BACK-BRITO, G.N., KOGA-ITO, C.Y. Saúde Bucal De Pacientes Com Transtornos Alimentares: O Marcante Papel Do Cirurgião-Dentista. *Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo*, v. 24, n.1, p. 51-56.2012.
- FREUD (1893) Apud “On the Psychical Mechanism of Hysterical Phenomena” . 1956 *Int. J. Psycho-Anal.*, (Trad. de James Strachey.) (primeiras obras psicalalíticas, v.37, n.1, p.8-13. 1956.
- GUIMARÃES A. D.; MACHADO, S. P. ; FRANÇA, A.K. T. C.; CALADO, I. L. Transtornos Alimentares E Insatisfação Com A Imagem Corporal Em Bailarinos. *Rev Bras Med Esporte*, v. 20, n. 4, jul/ago. 2014
- JONES, E. Development of Female Sexuality, 1927. In *Papers on Psycho- Analysis*, Baillière, Londres, 5ª ed., 1950. — a) 438-51. — b) 439-40.
- MARTINS, et al, Insatisfação com a imagem corporal e relação com estado nutricional, adiposidade corporal e sintomas de anorexia e bulimia em adolescentes *Rev Psiquiatr, RS*, v. 1, n.32. 2010.
- NUNES, M. A., OLINTO, M. T. A., BARROS, F. C., CAMEY, S. Influência da percepção do peso e do índice de massa corporal nos comportamentos alimentares anormais . *Rev Bras Psiquiatr.* v. 23, n. 1 p. 21-27. 2001.
- PERINI, et al. Transtorno do Comportamento Alimentar em Atletas de Elite de Nado Sincronizado. *Rev Bras Med Esporte*, v.15, n. 1. 2009
- SAIKALI, C.J.; SOUBHIA, C.S.; SCALFARO, B.M.; CORDÁS, T.A. Imagem corporal nos transtornos alimentares. *Rev. Psiq. Clin.* v. 4, n. 31, p. 164-166. 2004
- WEINBERG, C.; CORDÁS, T. A. Do altar às passarelas: da anorexia santa à anorexia nervosa. São Paulo: Annablume Editora, 2006.
- ZIMERMANN, D. E. Fundamentos psicanalíticos: teoria, técnica e clínica: uma abordagem didática. Porto Alegre : Artmed. 2007.

\*\*\*\*\*