

# Anorexia e bulimia – corpo perfeito versus morte

## Anorexia and bulimia – perfect body versus death

Maria Aparecida Conti\*

Paula Costa Teixeira\*\*

Marcela S. Kotait\*\*\*

Eduardo Aratangy\*\*\*\*

Fabio Salzano\*\*\*\*\*

Ana Carolina Soares Amaral\*\*\*\*\*

65

### Resumo

A anorexia nervosa e a bulimia nervosa são transtornos alimentares (TA) de difícil tratamento e de alta morbidade. O Programa de Transtornos Alimentares (AMBULIM) do IPq-FMUSP caracteriza-se como o primeiro centro brasileiro multidisciplinar para o tratamento, ensino e pesquisa da área. O atendimento embasa-se em ações multidisciplinares envolvendo, essencialmente, o acompanhamento médico, nutricional e psicológico. A atividade física merece atenção, pois há evidências da associação da dependência ao exercício com os TA. Observamos um processo lento e gradativo, com o comprometimento da saúde física, emocional e social desse paciente, com uma recusa mórbida em ganhar peso. Suas crenças pessoais, muitas vezes, embasam-se no fato de que “ser magro(a)”, “estar magro(a)” é a chave para o seu sucesso pessoal, afetivo e social. A expectativa de corpo difundida na sociedade contemporânea, caracterizada por uma noção de perfeição ligada à magreza, acaba por influenciar a imagem corporal, elemento essencial na etiologia dos TA. A mídia, por sua vez, oferece instruções explícitas sobre como atingir o ideal de beleza, promovendo a crença de que as pessoas podem, e de fato devem, controlar sua forma e peso corporais. O trabalho desenvolvido pelo profissional da saúde com o paciente que desenvolve TA é intenso e repleto de desafios, devendo ir além da intervenção assistencial. É esperado que possa compartilhar seus conhecimentos com a população e informá-la acerca dos riscos e formas de cuidados, evitando, assim, que o TA seja um dos caminhos trilhado por muitos jovens.

**Palavras-chave:** Transtornos Alimentares. Equipe de Assistência ao Paciente. Terapêutica.

### Abstract

Nervous anorexia and nervous bulimia are food disturbances (FD) of difficult treatment and of rise morbidity. The Program of Food Disturbances (Ambulim) of IPq-FMUSP is the first multidisciplinary Brazilian center for the treatment, teaching and research of the area. The service is based on multidisciplinary actions integrating essentially medical, nutritional and psychological assistance. Physical activity is considered, since there are evidences of the association of dependence to exercise with FD. We observe a slow and gradual process leading to physical, emotional and social health worsening of a patient, with a morbid refusal to gaining weight. Her personal beliefs very often are based on the fact that “to be thin”, “stay thin” is the key for her personal, affective and social success. The expectation about the body spread in the contemporary society, characterized by a notion of perfection connected to slimness, influences the physical image, essential element the etiology of FD. The media, by their turn, offer explicit instructions about how to reach the ideal of beauty, promoting the belief that persons can, and in fact have to, to control his physical condition and weight. The work developed by a health professional with a patient who develops FD is intense and full with challenges, and must go beyond health care. It is expected that professionals could share their knowledge with the population, warning it about the risks and care modalities in order to prevent FDs to be a life style choice for young people.

**Keywords:** Eating Disorders. Patient Care Team. Therapeutics.

\* Psicóloga Clínica e Psicoterapeuta. Doutora e Mestre pela Faculdade de Saúde Pública da USP. Pesquisadora Colaboradora – AMBULIM. Professora Adjunta da Universidade Cruzeiro do Sul. E-mail: maconti@usp.br

\*\* Educadora Física do AMBULIM. Doutoranda em Neurociências e Comportamento pelo Instituto de Psicologia da USP. E-mail: paulapct@usp.br

\*\*\* Nutricionista pelo Centro Universitário São Camilo. Nutricionista do AMBULIM. E-mail: mskotait@hotmail.com

\*\*\*\* Médico Psiquiatra. Coordenador do PRADA – Programa de Atendimento a Pacientes Refratários. E-mail: edupsiquiatria@yahoo.com.br

\*\*\*\*\* Médico Psiquiatra. Vice-coordenador do AMBULIM. Mestre em psiquiatria pela FMUSP. E-mail: ftsalzano@uol.com.br

\*\*\*\*\* Licenciatura plena em Educação Física pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Mestrado em Educação Física (UFJF). Especialização em organização e administração de recreação e lazer (UFJF). Professora do Instituto de Educação Ciência e Tecnologia do Sudeste de Minas Gerais – Campus Barbacena. Pesquisadora do Laboratório de Estudo do Corpo – LABESC – UFJF. E-mail: acsamara@hotmail.com

## UMA BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO

A anorexia nervosa (AN) e a bulimia nervosa (BN) são transtornos alimentares (TA) de difícil tratamento e de alta morbidade<sup>1</sup>. Caracterizam-se por um padrão de comportamento alimentar gravemente perturbado, distúrbios da percepção do formato corporal e consequente controle patológico do peso<sup>2</sup>.

As taxas de prevalência desses transtornos no cenário internacional demonstram sua relevância. Nos Estados Unidos, a AN atinge de 2% a 5% das meninas adolescentes<sup>3</sup>, e, para a BN, os valores são de 1% a 0,1% em jovens do sexo feminino e masculino, respectivamente<sup>4</sup>. Dados epidemiológicos similares são desconhecidos para a população brasileira, no entanto a experiência clínica demonstra que esses transtornos têm prevalência significativa<sup>5,6</sup>.

Os fatores de risco para os TA desdobram-se em mais de 30 condições, que podem ser classificadas de acordo com os seguintes subgrupos: características demográficas (sexo, etnia, entre outras); psicológicas (avaliação do peso corporal, imagem corporal negativa, baixa autoestima, entre outras); e biológicas (peso corporal, entre outras)<sup>7</sup>. Morgan, et al<sup>8</sup> avaliaram os riscos de acordo com os fatores predisponentes (aqueles que aumentam a chance do aparecimento dos TA - traços de personalidade, história de transtornos psiquiátricos, tendência à obesidade, alterações da neurotransmissão, eventos adversos); precipitantes (aqueles que marcam o aparecimento dos sintomas dos TA – dieta e eventos estressores); e mantenedores (aqueles que determinam se os TA vão se perpetuar ou não – características fisiológicas, psicológicas e culturais).

## O AMBULIM

O Programa de Transtornos Alimentares (AMBULIM) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) caracteriza-se como o primeiro centro brasileiro multidisciplinar para o tratamento, ensino e pesquisa na área de transtornos do comportamento alimentar, com início de suas atividades nos anos 1990<sup>9</sup>.

O atendimento padrão embasa-se em ações multidisciplinares. As reuniões de equipe ocorrem semanalmente, com a definição das diretrizes a serem adotadas para cada paciente.

## ESTRUTURA DO TRATAMENTO

### Atendimento Médico

O primeiro contato do paciente é com o psiquiatra, que realiza a entrevista de triagem visando ao diagnóstico diferencial. Nesse procedimento, são realizados os registros relacionados ao histórico médico e psiquiátrico e o motivo principal da procura. É feita uma entrevista estruturada avaliando o comportamento alimentar e o diagnóstico de um possível TA, de acordo com os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico da Associação Psiquiátrica Americana<sup>1</sup>.

A intervenção psiquiátrica visa à normalização de peso, à adequação do comportamento alimentar, além da manutenção de hábitos e peso saudáveis. A identificação de problemas concorrentes e comorbidades clínicas e psiquiátricas também é parte essencial do tratamento médico.

No ambulatório, é realizado semanalmente um atendimento psiquiátrico; e, quando necessário, o paciente passa por profissionais de outras especialidades, como endocrinologia ou neurologia. O tratamento psiquiátrico é aberto, sendo proposta duração inicial de 20 semanas, mas podendo ser estendido até a remissão completa do quadro, sem previsão para o seu término. Durante o curso do tratamento, procura-se criar um bom vínculo entre médico e paciente, com enfoque em apontar erros no pensamento e propor mudanças, como diminuir a preocupação e a supervalorização da alimentação, do peso corporal e normalizar comportamentos relacionados aos TA. O uso de medicações é avaliado individualmente, visando ao tratamento dos TA e das comorbidades psiquiátricas. Uma internação por risco de morte pode ser realizada a qualquer tempo.

### Atendimento Nutricional

O Nutricionista é o profissional capacitado para propor modificações do consumo, padrão e das atitudes alimentares, que nos TA estão alterados<sup>10</sup>.

O atendimento nutricional tem como objetivos: recuperar e/ou manter um peso adequado, estabelecer padrões alimentares saudáveis, minimizar as práticas alimentares inadequadas e os comportamentos inapropriados para controle de peso e melhorar as atitudes alimentares e os distúrbios de imagem corporal<sup>10,11</sup>. São ensinados conceitos de alimentação saudável, tipos, funções e fontes dos

nutrientes, recomendações nutricionais, consequências da restrição alimentar e das purgações. Em um segundo momento, aborda-se a relação que o paciente estabelece com os alimentos e com seu corpo, no sentido de fazê-lo perceber os significados que atribui a eles<sup>10,11</sup>.

Não são prescritas dietas para os pacientes com TA, pois são carregadas de conceitos sobre restrição alimentar, exclusão de grupos alimentares, contagem de calorias e pesagem de alimentos. É necessário que o(a) paciente se conscientize de que esses aspectos levam à compulsão alimentar, pois já existe uma atenção exagerada dada aos valores calóricos dos alimentos, por isso não é recomendado focar nesses parâmetros<sup>11</sup>.

É utilizado o diário alimentar, um instrumento de automonitoração, no qual o(a)s pacientes registram seu consumo alimentar, a ocorrência de compulsões alimentares e purgações, duração e local de refeições e os sentimentos vivenciados em seu decorrer<sup>10,11</sup>.

O atendimento nutricional é realizado uma vez por semana, com consultas de, em média, 30 minutos, nas quais o nutricionista acompanha as dificuldades individuais e o peso. São traçadas metas alimentares e/ou de comportamento, que deverão ser realizadas durante a semana e discutidas no atendimento seguinte.

O tratamento nutricional para AN prevê ganho de peso durante a internação<sup>11</sup>. No caso da BN, a internação visa a interromper o ciclo restrição-compulsão-purgação. Após a alta da enfermaria, o(a)s pacientes têm seguimento ambulatorial.

### Atendimento Familiar

O atendimento familiar ocorre em grupos psicoeducacionais, por meio de orientação, informação e troca de experiências, com a participação dos familiares e dos pacientes em tratamento. A periodicidade é quinzenal, compondo-se pelos familiares dos pacientes.

A inclusão e a participação efetiva da família é uma peça fundamental na eficácia terapêutica, já que a psicodinâmica familiar, isto é, a maneira como a família funciona, é um elemento central na determinação, manutenção e desenvolvimento dos TA<sup>12</sup>.

O atendimento embasa-se na abordagem sistêmica<sup>13</sup>, com enfoque narrativo, por meio de intervenções diretas e paradoxais, que são os procedimentos adotados para a mudança. Inicialmente, realiza-se junto à família um acordo no senti-

do de sensibilizá-la para o entendimento dos TA e mobilizá-la para melhorar a adesão do(a) paciente ao tratamento. É solicitada a participação ativa nas atividades do hospital, por meio do conhecimento e procura de mais informações acerca dos TA, e a presença do familiar junto ao paciente em situações de dificuldade.

No grupo, o terapeuta-coordenador funciona como alguém que traz a informação, discute com os membros e possibilita a elaboração de conclusões sobre os TA, como também com intervenções diretas.

Os temas abordados são livres e abertos, isto é, fala-se sobre qualquer assunto escolhido por um dos membros da família ou pelo coordenador. As intenções são proporcionar conhecimento, diminuir a ansiedade dos familiares frente à gravidade dos TA, construir um elo de comunicação entre a família e a equipe multidisciplinar, solucionar e reforçar posturas adequadas junto aos pacientes para o enfrentamento dos TA e dos possíveis conflitos familiares.

### Atendimento Psicológico

Baseado na terapia cognitivo-comportamental<sup>13</sup> (TCC), objetiva-se a mudança do comportamento alimentar e do uso de estratégias compensatórias (vômitos, abuso de laxantes, diuréticos e enemas).

Pode ser dividido conceitualmente em três áreas: (1) normalização da alimentação e do peso; (2) reestruturação cognitiva relacionada aos sintomas visados na conduta alimentar; e (3) reestruturação cognitiva de temas psicopatológicos que, direta ou indiretamente, estão relacionados ao desenvolvimento ou à manutenção do transtorno alimentar<sup>13</sup>.

A TCC baseia-se no modelo cognitivo que levanta a hipótese de que as emoções e o comportamento das pessoas são influenciados pelas percepções dos eventos. Sendo assim, não é uma situação por si só que determina o que a pessoa sente, mas, antes, o modo como ela interpreta uma dada situação<sup>14</sup>. Pressupõe que o sistema de crenças de uma pessoa, ou melhor, o modo como percebe e avalia a sua experiência e o mundo que a cerca, exerce um papel significativo no possível desenvolvimento dos transtornos psiquiátricos. Esse sistema de crenças pode repercutir na incorporação de distorções e rigidez, tornando-se disfuncional, e com isso, desencadeando comportamentos igualmente disfuncionais. Como um exemplo, a presença de um conjunto de crenças distorcidas que associam magreza

à competência, à superioridade e ao sucesso.

Dentro dessa perspectiva, é muito importante que o(a)s pacientes entendam a interação de pensamentos, emoções e comportamentos, pois, a partir dessa condição, serão capazes de reconhecer suas reações imediatas, podendo, assim, determinar sua própria mudança. Espera-se do(a)s pacientes um desenvolvimento para responder eficazmente às pressões ambientais desafiadoras e a modificação dos padrões emocionais quanto ao comer e à maneira de encarar o peso e a forma corporais<sup>13</sup>.

O tratamento é feito em grupo, por terapeuta e coterapeuta cognitivo comportamental. Os atendimentos ocorrem semanalmente, com uma hora de duração, pelo período de oito meses.

### **Atividade física e TA**

Os benefícios da prática regular de atividades físicas estruturadas ou exercícios físicos abrangem os três aspectos da saúde: fisiológicos, como manutenção do peso corporal, prevenção de doenças cardiovasculares e osteoarticulares, controle da pressão arterial e dos níveis de colesterol; psicológicos, como melhora da autoestima, prevenção de depressão e estresse; e sociais. No entanto, indivíduos com TA frequentemente não se beneficiam porque os utilizam como estratégia para perder peso, como método para compensar ingestão alimentar e, por vezes, de forma compulsiva<sup>15</sup>.

Há evidências que associam a dependência ao exercício com os TA, porém é importante ressaltar que isso não é uma regra. Alguns indivíduos com TA podem apresentar esse sintoma pelo único interesse em controlar o peso e/ou a composição corporal<sup>16</sup>.

Nesse contexto, faz-se necessário avaliar a motivação para prática de exercícios e distinguir o exercício excessivo ou compulsivo, ou ainda a sua utilização como compensação. A prática de exercícios, também, pode ser terapêutica atuando como um componente do tratamento de recuperação do peso no intuito de reduzir a ansiedade, elevar o humor e ajudar na alimentação, desde que o indivíduo não apresente nenhum outro tipo de quadro clínico que impeça a prática de exercícios, principalmente, problemas cardiovasculares, e seja orientada por profissional competente e com conhecimento profundo sobre TA<sup>15</sup>.

Para os pacientes que ainda apresentam um quadro alimentar desordenado e/ou praticam exercícios apenas com o objetivo de emagrecer, sua inclusão no tratamento é contraindicada. O mais

indicado é aguardar que o paciente atinja um determinado estágio do tratamento no qual ele regularize seu quadro alimentar e apresente crítica sobre os reais benefícios da prática de exercícios para a saúde<sup>15</sup>.

### **A morte social e física**

A morte é um evento inexorável à vida e faz parte do desenvolvimento humano<sup>17</sup>. Mas não há uma única morte, ou seja, a morte física, e sim várias mortes, que ocorrem durante todo o processo evolutivo do indivíduo. Interessante observar que esse processo, a vivência da morte em nosso cotidiano, boa parte das vezes ocorre de forma a não percebermos o seu impacto e significado<sup>18</sup>. Ficamos insensíveis a ele e passamos a acreditar em um processo quase que “normativo” acerca das mudanças, perdas, rupturas e desligamentos.

Para os indivíduos que desenvolvem os TA, observamos um processo lento e gradativo no comprometimento de sua saúde física, emocional e social. O transtorno não se instala de imediato, há um ritual diário reforçado pela necessidade desse indivíduo e não identificado pelas pessoas que o rodeiam. Esse ritual o distancia de um elo saudável consigo próprio e com o seu meio e, não havendo qualquer intervenção, pode se “cronificar”, levando em casos extremos à morte física. Mas esse caminho trilhado é longo, repleto de sofrimento, perdas e rupturas.

O paciente com TA apresenta uma recusa mórbida em ganhar peso. Suas crenças pessoais, muitas vezes, embasam-se no fato de que “ser magro(a)”, “estar magro(a)” é a chave para o seu sucesso pessoal, afetivo e social.

Sabemos que os TA provocam um emagrecimento corporal induzido, mas essa perda vai além do aspecto físico, pois invade o território das funções cognitivas, emocionais e sociais. São indivíduos que apresentam sua capacidade crítica, mnemônica, volitiva, entre outras, igualmente comprometidas. Interrompem o seu processo de desenvolvimento e perdem paulatinamente a capacidade de relacionar-se consigo próprio e com os seus pares.

### **Uma possibilidade de compreensão**

Pode-se dizer que a expectativa de corpo difundida na sociedade contemporânea, caracterizada por uma noção de perfeição ligada à magreza, acaba por influenciar a imagem corporal, elemento essencial na etiologia dos transtornos alimentares.

Uma das principais manifestações dessa influência cultural sobre a imagem corporal pode ser exemplificada pelo papel da mídia<sup>19</sup>, mediado pelo aumento das tecnologias da informação. Nesse contexto, alguns autores destacam que a influência dos padrões de beleza difundidos pela mídia são aspectos importantes no desenvolvimento e na manutenção de TA e de imagem corporal<sup>20</sup>.

Fatores como a internalização do ideal de magreza, sensibilização ou familiarização com esse ideal, bem como a pressão exercida pela mídia na adoção de comportamentos em relação ao corpo, têm sido destacados como precursores de comportamentos de restrição alimentar e de dedicação a programas de exercícios físicos<sup>21,22,23,24</sup>.

Na expectativa de incorporar em um mesmo modelo as variáveis socioculturais que, hipoteticamente, possuem efeito sobre a imagem corporal e os TA, Thompson<sup>25</sup> desenvolveu o *Tripartite Influence Model*. Esse modelo é composto por três fontes primárias – pais, amigos e mídia –, que exercem influência na insatisfação corporal por meio de dois mecanismos principais: a comparação da aparência e a internalização do ideal de magreza. Essa insatisfação corporal, por sua vez, associa-se diretamente a comportamentos de restrição alimentar e outros aspectos psicológicos, como autoestima, perfeccionismo, entre outros<sup>26</sup>.

Ainda em relação a esse modelo, Thompson, Stice<sup>27</sup> destacam que os agentes de socialização – pais, amigos e mídia – reforçam o ideal de magreza, especialmente para as mulheres, suportando e perpetuando esse ideal. Os autores esclarecem que essa influência se dá, muitas vezes, por meio da ênfase aos benefícios da magreza, como o aumento da aceitação social, por exemplo. Salientam, também, que a internalização do ideal de magreza promove diretamente a insatisfação corporal, pois esse ideal é inatingível para a maioria das mulheres. Tiggemann<sup>28</sup> destaca, ainda, o papel do processo por meio do qual a mídia oferece instruções explícitas sobre como atingir o ideal de beleza, destacando que essas informações promovem a crença de que as pessoas podem, e de fato devem, controlar sua forma e peso corporais, podendo, portanto, desencadear sintomas de TA.

### O papel do profissional da saúde

O trabalho desenvolvido pelo profissional da

saúde com o paciente que desenvolve TA é intenso e repleto de desafios. A abordagem assistencial desenvolvida em nosso departamento demanda uma atenção focada na dinâmica desse jovem em relação a sua família e a seus elos sociais.

Embora o prognóstico para esse tipo de transtorno não seja um dos mais promissores, nossa atuação comprova a importância de serviços especializados e de profissionais habilitados, em função dos bons resultados obtidos. Ademais, quanto mais cedo ocorrer a intervenção terapêutica, mais chances o indivíduo portador de TA terá para retomar suas atividades diárias. Nesse sentido é esperado desse profissional um preparo técnico e embasamento teórico que sustente sua ação. É esperado igualmente que esteja apto a estabelecer um diálogo multidisciplinar entre áreas distintas de saberes, o que o habilitará a compreender a expressão desse fenômeno sob uma ótica plural.

Outro ponto essencial a ser mencionado refere-se à responsabilidade social do profissional da saúde, em informar e esclarecer a população, não só aos familiares, como já é feito em nosso departamento, mas aos indivíduos interessados em compreender essa lógica, muitas vezes perversa, da manifestação dos TA. Já é conhecido que alguns grupos populacionais formam os chamados “grupos de risco” para o desenvolvimento dos TA, como os pré-adolescentes, em especial meninas pré-púberes, atletas, estudantes de nutrição, educação física, entre outros. Sendo assim, é esperado desse profissional um comprometimento direcionado na elucidação dos mecanismos que expõem esse indivíduo ao risco para o desenvolvimento dessa síndrome comportamental.

Observamos que muitas vezes é delegada ao indivíduo uma responsabilização centrada em sua dinâmica vivencial, isolando-o do seu meio. E sabemos, igualmente, que essa ideia, além de isolá-lo, dificulta uma abertura para o seu pedido de ajuda, antes mesmo da consolidação do quadro patológico.

A atuação do profissional da saúde nos TA exige um comprometimento que vai além da intervenção assistencial. É esperado que esse profissional possa compartilhar seus conhecimentos com a população e informá-la acerca dos riscos e formas de cuidados, evitando assim que o TA seja um dos caminhos trilhado por muitos jovens.

## REFERÊNCIAS

1. Appolinário JC, Claudino AM. Transtornos alimentares. *Rev Bras Psiquiatr.* 2000;22(Supl II):28-31.
2. American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* 4th ed. Washington (DC): American Psychiatric Association; 1994.
3. Wakeling A. epidemiology of anorexia nervosa. *Psychiatry Res.* 1996;62:3-9.
4. Hoek HW, Hoeken D. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2003;34:383-96.
5. Moya T, Fleitlich-Bilyk B. Lista de espera para tratamento de transtornos alimentares na infância e na adolescência. *Rev Bras Psiquiatr.* 2003;25:259-60.
6. Pinzon V, Gonzaga AP, Cobelo A, Labadía E, Belluzzo P, Fleitlich-Bilyk B. Peculiaridades no tratamento da anorexia e bulimia nervosa na adolescência: a experiência do PROTAD. *Rev Psiq Clin.* 2004;31(4):167-9.
7. Jacobi C, Hayward C, De Zwaan M, Kraemer HC, Agras WS. Coming to terms with risk factors for eating disorders: application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychol Bull.* 2004;130:19-65.
8. Morgan CM, Vecchiatti IR, Negrão AB. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002;24(Sup III):18-23.
9. Cordás TA. Transtornos alimentares. *Rev Psiq Clin.* 2004;31(4):149.
10. Philippi ST, Alvarenga M. Transtornos alimentares: uma visão nutricional. Barueri: Manole; 2004.
11. Alvarenga M, Larino MA. Terapia nutricional na anorexia e bulimia nervosas. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002;24:39-43.
12. Boscolo L, organizador. *A terapia familiar sistêmica de Milão.* Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
13. Abreu CN, Cangelli Filho R. Anorexia nervosa e bulimia nervosa – abordagem cognitivo-construtivista da psicoterapia. *Rev Psi Clin.* 2004;31(4):177-83.
14. Dattilio FM, Freeman A. *Estratégias cognitivo-comportamentais para intervenção em crises.* São Paulo: Editorial Psy II; 1995.
15. Teixeira PC, Polacow VO, Queiroz GKO, Alvarenga M. Relação exercício físico e transtornos alimentares. In: Alvarenga M, Scagliusi FB, Phillipi S, organizador. *Nutrição e transtornos alimentares: avaliação e tratamento.* 2a ed. São Paulo: Manole; 2010. p. 133-44.
16. Hausenblas HA, Dows DS. How much is too much? The development and validation of the exercise dependence scale. *Psychol Health.* 2002;17:387-404.
17. Kovács MJ. *Morte e desenvolvimento humano.* 5a ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2008.
18. Barbosa CG, Melchiori LE, Neme CMB. O significado da morte para adolescentes, adultos e idosos. *Paidéia (Ribeirão Preto).* 2011;21(49):175-85.
19. Conti MA, Bertolin MNT, Peres SV. A mídia e o corpo: o que o jovem tem a dizer? *Ciêns Saúde Colet.* 2010;15(4):2095-103.
20. Stice E, Tristan J. Sociocultural pressures and body image disturbance: a comment on Cafri, Yamamiya, Brannick, and Thompson. *Clin Psychol.* 2005;12(4):443-6.
21. Cafri G, et al. The influence of sociocultural factors on body image: a metaanalysis. *Clin Psychol.* 2005;12(4):421-33.
22. Mendez JL. Conceptualizing sociocultural factors within clinical and research contexts. *Clin Psychol.* 2005;12(4):434-7.
23. Heinberg LJ, et al. Validation and predictive utility of the Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire for Eating Disorders (SATAQ – ED): Internalization of sociocultural ideals predicts weight gain. *Body Image.* 2008;5:279-90.
24. Thompson JK, et al. The Sociocultural Attitudes Towards Appearance Scale-3 (SATAQ-3): development and validation. *Int J Eat Disord.* 2004;35(3):293-304.
25. Thompson JK. *Exactng beauty: theory, assessment and treatment of body image disturbance.* Washington: APA; 1998.
26. Keery H, Van den Berg P, Thompson JK. An evaluation of the Tripartite Influence Model of body dissatisfaction and eating disturbance with adolescent girls. *Body Image.* 2004;1(3):237-51.
27. Thompson JK, Stice E. Thin-ideal internalization: mounting evidence for a new risk factor for body image disturbance and eating pathology. *Curr Dir Psychol Sci.* 2001;10(1):181-3.
28. Tiggemann M. Media influences on body image development. In: Cash TF, Pruzinsky T. *Body Image: a handbook of theory, research and clinical practice.* New York: The Guilford Press; 2002. p. 91-8.