

Bruna Adriana Garcia de Melo



**SATISFAÇÃO DO SUPORTE SOCIAL DE PESSOAS COM COMPORTAMENTOS  
CARACTERÍSTICOS DE ANOREXIA OU BULIMIA**

Campinas

2020

Bruna Adriana Garcia de Melo



**SATISFAÇÃO DO SUPORTE SOCIAL DE PESSOAS COM COMPORTAMENTOS  
CARACTERÍSTICOS DE ANOREXIA OU BULIMIA**

Relatório de Pesquisa apresentado como parte dos requisitos para a disciplina de Projeto de Trabalho de Conclusão do Curso de Psicologia da Universidade São Francisco sob a orientação do Prof<sup>o</sup> Dr<sup>o</sup> Felipe Valentini e Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Fernanda Luzia Lopes.

Campinas

2020

Melo, B. A. G. (2020). *Satisfação do Suporte Social de Pessoas com Comportamentos Característicos de Anorexia e/ou Bulimia*. Projeto de trabalho de conclusão de curso, do Curso de Psicologia, Universidade São Francisco, Campinas.

### **RESUMO**

O presente estudo teve como objetivo investigar a satisfação com o suporte social de pessoas adultas com comportamentos alimentares característicos de anorexia e/ou bulimia, levando em consideração as seguintes variáveis: sexo, idade e estado civil. A amostra foi composta por 300 pessoas adultas, do sexo feminino e masculino com comportamentos característicos de anorexia ou bulimia. Os instrumentos utilizados foram o questionário de caracterização, com o objetivo de conhecer alguns aspectos da amostra e a Escala de Satisfação do Suporte Social (ESSS). Os resultados indicaram associações fortes da escala com as variáveis sexo, idade, comportamentos característicos de anorexia e comportamentos característicos de bulimia. Portanto, essa pesquisa aponta para evidências de que pessoas do sexo feminino, de até 22 anos e com comportamentos característicos de anorexia e/ou bulimia apresentam menor percepção do suporte social.

Palavras-chave: anorexia, bulimia, comportamento alimentar, suporte social.

## Sumário

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>5</b>
<b>MÉTODO .....</b>	<b>13</b>
Participantes.....	13
Instrumentos.....	13
Procedimentos.....	14
Plano de Análise de Dados .....	14
<b>RESULTADOS .....</b>	<b>15</b>
<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>20</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>24</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>.....</b>

## Introdução

Os transtornos alimentares têm tido uma relevância nos últimos tempos e estão relacionados a vivência corporal de cada indivíduo. A etiologia dos transtornos alimentares tem influência de diversos fatores, tanto para o surgimento quanto para sua manutenção (Morgan, Vecchiati, & Negrão, 2002). Os transtornos psicológicos englobam fatores comportamentais. Entende-se comportamento como algo complexo, um processo que pode sofrer mudanças, tem curta duração, e pode ser explicado por meio da observação do ambiente e de sua história ambiental. Ao analisar um comportamento, deve-se levar em consideração a sua função por trás da topografia (Skinner, 1979).

O comportamento alimentar é desenvolvido desde a infância e tem influência da família, dos fatores sociais e da cultura (Rossi, Moreira, & Rauen, 2008; Viana, 2004). Os hábitos alimentares que as crianças desenvolvem costumam acompanhá-las na idade adulta, sendo assim, é importante que a família incentive comportamentos alimentares saudáveis e que incluam nutrientes necessários. A família influencia na disponibilidade, aceitação e preferência alimentar, uma vez que os alimentos ofertados tendem a aumentar a familiaridade e conhecimento sobre a comida (Rossi, Moreira, & Rauen, 2008). Diversos estudos trazem que os hábitos de se fazer as refeições em família influenciam para uma atmosfera positiva, criam hábitos alimentares mais saudáveis, controle do peso corpóreo através do controle das refeições e dos alimentos, além de incentivarem o consumo de frutas e verduras (Chao & Vanderkooy, 1989; Siega-Riz, Pokin, & Carson, 1998; Stanek & Abbott, 1990; Swarr & Richards, 1996). Existem fatores que instigam o comportamento alimentar, tais como as características sociodemográficas, renda, fatores sociais e culturais, a influência do ambiente, do peso e a imagem corporal (Toral & Slater, 2007). Sendo assim, o entendimento por comportamento alimentar vai além daquilo que podemos mensurar (como a quantidade que comemos, o que comemos e o horário), pois envolve aspectos subjetivos, que abarca nosso entendimento por

comida, a quantidade que achamos que comemos, como apreciamos cada refeição e qual significado estabelecemos para nossa alimentação (Garcia, 1997). Ainda sobre comportamento alimentar, Heck diz:

A questão é que as pessoas sentem um grande prazer em consumir alimentos em locais públicos. Sair de casa para comer demonstra uma vontade de interagir socialmente antes de significar a necessidade de se alimentar. Trata-se de uma forma de o indivíduo se apresentar na sociedade e, por meio da refeição, intermediar suas relações sociais (Heck, 2004, p. 138).

A alimentação se constitui em três dimensões, sendo elas a dimensão fisiológica-nutritiva, que está relacionada aos aspectos nutricionais dos alimentos em relação as necessidades do organismo. As dimensões psicodinâmica e afetiva que trazem o alimentar como uma atividade de prazer e por fim a dimensão relacional que compõem valor emocional (Dalgalarrodo, 2008).

Por outro lado, existem os transtornos do comportamento alimentar que são considerados como “um conjunto de síndromes cuja característica central é a relação anormal do sujeito com sua alimentação” (Schmidt & Mata, 2008, pp.388) e, não são chamados de doença por não terem uma etiologia definida (Claudino & Borges, 2002). Tanto na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) como no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) são divididos em diferentes transtornos, sendo o mais comum a anorexia (AN) e a Bulimia (BN).

De acordo com o CID-10 (OMS, 1993) a Anorexia Nervosa (AN) é caracterizada pela perda de peso voluntária e mantida pelo paciente. Seus sintomas são facilmente reconhecidos, tendo influência de fatores biológicos, sociais, culturais, mecanismos psicológicos e vulnerabilidade de personalidade. Já a Bulimia Nervosa (BN) é caracterizada por episódios de grande ingestão alimentar seguido por métodos purgativos, a fim de manter o peso corporal.

No DSM-V (APA, 2014), os transtornos alimentares são caracterizados por uma disfunção na alimentação que compromete a saúde física e psicológica. Os critérios diagnósticos para AN são: restrição alimentar, na qual a quantidade de calorias ingeridas é significativamente menor do que as necessidades diárias, medo intenso de engordar e distorção de imagem. Logo, os critérios diagnósticos de BN são: episódios de compulsão alimentar, comportamentos compensatórios (indução do vômito, uso de laxantes e diuréticos, entre outros.), sendo que os episódios ocorram no mínimo uma vez por semana durante três meses.

Pessoas com transtornos alimentares podem sofrer complicações físicas devido aos danos causados pelo uso de métodos purgativos e o baixo peso, incluindo inanição, alterações endócrinas, anemia, lesão gástrica, osteoporose, hipotermia, baixa imunidade, alterações hormonais, bradicardia e erosão do esmalte dentário (APA, 2014). Os transtornos alimentares são os que possuem maior taxa de mortalidade dentre os transtornos psiquiátricos, e isso pode ocorrer por complicações fisiológicas causadas pela anorexia e bulimia ou por suicídio (Arcelus, Mitchell, Wales, & Nielsen 2011; Button, Chadalavada, & Palmer, 2010).

O quadro clínico da anorexia normalmente começa com pequenas restrições alimentares e dietas que tendem a ir se tornando mais rígidas progressivamente, podendo chegar ao jejum total e o desejo de perder cada vez mais peso. Geralmente as pequenas restrições e dietas começam após alguns fatores estressores. O indivíduo passa a viver em função do transtorno alimentar, o que resulta em sérias complicações tanto de ordem física quanto psicológica. No quadro clínico da bulimia nervosa o paciente sente necessidade de ingerir grandes quantidades de alimentos, seguido de sentimento de culpa pela compulsão e a ideia de purgação para evitar o aumento de peso. O ato de vomitar pode trazer sentimentos ambivalentes, pois ao mesmo tempo que traz a ideia de que o indivíduo pode comer o que quiser e em grandes quantidades sem engordar, também traz culpa e sensação de estar fazendo algo errado, que resulta em dietas e restrições alimentares que desencadeiam novas compulsões

e purgações. Normalmente, as pessoas com quadro bulímico tendem a comer escondidas e não costumam apreciar a refeição, porém são seletivas ao escolher os alimentos (Borges, Sicchieri, Ribeiro, Marchini, & Santos, 2006).

O período da adolescência é um dos fatores de vulnerabilidade para o surgimento de transtornos alimentares, uma vez que as modificações físicas que acontecem nessa fase podem influenciar diretamente na percepção da imagem corporal. A imagem corporal envolve componentes perceptivos, que estão relacionados com a percepção da pessoa em relação a sua aparência física; subjetivos, que envolvem os sentimentos associados à sua aparência; e componentes comportamentais, que diz respeito as experiências e situações que o indivíduo vive ou deixa de viver associados com a percepção de sua imagem física. Além disso, nos transtornos alimentares existe uma distorção cognitiva relacionada à percepção corporal, que envolve pensamentos dicotômicos, nos quais há pensamentos extremos e críticos em relação a sua aparência; comparação injusta, que leva o indivíduo a comparar-se com padrões extremos; e atenção seletiva, que leva a pessoa a focar apenas em características de sua aparência que acredita ser um erro e entende que todas as pessoas o veem da mesma forma (Thompson, 1996; Saikali, Soubhia, Scalfaro, & Cordás, 2004).

Um estudo com o objetivo associar imagem corporal, maturação sexual e sintomas de transtornos alimentares teve como resultado que 75% da amostra estava insatisfeita com sua imagem corporal e 61,5% desejariam perder peso, sendo que a menarca havia ocorrido em 67,4% das adolescentes e 26,6% tiveram sintomas de transtornos alimentares. Na pesquisa houve associação entre a menarca e a imagem corporal, uma vez que as adolescentes que desejavam aumentar de peso eram aquelas que ainda não haviam maturado e as que desejavam perder peso eram as que já haviam tido a maturação. Na pesquisa, 80% das meninas que desejavam a perda de peso apresentaram risco de desenvolver algum TA (Scherer, Martins, Pelegrini, Matheus, & Petroski 2010).



No que diz respeito ao tratamento de transtornos alimentares pela ótica da análise do comportamento, é possível ter um entendimento dos três níveis de seleção. No nível filogenético, que se refere a história da espécie humana, observa-se alterações fisiológicas frente a restrições alimentares, como a maior probabilidade de comer mais alimentos de alto teor calórico como estratégia homeostática para prevenir a desnutrição, mudanças no nível de energia do corpo afim de evitar o gasto calórico, acentuação de pensamentos obsessivos sobre comida e alterações hormonais que levam a amenorreia e perda das características sexuais secundárias. No nível ontogenético, que está associado aos fatores da história de vida, a alimentação pode estar pareada ao afeto, uma vez que a criança quando é alimentada recebe reforçadores como carinho e atenção, e, com isso a comida pode ser um substituído na falta de tais reforçadores, já que elicia respondentes de bem-estar. Ainda nesse nível, podemos entender a comida como reforçadores positivos, negativos e como estímulo aversivo, o que explica a ambivalência que pessoas com transtornos alimentares possuem em relação a comida. Por fim, no nível cultural podemos associar o processo histórico do ideal de beleza na qual as mudanças sempre acarretam na insatisfação corporal daquelas pessoas que não se enquadram nas imagens idealizadas e, ainda como cultura, temos atualmente a mídia que possibilita a disseminação da beleza imposta e quase impossível para a maior parte da população (Carvalho & Melo, 2018).

O tratamento dos transtornos alimentares requer cuidados de uma equipe multidisciplinar devido a sua complexidade, que afetam diversas áreas do comportamento humano. Deve-se ter como primeiro objetivo a recuperação do IMC, a reposição nutricional e a interrupção dos jejuns e métodos purgativos, logo após, cabe investigar variáveis que influenciam no comportamento alimentar, levando em consideração aspectos individuais, a cultura e o funcionamento da família (Carvalho & Melo, 2018). O tratamento deve ser cuidadoso, pois muitos pacientes não se reconhecem doentes, o que acaba dificultando a adesão, sendo assim, é comum que o pedido de ajuda seja solicitado por terceiros – geralmente

familiares. Além do sofrimento que o indivíduo carrega, é possível notar também o adoecimento da rede social de convívio, que demonstra necessidade de estar integrada no tratamento (Silva & Santos, 2006). Nos transtornos alimentares é comum que as relações sociais diminuam, uma vez que o círculo social começa a se restringir à outras pessoas com anorexia e/ou bulimia e a sites e grupos que incentivam e ensinam “técnicas” para emagrecerem (Schmidt & Mata, 2008).

A internet tem possibilitado um amplo tipo de interação e comunicação, onde é possível interagir com pessoas que tenham os mesmos interesses através de jogos, *chats*, salas de bate papo, *sites* e *blogs*. Nesta linha, pessoas com transtornos alimentares começaram a criar comunidades denominadas “pró-ana” (a favor da anorexia) e “pró-mia” (a favor da bulimia), sendo movimentos que defendem o transtorno alimentar como um estilo de vida, onde trocam experiências, incentivam e ensinam comportamentos característicos de anorexia e bulimia (Bittencourt & Almeida, 2013). Um estudo feito com o objetivo de analisar a influência da exposição a sites pró-ana/pró-mia na conduta alimentar, teve como resultado que 84% da sua amostra teve uma redução calórica na alimentação e que 44% das pessoas afirmaram que pretendiam utilizar as técnicas encontradas nos sites para perder peso (Jett, LaPorte, & Wanchisn, 2010). Os canais sociais disseminados por meio da internet possibilitam um ambiente onde há uma maior oportunidade de comparação de aparências, que acaba gerando uma maior insatisfação corporal por internalizar e estar em contato com ideais estabelecidos, além de acesso fácil a informações sobre dietas e transtornos alimentares (Rezende, 2019). Desta forma, podemos dizer que os sites que incentivam tais transtornos alimentares são uma rede de suporte social adoecida.

Sendo assim, o suporte social é de grande importância, sendo que a ruptura de tal suporte pode tornar vulnerável o surgimento de doenças, tanto de ordem física como psicológica (Chor, Griep, Lopes, & Faerstein, 2001). Existem diferentes tipos de apoio dentro

do suporte social, porém três tipos são mais estudados, sendo eles o suporte emocional que refere-se a relação que se estabelece com o outro estando diretamente ligados a sentimentos e sensações; suporte instrumental que são os suportes mensuráveis e ações que outras pessoas promovem a alguém e o suporte informacional que estabelece conhecimento através da informação (Siqueira, 2008). O suporte social é definido de acordo com a sua funcionalidade que leva em consideração o grau de envolvimento e suporte, devendo incluir a quantidade de relações sociais, sua estrutura formal e seu conteúdo (Ornelas, 1994). Uma revisão de literatura aponta que o suporte social está diretamente ligado a saúde física e mental e, quanto menor o suporte, maior será a incidência de transtornos psiquiátricos e adoecimento (Rodrigues & Madeira, 2009)

No que diz respeito à dinâmica familiar, estudos e observações tem trazido que existe relação nas características de funcionamento entre pessoas com anorexia nervosa e suas famílias, sendo importante analisar o papel que a família estabelece tanto no surgimento da doença como no tratamento e na alta (Souza & Santos, 2006). Um estudo que teve como objetivo analisar perfis parentais e transtornos alimentares, evidenciou que dentro da amostra composta por 70 pacientes, 12,9% consideravam seus pais como negligentes e outra parte os consideravam controladores, estando associados a baixos níveis de suporte emocional e de cuidados (Jauregui-Lobera, Bolanos-Rios, & Carrido-Casals, 2011). Sendo assim, autores apontam a importância da família no tratamento afim de melhor o prognóstico e evitar recaídas (Kimber et al.,2014; Lock, 2011; Lock, Couturier, & Agras, 2006). Porém por falta de dados empíricos consistentes, não podemos afirmar que a dinâmica familiar seria fator predisponente no aparecimento dos transtornos alimentares, não sendo possível saber se o funcionamento familiar disfuncional antecede ou procede o transtorno (Eisler, 2005).

Um estudo sobre relacionamentos afetivo-familiares em mulheres com transtornos alimentares indicou que a família é a rede de suporte social mais significativa por envolver um

maior número de pessoas e por serem elas a desempenharem maiores funções. O estudo indicou que existe uma ambivalência nessas relações, que circulam entre conflito e suporte, turbulência e distanciamento afetivo. Os autores ainda mencionam que o número de relacionamentos sociais de amizade e o pouco desempenho da vida social influenciam no distanciamento e isolamento dessas pessoas, dificultando o estabelecimento de relações afetivas (Leonidas & Santos, 2015).

Uma revisão bibliográfica sobre qualidade de vida e transtornos alimentares mostra que existe grande prejuízo nesta população. O estudo sugere que o aspecto social é o mais prejudicado e demonstra que pessoas com transtornos alimentares sentem pouca satisfação com o suporte social. O aspecto social foi trazido como área mais afetada em todos os subgrupos e em todo tipo de pesquisa (Tirico, Stefano, & Blay, 2010).

Os estudos nos mostram que é inviável falar de transtornos alimentares sem englobar os aspectos sociais, sendo a família o meio social primário do indivíduo, se expandindo depois para outros meios. No presente trabalho a população da qual faz parte são pessoas que possuem comportamentos que são característicos de anorexia e/ou bulimia, não necessariamente tendo diagnóstico.

O objetivo do presente trabalho é investigar diferenças na percepção da satisfação com o suporte social de adultos com comportamentos alimentares característicos de anorexia e/ou bulimia a partir das seguintes variáveis: estado civil, sexo e idade.

## Método

### Participantes

Participaram dessa pesquisa 230 pessoas com comportamentos característicos de anorexia e/ou bulimia entre 18 e 53 anos que faziam parte de grupos nas redes sociais com o foco em comportamentos de transtorno alimentar ( $M=21,99$ ;  $DP = 5,905$ ) das quais 93% da amostra são do sexo feminino e 7% do sexo masculino. Sendo que referente ao estado civil da amostra, 55,7% não estão em um relacionamento estável e 44,3% estão em um relacionamento estável. Entre os participantes, 76,5% afirmaram ter ou que já teve comportamentos alimentares característicos de anorexia e 69,6% disseram ter ou que já teve comportamentos característicos de bulimia. Em relação ao acompanhamento psicológico, 35,2% disseram que fazem e 62,6% que estão sem acompanhamento psicológico.

### Instrumentos

O questionário de caracterização contém cinco perguntas que abrangem a idade da pessoa, sexo, relacionamento estável ou não estável, se ela acredita ou não ter comportamentos característicos de anorexia e/ou bulimia e se está em acompanhamento psicológico.

O instrumento utilizado para a realização da pesquisa foi a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS), que foi criada em 1999 por Pais-Ribeiro e é composta por 15 afirmativas que devem ser preenchidas de acordo com a escala *Likert*, devendo assinalar entre “concordo totalmente”, “concordo na maior parte” “não concordo nem discordo” “discordo na maior parte” e “discordo totalmente”. A escala mede quatro fatores, sendo eles a “satisfação com amigos” que inclui cinco itens tendo como exemplo “estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho” e “estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com meus amigos”; “intimidade” incluindo quatro itens, fazendo parte as afirmativas “por vezes me sinto só no mundo e sem apoio” e “quando preciso desabafar encontro facilmente amigos com quem o

fazer”; “satisfação com a família” que inclui três itens e tem como afirmativas “estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família”, “estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família e “estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família”; e “atividades sociais” que também inclui três itens, sendo eles “não saio com meus amigos tantas vezes quanto eu gostaria”, “sinto falta de atividades sociais que me satisfaçam” e “gostaria de participar mais de atividades em organizações”. Os itens do questionário apresentam uma carga fatorial superior a 0,40, sendo a consistência interna de 0,85.

### **Procedimentos**

Após a aprovação do Comitê de Ética da Universidade São Francisco, parecer favorável nº 3.034.814, foi iniciado a coleta de dados. Foi elaborado um questionário por meio do Google Forms com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 1) que após o aceite, direcionava o participante para o Questionário de Caracterização (ANEXO 2) e Escala de Satisfação com o Suporte Social – ESSS (ANEXO 3). O formulário foi disponibilizado online por meio de redes sociais. A aplicação ocorreu de forma individual e teve duração média de 10 minutos.

### ***Análise de Dados***

Os dados coletados foram analisados pela estatística descritiva, considerando o grupo de participantes em seu total, bem como divididos de acordo com as variáveis de interesse, sendo estar ou não em acompanhamento psicológico, ter recebido alta do acompanhamento psicológico, estar ou não em um relacionamento estável, sexo e idade. Foi realizada análise estatística inferencial considerando essas variáveis por meio do teste *t* de *Student* e da ANOVA. O tamanho de efeito da diferença foi estimado pelo *d* de Cohen.

## Resultados

Serão descritos os resultados obtidos pela amostra de pessoas com comportamentos característicos de anorexia e/ou bulimia, a partir da análise da Escala de Satisfação do Suporte Social (ESSS) e o questionário de caracterização. Desse modo, a Tabela 1 descreve a pontuação mínima, máxima, total, média e desvio padrão da escala ESSS. Cabe ressaltar que a escala de ESSS possui escores invertidos, quanto maior for a média em cada fator e na Escala total, menor será a percepção da satisfação com o suporte social.

**Tabela 1**

*Estatísticas descritivas para os fatores da Escala de Satisfação do Suporte Social*

Fatores	N	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Desvio Padrão
Satisfação com os amigos (5 itens)	230	5	25	16,30	10,00	5,647
Intimidade (4 itens)	230	4	20	14,13	8,00	4,345
Satisfação com a família (3 itens)	230	3	15	9,53	6,00	3,601
Atividades sociais (3 itens)	230	3	15	11,38	6,00	3,115
Total	230	15	75	51,34	30,00	12,550

Entre todos os participantes, a maior média apresentada foi no fator “Satisfação com os amigos” (M=16,30) e a menor média em “Satisfação com a família” (M=9,53). A pontuação nos fatores da escala varia de 3 (mínimo) à 25 (máximo). A fim de se verificar possíveis diferenças de média dos fatores relacionados ao sexo dos participantes, realizou-se o teste estatístico *t* de *Student*. Os resultados são apresentados na Tabela 2.

**Tabela 2***Diferenças de média dos fatores da Escala de Satisfação do Suporte Social por sexo*

Fatores	Sexo	N	Média	Desvio Padrão	T	P	d de Cohen
Fator I Satisfação com os amigos	Feminino	214	16,52	5,591	2,212	0,028*	0,56
	Masculino	16	13,31	5,724			
Fator II Intimidade	Feminino	214	14,32	4,187	2,478	0,014*	0,55
	Masculino	16	11,56	5,633			
Fator III Satisfação com a Família	Feminino	214	9,52	3,582	-,180	0,857	0,04
	Masculino	16	9,69	3,962			
Fator IV Atividades sociais	Feminino	214	11,54	3,036	2,796	0,006*	0,67
	Masculino	16	9,31	3,516			
ESSS	Feminino	214	51,90	12,143	2,496	0,013*	0,57
	Masculino	16	43,88	15,709			

*Nota: \*  $p < 0,05$* 

Os resultados indicaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de homens e mulheres nos fatores “Satisfação com os amigos” ( $t_{(230)}=2,212$ ;  $p=0,028$ ), “Intimidade” ( $t_{(230)}=2,478$ ;  $p=0,014$ ) e “Atividades sociais” ( $t_{(230)}=2,796$ ;  $p=0,006$ ), além de diferença para a Escala Total ( $t_{(230)}=2,496$ ;  $p=0,013$ ).

Continuando com os objetivos apresentados para este estudo, foi realizado novamente o teste *t* de *Student*, a fim de se verificar diferenças de médias estatisticamente significativas considerando a relação entre os fatores da Escala de Satisfação do Suporte Social e o estado civil. Houve diferença estatística entre o estado civil apenas no fator “Satisfação com a família” ( $t_{(230)}=1,970$ ;  $p=0,050$ ;  $d=0,26$ ), evidenciando que pessoas sem relacionamento estável apresentaram uma menor percepção do suporte social. A tabela 3 apresenta as diferenças de



médias considerando a relação entre os fatores da Escala de Satisfação do Suporte Social e a faixa etária dos participantes.

**Tabela 3**

*Diferenças de média dos fatores da Escala ESSS por idade.*

Fatores	Idade	N	Média	Desvio Padrão	T	P	d de Cohen
Fator I Satisfação com os amigos	>= 22	87	15,61	5,562	-1,451	0,148	0,19
	< 22	143	16,72	5,676			
Fator II Intimidade	>= 22	87	12,67	4,034	-4,121	0,000*	0,56
	< 22	143	15,02	4,299			
Fator III Satisfação com a Família	>= 22	87	8,78	3,811	-2,488	0,014*	0,33
	< 22	143	9,99	3,400			
Fator IV Atividades sociais	>= 22	87	10,92	3,264	-1,767	0,079	0,23
	< 22	143	11,66	2,998			
ESSS	>= 22	87	47,98	12,371	-3,238	0,001*	0,43
	< 22	143	53,39	12,253			

Nota: \*  $p < 0,05$

Conforme apresentada na Tabela 3, a fim de equilibrar a amostra da variável idade, a faixa etária foi dividida em duas categorias (maior ou igual a 22 anos e menor que 22 anos) em função da média de idade obtida ter sido de 22 anos. Foi apresentado diferenças significativas entre idades nos fatores “Intimidade” ( $t_{(230)} = -4,121$ ;  $p = 0,000$ ), “Satisfação com a família” ( $t_{(230)} = -2,488$ ;  $p = 0,014$ ) e na Escala Total ( $t_{(230)} = -3,238$ ;  $p = 0,001$ ).

As Tabelas 4 e 5 apresentam as diferenças de média dos fatores que dizem respeito aos participantes acreditarem terem ou não comportamentos característicos de anorexia (tabela 4) e de bulimia (tabela 5). Dessa forma, por meio do teste estatístico *t* de Student, obteve-se os resultados a seguir.

**Tabela 4**

*Diferenças de média dos fatores da Escala de Satisfação do Suporte Social pelos participantes acreditarem terem ou não comportamentos característicos de anorexia.*

Fatores	Você acredita ter ou já teve comportamentos característicos de anorexia?	N	Média	Desvio Padrão	<i>T</i>	<i>P</i>	<i>d de Cohen</i>
Fator I Satisfação com os amigos	Sim	176	17,13	5,445	4,169	0,000*	0,64
	Não	54	13,59	5,489			
Fator II Intimidade	Sim	176	14,69	4,087	3,600	0,000*	0,54
	Não	54	12,31	4,694			
Fator III Satisfação com a Família	Sim	176	9,85	3,517	2,474	0,014*	0,37
	Não	54	8,48	3,705			
Fator IV Atividades sociais	Sim	176	11,78	3,016	3,621	0,000*	0,55
	Não	54	10,07	3,101			
ESSS	Sim	176	53,45	11,522	4,825	0,000*	0,71
	Não	54	44,46	13,384			

*Nota: \*  $p < 0,05$*

A tabela mostra diferenças significativas entre pessoas que apresentaram ou apresentam comportamentos característicos de anorexia e de pessoas que nunca apresentaram nenhum comportamento característico de anorexia. Essa diferença é observada em todos os fatores da escala.

**Tabela 5**

*Diferenças de média dos fatores da Escala ESSS pelos participantes acreditarem terem ou não comportamentos característicos de bulimia.*

Fatores	Você acredita ter ou já teve comportamentos característicos de bulimia?	N	Média	Desvio Padrão	T	P	d de Cohen
Fator I Satisfação com os amigos	Sim	160	16,87	5,576	2,332	0,021*	0,33
	Não	70	15,00	5,631			
Fator II Intimidade	Sim	160	14,72	3,945	3,165	0,002*	0,43
	Não	70	12,79	4,916			
Fator III Satisfação com a Família	Sim	160	9,83	3,517	1,927	0,055	0,27
	Não	70	8,84	3,721			
Fator IV Atividades sociais	Sim	160	11,54	3,051	1,187	0,236	0,16
	Não	70	11,01	3,250			
ESSS	Sim	160	52,96	11,496	3,010	0,003*	0,41
	Não	70	47,64	14,077			

*Nota: \*  $p < 0,05$*

A tabela 5 apresenta as diferenças significativas entre pessoas que apresentaram ou apresentam comportamentos característicos de bulimia de pessoas que nunca tiveram comportamentos característicos de bulimia. Essa diferença pode ser avaliada nos fatores “Satisfação com os amigos” ( $t_{(230)}=2,332$ ;  $p=0,021$ ), “Intimidade” ( $t_{(230)}=3,165$ ;  $p=0,002$ ) e na Escala Total ( $t_{(230)}=3,010$ ;  $p=0,003$ ).

## Discussão

O presente estudo teve como objetivo avaliar a satisfação do suporte social entre pessoas com comportamentos característicos de anorexia e/ou bulimia de adultos que participavam de grupos em redes sociais com o foco em transtornos alimentares. A partir do questionário de caracterização e a Escala de Satisfação do Suporte Social (ESSS) foi possível confirmar a hipótese inicial, que pessoas com esses comportamentos alimentares tem uma menor percepção do suporte social.

A amostra foi coletada em grupos heterogêneos de redes sociais, em relação ao sexo, a predominância foi de mulheres, o que já era esperado pois a maior prevalência de transtornos alimentares é no sexo feminino, com uma taxa de 90% a 95% (APA, 2014). A etiologia do transtorno é de ordem biopsicossocial, porém os fatores de ordem sócio culturais afetam muito mais as mulheres, uma vez que o “mito da beleza” é disseminado através da mídia com imagens constantes do que seriam consideradas mulheres perfeitas com corpos perfeitos (Appolinário & Claudino, 2000; Morgan, Vecchiattia, & Negrão, 2002; Saikali, Soubhia, Scalfaro, & Cordás, 2004). Algumas profissões exigem a magreza, como por exemplo ginastas e bailarinas e outras a utilizam como instrumento fundamental para comercialização, tendo como exemplo modelo e atrizes. Não podemos nos esquecer do poder que a indústria da pornografia exerce, trazendo mulheres consideradas pelo sexo masculino como perfeitas. Essa imagem pautada na magreza faz com que ser magra seja sinônimo de sexualidade, competência, sucesso e autocontrole (Wolf, 2020).

Os resultados das diferenças de médias da escala ESSS por sexo evidenciam que as mulheres têm uma menor percepção do suporte social relacionado às suas redes de amizade, ao suporte social íntimo e em atividades sociais. Estudos trazem que o suporte social influencia diretamente na saúde do indivíduo, sendo que o maior apoio social tem a tendência de diminuir a taxa de mortalidade e promover a saúde física e mental, além de atuar na prevenção e na

manutenção no que diz respeito a problemas relacionados a saúde (Rodrigues & Madeira, 2009). Em seu estudo, Ribeiro alega que a “má saúde era mais pronunciada entre os que tinham falta de suporte social, e que este estava mais associado à saúde nas mulheres do que nos homens” (Ribeiro, 1999, p. 549). Sendo assim é esperado que mulheres com comportamentos característicos de anorexia e/ou bulimia tenham menor percepção do suporte social, uma vez que é o sexo feminino que predomina no transtorno.

No presente estudo, pessoas que não estavam em um relacionamento estável apresentaram uma menor percepção do suporte social no fator “satisfação com a família”, porém nos itens “satisfação com os amigos”, “intimidade” e “atividades sociais” essa variável não apresentou diferenças significativas. Não foram encontrados dados na literatura que tragam relação entre pessoas comportamentos alimentares de anorexia e/ou bulimia, estado civil e satisfação com a família.

O estudo apresentou diferenças significativas em relação a idade, demonstrando que pessoas com até 22 anos tiveram uma menor satisfação do suporte social nos itens “suporte social íntimo” e em “satisfação com a família”. A literatura aponta que o transtorno alimentar geralmente se desenvolve na adolescência (APA, 2014; Dalgarrondo, 2008). É nesse período que ocorre a transição entre a infância e a idade adulta, e é na adolescência que ocorre uma estruturação mais significativa na forma que enxergam sua imagem corporal. Devido a tendência cultural que idolatra a magreza, é nessa idade que corre uma maior insatisfação com o corpo, por isso, as adolescentes podem desenvolver os transtornos alimentares na tentativa de entrar nos padrões estabelecidos de beleza. Pesquisas trazem uma maior predominância de insatisfação da imagem corporal em adolescentes do sexo feminino, em torno de 85%. Um dos fatores de insatisfação é a menarca, que acarreta mudanças no corpo e aumento de gordura corporal (Andrade & Santos, 2009; Danker et al., 2009; Fortes et al., 2015; Scherer et al., 2010).

É na adolescência também que o indivíduo começa a conquistar sua independência

financeira e a inclusão em seu grupo social (Eisenstein, 2005). Portanto, o transtorno alimentar nessa faixa etária afeta as relações sociais e familiares, uma vez que o foco passa a ser a alimentação. O ambiente familiar influencia no comportamento de crianças e adolescentes e isso também engloba os hábitos alimentares. Filhos de pais que apresentam controle excessivo, preocupação rigorosa com a alimentação, individualização da alimentação e regras rigorosas em relação a comida tem uma predisposição a desenvolver o transtorno alimentar. O hábito de membros da família fazerem as refeições em diferentes horários do dia e de forma individual traz uma desordem alimentar e acaba facilitando o desenvolvimento de métodos purgativos, dietas, restrição e compulsão alimentar (Gonçalves et al., 2013).

Os dados que relacionam pessoas com comportamentos característicos de anorexia e a satisfação do suporte social corroboram com a hipótese inicial do trabalho, demonstrando que pessoas com esses comportamentos alimentares tem uma menor percepção do suporte. O apoio social pode atuar na proteção, manutenção e na promoção da saúde física e mental. Todos os estudos realizados sobre suporte social e saúde demonstraram correlação (Ribeiro, 1999). Pessoas que estão doentes e sem nenhum suporte tendem a focar mais na doença, e aquelas cujo suporte é satisfatório apresentam maior adesão ao tratamento, maior capacidade de enfrentamento e aumento da autoestima (Rodrigues & Madeira, 2009).

Pessoas com transtornos mentais apresentam redes sociais de apoio menores, menos recíprocas e com uma menor disponibilização de recursos (Barrón, 1996). Além da predisposição genética, a família e o meio social também podem influenciar o surgimento da anorexia a partir das pressões exercidas em relação a aparência e por ter familiares que apresentam comportamentos obsessivos, perfeccionistas, depressivos e competitivos. A família também tem influência na manutenção do sintoma, e, muitas vezes durante o tratamento de pessoas com anorexia era necessário a separação da paciente e dos familiares (Oliveira & Santos, 2006; Schimidt & Mata, 2008). De maneira geral, os resultados do presente estudo,

indicam que a pessoa com anorexia tende a se isolar, afastando-se assim dos meios sociais de convívio. É possível que a doença traga preocupações excessivas e deste modo evita-se: *atividades sociais* que incluam comida ou exposição do corpo (exemplo: restaurantes, festas, bares, clubes, praia, etc.); relações sociais de intimidade, com o receio que descubram sobre o transtorno e/ou por se sentirem sozinhos e sem que ninguém os compreenda; afastamento da família e dos amigos de ambos os lados. Por parte do paciente por não quererem evidenciar o transtorno alimentar e por diversos fatores já descritos, e por parte dos familiares e/ou amigos por sentirem não dar conta de lidar com essa situação. Por fim, ocorre uma insatisfação em todos os âmbitos sociais que cercam a pessoa com anorexia.

Era esperado que ocorresse uma baixa satisfação do suporte social nos cinco fatores, porém os dados apresentados na relação entre comportamentos alimentares característicos de bulimia e a satisfação social apresentou insatisfação do suporte apenas nos itens “Satisfação com os amigos” e “Intimidade”. Autores indicam que essas relações são distantes e superficiais devido a culpa, vergonha e por terem a sensação de que são rejeitados pela sua forma física. Essas pessoas também se afastam dos amigos por não se sentirem compreendidas e por evitarem encontro com os amigos que envolvam comida (Espíndola & Blay, 2006). Não há outros dados encontrados na literatura que tragam relação entre comportamentos específicos de bulimia e os demais suportes sociais. Entende-se que pessoas com bulimia normalmente estão com o IMC (índice de massa corporal) dentro ou acima do esperado. Provavelmente um dos fatores que podem agravar esse comportamento é o bullying, que geralmente afeta pessoas com baixa autoestima e dificuldades na autopercepção. Pessoas que sofrem bullying por serem consideradas “gordinhas” podem passar a comer escondido dos amigos e familiares, e, desenvolverem métodos purgativos afim de evitar a perseguição, afastando-se assim dos meios sociais.

Uma das limitações deste estudo foi o fato de que os participantes não tinham

diagnóstico de anorexia e bulimia, sendo assim a pesquisa baseou-se apenas nos comportamentos característicos de cada transtorno alimentar. O contato com a amostra foi quase nulo, uma vez que o questionário foi enviado através de grupos de redes sociais. Outra limitação é que a escala ESSS não é específica para pessoas com transtornos alimentares.

O estudo evidenciou de forma geral que pessoas com comportamentos característicos de anorexia e/ou bulimia tem uma baixa percepção do suporte social. Como indicação para futuras pesquisas, propõe-se investigar se a baixa percepção do suporte social antecede ou sucede o transtorno alimentar. Sugere-se também que a amostra seja composta por pessoas que possuam diagnóstico.



## Referências

- Andrade, T. F., & Santos, M. A. (2009). A experiência corporal de um adolescente com transtorno alimentar. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 12(3), 454-468. <https://doi.org/10.1590/S1415-47142009000300003>
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (5ª ed.). Porto Alegre: Artimed.
- Appolinário, J. C., & Claudino, A. M (2002). Transtornos Alimentares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(2), 28-31. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462000000600008>
- Arcelus, J., Mitchell, A. J. Wales, J., & Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: A meta-analysis of 36 studies. *Archives of General Psychiatry*, 68(7), 724-731. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.74>
- Barrón, A. (1996). *Apoyo social. Aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo Veintiuno.
- Bittencourt, L. J., & Almeida, R. A. (2013). Transtornos alimentares: patologia ou estilo de vida?. *Psicologia & Sociedade*, 25(1), 220-229. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822013000100024>
- Borges, N. J. B. G., Sicchieri, J. M. F., Ribeiro, Marchini, J. S., & Santos, J. E. (2006). Transtornos Alimentares – Quadro Clínico. *Revista de Medicina*, 39(3), 340-348. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v39i3p340-348>
- Button, E. J., Chadalavada, B., & Palmer, R. L. (2010). Mortality and predictors of death in a cohort of patients presenting to na eating disorders service. *Internacional Journal of Eating Disorders*, 34(5), 387-392. <https://doi.org/10.1002/eat.20715>
- Carvalho, F. A., & Melo, M. H. S. (2018). Anorexia nervosa na adolescência: avaliação e tratamento sob a perspectiva analítico-comportamental. In Farias, A. K., Fonseca, F. N. & Nery L. B. *Teoria e Formulação de Casos em Análise do Comportamento Clínica*. Porto Alegre: Artmed.

- Chao E. S. M., & Vanderkooy P. S. (1989). An overview of breakfast nutrition. *Journal of the Canadian Dietetic Association*, 50(4), 225-8.
- Chor, D., Griep, R. H., Lopes, C. S., & Faerstein, E. (2001). Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(4), 887-896. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2001000400022>
- Claudino, A. M., & Borges, M. B. F. (2002). Critérios diagnósticos para os transtornos alimentares: conceitos em evolução. *Revista Brasileira Psiquiatra*, 24(3), 7-12. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462002000700003>
- Cordás, T. A. (2004). Transtornos Alimentares: classificação e diagnóstico. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31(4), 154-157
- Dalgalarondo, P. (2008). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais* (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Danker, K. L. L., Fernandes, C. P. B., & Filho, D. C. (2009). Influência do nível socioeconômico sobre comportamentos de risco para transtornos alimentares em adolescentes. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 58(3), 156-161. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852009000300003>
- Eisenstein, E. (2005). Adolescência: definições, conceitos e critérios. *Revista Adolescência e Saúde*, 2(2), 6-7.
- Eisler, I. (2005). The empirical and theoretical base of family therapy and multiple family day therapy for adolescent anorexia nervosa. *Journal of Family Therapy*, 27, 104-131. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2005.00303.x>
- Espíndola, C. R., & Blay, S. L. (2006). Bulimia e transtorno da compulsão alimentar periódica: revisão sistemática e metassíntese. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 28(3), 265-275. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082006000300006>
- Fortes, L. de S., Meireles, J. F. F., Neves, C. M., Almeida, S. S., & Ferreira, M. E. C. (2015).

- Autoestima, insatisfação corporal e internalização do ideal de magreza influenciam os comportamentos de risco para transtornos alimentares?. *Revista de Nutrição*, 28(3), 253-264. <https://doi.org/10.1590/1415-52732015000300003>
- Garcia, R. W. D. (1997). Representações sociais da alimentação e saúde e sua repercussão no comportamento alimentar. *Revista Saúde Coletiva*, 7(2), 51-68. <https://doi.org/10.1590/S0103-73311997000200004>
- Gonçalves, J. A., Moreira, E. A. M., Trindade, E. B. S. de M., & Fiates, G. M. (2013). Transtornos alimentares na infância e na adolescência. *Revista Paulista de Pediatria*, 31(1), 96-103. <https://doi.org/10.1590/S0103-05822013000100016>
- Heck, M. C. (2004). Comer como atividade de lazer. *Estudos Históricos*, n.33, p. 136-146.
- Jauregui-Lobera, I. Bolanos-Rios, P., & Garrido-Casals, O. (2011). Parenting styles and eating disorders. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(8). 728-735. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01723.x>
- Jett, S., LaPorte, D. J.; Wanchisn, J.(2010). Impact of exposure to pro-eating disorder websites on eating behaviour in college women. *European Eating Disorders*, 18(5), 410-416. <https://doi.org/10.1002/erv.1009>
- Kimber, M., Couturier, J., Jack, S., Niccols, A., Blyderveen, S., & McVey, G. (2014). Decision-making process for the uptake and implementation of Family based therapy by eating disorder treatment teams: A qualitative study. *International Journal of Eating Disorders*. 47(1), 32-39. <https://doi.org/10.1002/eat.22185>
- Leonidas, C., & Santos, M. A. (2015). Relacionamentos Afetivo-Familiares em Mulheres com Anorexia e Bulimia. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 31(2), 181-191. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-37722015021711181191>
- Lock, J. (2011). Evaluation of family treatment models for eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 24(4), 274-279. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e328346f71e>

- Lock, J., Couturier, J., & Agras, W. S. (2006). Comparison of long-term outcomes in adolescents with anorexia nervosa treated with family therapy. *Journal of the American Academy of Child, & Adolescent Psychiatry*, 45(6), 666-672. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000215152.61400.ca>
- Morgan, C. M., Vecchiatti, I. R., & Negrão, A. B. (2002). Etiologia dos transtornos alimentares: Aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(3), 18-23. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462002000700005>
- Oliveira, E. A., & Santos, M. A. (2006). Perfil Psicológico de Pacientes com Anorexia e Bulimia Nervosa: a ótica do psicodiagnóstico. *Revista de Medicina de Ribeirão Preto*, 39(3), 353-360. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v39i3p353-360>
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (1993). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID -10: descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas*. Porto Alegre: Artmed.
- Ornelas, J. (1994). Suporte Social: Origens, Conceitos e Áreas de Investigação. *Análise Psicológica*, 23(7), 333-339.
- Ribeiro, J. L. P (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3(17), 547-558
- Rezende, B. B. (2019). Transtornos alimentares: a influência das mídias sociais na percepção da imagem corporal de jovens e adolescentes.
- Rodrigues, V. B., & Madeira, M. (2009). Suporte Social e Saúde Mental: uma revisão de literatura. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, 1646-0480.6; 390-399.
- Rossi, A., Moreira, E. A., & Rauen, M. S. (2008). Determinantes do comportamento alimentar: uma revisão com enfoque na família. *Revista de Nutrição*, 21(6), 739-748
- Saikali, C. J., Soubhia, C. S., Scalfaro, B. M., & Cordás, T. A. (2004). Imagem corporal nos

- transtornos alimentares. *Revista de Psiquiatria Clinica*, 31(4),164-166.  
<https://doi.org/10.1590/S0101-60832004000400006>
- Scherer, F. C., Martins, C. R., Pelegrini, A., Matheus, S. C., & Petroski, E. L. (2010). Imagem corporal em adolescentes: associação com a maturação sexual e sintomas de transtornos alimentares. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(3), 198-202.  
<https://doi.org/10.1590/S0047-20852010000300005>
- Schmidt, E. & Mata, G. F. (2008). Anorexia Nervosa: uma revisão. *Revista de Psicologia*, 20(2), 387-400. <https://doi.org/10.1590/S1984-02922008000200006>
- Siega-Riz A. M, Popkin B. M, & Carson T. (1998). Trends in breakfast consumption for children in the United States from 1965-1991. *The American Journal of Clinical Nutrition* 67(4), 748-756 <https://doi.org/10.1093/ajcn/67.4.748S>
- Silva, L. M., & Santos, M. A. (2006). Construindo Pontes: Relato de Experiência de Uma Equipe Multidisciplinar em Transtornos Alimentares. *Medicina de Ribeirão Preto Online*, 39(3), 415-424. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v39i3p415-424>
- Siqueira, M. M. M. (2008). Construção e Validação da Escala de Percepção do Suporte Social. *Psicologia em Estudo*, 13(2), 381-388. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722008000200021>
- Skinner, B. F. (1979). *Ciência e comportamento humano* (11ª ed.) São Paulo: Martins Fontes.
- Souza, L.V. & Santos, M.A. (2006). A família e os transtornos alimentares. *Medicina Ribeirão Preto*, 39(3), 403-409. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v39i3p403-409>
- Stanek K, Abbott D, & Cramer S. (1990). Diet quality and the eating environment. *Journal of the American Dietetic Association.*, 90(11), 1582-4.
- Swarr A. E, & Richards M. H. (1996). Longitudinal effects of adolescent's girl's pubertal development, perceptions of pubertal timing and parental relations on eating problems. *Developmental Psychology Journal*, 32(4), 636-46. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0012->

[1649.32.4.636](#)

Thompson, J. K. (1996). *Body Image, Eating Disorders and Obesity*. Washington D.C.: American Psychological Association.

Tirico, P. P., Stefano, S. C., & Blay, S. L. (2010). Qualidade de vida e transtornos alimentares: uma revisão sistemática. *Caderno de Saúde Pública*, 26(3), 431-449

Toral, N., & Slater, B. (2007). Abordagem do modelo transteórico no comportamento alimentar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(6), 1641-1650. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000600025>

Wolf, N. (2020). *O mito da beleza: como as imagens de beleza são usadas contra as mulheres*. (12 ed.). Rio de Janeiro: Rosa dos tempos

Viana, V. (2004). Psicologia, saúde e nutrição: contributo para o estudo do comportamento alimentar. *Análise Psicológica*, 20(4), 611-624

### **Anexos**

- Anexo 1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)
- Anexo 2. Questionário de caracterização
- Anexo 3. Escala de Atitudes de Mulheres sobre a Permanência em Relacionamentos

Abusivos

## Anexo 1

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (1ª via)

#### SATISFAÇÃO DO SUPORTE SOCIAL DE PESSOAS ADULTAS COM COMPORTAMENTOS CARACTERÍSTICOS DE ANOREXIA E/OU BULIMIA

Eu, ....., R.G. ...., abaixo assinado, dou meu consentimento livre e esclarecido para participar como voluntário do projeto de pesquisa supracitado, sob a responsabilidade de Fernanda Luzia Lopes e Bruna Adriana Garcia de Melo do curso de Psicologia da Universidade São Francisco.

Assinando este Termo de Consentimento estou ciente de que:

- 1 - O objetivo da pesquisa é avaliar a satisfação do suporte social de pessoas adultas com comportamentos característicos de anorexia e/ou bulimia
- 2 - Durante o estudo serão aplicados os instrumentos: Questionário de Caracterização e Escala de Satisfação do Suporte Social (ESSS), com duração aproximada de 10 minutos;
- 3 - Obtive todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre a minha participação na referida pesquisa;
- 4 - A resposta a estes instrumentos não apresenta riscos conhecidos a minha saúde física e mental, mas pode causar algum desconforto emocional;
- 5 - Estou livre para interromper a qualquer momento minha participação na pesquisa, não havendo qualquer prejuízo decorrente da decisão;
- 6 - Meus dados pessoais serão mantidos em sigilo e os resultados gerais obtidos na pesquisa serão utilizados apenas para alcançar os objetivos do trabalho, expostos acima, incluída sua publicação na literatura científica especializada;
- 7 - Poderei contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade São Francisco para apresentar recursos ou reclamações em relação à pesquisa pelo telefone: (11) 24548981;
- 8 - Poderei entrar em contato com o responsável pelo estudo, Fernanda Luzia Lopes, sempre que julgar necessário pelos telefones (19) 3779-3315;
- 9 - Este Termo de Consentimento é feito em duas vias, sendo que uma permanecerá em meu poder e outra com o pesquisador responsável.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_.

Assinatura do participante: .....

Assinatura do pesquisador responsável: .....



**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (2ª via)**

**SATISFAÇÃO DO SUPORTE SOCIAL DE PESSOAS ADULTAS COM  
COMPORTAMENTOS CARACTERÍSTICOS DE ANOREXIA E/OU BULIMIA**

Eu, ....., R.G. ...., abaixo assinado, dou meu consentimento livre e esclarecido para participar como voluntário do projeto de pesquisa supracitado, sob a responsabilidade de Fernanda Luzia Lopes e Bruna Adriana Garcia de Melo do curso de Psicologia da Universidade São Francisco.

Assinando este Termo de Consentimento estou ciente de que:

- 1 - O objetivo da pesquisa é avaliar a satisfação do suporte social de pessoas adultas com comportamentos característicos de anorexia e/ou bulimia
- 2 - Durante o estudo serão aplicados os instrumentos: Questionário de Caracterização e Escala de Satisfação do Suporte Social (ESSS), com duração aproximada de 10 minutos;
- 3 - Obtive todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre a minha participação na referida pesquisa;
- 4 - A resposta a estes instrumentos não apresenta riscos conhecidos a minha saúde física e mental, mas pode causar algum desconforto emocional;
- 5 - Estou livre para interromper a qualquer momento minha participação na pesquisa, não havendo qualquer prejuízo decorrente da decisão;
- 6 - Meus dados pessoais serão mantidos em sigilo e os resultados gerais obtidos na pesquisa serão utilizados apenas para alcançar os objetivos do trabalho, expostos acima, incluída sua publicação na literatura científica especializada;
- 7 - Poderei contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade São Francisco para apresentar recursos ou reclamações em relação à pesquisa pelo telefone: (11) 24548981;
- 8 - Poderei entrar em contato com o responsável pelo estudo, Fernanda Luzia Lopes, sempre que julgar necessário pelos telefones (19) 3779-3315;
- 9 - Este Termo de Consentimento é feito em duas vias, sendo que uma permanecerá em meu poder e outra com o pesquisador responsável.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_.

Assinatura do participante: .....

Assinatura do pesquisador responsável: .....

**Anexo 2****QUESTIONARIO DE CARACTERIZAÇÃO**

Idade:

Sexo:  feminino  masculino

Você acredita ter comportamentos característicos de anorexia?

(restrição alimentar, medo intenso de engordar, distorção de imagem)

(ficar dias sem comer, fazer longos jejuns, ingerir pequenas quantidades de alimento, ter vivenciado perda de peso significativa em curto espaço de tempo, ter medo de engordar e se enxergar acima do peso)

sim  não

Você acredita ter comportamentos característicos de bulimia?

(compulsão alimentar, métodos purgativos como indução de vômito, uso de laxantes e diuréticos)

(comer uma grande quantidade de alimentos em curto espaço de tempo seguido por comportamentos compensatórios como vômitos e uso de medicamentos como laxante e diurético)

sim  não

Você faz acompanhamento psicológico?

sim  não  em remissão (alta)

Estado civil

solteira/o  casada/o  divorciada/o  viúva/o

**Anexo 3****ESCALA DE SATISFAÇÃO DO SUPORTE SOCIAL (ESSS)**

	Concordo totalmente	Concordo na maior parte	Não concordo nem discordo	Discordo na maior parte	Discordo totalmente
1- Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio					
2- Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria					
3- Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria					
4- Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer					
5- Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer					
6-Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas					
7-Sinto falta de atividades sociais que me satisfaçam					
8-Gostava de participar mais em atividades de organizações (p.ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.)					
9-Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família					

10-Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família					
11-Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família					
12-Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho					
13-Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos					
14-Estou satisfeito com as atividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos					
15-Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho					