

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Julia Leszczynski de Barros

**AUTOIMAGEM DE PESSOAS COM TRANSTORNOS ALIMENTARES: revisão
integrativa**

Porto Alegre

2018

JULIA LESZCZYNSKI DE BARROS

**AUTOIMAGEM DE PESSOAS COM TRANSTORNOS ALIMENTARES: revisão
integrativa**

Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação apresentado à disciplina de TCC II do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.
Professora orientadora: Lilian Cordova do Espírito Santo.

Porto Alegre

2018

RESUMO

A cultura e a sociedade não somente interferem nos comportamentos alimentares como ditam aos indivíduos qual a aparência que devem ter, especialmente mulheres. No ocidente, a imagem da mulher ideal é fomentada pela mídia, e atualmente o padrão é ser magra, bonita, desejável, feliz, fisicamente torneada e em forma. A partir dessas construções sociais, os indivíduos vão elaborando conceitos a respeito de si mesmos, formando o que se define por autoimagem. Dentro da configuração desse conceito, há indivíduos que desenvolvem transtornos alimentares - doenças psiquiátricas com grande prejuízo físico e mental, com altas taxas de mortalidade e de morbidades. O objetivo deste trabalho é identificar as características e percepções da autoimagem das pessoas que têm transtornos alimentares (anorexia e bulimia) publicadas em artigos científicos. Trata-se de uma Revisão Integrativa baseada na metodologia proposta por Cooper, com a utilização de cinco artigos. A busca pelos artigos científicos foi feita nas bases de dados e estímulo para o surgimento de transtornos alimentares, já que a aparência magra é exigida para diversas atividades. As redes sociais são apontadas como locais para busca de informações, de apoio e de incentivo para se iniciar ou continuar com os transtornos alimentares, que se tornam um estilo de vida. O enfermeiro, como profissional da saúde, tem a responsabilidade de conhecer os efeitos dos transtornos alimentares na vida das pessoas, para poder auxiliá-las na superação das dificuldades..

Descritores: Transtornos alimentares. Autoimagem.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Distribuição por base de dados e por descritor.....	16
Figura 2 - Distribuição das publicações científicas por cruzamento de descritores nas bases de dados MEDLINE, LILACS e BDNF	17
Figura 3 - Distribuição das publicações científicas por cruzamento de descritores nas bases de dados MEDLINE, LILACS e BDNF com critérios de inclusão/exclusão ..	18
Figura 4 - Distribuição dos artigos segundo idioma	18
Figura 5 - Distribuição dos artigos de acordo com ano de publicação	19
Figura 6 - Distribuição de locais de publicação	19
Quadro 1 - Artigos selecionados com seus títulos, autores e objetivos, tipo de estudo, população/amostra, local de estudo e coleta de dados, resultados e conclusão	20
Quadro 2 - Quadro sinóptico com as características/percepções da autoimagem nas pessoas que têm e transtornos alimentares	25
Tabela 1 - Classificação de adultos segundo o Índice de Massa Corpórea	10
Tabela 2 - Distribuição por base de dados e por descritor	16
Tabela 3 - Distribuição das publicações científicas por cruzamento de descritores nas bases de dados MEDLINE, LILACS e BDNF	17
Tabela 4 - Distribuição das publicações científicas por cruzamento de descritores nas bases de dados MEDLINE, LILACS e BDNF com critérios de inclusão.....	17
Tabela 5 - Distribuição dos artigos que respondem à questão norteadora, por agrupamento de descritores e base de dados	18

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	6
2	OBJETIVO	8
3	REVISÃO DA LITERATURA	9
3.1	<i>Autoimagem</i>	9
3.2	<i>Índice de Massa Corpórea (IMC)</i>	10
3.3	<i>Transtornos alimentares (TA)</i>	11
<u>3.3.1</u>	<u><i>Anorexia nervosa (AN)</i></u>	11
<u>3.3.2</u>	<u><i>Bulimia nervosa (BN)</i></u>	12
4	MÉTODO	13
4.1	<i>Tipo de estudo</i>	13
4.2	<i>Formulação do problema</i>	13
4.3	Coleta dos dados e critérios de inclusão e exclusão	13
4.4	<i>Utilização dos dados coletados</i>	14
4.5	<i>Aspectos éticos</i>	15
5	RESULTADOS	16
5.1	<i>Resultados encontrados nos artigos selecionados</i>	19
6	DISCUSSÃO	27
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
	REFERÊNCIAS	31

1 INTRODUÇÃO

O convívio em sociedade e a alimentação estão intimamente ligados. Eventos ou encontros sociais raramente ocorrem sem a presença de comida. Com isso, o ato de comer é visto como uma atividade social, sendo que a sociedade e a cultura são consideradas grandes influenciadoras sobre os comportamentos na alimentação.

A cultura e a sociedade não somente interferem em comportamentos alimentares como ditam aos indivíduos qual a aparência que devem ter, em especial as mulheres (TOWNSEND, 2014). No ocidente, a imagem de mulher ideal na sociedade é fomentada pela mídia, e atualmente o padrão é ser magra, bonita, desejável, feliz, fisicamente torneada e em forma (VIDEBECK, 2014).

Cabe lembrar que o Brasil é um país ocidental de proporções continentais e, em 2015, a população total residente foi estimada em 204,9 milhões de pessoas. Quando se analisa por sexo, as mulheres representavam 51,5% (105,5 milhões), enquanto os homens, 48,5% (99,4 milhões) do total (BRASIL, 2016). Ou seja, mais da metade do país é constituída por mulheres, exatamente a parcela da população que é fortemente influenciada a seguir um padrão de aparência física.

Seguindo a ideia de um padrão de beleza, diversas celebridades estão abaixo do peso ou usam algum método para parecer mais magras do que são, influenciando muitas adolescentes a idealizarem essa imagem. Em consequência dessas ideias que predominam no ocidente em relação ao corpo e ao peso, muitas mulheres acham “bom” quando seguem dietas, e “ruim” quando consomem alimentos como guloseimas e aperitivos, “saindo da dieta” (VIDEBECK, 2014).

Curiosamente, as representações socioculturais da imagem feminina e a quantidade de alimentos disponíveis agem de maneira contraditória: quando há facilidade de se obter comida, a magreza representa autocontrole e disciplina, mas quando os mantimentos são escassos, a imagem feminina robusta significa opulência e poder (HERSCOVICI; BAY, 1997).

Andrade e Bosi (2003) referem que a veneração à magreza tem relação direta com a ideia de mobilidade social, poder e beleza, e, por consequência, o preconceito contra a obesidade é muito forte. A discriminação contra a opulência fica evidenciada quando Videbeck (2014) diz que culturalmente estar acima do peso é sinal de desleixo, falta de autocontrole e de desinteresse. Anteriormente Herscovici e

Bay (1997) já apontavam que a magreza representa disciplina e autocontrole quando há oferta livre ou sem limites de comida.

A partir dessas construções sociais, os indivíduos vão elaborando conceitos a respeito de si mesmos, formando o que se traduz na definição de autoimagem.

Dentro desse conceito, na busca de um corpo perfeito e magro, há indivíduos que desenvolvem transtornos alimentares, que são doenças psiquiátricas com grande prejuízo físico e mental, com altas taxas de mortalidade e morbidades (PHILIPPI; ALVARENGA, 2004).

Sendo a autoimagem uma temática tão importante, observei na família, e também no grupo de amigos, pessoas com comportamentos inadequados em relação à alimentação e/ou com transtornos alimentares. A partir dessa constatação, surgiu a motivação para pesquisar sobre esta situação. Para isso, construiu-se a seguinte questão de pesquisa: "Quais são as características da autoimagem das pessoas que têm transtornos alimentares?".

2 OBJETIVO

Identificar as características e percepções da autoimagem das pessoas que têm transtornos alimentares (anorexia e bulimia) publicadas em artigos científicos.

3 REVISÃO DA LITERATURA

O foco do presente estudo foi pesquisar as características e percepções da autoimagem das pessoas que têm transtornos alimentares. Logo, como ponto de partida, é necessário revisar teoricamente sobre o conceito de autoimagem.

Após, foi conceituado Índice de Massa Corpórea (IMC) e seus resultados, e porque são importantes para explicar os transtornos alimentares, que são a anorexia nervosa (AN) e bulimia nervosa (BN).

3.1 Autoimagem

Ainda que definir autoimagem pareça desnecessário, já que apresenta a percepção que a pessoa tem de si, ressalta-se que existem elementos que precisam ser diferenciados.

Como referencial teórico, utilizou-se Gouveia (2002), que apresenta uma definição clássica que traz dois tipos de autoimagem, a independente e a interdependente, e seus conteúdos não se contradizem nem são conflitantes.

A autoimagem independente demarca um *self* (eu) delimitado, unitário e estável, sem relação com o contexto social, focada em qualidades internas, pensamentos e sentimentos. Quando solicitadas para serem descritas, serão afirmativas como: eu sou forte, eu sou inteligente, eu sou preguiçoso, eu sou esforçado (GOUVEIA, 2002).

A autoimagem interdependente destaca os feitos públicos, externos, como status, papel social ou o trabalho da pessoa. As relações interpessoais servem de base para sua estruturação, abrangendo uma dimensão ou postura flexíveis, contextualizadas e relacionais do *self*. Quando solicitadas para serem descritas, serão afirmativas como: eu sou um bom filho, eu sou uma boa/bom mãe/pai, eu sou cristão.

3.2 Índice de Massa Corpórea (IMC)

O IMC, também conhecido como Índice de Quételet, é um indicador de massa corpórea que se utiliza para estimar o estado nutricional do indivíduo. O indicador é obtido através de um cálculo antropométrico, em que se divide o peso (em quilogramas) pela altura (em metros) ao quadrado (ANJOS, 1992; VIDEBECK, 2014).

$$\frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Altura (m)}^2}$$

Este índice é amplamente utilizado, entretanto, em algumas situações, não serve como parametro, como, por exemplo, em pessoas com grande quantidade de massa muscular (fisiculturistas, atletas, entre outros). A relação entre peso e altura não leva em consideração a distribuição de gordura nem a origem do peso, ou seja, quantidade de massa magra ou adiposidade (WHO, 1998).

Quando calculado o IMC, podemos interpretar o resultado com auxílio das informações da Tabela 1, que demonstra que resultados abaixo de 18,50 kg/m² são considerados índices de baixo peso, de 18,50 a 24,99 kg/m² são indicativos de normalidade (sendo encontrado em literatura como peso eutrófico), acima do peso ou pré-obesidade são demonstrados por resultados de 25,00 a 29,99 kg/m², resultados de 30,00 a 34,99 kg/m² são indicadores de obesidade grau I, de 35,00 a 39,99 kg/m² são de obesidade grau II e obesidade grau II são resultados maiores ou iguais a 40 (WHO, 1998).

Tabela 1: Classificação de adultos segundo o Índice de Massa Corpórea

CLASSIFICAÇÃO	IMC
Abaixo do peso	<18,5
Normal	18,50 – 24,99
Acima do peso	≥ 25,00
Pré-obeso (sobrepeso)	25,00 – 29,99
Obeso grau I	30,00 – 34,99
Obeso grau II	35,00 – 39,99
Obeso grau III (obesidade mórbida)	≥ 40,00

Tabela adaptada e traduzida para português de World Health Organization (1998)

3.3 Transtornos alimentares (TA)

Philippi e Alvarenga (2004) dizem que transtornos alimentares são doenças psiquiátricas que trazem grande prejuízo físico e mental aos indivíduos, com taxas altas de morbidade e mortalidade.

Os transtornos alimentares são considerados síndromes comportamentais por Claudino e Borges (2002), já que envolvem os alimentos e o comportamento inadequado na alimentação. Esta inadequação é a incapacidade de consumir alimentos adequadamente, alimentando-se menos ou mais que deveria, e falta de regularidade nos hábitos alimentares (MARCOLAN et al., 2013).

Neste estudo, o foco foi anorexia nervosa e a bulimia nervosa, dois transtornos de característica crônica e de alto índice de comorbidades, em que há medo mórbido de engordar (VILELA et al., 2004; MARCOLAN et al., 2013).

3.3.1 Anorexia nervosa (AN)

Pessoas com AN apresentam IMC menor que 18,50 kg/m², caracterizando baixo peso. Nesse transtorno, há um medo mórbido de engordar e a pessoa se impõe a uma dieta rigorosa. Mesmo estando abaixo do peso ideal, continua se vendo sempre como se estivesse acima (EBY e BROWN, 2005; KALINOWSKI et al., 2007; MARCOLAN et al., 2013; TOWNSEND, 2014; VIDEBECK, 2014), caracterizando a distorção de imagem corporal que ocorre nesses casos.

Existem dois tipos de anorexia nervosa: restritivo e purgativo. No primeiro, há perda de peso ou manutenção do baixo peso com dietas, jejuns e exercícios excessivos. No tipo purgativo há episódios de compulsão alimentar e purgação, com uso de enemas, laxativos, diuréticos e indução de vômitos. Os indivíduos que tem AN, em geral, restringem severamente a ingestão de alimentos que são considerados calóricos, progredindo para uma dieta muito limitada, a fim de reduzir ou manter o peso baixo (EBY e BROWN, 2005).

O termo anorexia (*a* – sem, *orexis* – apetite) significa perda de apetite, mas de

fato, as pessoas com anorexia nervosa continuam tendo o senso normal de fome e apetite. Para alguns indivíduos, negar a fome é tido como sinal extraordinário de autocontrole, e ganhar peso é considerado uma inaceitável falha de controle (EBY e BROWN, 2005).

Segundo Nunes (2006), a AN afeta majoritariamente mulheres nas fases da adolescência e início da vida adulta, sendo que 40% das mulheres identificadas com o transtorno tem idade entre 15 a 19 anos. Estudos apontam que AN é uma condição rara, pois estimativas de prevalência indicam que 0,5% das mulheres apresentam esta situação, e que a estimativa de incidência média anual na população em geral é de 18,46 por 100.000 indivíduos. Entretanto, estas taxas costumam ser subestimadas ou sub-registradas, pois apenas uma minoria procura ajuda nos serviços de saúde.

3.3.2 Bulimia nervosa (BN)

Na BN há ingestão excessiva de alimentos (episódios de compulsão alimentar) em pouco tempo, e logo após acontece um comportamento compensatório exagerado, como provocar vômitos e/ou uso excessivo de laxativos e diuréticos. Ao contrário da AN, na BN os indivíduos estão com o peso adequado, ou até mesmo acima do recomendado conforme o IMC, em que a faixa de normalidade está entre 18,50 e 24,99 kg/m² (EBY e BROWN, 2005; KALINOWSKI et al., 2007; MARCOLAN et al., 2013; TOWNSEND, 2014; VIDEBECK, 2014).

O episódio de compulsão alimentar é caracterizado por perda de controle, no qual em curto período de tempo, geralmente em duas horas, são ingeridos montantes de comida que indivíduos saudáveis não conseguiriam comer em circunstâncias similares (EBY e BROWN, 2005).

Dados epidemiológicos sobre a BN mostram taxa de prevalência em 1% das mulheres jovens e 0,1% entre homens de 15 a 65 anos, e a taxa de incidência de 26,5 para mulheres e 0,8 para homens por 100.000 indivíduos. O grupo de risco para BN são mulheres entre 20 e 24 anos, tendo taxas de 82 por 100.000 indivíduos (NUNES, 2006).

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma Revisão Integrativa (RI) baseada na metodologia proposta por Cooper (1984). O objetivo desta metodologia é promover uma prática baseada em evidências, reunindo resultados de diversas pesquisas primárias sobre o mesmo assunto, a fim de responder a uma questão norteadora.

Nessa metodologia seguem-se cinco etapas, sendo que na primeira etapa a formulação do problema; na segunda etapa ocorre a coleta de dados; na terceira etapa avaliam-se os dados coletados; na quarta etapa apresentam-se os resultados; e na quinta e última etapa tem-se a análise e interpretação dos dados .

4.2 Formulação do Problema

A formulação do problema se constituiu tendo em vista o objetivo do estudo guiado pela seguinte questão norteadora: *Quais são as características e percepções da autoimagem das pessoas que têm transtornos alimentares?*

4.3 Coleta dos dados e critérios de inclusão e exclusão

A coleta de dados foi efetuada pela internet nas bases de dados digitais, *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS) e Base de Dados em Enfermagem (BDEnf).

Os descritores para a identificação dos artigos foram: anorexia nervosa,

bulimia nervosa, transtorno alimentar, autoimagem. Foi utilizado o “*and*” para busca dos descritores como operador booleano. Compuseram a amostra artigos no idioma inglês, português ou espanhol, publicados no período de tempo de 20 anos - entre 1997 e 2017, disponíveis na íntegra.

4.4 Utilização dos dados coletados

A amostra desta RI foi composta pelos artigos que, a partir do refinamento dos descritores e da leitura dos resumos, responderam à questão de pesquisa, “Quais são as características e percepções da autoimagem nas pessoas que têm transtornos alimentares?”, sendo então organizados em um quadro (quadro 1).

Os artigos foram identificados com números em ordem crescente e tiveram registrados seus títulos, autores, periódico, ano, local de publicação, descritores ou palavra-chave, objetivo do estudo, tipo de estudo, população e amostra, local de estudo e coleta de dados, resultados e conclusão.

Os dados coletados foram analisados na busca por responderem questão norteadora: “Quais são as características/percepções da autoimagem nas pessoas que têm transtornos alimentares?” (Quadro 2).

4.5 Aspectos éticos

Os autores pesquisados e utilizados nesta Revisão Integrativa foram citados conforme as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT, 2002a; 2002b), tendo também suas ideias principais respeitadas conforme os preceitos de ética em pesquisa.

5 RESULTADOS

Neste capítulo é apresentado o processo de rastreamento dos artigos a comporem a amostra e os resultados encontrados nos cinco artigos elegíveis

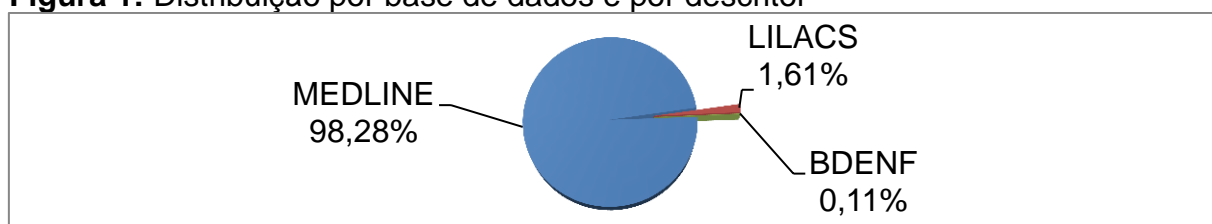
Os artigos identificados nas bases de dados foram organizados a partir da sua localização por base de dados e por descritor (Tabela 2). Na base de dados MEDLINE, utilizaram-se descritores em inglês equivalentes ao português, segundo Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): transtorno alimentar/*feeding and eating disorders*, autoimagem/*self concept*, anorexia nervosa/*anorexia nervosa* e bulimia nervosa/*bulimia nervosa*. Os artigos provenientes da base de dados MEDLINE são responsáveis por 98,28% da composição, os da LILACS representam 1,61% e os da BDeNF, 0,11%, conforme ilustra a Figura 1

Tabela 2: Distribuição por base de dados e por descritor

Descritor	MEDLINE	LILACS	BDEFN	TOTAL
Anorexia nervosa (AN)	11.887	407	7	12.301
Bulimia nervosa (BN)	1.981	94	1	2.076
Transtorno Alimentar (TA)	26.639	535	7	27.181
Autoimagem (AI)	95.885	1.199	144	97.228
TOTAL	136.392	2.235	159	138.786

Fonte: Própria autora. Porto Alegre, 2018.

Figura 1: Distribuição por base de dados e por descritor



Fonte: Própria autora. Porto Alegre, 2018.

Após, foi feito o cruzamento dos descritores em cada base de dados, usando o operador booleano *and* (Tabela 3).

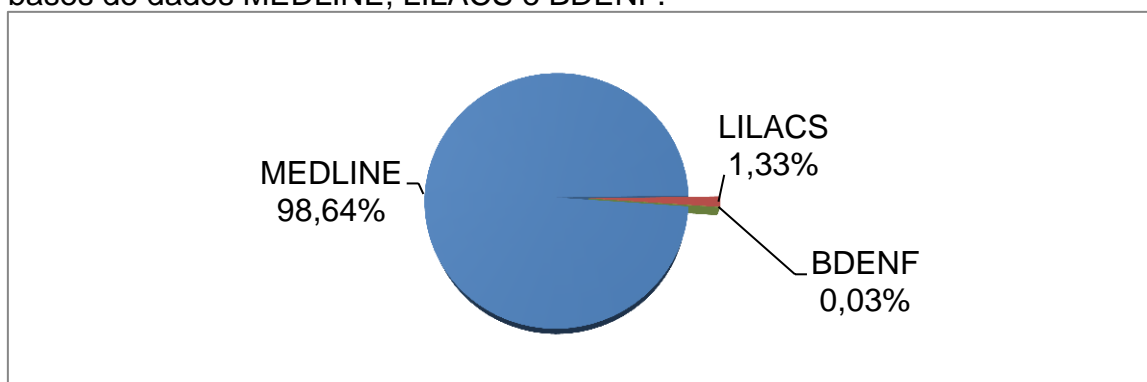
Tabela 3: Distribuição das publicações científicas por cruzamento de descritores nas bases de dados MEDLINE, LILACS e BDEF.

Cruzamento de Descritores		MEDLINE	LILACS	BDEF	TOTAL
AN	BN	970	54	1	1025
AN	TA	11.888	123	3	12.014
AN	AI	366	11	0	377
BN	TA	1.981	51	1	2.033
BN	AI	409	2	0	411
TA	AI	3.950	23	0	3.973
TOTAL		19.564	264	5	19.833

Fonte: Própria autora. Porto Alegre, 2018.

A base de dados MEDLINE possui a quase totalidade das publicações identificadas (Figura 2). Atenderem aos critérios de inclusão 2.745 (Tabela 4).

Figura 2: Distribuição das publicações científicas por cruzamento de descritores nas bases de dados MEDLINE, LILACS e BDEF.



Fonte: Própria autora. Porto Alegre, 2018.

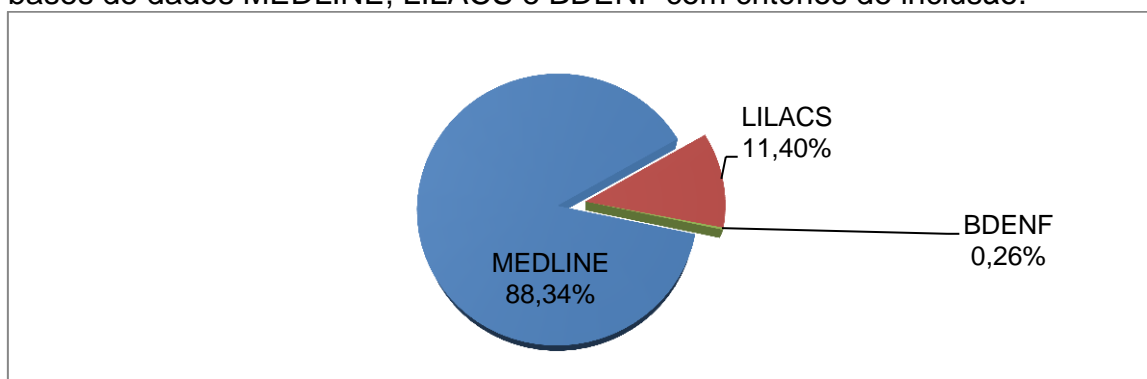
Tabela 4: Distribuição das publicações científicas por cruzamento de descritores nas bases de dados MEDLINE, LILACS e BDEF com critérios de inclusão.

Cruzamento de Descritores		MEDLINE	LILACS	BDEF	TOTAL
AN	BN	199	29	1	229
AN	TA	1.111	133	3	1.247
AN	AI	97	4	0	101
BN	TA	454	104	3	561
BN	AI	70	16	0	86
TA	AI	494	27	0	521
TOTAL		2.425	313	7	2.745

Fonte: Própria autora. Porto Alegre, 2018.

Dessas 2.745 publicações, 2.425 originaram-se da MEDLINE, representando 88,34% do total; 313, ou 11,4% da LILACS; e da BDEF obtiveram-se cinco artigos, ou 0,26% da amostra, onde se tem a Figura 3 ilustrando.

Figura 3: Distribuição das publicações científicas por cruzamento de descritores nas bases de dados MEDLINE, LILACS e BDEF com critérios de inclusão.



Fonte: Própria autora. Porto Alegre, 2018.

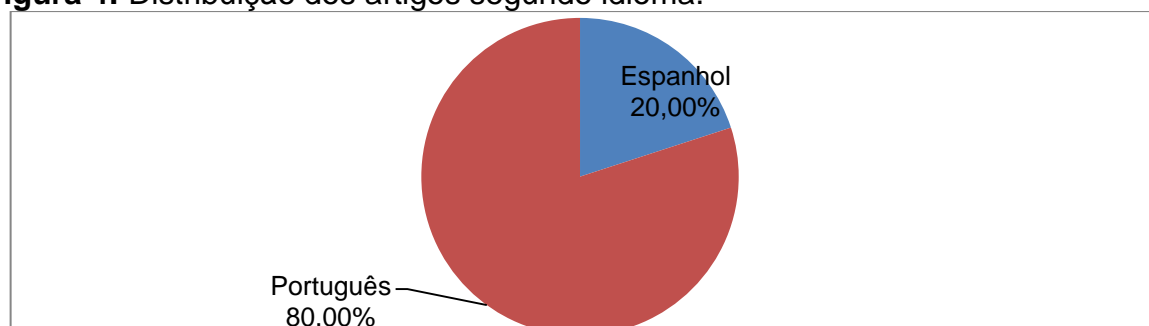
Desses 2.745 artigos cinco responderam à questão norteadora e são apresentados conforme o cruzamento de descritores e base de dados (Tabela 5). Um artigo foi publicado em espanhol (20%) e quatro artigos em português (80%), apresentados na Figura 4.

Tabela 5: Distribuição dos artigos que respondem à questão norteadora, por agrupamento de descritores e base de dados.

Cruzamento de Descritores		MEDLINE	LILACS	BDEF	TOTAL
AN	BN	0	2	0	2
AN	TA	0	0	0	1
AN	AI	0	0	0	0
BN	TA	0	1	0	1
BN	AI	0	0	0	0
TA	AI	0	2	0	2
TOTAL		0	5	0	5

Fonte: Própria autora. Porto Alegre, 2018.

Figura 4: Distribuição dos artigos segundo idioma.

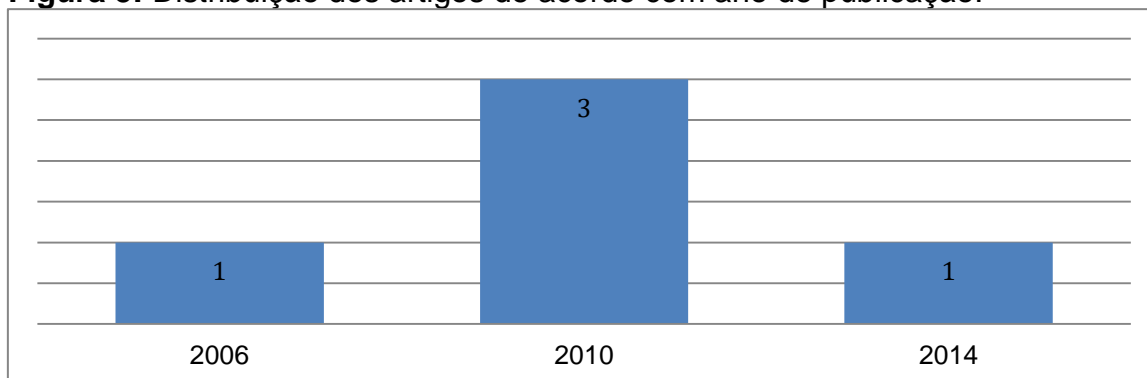


Fonte: Própria autora. Porto Alegre, 2018.

Em relação ao ano de publicação, todos os artigos selecionados foram

publicados a partir de 2006 (Figura 5).

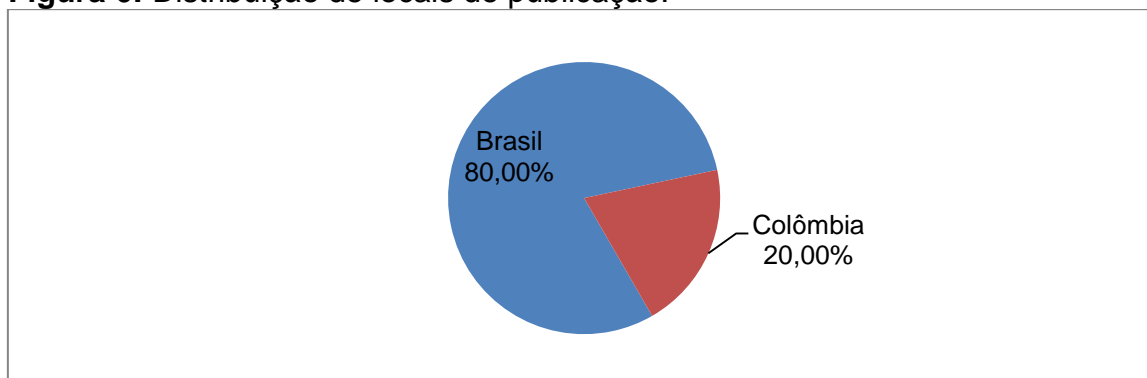
Figura 5: Distribuição dos artigos de acordo com ano de publicação.



Fonte: Própria autora. Porto Alegre, 2018.

Quatro artigos foram publicados no Brasil (nas cidades de Campinas, Fortaleza e Porto Alegre) e um artigo foi publicado na Colômbia (na cidade de Medellín).

Figura 6: Distribuição de locais de publicação.



Fonte: Própria autora. Porto Alegre, 2018.

5.1 Resultados encontrados nos artigos selecionados

A seguir são apresentados os títulos, autores e objetivos dos cinco artigos selecionados (Quadro 1).

Quadro 1 -Artigos selecionados com seus títulos, autores e objetivos, tipo de estudo, população/amostra, local de estudo e coleta de dados, resultados e conclusão.

Nº	1	2	3	4	5
TÍTULO	A inclusão social por via do corpo em mulheres diagnosticadas com anorexia e bulimia na cidade de Medellín, Colômbia.	A construção de si em um grupo de apoio para pessoas com transtornos alimentares	A auto-imagem corporal na anorexia nervosa: uma abordagem sociológica	As vivências de um grupo de pacientes com transtornos alimentares: a relação com o espelho e a imagem corporal	O corpo idealizado de consumo: paradoxos da hipermodernidade
AUTOR/ANO DE PUBLICAÇÃO	(HERNANDEZ; CORTÉS, 2010)	(SCORSOLINI-COMIN; SOUZA; SANTOS, 2010)	(GIORDANI, 2006)	(GONZALEZ; SACOMANI JUNIOR; RONDINA, 2014)	(SEVERIANO; RÊGO; MONTEFUSCO, 2010)
NOME DO PERIÓDICO	Iatreia.	Estudos de Psicologia.	Psicologia & Sociedade.	Revista Subjetividades.	Revista Mal-estar e Subjetividade.
LOCAL DE PUBLICAÇÃO	Medellín – Colômbia.	Campinas – Brasil.	Porto Alegre – Brasil.	Fortaleza – Brasil.	Fortaleza – Brasil.
DESCRITORES	Anorexia, bulimia, contextos sociais de aparição, corpo, Corpo competente, formas de configuração do transtorno, identidade narrativa.	Anorexia, bulimia, dialogismo, grupos de apoio.	Anorexia nervosa, imagem corporal, corpo.	Transtornos psicológicos, transtorno alimentar, imagem corporal, anorexia nervosa, bulimia nervosa.	Corpo, consumo, hipermodernidade, transtornos alimentares, excessos.
OBJETIVO	Reconhecer como o significado atribuído à vivência corporal revela a construção da identidade em mulheres com transtornos alimentares.	Compreender a construção de si mesmo a partir do discurso de pessoas diagnosticadas com anorexia e bulimia, participantes de um grupo de apoio psicológico.	Compreender os mecanismos de formação da imagem corporal na anorexia nervosa, bem como apreender os sentidos manifestos na construção da obesidade no corpo anoréxico.	Investigar como pacientes atendidos em um ambulatório de saúde mental vivenciaram o aparecimento de sintomas de TA.	Refletir criticamente sobre as diversas facetas desse paradoxo expresso na atual modalidade de “bem-estar” / “mal-estar”, com ênfase em seus “excessos”.
TIPO DE ESTUDO	Estudo qualitativo, realizadas entrevistas em profundidade e grupos focais. Utilizado referencial fenomenológico-hermenêutico para análise.	Pesquisa qualitativa de referencial histórico-cultural bakhtiniano.	Pesquisa qualitativa de abordagem sociológica (etnografia e método biográfico).	Pesquisa qualitativa.	Pesquisa qualitativa.

POPULAÇÃO / AMOSTRA	A amostra foi composta por 15 mulheres entre 18 e 29 anos de idade, habitantes da cidade de Medellin, com diagnóstico de transtorno de conduta alimentar (anorexia nervosa e bulimia nervosa).	14 jovens atendidas em um serviço público de saúde de um hospital universitário.	Oito indivíduos do sexo feminino entre 16 e 26 anos.	Seis pacientes em atendimento junto ao Hospital das Clínicas de uma cidade do oeste paulista.	Realizada em blogs e sites de relacionamentos Orkut de sujeitos portadores dos referidos distúrbios.
LOCAL DE ESTUDO	Medellin.	Hospital universitário.	O trabalho de campo foi realizado na cidade de Curitiba no período de janeiro a setembro de 2003.	Hospital das Clínicas de uma cidade do oeste paulista.	-
COLETA DE DADOS	45 entrevistas em profundidade (em média três por participante) e cinco grupos focais.	Transcrições audiogravadas de 10 sessões consecutivas do grupo.	Narrativa autobiográfica com indivíduos que tiveram diagnóstico de anorexia nervosa, já recuperados, ou em tratamento. Foi utilizada a técnica da história de vida oral sem roteiro estruturado. Utilizaram-se ainda dados etnográficos: depoimentos dos pais, cartas, diários, dados clínicos e fotografias.	Entrevista semiestruturada.	Internet.

<p>RESULTADOS</p>	<p>Encontraram-se quatro resultados distintos:</p> <p>1 - a avaliação que essas mulheres fazem de si mesmas é atravessada pelo olhar dos outros, como uma entrevistada conta: "Estamos em um meio machista, onde a cultura está regida pelo corpo, onde se não tem um bom corpo estás fora." Ver-se gorda, estando magra: 'Outro dia me sentia imundamente gorda.' Sentimentos de inadequação, dado que seus corpos geram insatisfação quando são vividos como pessoas gordas. Claro que eles interpretam como "gordura" todo o corpo "não-magro".</p> <p>2 - existem contextos sociais em que a aparência exigida estimula a anorexia-bulimia; como a modelagem, dança e esportes competitivos.</p> <p>3 - identificam-se formas de configuração da anorexia-bulimia: estético-erótica (verem-se bonitas e desejadas), estético-atlética (ter um corpo competente) e estético-afetiva (ficaram doentes depois de uma ruptura afetiva);</p> <p>4 - a recuperação não consiste apenas em comer, mas também em permitir que o corpo se torne historicizado, isto é, mostre nele as marcas da passagem do tempo.</p>	<p>Os discursos produzidos socialmente sobre os transtornos alimentares são evocados nas falas das participantes e encontram no grupo um espaço para que possam ser contestados, negociados ou aceitos, promovendo a desconstrução de mitos erigidos em torno da enfermidade.</p> <p>Discursos citados pelos participantes: Pessoas com TA são rígidas e obstinadas na sua visão distorcida da vida, na tenacidade de levar adiante suas crenças e convicções consideradas delirantes.</p> <p>As pessoas com TA são excêntricas, teimosas, intransigentes, impertinentes, rebeldes, dissimuladas, pusilânimes e destituídas de energia, de força de vontade.</p>	<p>Diante da análise do conteúdo dos depoimentos, nota-se que a construção da imagem corporal não é um trabalho solitário, mas resulta da intercomunicação entre o indivíduo e o mundo social.</p> <p>Imagem corporal descrita pelas participantes:</p> <p>Entre aparência e realidade, entre o distanciamento da imagem real do corpo e a auto-imagem percebida, crescem a insatisfação e a tentação de prosseguir.</p> <p>A anorexia tensiona uma espécie de lipofobia e seu par indissociável, o prazer na magreza.</p>	<p>Os depoimentos revelam dois fatores que favoreceram o aparecimento de TA, segundo a ótica das entrevistadas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Conflitos em relacionamentos interpessoais e 2. Pressão social para emagrecimento/estigmatização. <p>Possivelmente, influências socioculturais permeiam as significações atribuídas pelas pacientes à sua imagem refletida no espelho, contribuindo para o aparecimento de distorções na percepção do peso e forma corporal. Os resultados deste estudo sugerem ainda que, muitas vezes, a tomada de consciência do problema demora a ocorrer. Assim, o envolvimento de familiares e o fornecimento de informações e orientações sobre a natureza do transtorno são essenciais no escopo das intervenções para tratamento do problema.</p>	<p>Dados relativos às formas contemporâneas de disciplina/controle, exclusão social/auto-confinamento e metamorfoses corporais, além de depoimentos significativos vinculados à influência das novas tecnologias e dos modelos midiáticos na busca do corpo idealizado pelo consumo.</p>
--------------------------	---	--	--	--	--

<p>CONCLUSÃO</p>	<p>As mulheres nunca conseguem des-historicizar seu corpo, mas seu sofrimento é estabelecido apenas nisso. Isso pode ser entendido se pensarmos que o corpo não se deixa domesticar e se rebela, e que o exercício narrativo que leva à construção do enredo do “eu” inclui o corpo. Como a narrativa de si mesma, a hermenêutica do eu é uma construção, o corpo é narrado e, portanto, tecido.</p>	<p>A análise aponta o grupo como uma ferramenta terapêutica significativa para a produção de novos sentidos, não patologizantes, com relação aos transtornos alimentares e seus portadores.</p>	<p>O indivíduo utiliza outras imagens para definir sua própria imagem corporal, bem como esse processo implica numa troca relacional entre indivíduos.</p>	<p>Supõe-se que programas de natureza preventiva, destinados à melhoria do funcionamento interpessoal dos adolescentes, poderiam minimizar o risco do aparecimento de TA.</p>	<p>A análise teórico-crítica apontou para a não existência de um verdadeiro paradoxo, mas sim de um excesso de obediência às normas ideais do corpo padrão, que, quando não cumpridas, engendram sentimentos de fracasso e “mal-estar”. O “bem-estar” transmuta-se, pois, em “mal-estar”, numa jornada em que o prazer se associa ao esforço, o sucesso ao controle e a perfeição ao sofrimento.</p>
-------------------------	--	---	--	---	--

Fonte: Própria autora. Porto Alegre, 2018.

A seguir são apresentados os resultados indentificados nos artigos acerca das características e percepções da autoimagem das pessoas com transtornos alimentares (Quadro 2).

Quadro 2 - Quadro sinóptico das características e percepções da autoimagem das pessoas que têm transtornos alimentares.

Nº	TÍTULO DO ARTIGO	CARACTERÍSTICAS E PERCEPÇÕES DA AUTOIMAGEM DAS
1	A inclusão social por via do corpo em mulheres diagnosticadas com anorexia e bulimia na cidade de Medellín, Colômbia.	<p>Sentimentos de inadequação, dado que seus corpos geram insatisfação quando são vividos como pessoas gordas. Eles interpretam como "gordura" todo o corpo "não-magro".</p> <p>Ver-se gorda, estando magra: 'Outro dia me sentia imundamentegorda.'</p>
2	A construção de si em um grupo de apoio para pessoas com transtornos alimentares.	<p>[...] As participantes se descrevem como pessoas com um modo de ser e estar no mundo absolutamente único, dissonante das demais pessoas com as quais convivem, incluindo os familiares. Posicionam-se, assim, como um grupo de pessoas com concepções bem particularizadas que, ao compartilharem seus problemas, dividem também características identitárias semelhantes.</p> <p>O outro comparece, invariavelmente, nos discursos produzidos, como uma instância incriminadora e desqualificante, aos olhos de quem as participantes aparecem como pessoas excêntricas, teimosas, intransigentes, impertinentes, rebeldes, dissimuladas, pusilânimes e destituídas de energia, de força de vontade.</p> <p>Como explicitado em suas falas, elas são identificadas como pessoas "magras", "loucas", "teimosas", "difíceis", "volúveis" e "caprichosas". Esses rótulos as categorizam como pessoas rígidas e obstinadas na sua visão distorcida da vida, na tenacidade de levar adiante suas crenças e convicções consideradas delirantes.</p>
3	A auto-imagem corporal na anorexia nervosa: uma abordagem sociológica.	<p>Entre aparência e realidade, entre o distanciamento da imagem real do corpo e a auto-imagem percebida, crescem a insatisfação e a tentação de prosseguir. A anorexia tensiona uma espécie de lipofobia e seu par indissociável, o prazer na magreza. <i>"Me sentia bem em estar magra! [...] Era legal... [...] Eu sentia... às vezes me sentia feia, me sentia gorda! (aumenta a voz) Chegava a me sentir gorda mesmo estando magra... mas por falta de estar emagrecendo! ... Mas aí eu me sentia gorda, chegava a me sentir gorda várias vezes, daí eu me sentia mal assim... 'Tô me sentindo gorda, mas eu já emagreço! [...] eu acho, ele (o corpo) é o meio mais forte de expressão daquilo que eu penso e daquilo que eu faço."</i></p> <p><i>Minhas amigas e até minha família não entendem minha situação e às vezes ficam bravas e se revoltam, mesmo eu explicando não consigo lutar contra isso. [...] Não queria ter um pingão de gordura pra ninguém botar um defeito em</i></p>

		<i>mim, queria ser perfeita!</i>
4	As vivências de um grupo de pacientes com transtornos alimentares: a relação com o espelho e a imagem corporal.	<i>Eu me achava horrível, ficava triste o dia inteiro ruim horrível. Me sinto gorda, sinto raiva, não gosto de mim. Não me vejo magra, me sinto triste sabe; quando eu me olho no espelho, me vejo gorda, eu me sinto gorda, eu nem gosto de olhar no espelho, eu me sinto deprimida, aí eu nem olho.</i>
5	O corpo idealizado de consumo: paradoxos da hipermodernidade.	<p><i>“Fiquei triste com isso e hoje de manhã acabei não me controlando e comi 4 fatias de pão de forma integral. É nessas horas que me sinto uma fracassada. Me esforço pra olhar pra frente e continuar. Não posso desistir, isso vai ser pior... mas por outro lado eu não consigo fugir da compulsão. Acabei de “miar” e agora tô com dor de estômago.’</i></p> <p><i>‘Tenho até vergonha em contar pra vocês o tanto que tenho comido recentemente. Eu me sinto mal em comer, eu sei o quanto estou engordando e o quanto estou ficando feia, mas há uma força maior dentro de mim que me faz comer absurdamente e o que eu mais quero é destruir isso e ser dominada novamente pela vontade e força de emagrecer!</i></p> <p><i>‘Vocês conseguem imaginar uma pessoa que sempre foi neurótica com o corpo, sempre se achou gorda, sempre fez regimes, sempre tentou comer coisas saudáveis e leves para não virar uma bola e agora está a própria bola?!’</i></p>

Fonte: Própria autora. Porto Alegre, 2018.

6 DISCUSSÃO

Neste capítulo são discutidos os resultados obtidos a partir da análise das cinco publicações que compõem o estudo sobre as características e percepções da autoimagem das pessoas com transtornos alimentares.

Como explanado na revisão de literatura deste trabalho, o autor utilizado como referência para autoimagem, Gouveia (2002), apresenta uma definição clássica que traz dois tipos de autoimagem, a independente e a interdependente. Basicamente a autoimagem é definida como as qualidades internas, pensamentos, feitos públicos, status, papel social e trabalho, sendo isso o que foi buscado nos trabalhos científicos analisados.

Nos cinco artigos identificaram-se quatro tipos de características e percepções da autoimagem das pessoas com transtornos alimentares: autoimagem atravessada pelo olhar dos outros, autoimagem de inadequação (insatisfação com o corpo que vê como gordo/ser uma pessoa diferente), autoimagem de rigidez e obstinação a continuar a emagrecer/ser magra e autoimagem autodepreciativa.

Hernandez e Cortés (2010) e Scorsolini-Comin, Souza e Santos (2010) mostram essa autoimagem atravessada pelo olhar dos outros, ou seja, o que *eu sou* é o que *eu acho* que os *outros veem*, como se evidencia no trecho a seguir:

“Estamos em um meio machista, onde a cultura está regida pelo corpo, onde se não tens um bom corpo estás fora.”

Scorsolini-Comin, Souza e Santos (2010) trazem o discurso mais explícito de como eu acho que os outros me veem.

“O outro comparece, invariavelmente, nos discursos produzidos como uma instância incriminadora e desqualificante, aos olhos de quem as participantes aparecem como pessoas excêntricas, teimosas, intransigentes, impertinentes, rebeldes, dissimuladas, pusilânimes e destituídas de energia, de força de vontade.

Como explicitado em suas falas, elas são identificadas como pessoas “magras”, “loucas”, “teimosas”, “difíceis”, “volúveis” e “caprichosas”. Esses rótulos as categorizam como pessoas rígidas e obstinadas na sua visão distorcida da vida, na tenacidade de levar adiante suas crenças e convicções consideradas delirantes.”

Os sentimentos de inadequação são uma das características da autoimagem das pessoas com transtornos alimentares e está presente em quatro dos artigos

(HERNANDEZ E CORTÉS, 2010; GIORDANI, 2006; GONZALEZ, SACOMANI JUNIOR E RONDINA, 2014; SEVERIANO, RÊGO E MONTEFUSCO, 2010). O sentimento de inadequação pode ser gerado a partir da insatisfação com o corpo, vendo-o gordo mesmo estando magro ou por se sentir uma pessoa com um jeito de ser e estar no mundo totalmente diferente das outras pessoas, inclusive de seus familiares (HERNANDEZ; CORTÉS, 2010; SCORSOLINI-COMIN; SOUZA; SANTOS, 2010).

A distorção entre a imagem real e a autoimagem percebida traz insatisfação e isso estimula o desejo de emagrecer cada vez mais. Ter alguma gordura significa ter defeito. (GIORDANI, 2006). Durante o tratamento surge a tristeza de se perceber gorda ao ingerir alimentos saudáveis (GONZALEZ; SACOMANI JUNIOR; RONDINA, 2014; SEVERIANO; RÊGO; MONTEFUSCO, 2010).

Alguns dos sujeitos estudados referem que os outros os veem como pessoas rígidas, obstinadas e caprichosas, e que suas convicções são delirantes (Scorsolini-Comin, Souza e Santos, 2010).

Para algumas mulheres, perceber-se “gorda” as leva a querer emagrecer, e seus corpos são a expressão do que pensam e fazem (GIORDANI, 2006). Não conseguir “se controlar” e comer além do que determinam como suficiente as faz sentirem-se fracassadas (SEVERIANO; RÊGO; MONTEFUSCO, 2010)

Por fim, temos a autoimagem autodepreciativa Os indivíduos destes estudos se veem de forma distorcida, se autodepreciando, uma autoimagem em que “eu sou horrível, eu sou gorda, eu sou fracassada, eu sou feia, eu sou uma bola”. Os sujeitos se sentem mal, deprimidos, com raiva de si mesmos, tristes.

“Eu me achava horrível, ficava triste o dia inteiro ruim horrível. Me sinto gorda, sinto raiva, não gosto de mim.

Não me vejo magra, me sinto triste sabe; quando eu me olho no espelho, me vejo gorda, eu me sinto gorda, eu nem gosto de olhar no espelho, eu me sinto deprimida, aí eu nem olho.” (GONZALEZ; SACOMANI JUNIOR; RONDINA, 2014).

“mas por outro lado eu não consigo fugir da compulsão. Acabei de miar e agora tô com dor de estômago.” (retirado de <https://cristinaproana.livejournal.com/>)

‘Tenho até vergonha em contar pra vocês o tanto que tenho comido recentemente. Eu me sinto mal em comer, eu sei o quanto estou engordando e o quanto estou ficando feia, mas há uma força maior dentro de mim que me faz comer absurdamente e o que eu mais quero é destruir isso e ser dominada novamente pela vontade e força de emagrecer! (extraído de <http://www.fatnever-anaforever.blogger.com.br/>)’

‘Voces conseguem imaginar uma pessoa que sempre foi neurótica com o corpo, sempre se achou gorda, sempre fez regimes, sempre tentou comer coisas saudáveis e leves para não virar uma bola e agora esta a propria bola?!?!?!’(<http://www.fatnever-anaforever.blogspot.com.br/>) ”
(SEVERIANO; RÉGO; MONTEFUSCO, 2010).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da busca pelos artigos nas bases de dados da área da saúde, constatou-se que as publicações sobre a autoimagem das pessoas com transtornos alimentares se tornaram mais frequentes há pouco mais de doze anos, na área da saúde. Isso reforça a importância de serem realizadas mais pesquisas sobre a temática.

Nos cinco artigos que compõem a amostra, evidencia-se o contexto social como um dos promotores do surgimento de transtornos alimentares, pela exigência da magreza para a realização de atividades como a dança, esportes competitivos e a modelagem. As redes sociais, cada vez mais presentes na vida das pessoas, tornam-se espaços de incentivo para se iniciar ou continuar com os transtornos alimentares. Formando-se comunidades virtuais onde os transtornos alimentares tornam-se um estilo de vida. A magreza é difícil, requer disciplina e quem a mantém é bem-sucedido, um vitorioso.

Acredita-se que este trabalho contribua para a reflexão sobre o efeito dos transtornos alimentares na autoimagem dos portadores dessa patologia, que traz muito sofrimento para quem tem e para os seus familiares.

O enfermeiro, como profissional da saúde, tem a responsabilidade de conhecer os efeitos dos transtornos alimentares na vida das pessoas, para poder auxiliá-las na superação das dificuldades.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Angela; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Mídia e subjetividade: impacto no comportamento alimentar feminino. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 16, n. 1, p. 117-125, jan. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v16n1/a11v16n1.pdf>>. Acesso em: 17 jun. 2017.

ANJOS, Luiz A.. Body mass index as a tool in the nutritional assessment of adults: a review. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 6, n. 26, p.431-436, 1992. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/rsp/1992.v26n6/431-436/pt>>. Acesso em: 17 mar. 2018.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). **NBR 14724**: informação e documentação: citações em documentos: apresentação. Rio de Janeiro, 2002a.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). **NBR 6023**: informação e documentação: referências e elaboração: apresentação. Rio de Janeiro, 2002b.

BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. . **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**: síntese de indicadores: 2015. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. 101 p. (Coleção Ibgeana). Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98887.pdf>>. Acesso em: 03 set. 2017.

BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009**: antropometria e análise do estado nutricional de crianças e adolescentes no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. 127 p. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv45419.pdf>>. Acesso em: 06 jul. 2017.

CALTRAN, P. et al. Utilização do índice de massa corporal para estimativa do estado nutricional de funcionários de uma empresa do ramo químico. *Unisepe Saúde em foco*, p. 57-64, 2012.

CLAUDINO, Angélica de Medeiros; BORGES, Maria Beatriz Ferrari. Critérios diagnósticos para os transtornos alimentares: conceitos em evolução. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, v. 24, supl. 3, p. 07-12, Dec. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462002000700003&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 21 out. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462002000700003>.

COOPER, Harris M. **The integrative research review**: a systematic approach. Beverly Hills (CA): Sage Publications; 1984.

EBY, Linda; BROWN, Nancy J. **Mental health nursing care**. Upper Saddle River:

Prentice Hall Pearson, 2005. 408 p.

GIORDANI, Rubia Carla Formighieri. A auto-imagem corporal na anorexia nervosa: uma abordagem sociológica. *Psicol. Soc.*, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 81-88, Aug. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822006000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 jun. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822006000200011>.

GONZALEZ, Gabriela Andrea Leite; SACOMANI JUNIOR, Ernindo; RONDINA, Regina de Cássia. As vivências de um grupo de pacientes com transtornos alimentares: a relação com o espelho e a imagem corporal. *Rev. Subj.*, Fortaleza, v. 14, n. 3, p. 383-394, dez. 2014. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-07692014000300003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 21 jun. 2018.

GOUVEIA, Valdiney V.; SINGELIS, Theodore M.; COELHO, Jorge Artur Peçanha de Miranda. Escala de Auto-Imagem: comprovação da sua estrutura fatorial. *Avaliação Psicológica*, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p.49-59, jun. 2002. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v1n1/v1n1a06.pdf>>. Acesso em: 06 jul. 2017.

HERNANDEZ, Mauricio Hernando bedoya; CORTES, Andrés Felipe Marin. La inclusión social por lavíadelcuerpoenmujeres diagnosticadas con anorexia bulimia enlaciudad de Medellín, Colombia. *latreia*, Medellín, v. 23, n. 4, p. 319-328, Dec. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-07932010000400001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 jun. 2018.

HERSCOVICI, Cecile.; BAY, L.. **Anorexia nervosa e bulimia nervosa: ameaças à autonomia**. Porto Alegre: Artmed, 1997.

KALINOWSKI, Carmen Elizabeth et al (Org.). **Programa de Atualização em Enfermagem: saúde do adulto**. Porto Alegre: Artmed/Panamericana Editora Ltda., 2007. 165 p. (Programas de atualização em Enfermagem).

MARCOLAN, João Fernando et al (Org.). **Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: desafios e possibilidades do novo contexto do cuidar**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. 544 p.

NUNES, Maria Angélica et al. **Transtornos alimentares e obesidade**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. 416 p.

PHILIPPI, Sonia Tucunduva; ALVARENGA, Marle. **Transtornos alimentares: uma visão nutricional**. Barueri: Manole, 2004. Disponível em: <<https://books.google.com.br/books?id=djOXvJmnPAAC&pg=PR8&dq=psiquiatria+transtornos+alimentares&hl=pt-BR&sa=X&ved=0ahUKEwialtqx3eAhWFEZAKHUqcDoIQ6AEILjAB#v=onepage&q&f=true>>. Acesso em: 23 out. 2018.

SCORSOLINI-COMIN, Fabio; SOUZA, Laura Vilela e; SANTOS, Manoel Antônio

dos. A construção de si em um grupo de apoio para pessoas com transtornos alimentares. *Estudos de Psicologia, Campinas*, v. 27, n. 4, p.467-478, dez. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v27n4/05.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2018.

SEVERIANO, Maria de Fátima Vieira; REGO, Mariana Oliveira do; MONTEFUSCO, Érica Vila Real. O corpo idealizado de consumo: paradoxos da hipermodernidade. *Rev. Mal-Estar Subj., Fortaleza*, v. 10, n. 1, p. 137-165, mar. 2010. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482010000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 21 jun. 2018.

TOWNSEND, Mary C.. **Enfermagem psiquiátrica: Conceitos de cuidados na prática baseada em evidências**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. Tradução de: Denise Costa Rodrigues, Douglas Arthur Omena Futuro, Mariângela Vidal Sampaio Fernandes, Roxane Gomes dos Santos Jacobson, Vilma Varga.

VIDEBECK, Sheila L.. **Psychiatric-mental health nursing**. 6th ed. Philadelphia: WolterKluwer|Lippincott Williams & Wilkins, 2014. 541 p. Illustrations by Cathy J. Miller.

VILELA, João E. M et al .Transtornos alimentares em escolares. *J. Pediatr. (Rio J.)*, Porto Alegre , v. 80, n. 1, p. 49-54, Feb. 2004 .Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572004000100010&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 21 out. 2018. <http://dx.doi.org/10.2223/JPED.1133>.