

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIATENAS

TALITA MARA MATOS VIEIRA

**TRANSTORNO ALIMENTARES DO TIPO ANOREXIA E
BULIMIA NERVOSA**

Paracatu

2019

TALITA MARA MATOS VIEIRA

TRANSTORNO ALIMENTARES DO TIPO ANOREXIA E BULIMIA NERVOSA

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem do Centro Universitário UniAtenas, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Área de concentração: Ciências da Saúde

Orientadora: Prof.^a Ingridy Fátima Alves Rodrigues

Paracatu

2019

TALITA MARA MATOS VIEIRA

TRANSTORNO ALIMENTARES DO TIPO ANOREXIA E BULIMIA NERVOSA

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem do Centro Universitário UniAtenas, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Área de concentração: Ciências da Saúde

Orientadora: Prof.^a Ingridy Fátima Alves Rodrigues

Banca examinadora:

Paracatu – MG, 29 de maio de 2019.

Prof. Ingridy Fátima Alves Rodrigues

Centro Universitário UniAtenas

Prof. Msc. Sarah Mendes de Oliveira

Centro Universitário UniAtenas

Prof. Raquel de Oliveira Costa

Centro Universitário UniAtenas

Dedico esse trabalho a minha família, que com muito esforço me ajudou a chegar onde cheguei, sempre me apoiando e incentivando e também a minha orientadora que teve muita paciência comigo até aqui.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus por ter me dado paciência e força psicológica para terminar esse infortúnio que é o TCC; por ter me mantido persistente até o fim.

Agradeço à professora Ingridy Fátima Alves Rodrigues pela orientação prestada e paciência comigo antes e durante o desenvolvimento deste trabalho.

Agradeço ao apoio, incentivo e dedicação dos meus familiares. Foram indispensáveis para que pudesse chegar até aqui.

Por fim, mas em mesmo grau de importância, agradeço aos meus amigos que trouxeram boas risadas abrandando a árdua batalha que foi minha graduação e elaboração desse trabalho.

Serei eternamente grata a todos vocês.

Esteja consciente do que seu corpo faz a cada dia. Ele é o instrumento de sua vida, não um ornamento para o prazer dos outros.

Maine, 1999.

RESUMO

O presente trabalho apresenta uma breve revisão do contexto histórico sobre os padrões de beleza impostos pela sociedade e suas possíveis relações com a saúde humana, enfatizando em seguida os transtornos alimentares do tipo anorexia e bulimia e o papel da enfermagem no tratamento dessa patologia. Os transtornos alimentares abrangem um distúrbio da alimentação ou do comportamento relacionado à comida, pessoas portadoras dessa doença costumam restringir severamente a quantidade de comida ingerida (anorexia) ou usar meios para que esses alimentos não sejam absorvidos (bulimia), como por exemplo, provocar vômitos e fazer uso de laxantes, tudo isso em prol de chegar a um padrão de beleza inatingível de extrema magreza. Por apresentarem sintomas em comum, como por exemplo, percepção da imagem corporal alterada, medo excessivo de engordar e preocupação exacerbada com o peso corporal, a anorexia e a bulimia são patologias intimamente associadas, e ambas podem levar a óbito. Sendo assim, existe a necessidade que os profissionais da saúde estejam preparados para receber tais pacientes, e o profissional da enfermagem pelo seu papel de cuidador, educador e pesquisador, é um elo importante no atendimento dos pacientes com transtornos alimentares, uma vez que este profissional é capaz de formular estratégias que beneficiam a recuperação e reabilitação do paciente e da sua família.

Palavras-chave: Transtornos alimentares. Enfermagem. Anorexia. Bulimia.

ABSTRACT

The present work presents a brief review of the historical context about the beauty standards imposed by the society and its possible relations with human health, emphasizing then the eating disorders of the type anorexia and bulimia and the role of the nursing in the treatment of this pathology. Eating disorders include a eating disorder or food-related behavior, people with this disease usually severely restrict the amount of food eaten (anorexia) or use the means to not absorb these foods (bulimia), such as causing vomiting and make use of laxatives, all for the sake of reaching an unattainable beauty standard of extreme thinness. Because they have common symptoms, such as perception of altered body image, excessive fear of gaining weight and concern exacerbated with body weight, anorexia and bulimia are closely associated pathologies, both of which can lead to death. Thus, there is a need for health professionals to be prepared to receive such patients, and the nursing professional, as a caregiver, educator and researcher, is an important link in the care of patients with eating disorders, since this professional is able to formulate strategies that benefit the recovery and rehabilitation of the patient and his / her family.

Keywords: Eating disorders. Nursing. Anorexia. Bulimia.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Mulher egípcia	16
FIGURA 2 - Mulher grega	16
FIGURA 3 – Mulher da idade média	17
FIGURA 4 – Renascentistas	17
FIGURA 5 – Revolução francesa	18
FIGURA 6 – Branca de Neve	18
FIGURA 7 – Mulher burguesa	19
FIGURA 8 – Mulher flor	19
FIGURA 9 – Mulher Vamp	20
FIGURA 10 – Mulheres logíneas	20
FIGURA 11 – Hollywood	21
FIGURA 12 – Mãe sedutora	21
FIGURA 13 – Super modelo	22
FIGURA 14 – Distorção corporal	23

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

TA Transtornos Alimentares.

AN Anorexia Nervosa

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 PROBLEMA	12
1.2 HIPÓTESE	12
1.3 OBJETIVOS	12
1.3.1 OBJETIVO GERAL	12
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
1.4 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO	13
1.5 METODOLOGIA DE ESTUDO	13
1.6 ESTRUTURA DO TRABALHO	14
2 REVOLUÇÃO HISTÓRICA DA BELEZA	15
3 ANOREXIA E BULIMIA NERVOSA	23
4 FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À ANOREXIA E À BULIMIA	28
5 A ENFERMAGEM E OS TRANSTORNOS ALIMENTARES	30
CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
REFERÊNCIAS	34

1 INTRODUÇÃO

Os transtornos alimentares recebem cada vez mais a atenção de profissionais da área da saúde, segundo Pizon e Nogueira (2004), esse foco nos transtornos alimentares vem ganhando forças por apresentarem graus elevados de morbidade e mortalidade. O prejuízo pessoal e social de indivíduos tipicamente jovens, o longo e variável curso e o prognóstico reservado envolvem planejamento terapêutico mais eficaz e aplicação adequada de recursos humanos e financeiros.

Segundo Cordás (2004, p. 155) “os transtornos alimentares são doenças que afetam principalmente adolescentes e adultos jovens do sexo feminino, levando a salientes prejuízos psicológicos, sociais e aumento da morbidade e mortalidade”.

A imagem corporal inclui todas as formas pelas quais uma pessoa lida e conceitua seu próprio corpo. Ela está ligada a diversos fatores como: aspectos psicodinâmicos, processo de desenvolvimento, meio sociocultural, fatores sensoriais e organização cerebral integrada (G. CUNHA F, P.15, 2003).

Segundo Thompson(1996 apud Saikali, C.J.; Soubhia, C.S.; Scalfaro, B.M.; Cordás, T.A. 2004. p.164):

o conceito de imagem corporal abrange três componentes:

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

Dos principais transtornos alimentares, a anorexia nervosa (AN) foi a primeira a ser caracterizada já no século XIX e, ser adequadamente classificada, possuindo assim, critérios operacionais reconhecidos já na década de 1970 (CORDÁS, 2004).

A bulimia nervosa caracteriza-se por uma perda de controle ao consumir alimentos, fazendo com que o indivíduo consuma enormes quantidades, essa circunstância pode também ser chamada de episódios bulímicos. A preocupação exacerbada com o peso e a imagem corporal leva o paciente a métodos compensatórios inadequados para o controle de peso como, por exemplo, vômitos auto induzidos, uso de medicamentos

(diuréticos, inibidores de apetite, laxantes), dietas e exercícios físicos em exagero (CORDÁS, 2004).

“O termo bulimia nervosa foi dado por Russell (1979) e vem da união dos termos gregos boule (boi) ou bou (grande quantidade) com Lemos (fome), ou seja, uma fome muito intensa ou suficiente para devorar um boi” (CORDÁS, 2004, p.155).

Levando em consideração aspectos como distorção da autopercepção, preocupação excessiva com o peso corporal, obsessão por perder peso, podemos concluir que tanto a anorexia como a bulimia nervosa são doenças de aspectos psicológico, que sofre influencia de fatores psicossocial, sociocultural, entre outros, sendo uma doença de alta incidência e que pode levar a alto sofrimento psíquico e morte se não tratado adequadamente.

1.1 PROBLEMA

Qual o papel da enfermagem no acompanhamento de crianças e adolescentes com transtornos alimentares do tipo anorexia e bulimia nervosa.

1.2 HIPÓTESE

A equipe de enfermagem tem sua relevância por serem os profissionais que tem um maior contato com o paciente e seus familiares, havendo assim um maior vinculo entre eles. Assim, deverá prestar atendimento, fornecer orientações e cuidados aos pacientes e seus familiares.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GERAL

Identificar fatores que levam o individuo a desenvolver a anorexia e bulimia nervosa, dando ênfase ao papel da enfermagem.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer a evolução histórica dos padrões de beleza e sua relação com os transtornos alimentares.

- Definir o que é Anorexia e Bulimia e sua relevância.
- Identificar os fatores de risco dos transtornos alimentares.
- Apresentar propostas de assistência de enfermagem.

1.4 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

A enfermagem brasileira envolve uma área da saúde pública, o que exige dos enfermeiros conhecimento adequado para realizar de forma eficaz a assistência aos pacientes acometidos pelos transtornos alimentares nas Unidades de saúde durante o seu atendimento. O tema foi pensado mediante a necessidade de compreender como ocorre a assistência de Enfermagem no atendimento à pacientes com transtornos alimentares, devido à alta incidência, e seus reflexos para estes pacientes no decorrer de sua vida.

Estudos com metodologias e amostras diversas dificultam a obtenção de dados epidemiológicos mais acurados. De uma forma geral, a prevalência de anorexia varia entre 0,5 e 3,7% e de bulimia de 1,1% e 4,2%, dependendo de definições do transtorno mais restritas ou mais abrangentes (Guideline, 2000, apud Pinzon, V.; Nogueira, F.C. 2004). Segundo Nielsen (2001 apud Pinzon, V.; Nogueira, F.C. 2004) , em extensa revisão de estudos epidemiológicos, estima que, entre mulheres, a incidência de anorexia é de aproximadamente 8 por 100 mil indivíduos e, em homens, seria de menos de 0,5 por 100 mil indivíduos por ano. A incidência de bulimia é de 13 por 100 mil indivíduos numa população pareada por ano.

1.5 METODOLOGIA DE ESTUDO

De acordo com o manual de elaboração de trabalho UniAtenas a pesquisa seguiu o preceito de pesquisa exploratória, caracterizando-se por, avaliações bibliografias atuais sobre o presente tema “Papel da enfermagem para pacientes com transtorno alimentares do tipo anorexia e bulimia nervosa”, e se a assistência de enfermagem trazem reais benefícios aos pacientes, identificando qual a melhor conduta a ser seguida para melhorar a qualidade de vida desses indivíduos (NEIVA; MARQUEZ; OLIVEIRA, 2018).

A pesquisa foi realizada a partir de uma busca com os termos “anorexia” e “bulimia” “transtornos alimentares” “Distúrbio Alimentar” “distorção visual” “Enfermagem e os transtornos alimentares” “imagem corporal” “história da beleza” “padrões de beleza” no acervo literário disponível da biblioteca do UniAtenas, bem como artigos disponibilizados na

base de dados scielo e google acadêmico com os termos mencionados e que tenham sido publicados entre os anos de 2000 e 2018.

1.6 ESTRUTURA DO TRABALHO

O primeiro capítulo apresenta introdução, problema, hipótese, objetivos geral e específicos, justificativa, metodologia e estrutura do trabalho.

O segundo capítulo aborda a evolução histórica dos padrões de beleza e sua relação com os transtornos alimentares

Já o terceiro capítulo conceitua anorexia e bulimia nervosa e versa ainda sobre sua relevância

O quarto capítulo demonstra os fatores de risco e complicações.

E o quinto capítulo apresenta propostas de assistência de Enfermagem

E o sexto capítulo é constituído das considerações finais.

2 REVOLUÇÃO HISTÓRICA DA BELEZA

O ser humano é e tem um corpo que acompanha-o do nascimento até a nossa morte, mas, ao mesmo tempo este corpo não para de nos surpreender aflingir, ele é familiar e ao mesmo tempo um completo desconhecido, entende-lo é o nosso eterno desafio, controla-lo é uma tarefa infinita, frequentemente vasculhado, estudado, mas nem sempre compreendido (SANT'ANNA, p.107, 2004).

“As muito feias que me perdoem, mas beleza é fundamental”, frase citada pelo poeta Vinicius de Moraes no poema Receita de mulher (1959) levanta a questão que permeia a ideia de que a beleza esta ligada a mulher, sendo um padrão ligado ao seu papel em meio a sociedade.

A beleza é subjetiva, sofre diversas mudanças ao longo dos tempos, essa subjetividade, que dará os padrões relacionados ao belo é coletiva na espécie humana, caracterizando o universo, seus desejos e seu comportamento. Sendo assim, um homem e uma mulher são considerados mais belos ao se afastarem cada vez mais do padrão e animalidade, ou qualquer característica que faz lembrar formas animais (BUSSE, 2004, p.3).

A representação do corpo ao longo do tempo às vezes sofre modificações e reformulações em relação ao padrão estético, em outros momentos permanecem as mesmas (ANDRADE, 2003).

Na mulher, o padrão estético de beleza esta associado cada vez mais, em grande parte das culturas, a irreabilidade das formas e ao esquecimento da maternidade, entre os maias existia a preferencia por pessoas com estrabismo, já os hotentotes preferiam as nádegas gigantescas. Essas diferenças devem ser levadas em consideração, já que é possível que em todas as culturas existentes ao longo do tempo, tenham surgido detalhes distintos nas fantasias sobre a beleza humana (BUSSE, 2004, p.3).

Ao fazer uma viagem no tempo encontramos na mulher egípcia a importância dos olhos, destacados com a aplicação de maquiagens, tais como pó de kajal e posteriormente o sombreamento das pálpebras superiores com mozimit, e os cílios eram tingidos com pastel de kajal e gordura, como observado na figura 1 abaixo (ROUSSO, 2000 apud BUSSE, 2004, p.5).

FIGURA 1 – Mulher egípcia

Fonte – Compilação do autor.

A Grécia traz em sua história a noção de harmonia das proporções determinados por grandes escultores como, por exemplo, Fídias e Praxiteles. Embora a cosmética fosse ridicularizada em algumas situações, ainda sim era feito o uso de enfeites seguindo uma ordem harmoniosa de diferentes elementos, como exemplificado na figura 2 (BUSSE, 2004, p.5).

FIGURA 2 – Mulher grega

Fonte – Compilação do autor.

Segundo Rousso (apud Busse, 2000) a idade média acentua a dicotomia entre as mulher-mãe e a mulher-amante, uma vez que a primeira era definida como a primeira mãe e, a segunda, aquela que se rebela contra o domínio, de forma a satisfazer seus desejos, dessa forma, a imagem feminina é branca, pura, com o corpo delicado, esguio, gracioso, ombros levemente caídos, busto grande, membros longos, quadris arrebitados e pés grandes, ventre arredondado e proeminente sobre uma cintura fina, rosto liso e com traços regulares, testa

grande e arredondada, olhos azuis e com pálpebras redondas, boca vermelha com dentes brancos e cabelos louros, essa era a mulher que estava nas cantigas de amor e romances que permearão aquela época, como demonstra a figura 3.

FIGURA 3 – Mulher da idade média.



Fonte – Compilação do autor.

No dizer de Wilson Weigl (2019) o período do Renascimento alteram-se as concepções do belo e a mulher tem de volta a glorificação do seu corpo, o Renascimento resgatou valores humanistas e artísticos a afeição pelos padrões de beleza da antiguidade. Um exemplo de arte dessa época é O Nascimento de Vênus (1485), de Botticelli, retrata uma mulher que exibem longos cabelos, pele palida cintura fina, quadris amplos e redondos, lábios do mesmo comprimento que o nariz, pernas roliças e até uma barriguinha pronunciada, como ilustra a figura 4.

FIGURA 4 - Renascentitas



Fonte – Compilação do autor

Entretanto, Busse (2004) cita que a Contra Reforma francesa trouxe refinamento, a pele branca e maquiagem, os corpos ficaram completamente roliços com covinhas e dobrinhas, nariz pequeno, lábios redondos e queixo pontudo, olhos negros e vivos, pele com aparência de porcelana, seios fartos, cintura fina. Os traços já não são tão regulares, mas a mulher precisava ser forte e alegre, como mostra a figura 5.

FIGURA 5- Revolução francesa



Fonte – Compilação do autor

Com o tempo, estrutura-se o movimento romântico que vai influenciar profundamente a cultura humana, até hoje a maioria das características por nós conhecidas e consideradas padrão remetem a essa passagem do tempo. Suas mulheres são pálidas com longos cabelos negros, magras, olhos azuis melancólicos e sonhadores (uma das figuras que remete a esse padrão é a Branca de neve, princesa da Disney, que era dona de uma pele branca como a neve, cabelos negros, lábios vermelhos como sangue), como observado na figura 6. Para alcançar tal padrão, as mulheres deixavam de se alimentar e chegavam a ponto de desmaiar (BUSSE, 2004, p.7).

FIGURA 6 – Branca de Neve



Fonte – Compilação do autor

No século XIX a mulher burguesa deveria ser bem alimentada, roliça, com costas gordas, ombros caídos, cintura grossa, coxas redondas, pescoços poderosos, braços roliços e com presença de celulite, mãos quadradas e seios fartos, deveria ser uma mulher caracterizada pela fartura, abundância de bens materiais e pouco maquiadas, como demonstra a figura 7. No entanto, também são desse período as anoréxicas, com uma imagem fragilizada de mulheres dependentes de homens (BUSSE, 2004, p.8).

FIGURA 7 – Mulher burguesa.



Fonte – Compilação do autor.

No século XX, segundo Busse (2004) na primeira década do século os padrões do século anterior permaneceram, persistindo as silhuetas rechonchudas, entretanto a silhueta mais marcante era a que se caracterizava como “mulher flor”, cercada por um espartilho que lhes proporcionavam uma cintura de no máximo 42 centímetros, ressaltando assim os seios e as nádegas, como mostra a figura 8.

FIGURA 8 – Mulher flor.



Fonte – Compilação do autor

Os anos de 1910 trazem a mulher “vamp”, sedutora, impiedosa, pele clara e olhos profundos, posturas sensuais. Com a introdução do sutiã foi abolido o uso do espartilho. Na década seguinte, a mulher está mais independente, com cabelos curtos, silhueta andrógena, com maiôs elásticos que comprimiam os quadris e seios, achatando-os, a maquiagem passa a ser mais audaciosa, e a pele clara cede lugar a peles morenas e bronzeadas, como observamos na figura 9 (BUSSE, 2004, p.8-9).

FIGURA 9 – Mulher Vamp



Fonte – Compilação do autor.

Segundo Chahine (2000, apud Busse, 2004) nos anos posteriores as mulheres começaram a se submeter a regimes de emagrecimento, começaram a retirar parte da sobrancelhas com pinças, deixando-as reduzidas e arqueadas, possuíam cabelos claros, olhos grandes e cílios grandes. Os quadris continuam sendo escondidos por silhuetas longineas, cabelos mais comprido ligeiramente ondulados e pele bronzada, como mostra a figura 10.

FIGURA 10 – Mulheres Longineas



Fonte – Compilação do autor

Segundo Wilson Weigl (2019) em 1940 os astros de Hollywood eram a maior referência de beleza existente. Busse diz que com a Segunda Guerra mundial acontecendo nesse período, as mulheres tornaram-se mais magras, e a beleza passou a ser sinônimo de saúde, as pernas deveriam ser longas, as coxas grossas, e os seios generosos, como observamos na figura 11.

FIGURA 11 - Hollywood



Fonte – Compilação do autor.

Nos anos 50, são acima de tudo elegantes. Os papéis de esposa e mãe são valorizados em contraposição à imagem de homens sérios e responsáveis, as silhuetas das mulheres são longas e com a cintura fina, seios altos redondos, pele pálida, bem maquiada, erotizada e sedutora, misturou-se a sedução o com a aparência, o que permitiu o aparecimento dos mitos como, por exemplo, Marilyn Moree e Brigitte Bardot, como mostra a figura 12 (BUSSE, 2004, p. 9-10).

FIGURA 12 – Mãe sedutora



Fonte – Compilação do autor.

No fim dos anos 80 e durante o início dos 90 as supermodelos determinaram os padrões de beleza das mulheres daquela época. Altas, magras, com curvas na medida certa, seios bonitos e um visual saudável, Naomi Campbell e Luiza Brunet são algumas dessas supermodelos que se destacaram pela beleza. O corpo ideal era forte e esbelto, favorecendo uma visão poderosa dessas mulheres, como observamos na figura 13 (SEMIS, 2011).

FIGURA 13- Super modelo.



Fonte – Compilação do autor.

Enfim chegamos ao século, no qual a beleza sintética e pré-fabricada é divulgada pela mídia, definem o que é harmonia, estética, e padrões corretos de beleza. Atualmente o padrão de beleza de supermodelos (exageradamente magras) se intensificou e ultrapassou o limite saudável, a anorexia e bulimia foram trazidas a tona e assim começou a discussão sobre esse problema que vem atacando cada vez mais pessoas, a busca pelo corpo ideal, perfeito e dentro do padrão da sociedade vem de longas datas, se difundiu com o passar dos anos, e quem sabe quantos anos se passarão até que todos se estejam “uniformizados” e dentro dos padrões impostos.

3 ANOREXIA E BULIMIA NERVOSA

Por apresentarem sintomas em comuns como visão alterada da forma corporal (como podemos observar na figura 14), preocupação excessiva com o peso e o medo patológico de engordar, a anorexia e a bulimia nervosas são duas patologias intimamente associadas. Em ambos os cenários os pacientes julgam a si mesmo baseados na própria visão da forma física, com alteração da imagem corporal e auto percepção da forma e/ou do tamanho do corpo regularmente distorcida, mostrando-se descontente com o próprio corpo (BUSSE, 2004, p.15).

FIGURA 14 - Distorção corporal



Fonte: <https://casule.com/distorcao-da-autoimagem-corporal/>

Segundo Cordas (2004, p.155) o termo anorexia sabidamente não é o mais adequado do ponto de vista psicopatológico na medida em que não ocorre uma perda real do apetite, ao menos nos estágios iniciais da doença. A negação do apetite e o controle obsessivo do corpo tornam o termo alemão *pubertaetsmagersucht*, isso é, ‘busca da magreza por adolescentes’, bem mais adequado .

A anorexia nervosa é caracterizada por perda de peso intensa e intencional, dietas extremamente rígidas, muitas vezes com privação total da ingestão de alimentos, sendo ainda caracterizada por uma busca descontrolada pela magreza, uma distorção grosseira e exorbitante da figura corporal e alterações do ciclo menstrual (CORDÁS, 2004).

Já a bulimia nervosa, patologia rara antes dos doze anos, é um transtorno normalmente característico de mulheres adolescentes e jovens, que também demonstram preocupação excessiva com a forma e o peso corpora (BUSSE, 2004, p.16).

Segundo Balloone (apud BUSSE, 2004, p.16) o início dos sintomas, em que se destaca a compulsão alimentar, vai dos últimos anos da adolescência aos quarentas anos, mas a média está em torno dos vinte anos.

Indivíduos que apresentam o transtorno de bulimia nervosa tendem a ter pavor de engordar, apresentando episódios bulímicos com vômitos auto induzidos. Muitos desses indivíduos apresentam históricos de anorexia nervosa no passado, na qual Gerald Russell em 1979 compreendeu que em um primeiro momento, a bulimia poderia ser uma seqüela da anorexia (CORDÁS, 2004, p.155-156).

A anorexia geralmente se inicia na puberdade, ocorrendo entre dez e trinta anos, é caracterizada por uma restrição alimentar rigorosa e auto imposta, objetivando a perda de peso, está associada a um temor exacerbado de engordar e a má percepção corporal, o individuo enxerga o corpo completamente distorcido, se vendo acima do peso, mesmo quando a realidade é uma magreza extrema (DUNKER, PHILIPPI, TUCUNDUVA, 2003 p. 51-60).

Segundo Busse (2004) a anorexia ocorre quase exclusivamente em mulheres, sua ocorrência é, comparativamente, 8 a 10 vezes maior no sexo feminino do que no masculino, sendo uma doença que apresenta alta taxa de mortalidade. A doença normalmente tem início com um jejum progressivo, na qual os pacientes recusam-se a ingerir alimentos, sobretudo os ricos em carboidratos e gorduras.

Visto que a alimentação tem grande importância no desenvolvimento de qualquer individuo, a manutenção de um padrão alimentar adequado reflete na saúde física, mental e social do mesmo, se este encontra-se prejudicado, tudo será afetado negativamente.

No dizer de Fleitlich BW *et. al.* (2000), o indivíduo anoréxico faz de tudo para anular seu apetite e perder peso, até mesmo fazer o uso de laxante e anfetaminas (drogas presente em inibidores de apetite), além de se exercitarem exageradamente, esse comportamento pode estar relacionado a questões multifatoriais, como por exemplo questões psicológicas, familiares, fatores socioeconômicos e culturais.

Segundo Busse (2004) indivíduos anoréxicos procuram perder peso de todas as formas, seja deixando de ingerir alimentos, ou até mesmo vomitando, fazendo o uso de medicamentos como diuréticos, laxantes etc. Baseado nesses 2 aspectos, Busse diz que Flaherty dividiu a anorexia em dois subtipos: restritiva e bulímica, considerando restritivas a anorexia e bulímica as que após ingerir grandes quantidades de alimentos provocam vômitos, usam laxantes, diuréticos e outros medicamentos para emagrecer.

A bulimia tem o início mais tardio, o individuo que desenvolve bulimia nervosa geralmente valoriza exageradamente a forma do corpo e o peso, possuindo uma auto

percepção física distorcida e dificuldade de identificar emoções. Apresenta baixa autoestima, um alto nível de ansiedade e compulsão alimentar, em sua mente elege padrões de beleza muitas vezes inatingíveis, na tentativa de se colocar no padrão da sociedade, que elege a magreza como símbolo sucesso e beleza (ROMARO *et. al.* 2002, p. 407).

Dentre os fatores de risco para anorexia e bulimia, a faixa etária e o sexo estão claramente envolvidos, acreditava-se inicialmente que essa doença afetava apenas as classes socioeconômicas mais elevadas, porém ao longo do tempo foi comprovado que nada tinha haver com a classe socioeconômica, e que poderia afetar qualquer pessoa de qualquer classe (Fleitlich BW *et. al.* 2000, p. 324).

Segundo Busse (2004), o que conduz esses pacientes é o medo exacerbado e inexplicável de engordar, mesmo estando extremamente emagrecidos ou caquéticos, sentem-se e se veem gordas, quando são questionados sobre sua dieta, procuram disfarçar, não assumindo os seus atos. Quando é feita a oferta de alimento a esses pacientes, geralmente não recusam, mas jogam fora ou escondem, e fingem ter comido.

As características clínicas da anorexia nervosa é pele seca, cabelos finos e quebradiços, podendo até a chegar a alopecia, podem ter ainda, aparência envelhecida, cansada, mesmo sendo jovens, interrupção do ciclo menstrual, e mudanças comportamentais, já nos exames laboratoriais podemos encontrar, hipocalcemia, que em fases terminais é uma das grandes razões para o óbito, diminuições de níveis séricos de zinco, alterações eletrocardiogramas, aumento do espaço dos sulcos e até atrofia cerebral constatada na tomografia e diminuição da densidade óssea, constatada na densitometria (BUSSE, 2004, p. 36-37).

O tratamento de tais transtornos requer um trabalho em conjunto da equipe multidisciplinar da área da saúde, constituída por: psiquiatra, psicólogos, profissionais de enfermagem, nutricionista, entre outros (CORAS, ARAÚJO, 2011, p.315-316).

Segundo Moreira e Oliveira (2018), os programas de tratamento dos transtornos alimentares geralmente envolvem uma equipe multidisciplinar que visa, a princípio, restaurar o peso do paciente, o reestabelecimento do peso esta associado com a melhora dos sintomas da anorexia e melhora das funções físicas e cognitivas, essa melhora permitirá que haja intervenção psicológica.

O tratamento tem como objetivo a completa reabilitação do paciente, o sucesso do atendimento integrado e completo depende do trabalho em conjunto da equipe multidisciplinar, nenhum tratamento deve ser tratado como uma modalidade isolada. A equipe funciona como forma de sustentação para o paciente, que descobre nos profissionais uma

ampla cadeia de possibilidades de adesão ao tratamento (PINHEIRO, 2010 *et. al.* apud SOUZA, PESSA, 2016).

Segundo Coras (2011, p.320, apud Piacentin) existe a necessidade de uma intervenção clínica e terapêutica, sendo o tratamento psicológico de fundamental importância para que o paciente entenda a gravidade do seu transtorno, os sinais e sintomas, entendendo assim a importância do seu tratamento.

Os transtornos alimentares acontecem acompanhados de varias complicações e alterações sistêmicas, relacionado principalmente ao aspecto nutricional do individuo, o que acarreta diversas e graves alterações no corpo humano, podemos citar, por exemplo, mudanças de níveis hormonais e hipoglicemia podem ser citadas como alterações gerais.

Na anorexia nervosa ocorre uma alta taxa de anormalidades de fluidos e eletrólitos (principalmente fosforo), podendo levar a complicações cardiológicas, hematológicas, neurológicas, e até a morte, portanto, quando se iniciar o tratamento, a monitorização dos eletrólitos deve ser cautelosa (APA, 2000, apud LATTERZA *et. al.* p.175, 2004).

Na bulimia nervosa pode ocorrer a perda do reflexo da náusea, relaxamento do esfíncter esofágico anterior, e em casos muito avançados pode ser induzidos espontaneamente, fazendo assim, com que o individuo não consiga manter nenhum tipo de alimento no estomago, além disso, pode acarretar erosão dental.

Segundo Antunes (2002, apud CORDAS *et. al.* p.162, 2016) a erosão dental, também conhecida como perimólise consiste em uma lesão que pode ser descrita pela dissolução dos tecidos mineralizados dos dentes, causada por ácidos, o quadro acontece pela ingestão frequente de alimentos ácidos ou pela exposição aos conteúdos estomacais, resultados dos vômitos constantes.

Flaherty (apud Busse, 2004, p.93) disse que para responder a pergunta “Deve ou não internar o paciente com anorexia?” “é necessário avaliar três critérios, se existe uma rápida perda de peso, maior que 30% ao longo dos últimos seis meses, se existe severa perda de energia e hipocalemia ou alterações no eletrocardiograma.

Hoffman (apud Busse, 2004, p.94) preconizou o uso de medicamentos associados a tratamento psicológicos, visto que é necessário que se trate todos os fatores de riscos, sinais e sintomas.

Segundo Busse (2004) a hospitalização do paciente bulimico é indicada com menos frequência que da anorexia, acontece apenas quando existem complicações clinicas, riscos de suicídios ou quando não à sucesso no tratamento ambulatorial.

No dizer de Latterza, (*et. al. 2004*) o tratamento deve ser feito por uma equipe multidisciplinar, tendo como objetivo controlar e diminuir a compulsão alimentar, estabelecer um padrão regular de refeições, incluir variações de alimentos consumidos, corrigir deficiências nutricionais e estabelecer uma prática alimentar saudável.

A abordagem pode ser dividida em alguns pontos chave: a) educação sobre a BN, suas consequências e sobre alimentação e nutrição; b) redução da preocupação com peso e aumento da aceitação de seu próprio corpo; c) monitoramento da alimentação por meio do diário alimentar e; d) estabelecimento de um plano alimentar regular (STORY, 1986 LATTERZA, *et al*).

Busse (2004) diz que muitos pacientes com bulimia nervosa são beneficiados com antidepressivos, além dos antidepressivos, existem outros medicamentos que podem ser usados no tratamento da bulimia nervosa, como por exemplo, fluvoxamine, nas doses corretas diminui o número de compulsões alimentares, a fome e diminui a depressão.

4 FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À ANOREXIA E À BULIMIA

Segundo Morgan (2002) os transtornos alimentares possuem múltiplos fatores que interagem entre si, de modo complexo, que produz e muitas vezes prolonga a doença. Esses fatores são classificados em precipitantes e mantenedores do TA. Os fatores predisponentes são aqueles que ampliam a chance de acontecer o aparecimento do transtorno alimentar, esses fatores que precipitam a doença marcam o aparecimento dos sintomas dos TA. Por fim, os fatores mantenedores determinam se o transtorno vai ser perpetuado ou não, ou seja, se vai se prolongar ou será momentâneo.

Morgan (2002) ainda diz que existe duas classes de fatores de risco: uma inclui o risco para transtornos psiquiátricos em geral e a outra é específico do TA. A primeira classe de fatores esta relacionada com outras patologias psicológicas, histórico psiquiátrico família, abuso sexual ou físico e acontecimentos da infância. Os fatores específicos dos TA englobam: a personalidade do indivíduo, fixação por dietas, e risco de desenvolvimento da obesidade.

Os fatores que ocorrem na anorexia são equivalentes às da bulimia e os fatores genéticos parecem ter grande importância nesse quesito.

Matarazzo (1992 apud Busse, 2004) diz que, apesar dos fatores orgânicos, familiares e genéticos, a transformação de conflito físico em emocional seria a opção mais coerente para explicar a anorexia e conseqüentemente a bulimia.

Morgan (2002) diz que podemos dividir os fatores específicos da TA em três grupos: individual, familiar e sociocultural. No fator individual traços como perfeccionismo, obsessão, passividade e introversão são comuns em pacientes com anorexia e tendem a permanecer mesmo após o emagrecimento e atingimento do peso ideal, enquanto as características da bulimia são diferentes: descontrole emocional, sociabilidade, comportamento gregário, comportamentos de risco e impulsividade. No fator Familiar, Morgan relata que existe fatores genéticos que implicam no mecanismo de transmissão da doença, quando existe no pai ou na mãe os fatores comportamentais, insatisfação corporal, vício em dietas, sintomas de bulimia, obesidade, pode aumentar a chance de problemas alimentares na infância, o que aumenta o risco de TA no futuro. Nos fatores socioculturais, os padrões de beleza, a veneração da magreza, é uma parte integrante dos riscos de desenvolvimento dos transtornos alimentares. O padrão de beleza transmitido pelos meios de comunicação e pelo convívio social exerce um efeito notável em mulheres.

Busse (2004) diz que os fatores socioculturais tem grande importância no aparecimento e evolução dos transtornos alimentares, a preocupação excessiva da sociedade

com a silhueta do corpo, principalmente em grupos de risco como bailarinas, modelos etc na qual é encontrada uma alta taxa de anoréxicas e búlimicas. Por sim, pode-se atribuir também, com certa frequência, como fator desencadeante sociocultural, os abusos sexuais na infância e adolescência.

5 A ENFERMAGEM E OS TRANSTORNOS ALIMENTARES

Tratando-se do papel da enfermagem no tratamento de transtornos alimentares, Coras (2011, p.321) diz que autores como Grandó LH (2000 e 2006), Teotônio LM (2009), Silva EDB (2009) afirmam que o profissional de enfermagem, pelo seu perfil de cuidador, educador e pesquisador, é um elemento de extrema importância no trabalho da equipe multidisciplinar que atende a pacientes com transtornos alimentares, uma vez que tenta encontrar estratégias que beneficiem a recuperação do paciente, de sua família e da sociedade como um todo.

Coras *et. al.* (2011) diz que a atuação do enfermeiro no tratamento de transtornos alimentares é de fundamental importância e destaca a importância dos estudos e pesquisas que discutam e tragam uma reflexão sobre a qualidade da assistência de enfermagem e sobre o seu papel no tratamento desses pacientes, afim de melhorar a assistência de enfermagem, aprimorando a dimensão dos cuidados, maximizando a dor e o sofrimento dessas pessoas e de seus familiares. É enorme a importância de se ampliar o conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre o tema, com o intuito de facilitar o diagnóstico precoce da doença e, assim, diminuir os danos causados à saúde dos pacientes, e prestar um melhor atendimento, sabendo orientar e esclarecer possíveis dúvidas do paciente e familiares.

Grandó (2006) diz que os distúrbios alimentares caracterizam-se como transtornos psiquiátrico grave, de difícil condução e que precisam da assistência da enfermagem, necessitando que os profissionais estejam preparados, e tenham conhecimentos não somente das implicações físicas, mas também psicológicas.

Grandó (2006) enfatiza que o enfermeiro ocupa uma posição de favorecimento e esta na posição chave para cuidar desses pacientes, uma vez que é o profissional que está mais bem preparado para prestar um serviço de assistência de qualidade e oferecer uma relação terapêutica significativa. Pessoas que possuem distúrbios alimentares possuem grande dificuldade de relacionamento de qualquer espécie, geralmente são inseguros, e dependem da aprovação dos outros para tudo, assim como não consegue se valorizar, os relacionamentos que mantêm são rodeados de medos, e com isso esses pacientes ficam mais propensos ao isolamento, assim como podem demonstrar ataques de raiva e como resultado da insegurança que sentem podem cometer tentativas de manipular os outros, sendo assim, conduzir estes relacionamentos necessita que a equipe de enfermagem possua determinadas habilidades como, por exemplo, capacidade impor limites, de manejar ansiedade, honestidade, paciência, confiabilidade e consistência no falar e agir.

Segundo Grando (2000, apud Coras, 2011, p.321) até a década de 80, o tratamento dos transtornos alimentares englobava: uso de medicamentos como antipsicóticos (clorpromazina) e antidepressivos prescritos por médicos e, também, a aplicação de normas e conduta dos profissionais da enfermagem de, principalmente no quesito, alimentação. Entretanto, desde a década de 70, os cuidados de enfermagem engloba períodos de observação dos pacientes com a duração de uma hora, sempre após as refeições para evitar o auto induzimento do vômito, uso de laxantes, a prática desnecessária de exercícios físicos ou automutilação, causados pelo aumento da ansiedade e de sentimentos de culpa que ocorrem logo após a ingestão de alimentos.

A enfermagem ocupa uma posição estratégica e privilegiada na prevenção e no enfrentamento dos transtornos alimentares, pois diariamente está na frente da comunidade realizando ações de prevenção e promoção da saúde, podendo assim educar os indivíduos conscientizando-os e caracterizando os problemas que os transtornos alimentares causam a saúde.

O profissional da enfermagem é o profissional que permanece por maior tempo em contato com os pacientes, desse modo é necessário que o profissional esteja bem preparado, seja comunicativo, saiba gerenciar bem a situação e procure criar um vínculo com os pacientes e familiares, para que estes se sintam a vontade para dialogar o que for preciso com o profissional, com isso o profissional da enfermagem consegue coletar dados que vão ajuda-lo na assistência e compartilha-los com a equipe multidisciplinar, pois com um atendimento integrado entre a equipe e diálogos intensos faz com que as chances de sucesso no tratamento aumentem.

Sendo assim, Siqueira *et. al.* (2006) diz que a comunicação é essencial para uma assistência de qualidade ao paciente e a família que estão vivenciando o processo de aprendizagem e tratamento da doença, e até mesmo uma hospitalização, o que pode resultar em estresse e sofrimento, por isso o enfermeiro deve ser capacitado para reconhecer a relação enfermeiro, paciente e família, estabelecendo atitudes de sensibilidade e empatia entre todos, contribuindo com a assistência humanizada.

Grando (2006) enfatiza que por meio do uso do processo de enfermagem, e de um adequado conhecimento, os profissionais de enfermagem conseguem promover e manter o comportamento do paciente que forma que contribua para um bom funcionamento do tratamento, o objetivo da assistência de enfermagem é maximizar as relações positivas do paciente com seu ambiente, promover o maior nível de bem estar possível e aumentar seu grau de autonomia, proporcionando-lhe liberdade para tomar suas próprias decisões com

relação a seus próprios objetivos, estando envolvido com seu auto cuidado, esta é a essência do processo terapêutico de enfermagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde a antiguidade o culto a beleza faz parte do cotidiano e da cultura de diversas sociedades, cada época e lugar estabeleceram seus critérios de belo, e a necessidade de se encaixar sentida pelas mulheres, fizeram-nas iniciar uma busca incessante por esses padrões, não importando o “preço” a ser pago, os padrões de beleza de cada época se tornaram os ditames sociais vigentes.

Os transtornos alimentares apresentaram um aumento na incidência nas últimas décadas, sendo possível identifica-los em diferentes locais da sociedade, deixando claro que nada tem haver com a classe econômica, e sim, com a busca incessante em se enquadrar em um padrão de beleza,

A anorexia e a bulimia apresentam sintomas em comuns, como distorção da percepção da autoimagem, preocupação excessiva com o peso, medo patológico de engordar, em ambas as patologias o paciente julga a si mesmo baseados na visão da forma física, e mostra-se sempre descontente com o formato corporal, buscam incessantemente uma magreza inatingível.

É uma patologia com alto índice de morbidade, que apresenta múltiplos fatores, e em diversos casos deve-se considerar a internação, sendo assim, para um bom resultado no tratamento, ele deve ser feito por uma equipe multidisciplinar (Medico ou clinico geral, psicólogo ou psiquiatra, equipe de enfermagem, nutricionista). Considera-se de fundamental importância que os profissionais de saúde estejam atualizados e tenham conhecimento suficiente para fazer um bom atendimento com esses pacientes, em vista da amplitude e gravidade de tal patologia.

Acredita-se que sejam necessárias mais pesquisas sobre os transtornos alimentares, para que haja um maior entendimento da relação entre os transtornos alimentares e aspectos sociais, culturais, socioeconômicos e hereditários, e assim, procurar meios melhores de prevenir, identificar e tratar tal patologia.

A comunicação entre os membros da equipe e entre profissional, paciente, família deve ser intensa e eficaz. O enfermeiro deve fazer um atendimento humanizado, onde haja sensibilidade, empatia, coerência, buscando sempre a melhora da assistência de enfermagem, com isso, aumento do conforto, a diminuição da dor e sofrimento da família e ao mesmo tempo manter uma boa relação com a família procurando sempre integra-los ao tratamento e sanar possíveis dúvidas.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Santos et al. **Saúde e beleza do corpo feminino-algumas representações no Brasil do século XX**. Movimento, v. 9, n. 1, 2003.

ANTUNES, Kaline Tumé; DO AMARAL, Clarissa Fontoura; BALBINOT, Carlos Eduardo Agostini. **Anorexia e bulimia nervosa: complicações bucais e o papel do cirurgião-dentista frente a transtornos alimentares**. Disciplinarum Scientia| Saúde, v. 8, n. 1, p. 159-167, 2016.

APPOLINÁRIO, José Carlos; CLAUDINO, Angélica M. **Transtornos alimentares**. Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 22, p. 28-31, 2000.

BUSSE, Salvador De Rosis. **Anorexia, bulimia e obesidade**. 1. ed. Barueri, SP: Editora Manole Ltda, 2004.

CORAS, Priscila Melo; DE ARAÚJO, Ana Paula Serra. **O papel da enfermagem no tratamento dos Transtornos alimentares do tipo Anorexia e Bulimia Nervosa**. 2011. Disponível em: <<http://www.pgsskroton.com.br/seer/index.php/JHealthSci/article/viewFile/1081/1036>>. Acesso em: 25 agosto 2018.

CORDÁS, Táki Athanássios. **Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico**. Revista de Psiquiatria Clínica, v. 31, n. 4, p. 154-157, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v31n4/22398>>. Acesso em: 30 setembro 2018.

DUNKER, Karin Louise Lenz; PHILIPPI, Sonia Tucunduva. **Hábitos e comportamentos alimentares de adolescentes com sintomas de anorexia nervosa**. Rev. Nutr., Campinas, v. 16, n. 1, p. 51-60, Jan. 2003. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732003000100006&lng=en&nrm=iso>. access on 02 Feb. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732003000100006>.

FLEITLICH, Bacy W. et al. **Anorexia nervosa na adolescência**. Jornal de Pediatria, v. 76, n. 3, p. 323-329, 2000.

G. CUNHA F, Maria da Consolação. et al. **Imagem Corporal-Conceito E Desenvolvimento**. Editora Manole Ltda, 2003.

GRANDO, Lucia Helena; ALVES ROLIM, Marli. **Os transtornos da alimentação sob a ótica dos profissionais de enfermagem**. Acta Paulista de Enfermagem, v. 19, n. 3, 2006.

LATTERZA, Andréa Romero et al. **Tratamento nutricional dos transtornos alimentares**. Rev Psiq Clin, v. 31, n. 4, p. 173-6, 2004.

MAGALÃES, Lana. **Transtornos Alimentares**. Disponível em: <<https://www.todamateria.com.br/principais-transtornos-alimentares/>>. Acesso em: 02 setembro 2018.

MORAES, Vinicius de. **Receita de mulher**, 1959. Disponível em: <<http://www.viniciusdemoraes.com.br/pt-br/poesia/poesias-avulsas/receita-de-mulher>>. Acesso em: 23 de fevereiro 2019.

MOREIRA, Luiza Amélia Cabus; OLIVEIRA, Irismar Reis de. **Algumas questões éticas no tratamento da anorexia nervosa**. Bras Psiquiatr, v. 57, n. 3, p. 161-165, 2008.

MORGAN, Christina Marcondes; VECCHIATTI, Ilka Ramalho; NEGRÃO, André Brooking. **Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais**. Revista Brasileira de Psiquiatria, 2002.

NEIVA; MARQUEZ; OLIVEIRA. **MANUAL DE ELABORAÇÃO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO (TCC): Projeto de Pesquisa/Monografia**. Paracatu, 2018.

PINZON, Vanessa; NOGUEIRA, Fabiana Chamelet. **Epidemiologia, curso e evolução dos transtornos alimentares**. Revista de Psiquiatria Clínica, v. 31, n. 4, p. 158-160, 2004. Disponível em: <http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/2010/artigos_teses/2010/Biologia/artigos/transtornos.pdf>. Acesso em: 30 de setembro 2018.

ROMARO, Rita Aparecida; ITOKAZU, Fabiana Midori. **Bulimia nervosa: revisão da literatura**. Psicol Reflex Crit, v. 15, n. 2, p. 407-12, 2002.

SAIKALI, Carolina Jabur et al. **Imagem corporal nos transtornos alimentares**. Revista de Psiquiatria Clínica, v. 31, n. 4, p. 164-166, 2004. Disponível em: <<http://www.luzimarteixeira.com.br/wp-content/uploads/2009/11/imagem-corporal-no-transtorno-alimentar.pdf>>. Acesso em: 30 setembro 2018.

SANT'ANNA, Denise Bernuzzi de. **Cultos e enigmas do corpo na história. Corpos e subjetividades em exercício interdisciplinar**, n. 3, p. 107, 2004.

SEMIS, Laís. **Como o conceito de beleza se transformou ao longo dos séculos?**, 2011. Disponível em: <<https://novaescola.org.br/conteudo/3414/como-o-conceito-de-beleza-se-transformou-ao-longo-dos-seculos>>. Acesso em: 02 fevereiro 2019.

SIQUEIRA, Amanda Batista et al. **Relacionamento enfermeiro, paciente e família: fatores comportamentais associados à qualidade da assistência**. Arquivos Médicos do ABC, v. 31, n. 2, 2006.

SOUZA, Ana Paula Leme de; PESSA, Rosane Pilot. **Tratamento dos transtornos alimentares: fatores associados ao abandono**. J. bras. psiquiatr., Rio de Janeiro, v. 65, n. 1, p. 60-67, mar. 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852016000100060&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 14 out. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000104>.

Transtornos alimentares: o que são e como identificá-los ?, 2016. Disponível em: <<https://www.hospitalsiriolibanes.org.br/imprensa/noticias/Paginas/Transtornos-alimentares-o-que-s%C3%A3o-e-como-identific%C3%A1-los.aspx>>. Acesso em: 02 setembro 2018.

WEIGL, Wilson. **Entenda as mudanças de padrão de beleza ao longo da história**, 2014. Disponível em < <https://guiadoestudante.abril.com.br/estudo/entenda-as-mudancas-de-padroa-de-beleza-ao-longo-da-historia/>>. acessos em: 31 de janeiro 2019.