



Curso de Psicologia

Vanessa Oliveira Domingos

**Os panoramas atuais da Terapia Cognitivo Comportamental para o tratamento
dos Transtornos Alimentares**

Muriaé-MG

Novembro de 2023



Curso de Psicologia

Os panoramas atuais da Terapia Cognitivo Comportamental para o tratamento dos Transtornos Alimentares

Trabalho apresentado às unidades de ensino do oitavo período do Curso de Psicologia do Centro Universitário FAMINAS, como requisito parcial a sua integralização. Trabalho Interdisciplinar Supervisionado.

Acadêmico: Vanessa Oliveira Domingos

Prof. Orientador: Augusto Cesar Soares da Cunha

Muriaé-MG

Novembro de 2023

Vanessa Oliveira Domingos

**Os panoramas atuais da Terapia Cognitivo Comportamental para o tratamento
dos Transtornos Alimentares**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado às unidades de ensino do decimo período do Curso de Psicologia do Centro Universitário FAMINAS, como requisito parcial a sua integralização.

COMISSÃO EXAMINADORA

Dra. Juliana Oliveira Gomes Valério

Mariana Bernardes da Silva

Msc. Augusto Cesar Soares da Cunha

Muriaé

Novembro de 2023

AGRADECIMENTOS

Com imensa gratidão, dedico estes agradecimentos a todos aqueles que, de forma direta ou indireta, desenvolveram para a conclusão deste trabalho tão significativo em minha jornada acadêmica. À minha primeira orientadora Fabrícia e ao meu atual orientador, Cesar, expresso minha profunda gratidão. O apoio, a orientação e o conhecimento compartilhado por vocês foram fundamentais para o desenvolvimento e a qualidade deste trabalho. Suas orientações foram essenciais e enriqueceram não só o meu TCC, mas também a formação acadêmica como um todo.

Agradeço também a Mariana e Juliana que gentilmente aceitaram fazer parte da minha banca de avaliação, certamente encontrar vocês nesse percurso turbulento, fez toda a diferença, pois transmitem paz.

À Bianca, que me deu orientação estrutural para este trabalho, agradeço imensamente. Suas orientações foram essenciais para organizar e direcionar meu estudo da melhor maneira possível.

Aos meus amigos, cujo apoio e incentivo foram essenciais ao longo desta jornada, quero expressar gratidão. Suas palavras de encorajamento foram um suporte fundamental nos momentos desafiadores. Ao meu namorado, que sempre esteve ao meu lado, oferecendo suporte, compreensão e ânimo nos momentos mais desafiadores, meus mais profundos agradecimentos. A sua presença foi um pilar fundamental para a conclusão deste trabalho.

À minha família, meu porto seguro, meu alicerce. O apoio incondicional, o amor e a compreensão que vocês me proporcionaram foram o combustível que me impulsionou ao longo desta jornada acadêmica. Meu mais sincero agradecimento por estar sempre presente.

Por fim, expresso minha gratidão a Deus, que me deu forças e me sustentou nos desafios da escrita, fazendo sempre abundantemente além daquilo que peço ou penso. Com a conclusão deste trabalho, sinto-me realizada e profundamente grata por todo o apoio e contribuições de cada um de vocês. Muito obrigado por fazerem parte desta conquista.

RESUMO

Os transtornos alimentares representam uma gama complexa de condições que perturbam persistentemente o comportamento alimentar, afetando a ingestão dos alimentos. Seis transtornos alimentares foram definidos pelo DSM-5 TR, incluindo transtorno pica, transtorno de ruminação e transtorno alimentar restritivo/evitativo, anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN), transtorno de compulsão alimentar (TCA). Os transtornos alimentares apresentam um curso específico e impactam significativamente a qualidade de vida. As origens desses transtornos são multifatoriais, influenciadas por fatores genéticos, ambientais, psicológicos e culturais, ou pela interação entre eles. A Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) tem sido uma abordagem terapêutica eficaz no tratamento dos transtornos alimentares, ajudando os indivíduos a modificar seus pensamentos, emoções e comportamentos relacionados à alimentação e ao peso. Este artigo tem como objetivo uma análise sobre as contribuições atuais da TCC no tratamento dos transtornos alimentares. A metodologia adotada foi uma revisão bibliográfica exploratória descritiva, analisando pesquisas e artigos nos bancos de dados PubMed e SciELO. O artigo está estruturado em três capítulos. O primeiro explora os conceitos dos transtornos alimentares. O segundo capítulo aborda os princípios de tratamento da TCC, seguido por um terceiro capítulo dedicado ao protocolo de tratamento para transtornos alimentares, e as atualizações mais recentes no tratamento desses transtornos através da Terapia Cognitivo Comportamental. Em resumo, este artigo busca aprofundar o entendimento dos transtornos alimentares, assim como o tratamento atual através da Terapia Cognitivo Comportamental.

Palavras-chaves: Transtornos Alimentares; Terapia Cognitivo Comportamental; Protocolo; Tratamento Multidisciplinar.

ABSTRACT

Eating disorders represent a complex range of conditions that persistently disturb eating behavior, affecting the ingestion of food. Six eating disorders have been defined by the DSM-5 TR, including anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN), binge-eating disorder (BED), pica disorder, rumination disorder, and avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID). Eating disorders follow a specific course and significantly impact the quality of life. The origins of these disorders are multifactorial, influenced by genetic, environmental, psychological, and cultural factors, or their interaction. Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) has proven to be an effective therapeutic approach in treating eating disorders, assisting individuals in modifying their thoughts, emotions, and behaviors related to food and weight. This article aims to analyze the current contributions of CBT in the treatment of eating disorders. The adopted methodology was an exploratory descriptive literature review, analyzing research and articles in the PubMed and SciELO databases. The article is structured in three chapters. The first explores the concepts of eating disorders. The second chapter discusses the principles of CBT treatment, followed by a third chapter dedicated to the treatment protocol for eating disorders and the latest updates in the treatment of these disorders through Cognitive-Behavioral Therapy. In summary, this article seeks to deepen the understanding of eating disorders, as well as current treatment through Cognitive-Behavioral Therapy.

Keywords: Eating Disorders; Cognitive-Behavioral Therapy; Protocol; Multidisciplinary Treatment.

LISTA DE ABREVIações

- TA: Transtorno Alimentar
- TAs: Transtornos Alimentares
- AN: Anorexia Nervosa
- BN: Bulimia Nervosa
- TCC: Terapia Cognitivo Comportamental
- TCC-ED: Terapia Cognitivo-Comportamental adaptada para o tratamento de transtornos alimentares
- TCC-T: Terapia Cognitivo Comportamental Transdiagnóstica
- CBT-E: Terapia Cognitivo-Comportamental Breve para Não-Abaixo do Peso
- TCAP: Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica
- APA: Associação Americana de Psicologia
- CFP: Conselho Federal de Psicologia
- ASTRAL: Associação Brasileira de Transtornos Alimentares
- AMBULIM: Ambulatório de Bulimia e Transtornos Alimentares

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Os 14 princípios da TCC de Judith Beck.....	24
--	----

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	Transtornos Alimentares	14
2.1	Transtorno De Pica.....	15
2.2	Transtorno De Ruminação.....	16
2.3	Transtorno Restritivo/Evitativo	18
2.4	Anorexia Nervosa.....	19
2.5	Bulimia Nervosa	20
2.6	Compulsão alimentar	21
3	Terapia Cognitivo Comportamental.....	23
3.1	A Terapia Cognitivo Comportamental para o tratamento dos transtornos alimentares.....	25
4	Protocolos de Tratamento para Transtornos Alimentares pela Terapia Cognitivo Comportamental.....	28
5	Protocolos.....	32
5.1	Fase 1: Visão global da Terapia Cognitivo Comportamental comum para todos os protocolos	32
5.2	Fase 2: específica para cada transtorno	34
5.2.1	Fatores específicos para o tratamento do Transtorno de Pica	34
5.2.2	Fatores específicos para o tratamento do Transtorno de Ruminação	35
5.2.3	Fatores específicos para o tratamento do Transtorno Restritivo/Evitativo.....	35
5.2.4	Fatores específicos para o tratamento da Anorexia	36
5.2.5	Fatores específicos para o tratamento da Bulimia.....	36
5.2.6	Fatores específicos para o tratamento de Compulsão Alimentar	37
5.3	Fase 3: para além do tratamento da Terapia Cognitivo Comportamental	37
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41
	APÊNDICE A – TABELA TRANSTORNOS ALIMENTARES	47

1 INTRODUÇÃO

Os transtornos alimentares são caracterizados pela perturbação persistente no comportamento alimentar, ocasionando alterações no consumo e na absorção dos alimentos (APA, 2014). Nesse sentido, a quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5 TR) classificou seis transtornos alimentares, sendo eles: transtorno pica, transtorno de ruminação, transtorno alimentar restritivo/evitativo, anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN) e transtorno de compulsão alimentar (TCA) que acometem principalmente adolescentes e adultos jovens, sendo mais comuns em mulheres (APA, 2014).

Os transtornos alimentares frequentemente apresentam curso crônico (STEINHAUSEN, 2009) e impactam a qualidade de vida de forma considerável, observando-se consequências psíquicas e físicas, como por exemplo excesso no ganho ou perda de peso, podendo levar a diversas complicações, até mesmo a morte; além de problemas cognitivos e emocionais, como ansiedade, depressão e isolamento social. (JENKINS, *et al.*, 2011). É fundamental ressaltar que essa ampla categorização engloba uma variedade de apresentações dos transtornos alimentares, abrangendo uma diversidade de comportamentos, cognições e atitudes em relação à alimentação e à imagem corporal. Apesar disso, os diagnósticos individuais conforme estipulados no DSM-5 TR são clinicamente úteis, como destacado por Thomas et al. (2015).

Portanto, é possível notar que existe uma complexidade acerca do tema proposto, no que tange às causas de origens dos Transtornos Alimentares, assim como seus sintomas e tratamentos. Atualmente, sabe-se que os Transtornos Alimentares podem ser desenvolvidos devido à presença de fatores genéticos, ambientais, psicológicos, culturais ou por meio da associação destes. Ademais, esses apresentam graves consequências para a saúde no aspecto físico e mental; no entanto, requerem um tratamento que leve em consideração todos os fatores.

Segundo Delgalarrondo (2019) em seu livro "Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais", os psicopatólogos Bernard e Trouvé (1976), assim como o historiador italiano Paolo Rossi (2014), abordam os comportamentos alimentares, conceituando-os com base em diferentes dimensões que discutem o seu desenvolvimento em três tipos distintos.

A primeira dimensão é fisiológico-nutritiva, em que ocorre uma relação entre características metabólicas, endócrinas, neuroquímicas e neuronais. Essas características regulam o funcionamento dos sistemas de fome e ansiedade, assim como a demanda e a satisfação das necessidades nutritivas.

A dimensão afetiva e relacional afirma que a fome e a alimentação apresentam vínculo com a satisfação e com o prazer. Sendo assim, o prazer advindo oralmente apresenta, segundo a psicanálise, um significado libidinal. Isso acontece devido ao fato de que, no desenvolvimento da criança, quem media a relação mãe-bebê é a zona bucal e a amamentação, originando essa relação interpessoal. Esse fato é afirmado por Dara *et al.* (2009) ao dizer que “o alimentar seu filho, para a mãe, é muito mais que uma tarefa fisiológica: tem sentido afetivo especial, pode exprimir sentimentos e participar da construção de um dos vínculos humanos mais importantes.”

A terceira dimensão é a social e cultural. No decorrer do desenvolvimento da sociedade, foram estabelecidas regras e culturas, assim como tabus e rituais associados à alimentação e aos comportamentos frente aos alimentos. Por exemplo, comumente existe uma preferência em realizar refeições com pessoas e grupos por quem se têm vínculo afetivo. Assim, os momentos mais importantes da vida (tanto social quanto pessoal) são marcados como encontros em que existe um momento de alimentação, como jantares de formatura, noivado, almoços de família, de aniversário, cerimônias de casamento e, em muitas sociedades, mesmo os funerais são marcados por refeições cerimoniais (FLANDRIN; MONTANARI, 2015).

Dentro desse contexto, a terapia cognitivo-comportamental (TCC) tem sido amplamente utilizada no tratamento de transtornos alimentares; além de ter se mostrado eficaz em auxiliar os indivíduos a modificar seus pensamentos, emoções e comportamentos relacionados à alimentação e ao peso. Ademais, o tratamento pode ajudar as pessoas a melhorar sua autoestima, autoimagem e relacionamentos interpessoais, o que pode contribuir para uma melhor qualidade de vida em geral. (FAIRBURN, C. G. 2013).

Devido a essa complexa característica dos Transtornos Alimentares e a uma experiência relacionada a como enxergamos nós mesmos (e somos enxergados), surge a motivação da busca pela compreensão do assunto. Além disso, o presente trabalho apresenta relevância científica na psicologia por realizar uma análise da eficácia do tratamento em vítimas desses transtornos e apresentar novos protocolos

e intervenções da Terapia Cognitivo Comportamental nesses casos, a fim de aprimorar os conhecimentos para utilizá-los em clínica.

Portanto, o problema de pesquisa consistiu em responder a seguinte pergunta: Quais são as contribuições atuais de Tratamento para os Transtornos Alimentares dentro da perspectiva da Terapia Cognitivo Comportamental? Dito isso, o objetivo central desse estudo foi identificar as atualizações da Terapia Cognitivo Comportamental no tratamento de pessoas com Transtornos Alimentares, bem como busca refletir sobre as orientações técnicas da Associação de Psicologia Americana (APA) e o Conselho Federal de Psicologia (CFP) que norteiam o tratamento psicoterapêutico desses transtornos. Para tanto, adotou-se como objetivos específicos: conceituar os transtornos alimentares, caracterizar os fundamentos básicos da Terapia Cognitivo Comportamental e reconhecer as intervenções realizadas a partir da Terapia Cognitivo Comportamental, assim como as atualizações acerca do tratamento dos Transtornos alimentares de acordo com todas as diretrizes da APA e CFP.

Nesse sentido, o presente trabalho apresenta abordagem qualitativa, que, segundo Minayo (2009, p.21), “ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores, e das atitudes...”, fazendo então com que, dificilmente este tipo de abordagem possa ser traduzido em números e indicativos. Ademais, constitui-se em um estudo de revisão bibliográfica integrativa de literatura. De acordo com Gil (2008), a revisão bibliográfica consiste na leitura e análise da literatura, que, atualmente, pode ser encontrada online ou em materiais impressos. Ao passo que, a metodologia integrativa possibilita a construção de uma análise ampla da literatura, podendo conter diferentes metodologias com o propósito de realizar a construção de uma contextualização do problema. Essa construção ocorre por meio da análise das possibilidades presentes, tendo em vista a concepção do referencial teórico da pesquisa. Para a realização desta, foram utilizados os bancos de dados PubMed e SciELO e as palavras-chave: Terapia Cognitivo Comportamental, Distúrbios Alimentares, e Transtornos Alimentares. Foram incluídos trabalhos publicados nos últimos 10 anos e que estivessem em língua inglesa e portuguesa e excluídos trabalhos que não faziam referência a temática da pesquisa.

Os trabalhos encontrados passaram por três análises: por título, leitura do resumo e leitura integral. Portanto, no primeiro instante foram encontrados 493 artigos. Desses, foram selecionados 130 artigos para a leitura do resumo. Após realizá-la,

foram excluídos 4 artigos, restando 40 artigos que foram lidos integralmente para a construção dessa revisão. Além dos artigos, foram utilizados 12 livros bases da Psicologia e Terapia Cognitivo Comportamental.

O presente trabalho trará no Capítulo 1 os conceitos de transtorno de pica, ruminação, restritivo/evitativo, anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN) e transtorno de compulsão e uma caracterização dos fundamentos básicos da Terapia Cognitivo Comportamental. Em um segundo momento, será apresentada a Terapia Cognitivo Comportamental e seus princípios básicos de tratamento, e posteriormente no terceiro capítulo o protocolo de tratamento para os transtornos alimentares. E, para finalizar, serão descritas as atualizações acerca do tratamento dos Transtornos Alimentares pela Terapia Cognitivo Comportamental.

2 Transtornos Alimentares

O Transtorno Alimentar (TA) refere-se à dificuldade ou inaptidão para se alimentar de maneira saudável e funcional. Esse problema está relacionado a diversos fatores, como condições físicas, emocionais, socioculturais, religiosas e hábitos familiares. Desde março de 2020, a National Eating Disorders Association (NEDA), uma organização não governamental dos Estados Unidos que auxilia pessoas e famílias afetadas por transtornos alimentares, registrou um aumento de 40% nas chamadas para sua linha de apoio (Borba, 2021).

De acordo com a Associação Brasileira de Transtornos Alimentares (ASTRAL-BR), o TA ocupa a terceira posição entre as doenças crônicas mais comuns em adolescentes do sexo feminino, ficando atrás apenas da obesidade e da asma. Além disso, esses transtornos estão associados às maiores taxas de mortalidade entre as doenças psiquiátricas. As taxas de prevalência variam conforme o diagnóstico, sendo os mais frequentes: Anorexia Nervosa (0,1%), Bulimia Nervosa (1,16%) e Transtorno da Compulsão Alimentar (3,5%) (ASTRAL, 2020).

Atualmente sabe-se que os TA's, em sua maioria, se iniciam na adolescência. Eles são caracterizados como transtornos mentais graves que podem impactar de forma considerável a qualidade de vida (Mitchison *et al.*, 2012; Steinhauser, 2009; Jenkins *et al.*, 2011). Os TA's contribuem grandemente para a carga global de doenças, em específico em mulheres jovens. A anorexia nervosa é um transtorno raro em países não ocidentais, em contra partida a bulimia e a compulsão alimentar são comuns em todo o mundo (Jenkins *et al.*, 2011; Hoek, 2016).

Ademais, no que diz respeito ao diagnóstico dos TA's, pesquisadores e clínicos têm acesso agora às escalas clássicas como o Teste de Atitudes Alimentares (EAT) e Teste de Investigação Bulímica de Edimburgo (BITE), além de outras mais específicas como a Escala de Compulsão Alimentar (BES), Questionário sobre Padrões de Alimentação e Peso, Revisado (QEWPR) e o Questionário de Imagem Corporal (BSQ) (Nunes *et al.*, 2008, p. 135).

Esses transtornos acarretam pontos negativos, como: isolamento social, o comprometimento do rendimento escolar, e agravo em parâmetros clínicos que alguns comportamentos de risco para TA podem trazer (Costa *et al.*, 2018). Com a influência da mídia e a pressão para atingir um corpo ideal, tais fatores têm sido desencadeadores do aumento de comportamentos de risco para TA - específico em

mulheres -, nos quais servem como forma de lidar com emoções negativas, disfuncionais, cobranças e insatisfação corporal (Culbert *et al.*, 2015).

Há uma série de comportamentos de risco realizados pelas pessoas e TA's, como as dietas restritivas, prática de jejuns, métodos compensatórios inapropriados (vômitos, uso de laxantes, diuréticos, e atividade física excessiva) (Leal *et al.*, 2013). Tendo em vista essas práticas, em 2006 a Associação Americana de Psicologia (APA) propôs o termo “comer transtornado”, a fim de descrever os diversos fatores alimentares disfuncionais, que vão desde a simples dieta até os TA (APA, 2014).

Conforme o DSM-5TR traz, os Transtornos Alimentares são desenvolvidos por extremas alterações na alimentação ou no comportamento. Estas alterações resultam em um consumo alterado de alimentos, que gera consequências significativas para a saúde física ou o funcionamento psicossocial (APA, 2022).

2.1 Transtorno De Pica

A nomenclatura “pica” foi dada a esse transtorno em alusão ao nome científico de uma ave, conhecida como: pega-rabuda ou pega-rabilonga, cujo nome científico em latim tem por significado “Pica pica”. Trata-se de um tipo de corvo que possui cerca 45 cm, e que é extremamente voraz, come quase de tudo (Kouidrat *et al.*, 2014)

Sendo assim, o transtorno de pica é caracterizado pela ingestão de uma ou mais substâncias não nutritivas, não alimentares, que perduram por um período mínimo de um mês. As substâncias ingeridas podem variar de acordo com a idade e a disponibilidade. Nesse sentido, os indivíduos podem ingerir papel, terra, barro, sabão, tecido, cabelo, fios, giz, talco, tinta, cola, metal, pedras, carvão, cinzas, detergente ou gelo. Portanto, podem ocorrer diversas complicações orgânicas, principalmente relacionadas com o sistema digestivo e com intoxicações, dependendo do que for ingerido (APA, 2014).

Fatores genéticos, ambientais e psicológicos podem contribuir para o desenvolvimento do transtorno, além de falta de nutrientes essenciais, estresse e ansiedade. Sendo assim, esse transtorno pode estar associado a distúrbios do desenvolvimento, e dificuldades de aprendizagem. A prevalência do transtorno de pica é entre indivíduos com deficiência intelectual e autistas, e pode aumentar com a gravidade da condição.

Ademais, o transtorno pode ocorrer também em mulheres durante a gestação que possuem desejos de comer coisas não nutritivas e alimentares e que causam prejuízos significativos, como desnutrição, intoxicação; entretanto, pouco se sabe a respeito de seu curso no período pós-parto (APA, 2014). Em um grau menor, o transtorno de pica pode aparecer comórbido em transtornos de esquizofrenia e transtorno obsessivo-compulsivo. Esse transtorno pode estar associado a tricotilomania (transtorno de arrancar o cabelo) e/ou transtorno de escoriação (*skin-picking*), onde o indivíduo pode ingerir pele ou cabelo. Quando um indivíduo sabidamente tem pica, a avaliação deverá considerar a possibilidade de complicações gastrintestinais, intoxicação, infecção e deficiência nutricional (APA, 2014).

Em casos em que o transtorno de pica sucede no curso de outro transtorno mental, como transtorno invasivo do desenvolvimento, o diagnóstico deverá ser realizado se grave o suficiente para exigir um tratamento adicional e independente. (Alpine, 1986). Conforme descrito no DSM-5 TR, exames de radiografia abdominal simples, ultrassonografia e outros métodos de imagem podem revelar obstruções relacionadas a pica. Exames de sangue e outros testes laboratoriais podem ser usados para determinar níveis de intoxicação ou a natureza da infecção.

Santos, Ribeiro e Ferreira (2021) afirmam que o tratamento do Transtorno de Pica envolve uma abordagem multidisciplinar, que pode incluir terapia cognitivo-comportamental, terapia ocupacional e nutricional. O objetivo é ajudar as pessoas a identificar e modificar os comportamentos alimentares disfuncionais e desenvolver hábitos alimentares saudáveis. A ingestão de substâncias não nutritivas pode causar uma série de problemas de saúde, como obstruções intestinais, perfurações no trato gastrointestinal, envenenamento, além de problemas sociais e emocionais, como isolamento social, vergonha, culpa e baixa emoção. O tratamento adequado pode minimizar esses riscos e ajudar as pessoas a levar uma vida saudável e feliz.

2.2 Transtorno De Ruminação

O transtorno de ruminação se dá por episódios de regurgitação de alimentos após ingeridos, que retornam do estômago para o esôfago e chega na boca. Esses episódios devem perdurar por um período mínimo de um mês, não sendo explicado por nenhuma condição médica, como gastrite ou refluxo gastroesofágico (APA, 2014). As principais complicações médicas podem ser a perda de peso, assim como

desnutrição, alterações do equilíbrio hidroeletrolítico ou desidratação e morte (Sokol, 1998).

O diagnóstico do Transtorno de Ruminação é baseado nos sintomas e na exclusão de outras condições médicas que podem estar causando os sintomas. Esse transtorno é identificado em três categorias diferentes de tolerantes: lactentes (mais recorrentes); pessoas com distúrbios psiquiátricos e emocionais (particularmente deficiências de desenvolvimento); e adultos que não possuem transtornos psiquiátricos ou transtornos neurológicos evidentes (Olden, 2001).

Conforme descrito no DSM-5 TR, a maior parte dos indivíduos com o transtorno podem ser observados diretamente durante o comportamento de ruminação. Outra parcela dos casos, o diagnóstico pode ser feito com base no autorrelato ou em informações colaborativas dos pais, responsáveis e cuidadores. O alimento previamente deglutido que pode parcialmente estar digerido é trazido de volta à boca. Logo, o mesmo pode ser remastigado e então ejetado da boca ou novamente deglutido. A regurgitação no transtorno de ruminação deverá ser frequente, ocorrendo pelo menos várias vezes por semana, em geral todos os dias (APA, 2014).

Além disso, pode ocorrer a desnutrição em bebês a partir da fome do lactente e da ingestão de quantidades relativamente grandes de alimentos; sobretudo em casos graves, quando a regurgitação segue imediatamente cada episódio de alimentação e o alimento regurgitado é expelido. A desnutrição em crianças mais velhas e em adultos acontece em particular quando a regurgitação é acompanhada por restrição da ingestão para evitar a regurgitação (APA, 2014).

Portanto, o tratamento geralmente envolve uma abordagem multidisciplinar com intervenções médicas e psicológicas. A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) pode ajudar as pessoas a identificar e modificar pensamentos e comportamentos disfuncionais associados ao transtorno. Em alguns casos, medicamentos podem ser prescritos para controlar os sintomas gastrointestinais. É importante que as pessoas com Transtorno de Ruminação recebam tratamento o mais cedo possível para evitar complicações a longo prazo. O suporte social também é essencial para ajudar as pessoas a lidar com o impacto do transtorno em suas vidas (APA, 2014).

2.3 Transtorno Restritivo/Evitativo

O transtorno restritivo/evitativo se caracteriza pela esquivas ou pela restrição da ingestão alimentar. Em alguns casos, os alimentos podem ser recusados pela cor, ou pode existir a preferência por alimentos mais quentes ou mais gelados, bem crocantes ou bem macios, ou até mesmo alimentos sem nenhum tipo de molho. Para diagnóstico, um ou mais dos seguintes critérios devem estar presentes: perda de peso significativa, deficiência nutricional significativa, dependência de alimentação enteral ou suplementos nutricionais orais ou interferência marcante no funcionamento psicossocial. Há casos de exclusão de grupos inteiros de alimentos, como frutas ou vegetais (APA, 2014).

Em primeiro lugar, deve-se destacar que indivíduos que comem uma variedade muito limitada de alimentos devido à incapacidade de tolerar certos sabores e texturas, podem obter transtorno restritivo/evitativo. Em segundo lugar, os indivíduos evitam alimentos específicos, ou param de comer completamente por medo de consequências aversivas da alimentação, como vômitos, engasgos, choque anafilático ou desconforto gastrointestinal. Em terceiro lugar, os indivíduos demonstram desinteresse pela comida ou por comer. Vale salientar que essas três apresentações não são exclusivas e podem acontecer com o mesmo indivíduo. (Thomas, *et al.*, 2017).

Conforme descrito no DSM-5 TR, para realização do diagnóstico, é primordial a exclusão de outras condições médicas que possam estar causando os sintomas, com a execução de exames físicos e testes laboratoriais. Esse transtorno também não pode ser diagnosticado caso haja preocupação excessiva acerca do peso ou da forma corporal. Ademais, indivíduos com sensibilidades sensoriais mais extremas associadas ao autismo podem exibir comportamentos semelhantes. No entanto, só pode ser diagnosticado apenas se todos os critérios para ambos os transtornos forem satisfeitos e quando a perturbação alimentar demandar tratamento específico.

Nesse sentido, o tratamento do Transtorno Restritivo/Evitativo envolve uma abordagem multidisciplinar, com intervenções médicas e psicológicas, como terapia nutricional, terapia comportamental, terapia ocupacional e estratégias de exposição e dessensibilização também têm sido utilizadas em diversos centros. O suporte social também é importante para ajudar as pessoas a lidar com o impacto do transtorno em suas vidas. É crucial que as pessoas com Transtorno Restritivo/Evitativo recebam

tratamento o mais cedo possível, pois o transtorno pode levar a uma ingestão calórica insuficiente, desnutrição e perda de peso significativa, além de dificuldades sociais, emocionais e de desenvolvimento (Almeida, Moreira, Leahy, 2022; APA, 2013).

2.4 Anorexia Nervosa

Anorexia nervosa (AN) trata-se de um transtorno de um transtorno alimentar que inclui alteração na percepção da imagem corporal, com diversas alterações do apetite, caracterizada por uma intensa perda de peso, desencadeada pela busca incessante do emagrecimento. Sendo assim, as situações presentes nesse transtorno são o medo excessivo por engordar, assim como comportamentos que interferem no ganho de peso (APA, 2014). O desejo pela magreza presente na Anorexia leva a um comportamento alimentar monótono e à perda significativa de peso, em especial nas crianças e adolescentes, nos quais a baixa ingestão calórica se reflete em atraso no desenvolvimento

Portanto, o diagnóstico da anorexia nervosa é baseado em três critérios essenciais: restrição persistente da ingestão calórica; medo intenso de ganhar peso ou de engordar ou comportamento persistente que interfere no ganho de peso; e perturbação na percepção do próprio peso ou da própria forma (APA, 2014). É importante realizar uma avaliação clínica completa e detalhada, incluindo exames físicos e laboratoriais, para verificar as complicações médicas associadas à desnutrição. Além disso, é importante avaliar a presença de outros transtornos, como a depressão e a ansiedade, que podem estar associados à anorexia nervosa (INSM, 2021).

Ademais, o CID (Classificação Estatística Internacional de doenças e problemas relacionados à saúde) e APA (Associação Americana de Psicologia) classifica esse transtorno em dois subtipos, sendo eles:

(F50.01) Tipo restritivo: Durante os últimos três meses, o indivíduo não se envolveu em episódios recorrentes de compulsão alimentar ou comportamento purgativo (i.e., vômitos autoinduzidos ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas). Esse subtipo descreve apresentações nas quais a perda de peso seja conseguida essencialmente por meio de dieta, jejum e/ou exercício excessivo. (F50.02) Tipo compulsão alimentar purgativa: Nos últimos três meses, o indivíduo se envolveu em episódios recorrentes de compulsão alimentar purgativa (i.e., vômitos autoinduzidos ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas) (CID, 2021, p. 334).

Além disso, o tratamento da anorexia nervosa geralmente envolve uma abordagem multidisciplinar com intervenções médicas e psicológicas. A terapia nutricional pode ajudar a restaurar a ingestão alimentar adequada e prevenir a desnutrição. De acordo com o Instituto Nacional de Saúde Mental (2021) e a Associação Americana de Psiquiatria (2013) a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) pode ajudar a identificar e modificar pensamentos e comportamentos disfuncionais associados ao transtorno. O suporte social também é fundamental no tratamento da anorexia nervosa, sendo a família e os amigos capazes de ajudar a incentivar a ingestão de alimentos e oferecer apoio emocional durante o processo de recuperação. Além disso, é importante avaliar a necessidade de medicação para tratar outros transtornos mentais que podem estar associados à anorexia nervosa, como depressão e ansiedade (APA, 2014).

2.5 Bulimia Nervosa

A bulimia nervosa é um transtorno alimentar caracterizado por episódios recorrentes de compulsão alimentar seguidos de comportamentos compensatórios, como vômitos autoinduzidos, uso excessivo de laxantes ou diuréticos e exercícios físicos excessivos. Pessoas com bulimia nervosa muitas vezes têm uma visão distorcida do próprio corpo e podem se preocupar com o peso e a forma corporal (Attia; Walsh, 2022)

Sendo assim, para o diagnóstico do transtorno de bulimia nervosa deve estar presente a supervalorização da forma e do peso, um episódio de compulsão alimentar (onde pode surgir no processo de uma dieta para emagrecer), causando, em seguida, sentimentos negativos de frustração, culpa e tristeza. Além disso, ocorre o vômito de forma induzida em 90% dos casos, sendo, portanto, o principal método compensatório utilizado após a compulsão nesse transtorno (Azevedo, 1998). Tal método compensatório pode ser purgativo ou não purgativo. O subtipo não purgativo é marcado pela prática de atividade física intensa ou por jejuns; já o purgativo, mais prevalente no estudo de Keski-Rahkonen (2009), caracteriza-se pela indução do vômito ou pelo abuso de laxantes e diuréticos (Herpertz-Dahalmann, 2009; Kaye, 2008).

Conforme descrito no DSM-5 TR os indivíduos com bulimia nervosa estão (geralmente) dentro da faixa normal de peso ou com sobrepeso (IMC > 18,5 kg/m² e

< 30 em adultos). Durante os episódios de compulsão alimentar, os indivíduos com bulimia nervosa têm por hábito restringir o consumo calórico total e optam por alimentos hipocalóricos.

De acordo com o Instituto Nacional de Saúde Mental (2021), o tratamento da bulimia nervosa geralmente envolve uma abordagem multidisciplinar com intervenções médicas e psicológicas. A terapia nutricional pode ajudar a estabilizar os hábitos alimentares e prevenir complicações médicas. A terapia cognitivo-comportamental (TCC) pode ajudar a identificar e modificar pensamentos e comportamentos disfuncionais associados ao transtorno. Além disso, o suporte social é fundamental no tratamento da bulimia nervosa. A família e os amigos podem ajudar a incentivar hábitos alimentares saudáveis e oferecer apoio emocional durante o processo de recuperação. A recuperação completa da bulimia nervosa pode ser um processo longo e desafiador, mas é possível com a ajuda de um tratamento adequado e um forte sistema de apoio. Conforme o DSM 5-TR, o risco de suicídio é alto na bulimia nervosa. A avaliação completa de indivíduos com esse transtorno deverá incluir determinação de ideação e comportamentos suicidas, bem como outros fatores de risco para suicídio, incluindo história de tentativas de suicídio.

2.6 Compulsão alimentar

O transtorno de Compulsão Alimentar se difere da bulimia e da anorexia, dado que os indivíduos não apresentam preocupação extrema com o peso, caracterizando-se pela compulsão alimentar de forma recorrente (Barlow, 2016) que pode ocasionar a obesidade - uma doença (CID E66), caracterizada pelo o acúmulo de gordura no corpo resultante de um excesso da ingestão energética em relação ao gasto (APA, 2014, p. 339).

O diagnóstico do Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) é estabelecido com base em critérios específicos relacionados a episódios recorrentes de ingestão alimentar excessiva e descontrolada, conforme descrito no DSM-5 TR. Este transtorno é caracterizado pela ingestão, em um período determinado, de uma quantidade de alimento significativamente maior do que a maioria das pessoas consumiria no mesmo período, acompanhada pela sensação de falta de controle durante o episódio. Para atender aos critérios diagnósticos, os episódios de compulsão alimentar devem estar associados a três ou mais dos seguintes aspectos:

comer mais rapidamente do que o normal, comer até sentir-se desconfortavelmente cheio, ingerir grandes quantidades de alimento na ausência da sensação física de fome, comer sozinho por vergonha do quanto está sendo consumido, e sentir-se desgostoso, deprimido ou muito culpado após o episódio.

Os fatores desencadeantes mais comuns do transtorno de compulsão alimentar são: o afeto negativo; estressores interpessoais; restrições dietéticas; sentimentos negativos relacionados ao peso corporal, à forma do corpo e ao alimento; e tédio. O transtorno de compulsão alimentar ocorre em indivíduos de peso normal ou com sobrepeso e obesos. Contudo, é distinto da obesidade. A maioria dos indivíduos obesos não se envolve em compulsão alimentar recorrente (APA, 2014).

Sendo assim, o tratamento do transtorno compulsivo deve conter uma orientação dietética de forma adequada com refeições regulares. Ao passo que, é imprescindível o tratamento por meio da terapia cognitivo-comportamental, para regulação de comportamentos compulsivos, e pensamentos disfuncionais, assim como o uso de inibidores seletivos da recaptção de serotonina (fluoxetina, fluvoxamina e sertralina) ou o uso de agentes que se encontram em fase inicial de avaliação como a sibutramina e o topiramato (Shapira, *et al.*, 2006).

3 Terapia Cognitivo Comportamental

A Terapia Cognitivo Comportamental foi criada por Aaron Beck por volta de 1960. Trata-se de uma terapia focal, diretiva e estruturada, com o foco no aqui e agora, com início, meio e fim. Sendo assim, é caracterizada como um modelo de psicoterapia ativa, semiestruturada e limitada em relação ao tempo, com o intuito de aliviar problemas de saúde mental e de adaptação, utilizando os métodos cognitivos e comportamentais problemáticos que causam interferência e/ou sofrimento significativo emocional na vida do paciente (Wenzel, 2018).

Atualmente ela é indicada por ser cientificamente comprovada a respeito de sua eficácia para o tratamento de diversos transtornos mentais por meio da reestruturação do pensamento disfuncional. Essa reestruturação resulta em uma melhora sintomática dos transtornos, assim como a reestruturação de crenças disfuncionais, que promove uma boa recuperação (Pereira; Rangé, 2011).

Conforme Wenzel (2018) a Terapia Cognitivo Comportamental é a abordagem psicoterapêutica com a maior base empírica, associada a diversos desfechos positivos comparada a não receber nenhum tipo de tratamento ou receber condições de placebo.

A TCC utiliza técnicas comportamentais para auxiliar na alteração dos hábitos alimentares. Por exemplo, o automonitoramento consiste na observação sistemática e registro dos alimentos ingeridos. Outra técnica é o controle de estímulos, que envolve a identificação de situações que aumentam as chances de compulsão alimentar e o desenvolvimento de um estilo de vida que reduza o contato do paciente com essas situações. Além disso, o treinamento em resolução de problemas auxilia o paciente a desenvolver estratégias para enfrentar dificuldades sem recorrer à alimentação desregulada (Fairburn *et al.*, 1993). Uma das intervenções comportamentais inclui o treinamento dos pais, compreendendo reforço diferencial e exposição gradual a novos alimentos. Isso, juntamente com o gerenciamento de contingência, resulta na aceitação de novos alimentos na criança com variedade alimentar limitada (Murphy *et.al*, 2016).

Para além das técnicas comportamentais, a TCC também utiliza técnicas cognitivas que focaliza estratégias para prevenção de recaídas. A modificação de pensamentos e padrões distorcidos de raciocínio e a reestruturação de crenças

nucleares supervalorizadas associadas ao peso e à imagem corporal são focos primários do tratamento (Devlin, 2005).

De acordo com a Terapia Cognitiva os indivíduos atribuem significado a acontecimentos, pessoas, sentimentos e demais aspectos de sua vida, com base nisso comportam-se de determinada maneira e constroem diferentes hipóteses sobre o futuro e sobre sua própria identidade. As pessoas reagem de formas variadas a uma situação específica podendo chegar a conclusões também variadas (Bahls; Navolar, 2004).

Além disso, o livro " Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática", de Judith Beck, apresenta 14 princípios básicos que norteiam a aplicação da TCC na prática clínica, como mostra o Quadro 1.

Quadro 1- Os 14 princípios da TCC de Judith Beck.

Princípio	Descrição
1. Formulação de caso	A TCC é baseada em uma formulação de caso individualizada, que é atualizada continuamente à medida que novas informações surgem durante o tratamento.
2. Desenvolvimento de um plano de tratamento em conjunto	O terapeuta e o paciente trabalham em conjunto para definir os objetivos terapêuticos e desenvolver um plano de tratamento.
3. Tratamento estruturado	A TCC é um tratamento estruturado e orientado para o presente, com ênfase na resolução de problemas atuais.
4. Identificação e modificação de pensamentos, emoções e comportamentos disfuncionais	A TCC envolve a identificação e modificação de pensamentos, emoções e comportamentos disfuncionais.
5. Colaboração e a relação terapêutica	A TCC enfatiza a colaboração e a relação terapêutica positiva entre o terapeuta e o paciente.
6. Desenvolvimento de habilidades e enfrentamento de resolução de problemas.	A TCC utiliza estratégias de ensino para ajudar o paciente a desenvolver habilidades de enfrentamento e de resolução de problemas.
7. Adaptação às necessidades	A TCC é flexível e adaptável às necessidades e características individuais do paciente.
8. Baseada em evidências empíricas	A TCC é baseada em evidências empíricas e em princípios teóricos bem estabelecidos.
9. Aplicação das habilidades e estratégias aprendidas	A TCC enfatiza a importância da prática e da aplicação das habilidades e estratégias aprendidas durante a sessão terapêutica na vida diária do paciente.
10. Avaliação sistemática do progresso do paciente	A TCC inclui a avaliação sistemática do progresso do paciente em relação aos objetivos terapêuticos definidos.
11. Individual ou grupal	A TCC pode ser realizada em formato individual, em grupo ou em combinação de ambos.
12. Avaliação de potenciais obstáculos	A TCC inclui a avaliação de potenciais obstáculos ao tratamento e a implementação de estratégias para superá-los.

13. Multidisciplinar	A TCC pode ser usada em combinação com outras intervenções terapêuticas, como medicação, terapia ocupacional e psicoterapia de suporte.
14. Treinamento especializado	A TCC requer um treinamento especializado para ser aplicada com eficácia.

Fonte: Elaborada pelo autor com base em Beck (2021)

Por fim, o tratamento da Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) se baseia em uma compreensão de cada paciente de forma singular, como suas crenças específicas e padrões de comportamento. O terapeuta procura produzir modificações no pensamento e no sistema de crenças do paciente para produzir uma mudança cognitiva e comportamental que perdure (Beck, 1964).

Mas para além do desenvolvimento de forma adequada de um plano de tratamento, a TCC considera a qualidade de uma boa linha terapêutica, que conforme Beck (2013), alguns pacientes possuem uma resistência em confiar no profissional. Sendo assim, é de extrema importância a demonstração dos padrões básicos: afeto, empatia, atenção e competência. Também é importante solicitar um feedback ao final de cada sessão para certificar-se de que a sessão foi positiva ou não.

3.1 A Terapia Cognitivo Comportamental para o tratamento dos transtornos alimentares

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é amplamente reconhecida como um tratamento eficaz para transtornos alimentares, sendo extensivamente estudada com resultados promissores para diversos distúrbios alimentares, incluindo a bulimia nervosa, transtorno da compulsão alimentar periódica, e outros transtornos alimentares (Linardon *et al.*, 2017b).

A Terapia Cognitivo-Comportamental para Transtornos Alimentares (TCC-ED) é uma categoria que abrange diferentes abordagens da TCC com foco em transtornos alimentares, visando abordar as cognições e emoções subjacentes à psicopatologia dessas condições, promovendo mudanças no comportamento alimentar e nutricional (Mulkens; Waller, 2021). A utilização da TCC-ED justifica-se pela presença de crenças disfuncionais sobre si mesmo, que podem envolver questões relacionadas à magreza, insatisfação com a forma física e o peso corporal, mantendo comportamentos alimentares anormais, como purgação e abuso de laxantes e/ou diuréticos. Nesse sentido, a abordagem da TCC é multimodal, incluindo acompanhamento nutricional,

psicoeducação, automonitoramento, bem como intervenções cognitivas e comportamentais (Fairburn *et al.*, 2009).

Estudos Clínicos Randomizados (ECR), considerados padrões de excelência em pesquisa baseada em evidências, demonstraram consistentemente a eficácia da TCC-ED (Meldrum, 2000). Além disso, o TCC-ED demonstrou sua eficácia na prática clínica de rotina, conforme indicado por diversos estudos. Essa evidência tem se refletido nas diretrizes de prática clínica, que recomendam o TCC-ED como um tratamento de primeira linha para crianças, jovens e adultos que enfrentam AN, BN, TCAP e OSFED. (Byrne *et al.*, 2017; Fairburn *et al.*, 1991, 2009, 2015; Gharedi, 2006).

A quantidade de sessões recomendadas para o tratamento varia de acordo com o diagnóstico, com diretrizes que sugerem 16 a 20 sessões para transtornos alimentares sem baixo peso (Nice, 2017) e 40 sessões para casos de anorexia nervosa (Fairburn, 2008; Nice, 2017).

Contudo, recentemente, o cenário mudou devido à pandemia da COVID-19, que teve um impacto significativo nas pessoas com transtornos alimentares, levando a um aumento na procura por tratamento. Essa demanda crescente destacou a importância de tornar os serviços mais acessíveis e reduzir as listas de espera (Fernández-Aranda *et al.*, 2020; Haripersad *et al.*, 2021; Phillipou *et al.*, 2021). Nesse contexto, uma abordagem terapêutica mais breve foi desenvolvida Waller *et al.* (2019): a Terapia Cognitivo Comportamental Transdiagnóstica TCC-T, que consiste em apenas dez sessões. A TCC-T é uma terapia ambulatorial manualizada e transdiagnóstica, adequada para pessoas com transtornos alimentares que não apresentam baixo peso (IMC acima de 17,5). O protocolo da Terapia Cognitivo-Comportamental Breve para Não-Abaixo do Peso (CBT-E) (Waller *et al.*, 2019) da TCC-A compartilha elementos-chave com o TCC-ED (Fairburn, 2008; Waller *et al.*, 2007), como pesagem durante a sessão, psicoeducação, mudança nutricional, exposição, experimentos comportamentais, reestruturação cognitiva, trabalho de imagem corporal e prevenção de recaídas.

Resultados preliminares indicam que o TCC-T reduz os sintomas de transtornos consumidos, juntamente com os sintomas de ansiedade e depressão (Pellizzer *et al.*, 2019a, b; Waller *et al.*, 2018), com efeitos comparáveis às versões de 20 sessões do TCC-DE (Tatham *et al.*, 2020). Essa terapia mais breve oferece benefícios semelhantes em cerca de metade do tempo de tratamento. Vale ressaltar que a maioria das terapias parece trazer maiores benefícios por volta da décima

sessão para transtornos alimentares. Portanto, o TCC-T representa uma alternativa promissora para tornar o tratamento mais acessível e eficaz, especialmente em tempos de demanda crescente por assistência na área de transtornos alimentares (Rose; Waller, 2017).

Sendo assim, para o tratamento dos Transtornos Alimentares, a Terapia Cognitiva Comportamental fundamenta-se em estratégias de redução da ansiedade, administração dos pensamentos e comportamentos. Indivíduos com Transtornos Alimentares podem se auxiliar com o tratamento da TCC, tendo em vista que comportamentos como jejuns, vômitos ou comer compulsivo (os autores centrais dessas doenças), são possíveis de serem controlados.

Para tanto, o princípio básico do tratamento é possibilitar o próprio paciente de analisar a veracidade de suas crenças e mudar os comportamentos disfuncionais (OLIVEIRA; DEIRO, 2013). Para concluir, é visível que mudanças nos hábitos alimentares em pacientes com TA podem ser complexos, uma vez que, podem ser alterados devido a eventos externos e humor. O objetivo da TCC é auxiliar os pacientes a lidar com eventos estressores sem influenciar sua alimentação (Barlow, 2016). Devido à alta prevalência do transtorno, diferentes estratégias terapêuticas vêm sendo utilizadas no tratamento dos transtornos alimentares. Entre elas, pode-se destacar intervenções baseadas na abordagem Cognitivo Comportamental, na qual o método terapêutico e as técnicas de modificação vêm sendo amplamente utilizadas. (Yager; Powers, 2009). Sendo assim, pode-se concluir que elementos comuns em intervenções de TCC para TA incluem alimentação regular (Thomas *et al.*; 2017), automonitoramento da ingestão de alimentos (Steen; Wade, 2018), prevenção de recaída, exposição e (Murphy, 2016), treinamento de relaxamento (Fischer *et al.*, 2015).

4 Protocolos de Tratamento para Transtornos Alimentares pela Terapia Cognitivo Comportamental

De acordo com a *Academy for Eating Disorders*, o tratamento engloba acompanhamento médico de diversas áreas da saúde, assim como psicólogos, nutricionistas e especializados em transtornos alimentares. Primordialmente, a avaliação inicial dos pacientes envolve uma revisão completa da história dos mesmos como: sintomas atuais, estado físico, medidas de controle de peso e outros problemas ou distúrbios psiquiátricos, a exemplo da depressão, ansiedade, abuso de substâncias ou problemas de personalidade. A avaliação inicial é, portanto, o primeiro passo para estabelecer um plano de diagnóstico e tratamento (AED, s/d).

No Brasil, existe um site chamado ASTRAL que tem por finalidade informar, orientar e divulgar referências e conhecimentos acerca do assunto dos transtornos alimentares tanto para familiares quanto para as pessoas que sofrem com esse distúrbio, bem como distintos meios sociais. No site é possível encontrar os grupos brasileiros especializados em transtornos alimentares cadastrados na ASTRALBR. Existem grupos que oferecem tratamentos e outros que fazem pesquisas e estudos. É possível também localizar por região o profissional especializado nos TA'S mais próximo (ASTRAL, s/d).

4.1 Perspectivas profissionais sobre os Transtornos Alimentares

4.1.1 Psicológica

De acordo com a psicóloga Rogéria Taragano do AMBULIM, nossa relação com a comida vai além do seu significado, sendo influenciada significativamente pelos nossos pensamentos e sentimentos diante dela. O ato de comer é sempre permeado por questões emocionais e cognitivas, que nos remetem a crenças, memórias, sensações, afetos e expectativas. Por isso, o psicólogo deve fazer parte de uma equipe multidisciplinar destinada a cuidar de pessoas que enfrentam perturbações alimentares. É responsabilidade do psicólogo auxiliar o paciente a compreender e reavaliar esses aspectos no contexto da alimentação (ASTRAL, 2020).

Os Transtornos Alimentares são, geralmente, condições graves que impactam significativamente a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares. Portanto, o

profissional de psicologia deve atuar respaldado por protocolos atuais e embasados em evidências científicas, representando as melhores práticas e condutas de tratamento (ASTRAL, 2020).

Segundo o NICE – National Institute for Health and Care Excellence (2017), é crucial priorizar questões relacionadas à baixa autoestima, perfeccionismo, insatisfação com a imagem corporal, isolamento social e sentimentos de baixa competência pessoal. A Terapia Cognitivo-Comportamental e suas variações são as abordagens mais recomendadas para lidar com esses aspectos, visando desafiar comportamentos, cognições e padrões de pensamento diretamente ligados aos Transtornos Alimentares (ASTRAL, 2020).

Outro papel importante do psicólogo nesses casos é trabalhar com os familiares, que muitas vezes chegam ao tratamento necessitando de apoio e orientação. Após anos convivendo com a doença, as famílias frequentemente se sentem culpadas e adaptam-se aos rituais alimentares disfuncionais dos pacientes, envolvendo-se em dinâmicas que podem perpetuar os transtornos. O tratamento oferece uma oportunidade para melhorar esses padrões.

Por fim, é relevante destacar que a intervenção do psicólogo busca resgatar sentimentos de confiança, competência pessoal e esperança de melhora, estabelecendo um vínculo terapêutico empático, cuidadoso e profissional.

4.1.2 Nutricional

Conforme a nutricionista Dra. Marle Alvarenga, todas as diretrizes de tratamento para os transtornos alimentares colocam a necessidade de uma abordagem multiprofissional, e, uma vez que a relação disfuncional com a comida é central nos quadros, a abordagem nutricional é fundamental.

No entanto, é preciso atentar para o fato de que, conforme colocado por Stelfox (1999):

Em TA qualquer tratamento é pior do que nenhum”. Isso se coloca porque, infelizmente, a Nutrição se caracteriza por uma profissão muito prescritora - no sentido de dizer o que fazer ou não – o que não resolve os problemas com a comida, especialmente para pacientes com TA. Além disso, nos dias atuais, a Nutrição é uma ciência julgada por modismos e mitos e há profissionais que trabalham se “aproveitando” disso sem embasamento científico.

Portanto, é fundamental que haja um profissional da nutrição na equipe, com especialização em TA'S (ASTRAL, 2020).

4.1.3 Médica

De acordo com o médico psiquiatra Fábio Tapia Salzano, a literatura médica mundial já estabeleceu que a melhor maneira de se tratar qualquer desses transtornos é com equipe multidisciplinar, sendo o médico o líder desse time. Dentre as atribuições médicas, temos a realização de uma consulta detalhada do cliente, a fim de avaliar a intensidade e gravidade dos sintomas do transtorno.

Com isso, pode-se realizar o diagnóstico clínico adequado de sua condição física e psíquica. Caso seja necessário, serão solicitados exames complementares (de sangue, de imagem etc.). Também será realizada a investigação de comorbidades clínicas e psiquiátricas, muito frequentes nesses transtornos. A terapêutica será indicada de acordo com cada caso (ASTRAL, 2020).

4.1.4 Educação Física

Conforme a Neurocientista e Educadora Física Paula Costa Teixeira, as práticas corporais podem ser coadjuvantes no tratamento de muitas doenças. Porém, nos transtornos alimentares, antes de orientar qualquer tipo de programa de exercícios, é necessário que o profissional de educação física compreenda as especificidades dos TA'S, isso porque, nos diagnósticos de anorexia e bulimia, o exercício pode atuar como um fator mantenedor da doença.

A prática de exercício disfuncional (excessivo e/ou compulsivo) é um comportamento frequente nos pacientes. Por isso, a prescrição de exercícios envolve uma formação que vai muito além do nosso campo de atuação. No tratamento, nossa atuação vai desde aconselhamentos, para tornar a prática de exercícios verdadeiramente saudável e desmistificar crenças, até orientar exercícios com foco nos efeitos terapêuticos. Também é possível fazer uso de estratégias como atividades em grupo para promover a sociabilização e a ludicidade.

Nos casos de transtornos em que essa relação não é disfuncional, podemos ajudar o paciente a ressignificar a prática de exercícios sem foco em resultados estético, peso ou composição corporal. Esses aspectos são totalmente secundários e são exatamente a causa de muita insatisfação, frustração e descontentamento, que resultam em falta de motivação e a uma baixa adesão em um estilo de vida ativo.

O profissional precisa saber trabalhar em conjunto com a equipe de medicina, nutrição e psicologia para assim unir forças e psicoeducar os pacientes sobre as multifacetadas da relação atividade física e transtornos alimentares. Atuar de forma

interdisciplinar é a essência da contribuição do profissional de educação física para o tratamento destas doenças (ASTRAL, 2020)

4.1.5 Avaliação Psicológica

Os instrumentos para a avaliação dos transtornos alimentares (TA) surgiram com a necessidade de sistematizar os estudos destes transtornos a partir do estabelecimento e aprimoramento de seus critérios diagnósticos nas várias edições do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM e da Classificação Internacional de Doenças (CID)). Alguns destes instrumentos abrangem todo o espectro dos TA, outros são mais específicos para um ou outro transtorno isoladamente. São utilizados para avaliação psicológica 3 tipos de métodos: questionários auto-aplicáveis; entrevistas clínicas e automonitoração.

Os instrumentos autoaplicáveis desempenham um papel significativo no auxílio ao diagnóstico, rastreamento e avaliação sequencial ou desfecho do tratamento. Alguns dos mais utilizados e já traduzidos para o português incluem o *Eating Attitudes Test*, que visa o rastreamento de indivíduos susceptíveis ao desenvolvimento de Anorexia Nervosa (AN) ou Bulimia Nervosa (BN). Outra ferramenta é o *Eating Disorder Examination* (versão questionário), que avalia a psicopatologia e comportamentos específicos de Transtornos Alimentares (TA) em quatro subescalas - restrição alimentar, preocupação alimentar, preocupação com a forma corporal e preocupação com o peso corporal.

A *Binge Eating Scale* (Escala de Compulsão Alimentar Periódica) foi desenvolvida para avaliar a gravidade da Compulsão Alimentar Periódica (CAP) em indivíduos obesos. O *Bulimic Investigatory Test*, Edinburgh, por sua vez, é desenhado para avaliar aspectos cognitivos e comportamentais relacionados à bulimia. Por fim, o *Three-factor Eating Questionnaire* abrange três domínios do comportamento alimentar - restrição cognitiva, desinibição e fome percebida (Freitas; Gorenstein; Appolinario, 2023).

5 Protocolos

A Terapia Cognitivo Comportamental por seu uma abordagem baseada em evidências, utiliza de protocolos de tratamento como parâmetro na condução de tratamento para transtornos mentais. Nesse caso, vamos evidenciar quais fases são pertinentes para a condução de tratamentos de pacientes com transtornos alimentares (Waller *et.al*, 2019).

Os protocolos de tratamento tem como objetivo apresentar ferramentas e estratégias comprovadas cientificamente para promover uma recuperação eficaz, sustentável e remissão dos sintomas. É importante ressaltar que a duração e a intensidade do tratamento são adaptadas às necessidades individuais de cada paciente, permitindo que a recuperação seja um processo pessoal e variável. Isso garante que o tratamento seja altamente personalizado e eficaz para cada indivíduo (Fairburn, 2008; Waller *et al.*, 2007)

Contudo, os planos de tratamentos para o transtorno alimentar, perpassam 3 fases, sendo que a fase 1 é a visão geral da TCC, comum à todos os transtornos e diagnósticos de TA, a fase 2 específica para cada tratamento, pontuando as particularidades de cada TA e a fase 3 para além do tratamento da Terapia Cognitivo Comportamental, onde engloba o tratamento multidisciplinar.

5.1 Fase 1: Visão global da Terapia Cognitivo Comportamental comum para todos os protocolos

Todos os planos de tratamentos para o transtorno alimentar devem envolver, na seguinte ordem: Avaliação Inicial, Psicoeducação, Restruturação Cognitiva, Monitoramento de sintomas e plano de ação, Treinamento em habilidades de enfrentamento, Terapia de Exposição, Prevenção de recaída, Fatores para além da TCC (AED, s/d).

Na avaliação inicial é essencial realizar uma avaliação completa, que inclui a identificação da presença do transtorno, a coleta de informações sobre o histórico médico, psiquiátrico e fatores de risco individuais. Além disso, estabelecer uma relação terapêutica sólida com o paciente é fundamental para promover a colaboração e a confiança ao longo do tratamento, pesquisas apontam que as alianças positivas estão correlacionadas aos resultados positivos (raue e Goldfried, 1994).

É importante ressaltar também a elaboração da conceituação cognitiva que é essencial para o planejamento de uma terapia eficaz. Esse processo contínuo começa no primeiro contato com o paciente e envolve a formulação de hipóteses com base nas informações coletadas. É necessário evitar interpretações não fundamentadas e verificar a conceituação com o paciente em momentos estratégicos para garantir sua adequação e ajudar o paciente a compreender a si mesmo e aos outros. (Kuyken et al., 2009; Needleman, 1999; Persons, 2008; Tarrrier, 2006). E por fim, o contrato terapêutico onde Dattilio e Jongsma Jr. (2000) salientam a importância do contrato, para um direcionamento do tratamento, que permite que os pacientes e membros da família se concentrem em mudanças específicas. Essas mudanças têm o potencial de resolver conflitos e fomentar alterações saudáveis em consonância com as metas de longo prazo.

A psicoeducação desempenha um papel crucial no processo, fornecendo informações detalhadas sobre o modelo cognitivo, sobre o transtorno, seus sintomas, consequências médicas e riscos à saúde. Também é importante explicar como os pensamentos disfuncionais são prejudiciais para a manutenção do transtorno (Fairburn *et al.*, 2009).

A reestruturação cognitiva, assim como a identificação e modificação de pensamentos disfuncionais. Isso envolve auxiliar o paciente na identificação de pensamentos relacionados à alimentação, corpo e autoimagem e, em seguida, desafiá-los e modificá-los por meio de técnicas cognitivas, como a conceituação cognitiva, o questionamento socrático e a descoberta guiada (Fairburn *et al.*, 2009).

O monitoramento dos sintomas se define por incentivar o paciente a manter um diário alimentar, bem como situações, pensamentos, emoções, horários que se alimentou, períodos sem alimentar, quais refeições foram realizadas. Esses registros fazem parte dos planos de ações que ajudam a identificar padrões e fatores desencadeantes. Logo, após os registros é indicado realizar a regularização alimentar que pode ser feita em conjunto com um nutricionista (Fairburn *et al.*, 2009).

Dessa forma, para auxílio dos TAs, podem ser utilizados planos de ação como: Registro de Pensamento Disfuncional, que é uma planilha que estimula o paciente a avaliar seus pensamentos automáticos quando se sente angustiado e auxiliará na identificação dos momentos disfuncionais em que ocorre. Para o monitoramento dos sintomas, o paciente pode manter um diário alimentar, bem como situações, pensamentos, emoções, horários em que se alimentou, períodos sem alimentar, quais refeições foram realizadas. Esses registros fazem parte dos planos de ações que ajudam a identificar padrões e fatores desencadeantes. Logo, após os registros, é indicado realizar a regularização alimentar que pode ser feita em conjunto com um nutricionista (Fairburn *et al.*, 2009). Podem ser utilizados também os cartões de enfrentamento, para que nos momentos desencadeantes seja enfrentado de outra forma. (Beck, 2013).

O treinamento em habilidades de enfrentamento é uma parte vital do tratamento, ensinando ao paciente estratégias para lidar com problemas, emoções regulares e enfrentar o estresse. Assim como o aumento da auto eficácia, validando suas potências (Fairburn *et al.*, 1993).

As exposições graduais e controladas são realizadas para ajudar o paciente a enfrentar situações desencadeantes, assim como as estratégias alternativas de enfrentamento. Sendo elas, assertividade, trabalhos de imagem corporal, exposição a alimentos considerados proibidos e exposição a situações que causam a desregulação (Steen; Wade, 2018; Murphy, 2016). Para a prevenção de recaída é essencial trabalhar com o paciente na identificação de sinais de recuperação precoce e no desenvolvimento de um plano de ação detalhado (Murphy, 2016). Além disso, são definidas metas de longo prazo para manter comportamentos alimentares saudáveis (Thomas *et.al*, 2017).

5.2 Fase 2: específica para cada transtorno

5.2.1 Fatores específicos para o tratamento do Transtorno de Pica

A avaliação clínica visa identificar a gravidade e a extensão do comportamento de consumo de substâncias não nutritivas. Isso fornece uma base para um tratamento personalizado. Para ajudar o paciente a lidar com situações desencadeantes, são fornecidas ferramentas que eliminam a necessidade de recorrer à ingestão de

substâncias não nutritivas. O objetivo é capacitar o paciente a enfrentar essas situações de maneira mais saudável e adaptativa (Silva; Ribeiro; Ferreira, 2021).

A exposição gradual e controlada a substâncias não nutritivas ou a situações que desencadeiam o comportamento é uma parte importante do tratamento. Isso permite que o paciente desenvolva estratégias e alternativas de enfrentamento e reduza sua dependência dessa substância. Além disso, exames médicos, como radiografia abdominal, ultrassonografia e outros métodos de imagem, podem ser realizados para avaliar obstruções relacionadas à pica. Assim como exames de sangue e outros testes laboratoriais que também podem ser usados para determinar os níveis de intoxicação ou a natureza de eventual infecção, garantindo a saúde física do paciente ao longo do tratamento (APA, 2022).

5.2.2 Fatores específicos para o tratamento do Transtorno de Ruminação

Uma das etapas iniciais envolve a identificação de possíveis complicações médicas decorrentes do transtorno, como: desnutrição, alterações do equilíbrio hidroeletrólítico ou desidratação. A exposição gradual a alimentos temidos, situações sociais que envolvem comida e outros estímulos que desencadeiam ansiedade e comportamentos alimentares disfuncionais é uma parte essencial do tratamento. Isso ajuda o paciente a enfrentar suas preocupações alimentares e ansiedades de maneira controlada e adaptativa (SOKOL, 1998). Em certos casos, a prescrição de medicamentos pode ser necessária para controlar os sintomas gastrointestinais, aliviando o desconforto e promovendo um funcionamento saudável do sistema digestivo. A monitorização da saúde física do paciente é contínua, abrangendo aspectos como o controle de peso, equilíbrio hidroeletrólítico e prevenção da desidratação. Isso garante que a saúde física do paciente seja acompanhada e mantida ao longo do tratamento, contribuindo para uma recuperação (APA, 2014).

5.2.3 Fatores específicos para o tratamento do Transtorno Restritivo/Evitativo

Identificação da presença de critérios diagnósticos, que podem incluir perda significativa de peso, deficiência nutricional, dependência de alimentação enteral ou suplementos nutricionais e interferência no funcionamento psicossocial. Essa avaliação inicial é crucial para entender a gravidade e o alcance do transtorno. Além

disso, é importante identificar medos associados às consequências aversivas da alimentação, como vômitos ou desconforto gastrointestinal. Isso ajuda a abordar a raiz dos problemas psicológicos envolvidos no transtorno alimentar. Estratégias de exposição e dessensibilização devem ser utilizadas para auxiliar o paciente a superar os seus medos e aversões em relação aos alimentos (APA, 2014).

5.2.4 Fatores específicos para o tratamento da Anorexia

Verificar se o paciente atende aos critérios diagnósticos desse transtorno, incluindo a restrição persistente da ingestão calórica, um intenso medo de ganhar peso ou comportamentos que interferem no ganho de peso, bem como perturbações na percepção do próprio peso ou forma corporal. O tratamento inclui a realização de exposição gradual a alimentos e situações que o paciente tende a evitar, como o aumento da ingestão calórica e a exposição à imagem corporal. Estratégias de exposição e prevenção de recaída são inovadoras com o intuito de reduzir comportamentos purgativos e ajudar o paciente a enfrentar seus medos alimentares. Exames físicos e testes laboratoriais devem ser realizados para avaliar as complicações médicas associadas à desnutrição, garantindo a saúde física do paciente ao longo do tratamento (APA, 2014; INSM, 2021).

5.2.5 Fatores específicos para o tratamento da Bulimia

Avaliar as possíveis causas do transtorno, como a influência da pressão social e cultural, a insatisfação com o corpo e os padrões alimentares. Além disso, é importante realizar a avaliação da ideação e comportamentos suicidas, em casos de Bulimia, devido ao alto risco associado. Medidas de prevenção ao suicídio devem ser estruturadas, garantindo sua segurança e bem-estar. Outro passo envolve a elaboração de estratégias de exposição, permitindo que o paciente seja gradualmente exposto a alimentos temidos, situações sociais envolvendo comida e outros desencadeadores de ansiedade e comportamentos alimentares disfuncionais.

A prevenção de recaída é importante no tratamento para auxiliar o paciente a resistir aos impulsos de realizar comportamentos de purga após episódios de compulsão. Em casos de comorbidades e complicações médicas, o uso de medicamentos, como antidepressivos tricíclicos e inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRSs), é considerado quando necessário. Para monitorar o progresso

do paciente, são realizadas pesagens regulares, com atenção especial às questões relacionadas ao peso. Paralelamente, o paciente recebe orientação sobre a importância de manter uma alimentação equilibrada para promover sua saúde física e emocional (APA, 2014).

5.2.6 Fatores específicos para o tratamento de Compulsão Alimentar

O paciente deve monitorar suas pensamentos, emoções e comportamentos relacionados à alimentação e à imagem corporal, frequentemente com o auxílio de um diário ou mapa alimentar. Isso ajuda a aumentar a consciência sobre as questões subjacentes ao transtorno e auxilia na identificação de padrões específicos. A aplicação de técnicas de exposição é uma parte fundamental do tratamento, em que o paciente é gradualmente exposto a alimentos temidos, reestruturando a forma de comer mais devagar e sem restrição alimentar, exposição a situações sociais que envolvem comida e outros estímulos que desencadeiam ansiedade e comportamentos alimentares disfuncionais. Além disso, é realizada uma avaliação médica da necessidade da utilização de medicamentos, considerando a prescrição de inibidores seletivos de recaptção de serotonina, como fluoxetina, fluvoxamina, sertralina, ou outros agentes (APA, 2014; Shapira, *et.al*, 2006).

5.3 Fase 3: para além do tratamento da Terapia Cognitivo Comportamental

No tratamento de transtornos alimentares, torna-se necessário um tratamento colaborativo e multidisciplinar, envolvendo uma equipe de profissionais de saúde que inclui nutricionistas, médicos, educadores físicos e psicólogos (APA, 2014). O apoio da família desempenha um papel crucial no processo de recuperação, isso envolve fornecer à família informações abrangentes sobre o transtorno alimentar, ajudando-os a entender a natureza do transtorno, e incentivando-os a oferecer apoio emocional ao paciente. Um ambiente familiar de apoio e compreensão desempenha um papel significativo na promoção de uma recuperação positiva (APA, 2014).

Em síntese, os protocolos de tratamento na Terapia Cognitivo Comportamental para transtornos alimentares seguem uma abordagem estruturada e baseada em evidências, visando promover a recuperação eficaz e sustentável. A fase inicial abrange a avaliação completa do paciente, estabelecendo uma base para um tratamento personalizado. A psicoeducação desempenha um papel crucial,

fornecendo informações detalhadas sobre o transtorno, enquanto a reestruturação cognitiva visa modificar pensamentos disfuncionais. O monitoramento de sintomas, o treinamento em habilidades de enfrentamento e a terapia de exposição compõem etapas fundamentais para a recuperação. As fases subsequentes são específicas para cada transtorno, adaptando o tratamento às necessidades individuais. Além disso, a abordagem multidisciplinar na fase 3, envolvendo profissionais de saúde e o apoio da família, contribui para um ambiente propício à recuperação positiva do paciente. Em conjunto, esses protocolos refletem a abordagem abrangente e personalizada da Terapia Cognitivo Comportamental no tratamento de transtornos alimentares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos nessa revisão de literatura apontam que os transtornos alimentares surgem com grande frequência na infância e na adolescência, e o psicólogo que efetuará o tratamento deste grupo etário deve estar bem familiarizado com suas principais diretrizes clínicas. Um diagnóstico precoce e a abordagem terapêutica adequada para o tratamento do TA são fundamentais para o manejo clínico e o prognóstico destas condições.

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) apresenta uma estrutura bem definida que se concentra no padrão de funcionamento do indivíduo, proporcionando suporte na flexibilização cognitiva em relação aos transtornos alimentares, bem como na mudança de comportamento. A abordagem da TCC tem sido cientificamente comprovada como eficaz na remissão de sintomas desses transtornos. Através de técnicas específicas, como identificação e modificação de padrões disfuncionais de pensamento, reestruturação cognitiva e exposição gradual a situações desafiadoras, a TCC capacita os indivíduos a adquirir habilidades para lidar com suas preocupações alimentares e comportamentos desadaptativos. Essa abordagem estruturada e baseada em evidências demonstra consistentemente bons resultados na promoção da recuperação e melhoria da qualidade de vida dos pacientes.

Os desafios na aplicação prática da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) para a temática dos transtornos alimentares envolvem a necessidade de abordar problemas disfuncionais profundamente enraizados em relação à comida e à imagem corporal, ao mesmo tempo em que promovem uma mudança de comportamento saudável e sustentável, além de uma adaptação das técnicas da TCC às particularidades desses distúrbios e à necessidade de uma abordagem personalizada para cada paciente.

Em resumo, o tratamento dos transtornos alimentares é importante não apenas do ponto de vista clínico, mas também científico e social. É uma área em constante evolução, com novas pesquisas de abordagens terapêuticas sendo desenvolvidas continuamente, o que pode levar a melhorias significativas na vida das pessoas afetadas por esses transtornos. Os desafios na pesquisa dos transtornos alimentares incluem a complexidade dessas condições, a estigmatização social e a necessidade de abordagens multidisciplinares para compreendê-los plenamente e desenvolver tratamentos eficazes, além da dificuldade de materiais acerca do tema proposto.

Embora os desafios da temática dos transtornos alimentares sejam complexos, as possibilidades vislumbradas na pesquisa podem abrir caminhos para a compreensão, prevenção e tratamento mais eficazes desses distúrbios que afetam a saúde mental e física de tantas pessoas.

Essa revisão proporcionou uma abordagem mais aprofundada sobre o tema, contribuindo para o avanço dos estudos relacionados aos transtornos alimentares. No entanto, as intervenções realizadas demandam uma investigação mais aprofundada. É crucial considerar as limitações desta pesquisa, como a escassez de dados em longo prazo, restrições de recursos e a falta de diversidade nas amostras, especialmente nos transtornos menos explorados, como pica, ruminação e restritivo/evitativo, que apresentam uma lacuna na literatura. Além disso, as intervenções realizadas em estudos anteriores necessitam de uma análise mais detalhada para determinar sua eficácia e aplicabilidade em diferentes contextos. Isso envolve a investigação da eficácia de intervenções específicas em diversos grupos populacionais, considerando variáveis como idade, gênero e histórico de transtornos alimentares. Avaliar o impacto das intervenções não se limita apenas à remissão dos sintomas, mas estende-se à qualidade de vida e ao bem-estar dos indivíduos afetados a longo prazo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACADEMY OF EATING DISORDERS. **About eating disorders: treatment.** Disponível em: <https://www.aedweb.org/resources/about-eating-disorders/treatment-options>. Acesso em: 14 out. 2023.
- ALMEIDA, M. M. M. S.; MOREIRA, L. A. C.; LEAHY, R. M. **Transtorno alimentar restritivo evitativo/ARFIRD: o que é esse transtorno alimentar?** Resid Pediatr. 2022; 12(2). DOI: 10.25060/residpediatr-2022.v12n2-472
- APPOLINÁRIO, J. C. et al. **Evidências sobre a terapia cognitivo-comportamental no tratamento de obesos com transtorno da compulsão alimentar periódica.** Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, v. 29, n. 1, p. 80-92, 2007.
- ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR.** Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **Tratamento de pacientes com transtornos alimentares,** 3ed. Am J Psychiatry. 2006; 163(7 Suppl):4-54.
- ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE DESORDENS ALIMENTARES. **Tratamento.** 2021. Recuperado em 22 abril 2023, de: <https://www.nationaleatingdisorders.org/treatm>
- ASTRAL - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSTORNOS ALIMENTARES. **Transtornos Alimentares.** Disponível em: <https://astralbr.org/saiba-mais/>. Acesso em: 04 maio 2023.
- ATTIA, E.; WALSH, B. T. **Bulimia nervosa. Columbia University Medical Center; College of Physicians and Surgeons, Columbia University.** Avaliação/revisão completa jul 2022 | modificado dez 2022. Copyright © 2023 Merck & Co., Inc., Rahway, NJ, EUA e suas afiliadas.
- AZEVEDO, A. M. C.; ABUCHAIM, A. L. G. **Bulimia nervosa: classificação diagnóstica e quadro clínico.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. p. 31-9.
- BAHLS, SAINT CLAIR; NAVOLAR, ARIANA BASSETTI BORBA. **Terapia CognitivoComportamentais: conceitos e pressupostos teóricos.** 2004.
- BARLOW, D. H. (Organizador). **Manual clínico dos transtornos psicológicos: tratamento passo a passo [recurso eletrônico].** 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.
- BECK, J. S. **Teoria e prática da terapia cognitiva.** Porto Alegre: Artmed, 2017.
- BECK, J. S. **Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática.** Porto Alegre: Artmed, 2º ed. 2013, p. 399.
- BECK, J. S. **Terapia Cognitivo-Comportamental: teoria e prática.** 3a ed. Porto Alegre. Artmed, 2022, p. 412.
- BERNARD, P.; TROUVÉ, S. **Sémiologie psychiatrique.** Paris: Masson, 1976.

BORGES, N. J. B. G.; SICCHIERI, J. M. F.; RIBEIRO, R. P. P.; MARCHINI, J. S.; DOS SANTOS, J. E. **Transtornos alimentares – Quadro clínico**. Ribeirao Preto, 2006.

BRITISH PSYCHOLOGICAL SOCIETY. **Centro Colaborador Nacional para Saúde Mental. Distúrbios Alimentares: Intervenções Centrais no Tratamento e Manejo da Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa e Transtornos Alimentares Relacionados**. Reino Unido, 2004. PMID: 23346610.

BYRNE, S., WADE, T., HAY, P., TOUYZ, S., FAIRBURN, CG, TREASURE, J., SCHMIDT, U., MCINTOSH, V., ALLEN, K., FURSLAND, A., & CROSBY, RD (2017). **Um ensaio clínico randomizado de três tratamentos psicológicos para anorexia nervosa**. *Medicina Psicológica*, 47(16), 2823–2833

COSTA, D. G. *et al.* **Qualidade de vida e atitudes alimentares de graduandos da área da saúde**. *Rev Bras Enferm*. 2018.

CULBERT, K. M.; RACINE, S. E.; KLUMP, K. L. **Pesquisa de revisão: O que nós temos aprendido sobre as causas das disordens alimentares – Uma síntese sociocultural, psicológica e biológica**. *J Child Psychol Psychiatry*. 2015.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. 1 recurso eletrônico (Epub). Também disponível como livro impresso. ISBN 978-85-8271-506-2.

DARA, R. *et al.* **Child and parent characteristics related to parental feeding practices: a cross-cultural examination. A cross-cultural examination in the US and France**. *Appetite*, 52(1), 89–95. 2013.

DATTILIO, F. M. & JONGSMA JR., A. E. (2000). **The family therapy: treatment planner**. New York: Wiley

DEIRO, C. P.; OLIVEIRA, L. L. **Terapia Cognitivo-Comportamental para Transtornos Alimentares: A Visão de Psicoterapeutas sobre o Tratamento**. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, v. 14, n. 1, p. 36-49, 2013.

DEVLIN, M. J.; FISCHER, S. E. **Tratamento do transtorno da compulsão alimentar periódica**. In: *Revisão de transtornos alimentares*. Oxford: Radcliffe Publishing, 2005. p. 27-41.

DUCHESNE, M. *et al.* **Evidências sobre a terapia cognitivo-comportamental no tratamento de obesos com transtorno da compulsão alimentar periódica**. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, v. 29, n. 1, p. 80-92, 2007.

FAIRBURN, C. G.; MARCUS, M. D.; WILSON, G. T. **Terapia cognitivo-comportamental para compulsão alimentar e bulimia nervosa: um manual de tratamento abrangente**. New York: Guilford Press, 1993. p. 371-404.

FAIRBURN, C. G. **Terapia cognitivo-comportamental e transtornos alimentares**. Guilford Press, 2013.

FERNÁNDEZ-ARANDA, F., CASAS, M., CLAES, L., BRYAN, DC, FAVARO, A., GRANERO, R., & TREASURE, J. (2020). **COVID-19 e implicações para transtornos alimentares. Revisão Europeia de Distúrbios Alimentares**, 28(3)

FERREIRA, M. M. *et al.* **Tratamento dos transtornos alimentares: uma revisão da literatura.** Estudos e Pesquisas em Psicologia, v. 21, n. 1, p. 78-93, 2021.

FISCHER, A. J.; LUISELLI, J. K.; DOVE, M. B. **Efeitos do tratamento clínico e domiciliar sobre o consumo e ansiedade associada à alimentação em um adolescente com transtorno alimentar evitativo/restritivo.** Prática Clínica em Psicologia Pediátrica, 2015, v. 3, p. 154-166.

FLANDRIN, J. L.; MONTANARI, M. **História da alimentação.** São Paulo: Estação Liberdade, 2015.

FLICK, U. **Introdução a pesquisa qualitativa.** 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FITZPATRICK, K. K. *et al.* **Terapia baseada na família para evitar a ingestão restritiva de alimentos transtorno: Famílias Enfrentando Neofobias Alimentares.** Nova York: Routledge, 2015. p. 276-296.

FITZPATRICK, K. K. *et al.* **Terapia baseada na família para evitar a ingestão restritiva de alimentos transtorno restritivo da ingestão alimentar.** Prática Clínica em Psicologia Pediátrica, 2016.

FREITAS, S. *et al.* **Instrumentos para a avaliação dos transtornos alimentares.** Revista Brasileira de Psicologia, v. 45, n. 2, p. 123-145, 2023.

GIL, ANTONIO. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

HERPERTZ-DAHLMANN, B. **Transtornos alimentares na adolescência: definições, sintomatologia, epidemiologia e comorbidade.** Child Adolesc Psychiatr Clin N Am, 2009, v. 18, p. 31-47.

HOEK, H. W. **Revisão da epidemiologia mundial dos transtornos alimentares.** Curr Opin Psychiatry, 2016, v. 29, p. 336-339.

INSTITUTO NACIONAL DE EXCELÊNCIA CLÍNICA. (2017). **Transtornos alimentares: reconhecimento e tratamento.**

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL. **Distúrbios alimentares: mais do que comida.** Disponível em: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/eating-disorders/index.shtml>. Acesso em: 02 mai. 2023.

JAIMES, A. *et al.* **Tendências atuais na orientação teórica de psicólogos: o caso dos clínicos de Quebec.** Journal of Clinical Psychology, v. 71, p. 1042–1048, 2015.

JENKINS, P. E. *et al.* **Transtornos alimentares e qualidade de vida: uma revisão da literatura.** Clin Psychol Rev, 2011, v. 31, p. 113-121.

KAYE, W. **Neurobiologia da anorexia e bulimia nervosa simpósio do centro de pesquisa do comportamento ingestivo sobre as influências na alimentação e**

no peso corporal ao longo da vida: crianças e adolescentes. *Physiol Behav*, 2008, v. 94, p. 121-35.

KESKI-RAHKONEN, A. *et al.* **Incidência e desfechos da bulimia nervosa: um estudo nacional de base populacional.** *Psychol Med*, 2009.

KOUIDRAT, Y. *et al.* **Eating Disorders in Schizophrenia: Implications for Research and Management.** Review Article. Published 18 November 2014.

KUYKEN, W., PADESKY, C. A., & DUDLEY, R. (2009). **Collaborative case conceptualization: Working effectively with clients in cognitive behavioral therapy.** New York: Guilford Press.

LEAL, G. V. S. *et al.* **O que é comportamento de risco para transtornos alimentares em adolescentes?** *J Bras Psiquiatr*, 2013.

MANUAL MSD – **versão para profissionais de saúde.** Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt-br/casa/dist%C3%BArbios-de-sa%C3%BAde-mental/transtornos-alimentares/transtorno-de-rumina%C3%A7%C3%A3o>. Acesso em 04 de maio de 2023.

McALPINE, C.; SINGH, N. N. **Pica em pessoas com retardo mental institucionalizadas.** *J Ment Defic Res*, 1986, v. 30, Pt 2, p. 171–8.

MITCHISON, D. *et al.* **Tendências temporais na prevalência populacional de comportamentos de transtorno alimentar e sua relação com a qualidade de vida.** *PLoS One*, 2012.

MISSÃO. **Associação Brasileira de Transtornos Alimentares (ASTRAL)**, s/d. Disponível em: <https://astralbr.org/missao/>. Acesso em 14 de out. 2023.

MORGAN, C. M.; VECCHIATTI, I. R.; NEGRÃO, A. B. **Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais.** *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 24, p. 18–23, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462002000700005>.

MULKENS, S. E WALLER, G. (2021). **Novos desenvolvimentos na terapia cognitivo-comportamental para transtornos alimentares (TCC-ED).** *Opinião Atual em Psiquiatria*, 34(6), 576.

MURPHY, R. *et al.* **Cognitive behavioral therapy for eating disorders.** *Psychiatr Clin North Am*, 2010, v. 33, n. 3, p. 611-27.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 25. ed. rev. atual. Petrópolis: Vozes, 2007. 108p.

NEEDLEMAN, L. D. (1999). **Cognitive case conceptualization: A guidebook for practitioners.** Mahwah, NJ: Erlbaum.

NUNES, M. A. *et al.* **Transtornos alimentares e obesidade.** *Artmed*, 2008.

OLDEN, K. W. **Ruminação.** *Curr Treat Options Gastroenterol*, 2001.

OLIVEIRA, L.L. & DEIRO, C. P. **Terapia Cognitivo-Comportamental para Transtornos Alimentares: A Visão de Psicoterapeutas sobre o Tratamento.** Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, v. 14, n. 1, p. 36-49, 2013.

PAPHITI, A.; NEWMAN, E. **10-session Cognitive Behavioural Therapy (CBT-T) for Eating Disorders: A Systematic Review and Narrative Synthesis.** J Cogn Ther (2023). <https://doi.org/10.1007/s41811-023-00184-y>.

PELLIZZER, ML, WALLER, G., & WADE, TD (2019a). **Um estudo pragmático de eficácia da terapia cognitivo-comportamental de 10 sessões (TCC-T) para transtornos alimentares: visando barreiras ao fornecimento de tratamento** Revisão Europeia de Distúrbios Alimentares, 27(5), 557–570

PEREIRA, M.; RANGÉ, B. P. **Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria.** p. 20-32. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PERSONS, J. B. (2008). **The case formulation approach to cognitive-behavior therapy.** New York: Guilford Press

RAUE, P. J., & GOLDFRIED, M. R. (1994). **The therapeutic alliance in cognitive-behavioral therapy.** In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 131–152). New York: Wiley.

ROSE, C. E WALLER, G. (2017). **Terapia cognitivo-comportamental para transtornos alimentares em ambientes de atenção primária: funciona e uma dose maior a torna mais eficaz?** *Jornal Internacional de Distúrbios Alimentares*, 50(12), 1350–1355

ROSSI, P. **Comer: necessidade, desejo, obsessão.** São Paulo: Unesp, 2014.

SANTOS *et al.* **Transtorno de Pica: revisão da literatura e discussão sobre o tratamento.** *Revista de Psicologia da UNESP*, 2021.

SHAPIRA, N. A. et al. **Tratamento do transtorno da compulsão alimentar periódica com topiramato: uma série de casos clínicos.** *J Clin Psychiatry*, 2000.

SOKOL, M. S.; STEINBERG, D.; ZERBE, KJZ. **Disordens Alimentares na infância.** *Curr Opin Pediatr*, 1998.

STEEN, E.; WADE, T. D. **Tratamento do transtorno concomitante de evasão alimentar e uso de álcool em um adulto: possível transtorno restritivo evasivo da ingestão de alimentos?.** *Revista Internacional de Distúrbios Alimentares*, 2018.

STEINHAUSEN, H. C. **Resultado dos transtornos alimentares.** *Psiquiatra Infantil Adolescência Clínica N Am*, 2009.

STELLEFSON, J. **Winning the War Within – Nutrition Therapy for Clients with Anorexia or Bulimia Nervosa.** Texas: Helm Publishing, 1999.

THOMAS, J. J. *et al.* **Transtorno da ingestão alimentar evitativa/restritiva: um modelo dimensional de neurobiologia com implicações para a etiologia e tratamento.** *Relatórios atuais de psiquiatria*, 2017.

TRINDADE, A. P. *et al.* **Sintomas de transtorno alimentar em universitários brasileiros: revisão sistemática e metanálise.** *Rev Bras Psiquiatr*, 2019.

WALLER, G., CORDERY, H., CORSTORPHINE, E., HINRICHSSEN, H., LAWSON, R., MOUNTFORD, V., & RUSSELL, K. (2007). **Terapia cognitivo-comportamental para transtornos alimentares: um guia de tratamento abrangente.** Cambridge University Press.

WALLER, G., TURNER, HM, TATHAM, M., MOUNTFORD, VA E WADE, TD (2019). **Terapia cognitivo-comportamental breve para pacientes sem baixo peso: TCC-T para transtornos alimentares.** Routledge

WENZEL, A. **Inovações em Terapia Cognitivo Comportamental: intervenções estratégicas para uma prática criativa.** São Paulo: Artmed, 2018. cap. Evolução da terapia cognitivo-comportamental, p. 17-22.

YAGER, J.; POWERS, P. S. **Manual Clínico dos Transtornos da Alimentação.** Artmed, 2009.

APÊNDICE A – TABELA TRANSTORNOS ALIMENTARES

Transtorno Alimentar (TA)	Descrição	Sinais e Sintomas	Diagnóstico	Propostas de Intervenção da TCC
Pica	TA caracterizado pela ingestão persistente de substâncias não nutritiva e não alimentares. Esse comportamento não é comum para a idade cronológica do indivíduo e pode causar prejuízos físicos e psicológicos.	Desejo persistente de comer substâncias não alimentares, como terra, giz ou papel.	O diagnóstico requer que a ingestão de tais substâncias provocadas por pelo menos um mês, não seja uma parte culturalmente aceita da prática alimentar e não seja devido a outra condição médica ou psiquiátrica.	Trabalhar na identificação de gatilhos emocionais, ensinar técnicas de substituição de comportamentos e reforçar habilidades de enfrentamento de situações difíceis.
Ruminação	TA raro, caracterizado pela regurgitação. Esse comportamento pode ocorrer várias vezes durante uma refeição e pode levar à perda de peso, desnutrição e complicações gastrointestinais.	Regurgitação repetida de alimentos que são mastigados novamente e, muitas vezes, engolidos.	O diagnóstico requer que a ruminação promovida por pelo menos um mês, não seja devido a outra condição médica ou psiquiátrica e não seja explicada por outro transtorno alimentar.	Identificar gatilhos e pensamentos disfuncionais que contribuem para o comportamento, promover hábitos alimentares saudáveis e ensinar técnicas de relaxamento e distração para lidar com a ansiedade.
Restritivo/evitativo	TA caracterizado pela restrição alimentar significativa e/ou evitação de certos alimentos, levando a uma ingestão insuficiente de nutrientes. Esse comportamento pode estar associado a uma preocupação excessiva com o peso, forma corporal ou imagem.	Restrição alimentar severa ou evitação de alimentos devido a preocupações com peso, imagem corporal ou medo de engordar.	O diagnóstico requer que a restrição/evitação cause prejuízo significativo na saúde física ou emocional do indivíduo.	Restrição alimentar severa ou evitação de alimentos devido a preocupações com peso, imagem corporal ou medo de engordar.

<p>Anorexia Nervosa</p>	<p>TA caracterizado por uma restrição alimentar persistente que leva a uma perda significativa de peso, medo intenso de ganhar peso ou se tornar obeso e interrupção da imagem corporal. Pode estar associado a outros comportamentos alimentares, como exercício físico excessivo, indução de vômito e uso de laxantes ou diuréticos. A anorexia nervosa pode causar graves complicações físicas e psicológicas e pode ser fatal.</p>	<p>Restrição alimentar severa, medo intenso de ganhar peso, distorção da imagem corporal e perda significativa de peso.</p>	<p>O diagnóstico requer que esses sintomas persistam por pelo menos três meses, não sejam devidos a outra condição médica ou psiquiátrica e causem prejuízo significativo na saúde física ou emocional do indivíduo.</p>	<p>Trabalhar na identificação de crenças distorcidas sobre alimentação, peso e imagem corporal, ensinar habilidades de resolução de problemas e manejo do estresse, promover hábitos alimentares saudáveis e ajudar o paciente a desenvolver uma imagem corporal mais realista.</p>
<p>Bulimia Nervosa</p>	<p>TA caracterizado por episódios recorrentes de compulsão alimentar seguidos de comportamentos compensatórios inadequados, como vômito autoinduzido, uso de laxantes ou diuréticos e exercício físico excessivo. Pode estar associado a uma preocupação excessiva com o peso, forma corporal ou imagem. A bulimia nervosa pode causar graves complicações físicas e psicológicas.</p>	<p>Episódios repetidos de ingestão compulsiva de alimentos seguidos de comportamentos compensatórios inadequados (vômito autoinduzido, abuso de laxantes, exercício excessivo) para evitar ganho de peso.</p>	<p>O diagnóstico requer que esses episódios sejam tolerados pelo menos uma vez por semana por três meses, que o indivíduo tenha uma preocupação excessiva com o peso ou forma corporal, e que os comportamentos compensatórios causem prejuízo significativo na saúde física ou emocional do indivíduo.</p>	<p>Identificar os gatilhos emocionais para o comportamento alimentar, trabalhar na redução do comportamento compensatório, ensinar técnicas de autocontrole e autoaceitação, e promover hábitos alimentares saudáveis.</p>

<p>Compulsão Alimentar</p>	<p>TA caracterizado por episódios recorrentes de compulsão alimentar sem comportamentos compensatórios inadequados. Durante esses episódios, o indivíduo ingere uma quantidade maior de alimentos do que a maioria das pessoas em circunstâncias semelhantes e tem a sensação de perda de controle sobre a ingestão alimentar. Esse comportamento pode estar associado a uma preocupação excessiva com o peso, forma corporal ou imagem. A compulsão alimentar pode levar a uma ingestão excessiva de calorias e ao ganho de peso, o que pode causar complicações físicas e psicológicas.</p>	<p>Episódios recorrentes de ingestão compulsiva de alimentos sem comportamentos compensatórios, seguidos por sentimentos de vergonha e culpa.</p>	<p>O diagnóstico requer que esses episódios sejam facilitados pelo menos uma vez por semana por três meses e que o indivíduo sinta uma perda de controle durante esses episódios.</p>	<p>Identificar os gatilhos emocionais para o comportamento alimentar, trabalhar na identificação de crenças distorcidas sobre alimentos e emoções, ensinar técnicas de regulação emocional e habilidades de enfrentamento, e promover hábitos alimentares saudáveis.</p>
-----------------------------------	---	---	---	--

Fonte: Elaborado pela autora.