

CORPO E MENTE SÃ: ESTRATÉGIAS PARA O TRATAMENTO DE TRANSTORNOS ALIMENTARES EM TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

HEALTHY BODY AND MIND: STRATEGIES FOR THE TREATMENT OF EATING DISORDERS IN COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY

Bruno Hotts da Silva¹, Laiza Rodrigues Guilherme Correia², Márcia Cristina Florêncio Fernandes Moret³, Natali Máximo dos Reis⁴

¹Acadêmico do curso de Graduação em Psicologia pela Faculdade de Educação de Jaru – FIMCA/UNICENTRO, e-mail: brunohottsbhs@gmail.com, <http://lattes.cnpq.br/2192854766043085>; ²Acadêmica do curso de Graduação em Psicologia pela Faculdade de Educação de Jaru – FIMCA/UNICENTRO, e-mail: laizarodcorreia@gmail.com, <http://lattes.cnpq.br/9866141608586877>; ³Professora e Orientadora da Faculdade de Educação de Jaru - FIMCA/UNICENTRO, doutora em Educação Escolar pela Universidade Federal de Rondônia (UNIR), mestra em Educação Escolar pela Universidade Federal de Rondônia (UNIR), especialista em Tradução e Interpretação da Libras pela Faculdade Santo André (FASA) e Educação Especial Inclusiva pela Universidade Norte do Paraná (UNOPAR), licenciada em Pedagogia – Habilitação em Magistério das Séries Iniciais e Orientação Educacional pela Faculdade de Educação de Jaru - FIMCA/UNICENTRO, e-mail: prof.marcia@unicentrro.edu.br, <http://lattes.cnpq.br/0061145463575427>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7366-8605>; ⁴Professora e Coorientadora da Faculdade de Educação de Jaru – FIMCA/UNICENTRO, psicóloga pela Universidade Luterana do Brasil (ULBRA) (2018), mestra em Psicologia pela UNIR (2019), especialista em Psicologia do Esporte (Unyleya) (2021), e-mail: natali.maximo@gmail.com, <http://lattes.cnpq.br/7482838918104003>.

DOI: <https://doi.org/10.37157/fimca.v10i2.744>

RESUMO

Introdução: Observa-se que os prejuízos associados aos transtornos alimentares (TA's) vão além dos limites biológicos, alcançando diversos aspectos da vida social e também psicopatológicos, fazendo-se necessário um empenho na rede de saúde para compreender a natureza desses transtornos e intervenções assertivas para solução do problema. **Objetivo:** Esta pesquisa tem como finalidade conceituar os transtornos alimentares, além de somar com as melhores estratégias de tratamento na teoria cognitivo-comportamental (TCC). **Materiais e Métodos:** Esta pesquisa é de cunho bibliográfico, desenvolvida a partir de leituras em: livros com a temática de transtorno alimentar (TA) e Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), artigos científicos com recorte temporal entre os anos de 2016 e 2023 e indexado na plataforma Scielo, e outros repositórios e também o Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. **Resultados e Discussões:** Estima-se que, há uma psicopatologia central comum nos transtornos alimentares, neste sentido, criar uma estratégia de tratamento partindo de um pressuposto que há semelhanças nas distorções cognitivas dos pacientes, poderá nortear o profissional da saúde mental dentro de uma estratégia semiestruturada e validada por profissionais com trabalhos voltados para área. No entanto, os fatores sociais são variáveis importantes a serem contempladas por aqueles que utilizarão estas estratégias de tratamento. **Conclusão:** O processo de tratamento de transtornos alimentares norteado por estratégias possibilita ao profissional maior assertividade e progresso do paciente, cabe ressaltar que, apesar da estrutura existente, o paciente possui um papel crucial em sua melhora, não havendo possibilidade de outra pessoa ocupar este espaço em seu tratamento.

Palavras-chave: Tratamento, Transtornos Alimentares, Terapia Cognitivo-Comportamental.

ABSTRACT

Introduction: The teaching and use of Brazilian Sign Language – LIBRAS, in the deaf people's education are indispensable for their development, building of their identity, autonomy, interpersonal relationships, beside communication with the world. The acquisition of the Portuguese Language is part of the regular school curriculum, and its command provides a relationship between language and society, which is mostly formed by hearing and users of this language. **Objective:** This research aims to conceptualize eating disorders, in addition to adding to the best treatment strategies in cognitive-behavioral theory (CBT). **Materials and Methods:** This research is bibliographic, developed from readings in books with the theme of eating disorder (ED) and Cognitive-Behavioral Therapy (CBT), scientific articles with a time frame between the years 2016 to 2023, and indexed in the Scielo platform, and other repositories and also the Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders. **Results and discussion:** It is estimated that there is a common central psychopathology in eating disorders, in this sense, creating a treatment strategy based on an assumption that there are similarities in the cognitive distortions of patients, can guide the mental health professional within a semi-structured strategy and validated by professionals with work focused on the area. However, social factors are important variables to be considered by those who will use these treatment strategies. **Conclusion:** The process of treatment of eating disorders guided by strategies allows the professional greater assertiveness and progress of the patient, it is noteworthy that, despite the existing structure, the patient has a crucial role in its improvement, with no possibility of another person occupying this space in their treatment.

Keywords: Treatment; Eating disorder; Cognitive-Behavioral Therapy.

INTRODUÇÃO

A saber, os Transtornos Alimentares (TA's) são desvios do comportamento alimentar e podem causar emagrecimento em excesso (anorexia), a obesidade, entre outros, além de enormes prejuízos psicológicos e sociais.

Dessa maneira, o objeto de estudo dessa pesquisa, são os transtornos alimentares (TA's) e as possíveis estratégias de tratamento com a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC).

O presente estudo aborda os transtornos alimentares, bem como, as técnicas e avanços na terapia cognitivo-comportamental visando, igualmente, produzir conhecimento sobre a área e foi realizado através de revisão bibliográfica, desenvolvida a partir de leituras em: livros com a temática de transtorno alimentar (TA) e Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), artigos científicos artigos científicos com recorte temporal entre os anos de 2016 a 2023 e indexado na plataforma SciELO e outros repositórios, e

também o Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais.

Quando nos referenciamos aos TA's, observamos que os prejuízos associados a eles vão além dos limites biológicos, alcançando diversos aspectos da vida social e também psicopatológicos. Com efeito, fala-se muito sobre a importância de uma vida saudável e vigorosa; perfis em redes sociais expõem academias cheias, busca por qualidade e estilo de vida saudável, tornando viável e agradável à busca por melhorias no corpo (APOLINÁRIO, 2022).

O mundo está em transformação e o reflexo disto apresenta-se no corpo social em geral; o modo como as pessoas falam, vestem-se, percebem-se, comportam-se, como se sentem e até pensam, são influenciadas pelo meio social, do mesmo modo que influenciam. Deste modo, a alimentação sofre as consequências destas mudanças sociais.

A autoimagem, ou, modo como os indivíduos se veem e percebem-se, é atingida com esses enormes fluxos de mudanças, causando, o que Beck (1999) cita em sua obra, de “distorção cognitiva”, basicamente, uma crença distorcida do que é bonito belo e formoso. Os transtornos alimentares apresentam-se como a patologia afetada significativamente pela distorção cognitiva relacionada à imagem pessoal.

Nesse sentido, o estudo traz luz sobre o tema, visando conceituar os transtornos alimentares, além de trazer contribuições quanto à definição das melhores estratégias de tratamento em TCC. Semelhante a isto, faz-se necessário um empenho na rede de saúde para compreender a natureza desses transtornos, fatores biopsicossociais, e intervenções assertivas para solução do problema.

MATERIAIS E MÉTODOS

Para esta pesquisa utilizou-se revisão bibliográfica, desenvolvida a partir de leituras em livros com a temática de transtorno alimentar (TA) e Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), artigos científicos publicados dentro do recorte temporal dos últimos sete anos, contemplando os anos de 2016 a 2023. Foram utilizadas publicações indexadas da plataforma Scielo, e outros repositórios, e também o Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Após a seleção do material, foram realizadas a leituras, análises e construção desse estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo Rodrigues (2019) a história do corpo humano foi construída simultaneamente a história da civilização. Deste

modo, o corpo é transformado, metamorfoseado e até dissimulado para servir a determinada cultura naquele tempo e espaço, não deixando de ser uma esfera, particular e singular. O conceito de magreza, por exemplo, torna-se um motivador para práticas que, em alguns casos, sucedem comportamentos disfuncionais.

No que concerne estes conceitos supramencionados, podemos citar os prejuízos sociais de aceitação, o “não se encaixar com a maioria”, julgamentos e a necessidade de ser aceito.

As pessoas com diagnósticos de TA sofrem tanto pelo desconhecimento social do tema como pelo julgamento externo da comorbidade resultante, seja magreza em casos de anorexia nervosa, ou sobrepeso pela compulsão alimentar, sendo afetados pela preocupação do alcance por padrões hegemônicos. Define-se então, consoante ao Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais — DSM-5 (2014, p. 329);

Os transtornos alimentares são caracterizados por uma perturbação persistente na alimentação ou no comportamento relacionado à alimentação resultante no consumo ou na absorção alterada de alimentos, e compromete significativamente a saúde física ou o funcionamento psicossocial.

Ainda segundo o DSM-5 (2014), fazem parte do grupo de transtornos alimentares: a Pica, o Transtorno de Ruminação, o Transtorno Alimentar Restritivo/Evitativo, a Anorexia Nervosa, a Bulimia Nervosa e o Transtorno de Compulsão Alimentar, conforme tabela abaixo:

Tabela 1. Caracterização dos transtornos alimentares.

Nome	Caracterização
Pica	Caracteriza pela ingestão de substâncias sem qualquer conteúdo nutricional persistentemente por pelo menos um mês. As substâncias ingeridas costumam variar com a idade e disponibilidade e podem ser as mais diversas; e o comportamento não pode ser explicado por alguma prática culturalmente aceita ou pela exploração de objetos com a boca acidentalmente ingeridos. Além disso, geralmente não há aversão a alimentos em geral, e o comportamento pode estar relacionado a outros transtornos mentais.
Transtorno de ruminação	Caracteriza-se pela regurgitação do alimento após ingerido repentinamente. O alimento, nesse transtorno, pode estar parcialmente digerido, depois voltar à boca sem náusea aparente, nojo ou ânsia de vômito. Além de ter que acontecer repetidamente, para ser considerado o Transtorno de Ruminação, os comportamentos não podem ser a mais bem explicada por condições gastrointestinais.
Transtorno alimentar: restritivo e evitativo	Caracteriza-se, principalmente, pela esquivia ou restrição da ingestão alimentar, gerando a não satisfação das demandas nutricionais, dependência de alimento enteral, e/ou alterações no funcionamento psicossocial. Neste caso, não se pode ter um transtorno mental ou outra condição médica, prática culturalmente aceita ou aspecto desenvolvimental que explique o comportamento.
Anorexia nervosa	Caracteriza-se por restrição de ingestão calórica necessária segundo o esperado para o desenvolvimento; medo intenso de ganhar peso ou engordar, mesmo quando o peso já está baixo; e perturbação na forma como se experiencia o próprio peso, na autoavaliação do corpo e na imagem corporal.
Bulimia nervosa	Pode ser definida segundo três características principais, sendo elas: episódios recorrentes de compulsão alimentar; comportamentos compensatórios inapropriados recorrentes para impedir o ganho de peso; e autoavaliação indevidamente influenciada pela forma e pelo peso corporal.
Transtorno de compulsão alimentar	Caracteriza-se por episódios de ingestão de alimentos em quantidades maiores do que o esperado em um espaço curto de tempo, acompanhados de uma sensação de falta de controle. Nesses casos, o contexto é importante para considerar se a ingestão excessiva se dá por um tratamento ou por uma ocasião aceitável.

Fonte: Figueiredo et al. (2022) apud Torres et al. (2017)

A obesidade em si, não é considerada um transtorno mental, porém ela pode se apresentar como uma comorbidade resultante do transtorno alimentar, exemplo à compulsão alimentar. Segundo a TCC, “a realidade para o indivíduo é aquela que ele percebe” (NEUFELD et al., 2016, p. 354), como os indivíduos interpretam o ambiente influenciará sua interação com o mesmo. O comportamento disfuncional apresentará na interação do indivíduo com o meio, levando a ter padrões inadequados de funcionamento com relação à alimentação e corpo.

Apesar da existência de fatores genéticos que influenciam no início e na manutenção da obesidade, fatores socioculturais interagem entre si, criando um ambiente facilitador para o estabelecimento do quadro. Indivíduos com obesidade (obesos) e com sobrepeso apresentam crenças disfuncionais acerca da alimentação e do peso, provocando sentimento de culpa, ansiedade, raiva, estresse, tristeza e impotência, e problemas de relacionamento, além de relacionar-se a outros transtornos psicológicos (NEUFELD et al., 2016, p. 354).

Consoante ao Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais — DSM-5-TR, (2023), ao referir sobre a obesidade, evidencia:

A obesidade (excesso de gordura corporal) resulta do excesso prolongado de ingestão energética em relação ao gasto energético. Uma gama de fatores genéticos, fisiológicos, comportamentais e ambientais que variam entre os indivíduos contribui para o desenvolvimento da obesidade; dessa forma, ela não é considerada um transtorno mental. Entretanto, existem associações robustas entre obesidade e uma série de transtornos mentais (p. ex., transtorno de compulsão alimentar, transtornos depressivos e bipolar, esquizofrenia). Os efeitos colaterais de alguns medicamentos psicotrópicos contribuem de maneira importante para o desenvolvimento da obesidade, e esta pode ser um fator de risco para o desenvolvimento de alguns transtornos mentais (p. ex., transtornos depressivos) (DSM-5-TR, 2023, p.371).

Os números de transtornos alimentares tornam-se um problema de saúde pública, considerando ainda sua relação periódica com outros transtornos psiquiátricos, faz-se necessário, então, o redobramento da compreensão das causas, características congêneres e, conseqüentemente, o tratamento destes fenômenos psíquicos (FIGUEIREDO et al., 2022).

No Brasil, segundo dados de 2013, a proporção de pessoas com sobrepeso era de 50,80%, enquanto 17,50% da população apresentava índices de obesidade (NEUFELD et al., 2016 apud VIGITEL, 2014). Desta forma, entende-se que as abrangências dos TA's atingem uma parcela significativa da sociedade, fazendo-se necessário uma compreensão, de modo a criar pontes para embasar planos e estratégias para o tratamento.

Portanto, sabendo que os transtornos alimentares correspondem a um padrão disfuncional de comportamento alimentar e estima-se que a delimitação na literatura sofre a influência de variáveis particulares. Buscam-se então na psicologia, ferramentas e abordagens que venham suprir a necessidade da compreensão dos fenômenos psicológicos resultantes dos comportamentos disfuncionais e dentre as principais abordagens, pode-se citar a teoria cognitivo-comportamental, que se mostra efetiva no

tratamento de diversas demandas psicológicas no campo científico atual, como exemplo: ansiedade, transtornos depressivos, transtornos da personalidade e os transtornos alimentares. Assim, busca-se compreender a teoria e maneira do manejo terapêutico para criar estratégias funcionais de tratamento e avanços no campo científico.

Entre as intervenções psicoterápicas, a terapia cognitivo-comportamental (TCC) tem demonstrado eficácia superior quando comparada a outros modelos de intervenção e, por isso, vem sendo classificado como padrão ouro para o tratamento dos transtornos alimentares (MACEDO & NICOLETTI, 2022, p.101).

Cooper & Murphy, 2023, citam que:

Os transtornos alimentares, o transtorno alimentar restritivo/evitativo, a pica e o transtorno de ruminação, recentemente incluídos no DSM-5, não têm a psicopatologia central distintiva da maioria dos demais transtornos alimentares e tendem a ser associados à ansiedade e, em certos casos, ao transtorno do neurodesenvolvimento (COOPER & MURPHY, 2023, p. 1399).

Atualmente estima-se que a abordagem psicoterápica mais efetiva em comparação a outros modelos de manejo terapêutico é a terapia cognitivo-comportamental dos transtornos alimentares.

Terapia Cognitivo-Comportamental

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) baseia-se em um conjunto de teorias bem desenvolvidas, utilizadas para formular planos de tratamento e para orientar as ações do terapeuta.

Os princípios centrais da TCC são baseados no senso comum de que nossas cognições têm influência controladora sobre nossas emoções e comportamentos e o modo como agimos ou nos comportamos pode afetar profundamente nossos padrões de pensamento e de emoções.

Beck observou em suas primeiras postulações científicas que, pensamentos e comportamentos estavam associados a determinados padrões disfuncionais, utilizando a associação livre, da psicanálise (WRIGHT et al., 2019 apud Beck et al., 1979; D. A. Clark et al., 1999). “Em todas as formas de TCC derivadas, o tratamento está baseado em uma formulação cognitiva: as crenças mal-adaptativas, as estratégias comportamentais e a manutenção dos fatores que caracterizam um transtorno específico” (BECK, 2022, p. 03).

As primeiras formulações de Beck (1963 – 1964), em “A tríade cognitiva”, centravam-se no papel do processamento de informações desadaptativas em transtornos de depressão e ansiedade. Em uma série de trabalhos publicados no início da década de 1960, ele descreveu a conceitualização cognitiva da depressão, na qual os sintomas estavam relacionados com um estilo negativo de pensamento em três domínios: si mesmo, o mundo e o futuro (WRIGHT et al., 2019). Elencando esse fator aos transtornos alimentares, observamos as mesmas crenças desadaptativas relacionadas ao modo como a pessoa se enxerga como ela vê o mundo e julga as pessoas em sua volta.

Na TCC, os terapeutas incentivam o desenvolvimento e a aplicação de processos conscientes adaptativos de pensamento, como o pensamento racional e a solução de problemas. O terapeuta dedica bastante esforço para ajudar os pacientes a reconhecer e mudar o pensamento desadaptativo em dois outros

níveis de cognição: pensamentos automáticos e esquemas, ambos caracterizados pelo processamento de informações relativamente autônomas (WRIGHT et al., 2019).

Os pensamentos automáticos são cognições que passam rapidamente por nossas mentes quando estamos em meio a situações (ou lembrando acontecimentos). Embora possamos estar subliminarmente conscientes da presença de pensamentos automáticos, normalmente essas cognições não estão sujeitas a análise racional cuidadosa. Os esquemas são crenças nucleares que agem como matrizes ou regras subjacentes para o processamento de informações. Eles servem a uma função crucial aos seres humanos, que lhe permite selecionar, filtrar, codificar e atribuir significado às informações vindas do meio ambiente. A TCC enfatiza técnicas destinadas a ajudar os pacientes a detectar e modificar seus pensamentos profundos, principalmente aqueles associados com sintomas emocionais, como depressão, ansiedade ou raiva; ela enfatiza e ensina os pacientes a pensar sobre o pensamento, para atingir a meta de trazer as cognições autônomas conscientes à atenção e ao controle (WRIGHT et al., 2019).

Beck (2022, p. 4) diz que “o modelo cognitivo propõe que o pensamento disfuncional (que influencia o humor e o comportamento do cliente) é comum a todos os transtornos psicológicos”.

No modelo cognitivo, entendemos que nossas emoções, comportamentos e reações fisiológicas são ocasionados pela nossa percepção dos acontecimentos. Uma situação/acontecimento gera pensamentos automáticos, que levam a uma reação, seja comportamental, emocional ou fisiológica (BECK, 2022). Como as pessoas sentem-se emocionalmente e se comportam estão atreladas a como elas interpretam e pensam a respeito de uma situação, como, por exemplo: quando um indivíduo se veste de uma forma que é criticada, há uma tendência a um autojulgamento sobre se a vestimenta é adequada. No caso, de disfunções psicológicas relacionadas a transtornos alimentares, o julgamento é maior e com maior intensidade, levando a pessoa a sentir-se inadequada e não pertencente ao ambiente.

As influências do meio operam julgamentos externos, em casos de transtornos alimentares, existem cobranças internas que somadas às externas, potencializam o comportamento disfuncional. Nos casos de pessoas com anorexia nervosa, onde o indivíduo comporta-se para não querer engordar, e estar sempre magra, tendo, então, autojulgamento em grandes intensidades e quando sobrepõe os julgamentos externos, esses comportamentos disfuncionais são potencialmente reforçados.

A teoria cognitivo-comportamental tem como ferramenta de trabalho a utilização da conceitualização cognitiva que envolve um desenvolvimento contínuo baseado em: aliança terapêutica forte, monitoramento do progresso contínuo do cliente, observação dos pontos positivos do paciente, utilização da colaboração e participação ativa do terapeuta e cliente, orientação usando objetivos claros focados no presente, utilização de planos de ação e técnicas para mudar o pensamento, o humor e também o comportamento (BECK, 2022).

No tratamento de TA, esses pontos relacionados a conceitualização cognitiva tornam-se importantes, ao fornecerem ao paciente um acompanhamento metódico e eficiente, capaz de dar o devido suporte necessário ao processo terapêutico; entendemos que a evasão ou não adesão ao tratamento, torna-se um risco durante o processo, dá-se então a necessidade uma aliança bem firmada durante o atendimento, avaliando os riscos, acompanhando os resultados, progressos/avanços, e tudo isso,

com uma confiança colaborativa desenvolvida ao longo dos atendimentos.

Quando se pensa em técnicas efetivas e protocolos de atendimentos, torna-se importante entender o modelo cognitivo junto à formulação de casos. A conceitualização cognitiva é o fundamento da terapia cognitivo-comportamental, por fornecer uma estrutura para o tratamento; ela nos auxilia a entender os clientes (ou pacientes), identificar seus pontos fortes, fracos, aspirações e desafios pessoais, ajuda a reconhecer como os clientes desenvolvem um transtorno psicológico com pensamento disfuncional e comportamento mal adaptativo; fornece um fortalecimento da relação terapêutica, nos ensina a planejar o tratamento dentro e entre as sessões, auxilia escolher intervenções apropriadas e adaptar o tratamento quando necessário e superar os pontos de bloqueio (BECK, 2022). Assim, dá-se a importância da construção da conceitualização durante o primeiro contato com o cliente, aprimorando-a em cada contato posterior, tendo em vista a imprescindibilidade da coleta de informações como: “identificação do cliente, queixa principal, sintomas principais, estado mental e diagnóstico; medicações psiquiátricas atuais e tratamento atual; relações significativas; melhor funcionamento ao longo da vida; e vários aspectos da sua história” (BECK, 2022, p. 27).

Tratamento em Terapia Cognitivo-Comportamental

Os transtornos alimentares são causa de grande morbidade psicossocial e física, principalmente entre meninas adolescentes e mulheres adultas, com uma incidência menor entre homens. Geralmente iniciam na adolescência e podem desenvolver de forma crônica, prejudicando o funcionamento psicológico, físico e social (FAIRBURN & COOPER, 2016). Corroborando, Andretta e Ferreira (2016) afirmam que;

Os transtornos alimentares (TA), podem apresentar seus primeiros sintomas na infância e adolescência, sendo: a anorexia nervosa (NA), a bulimia nervosa (BN) e o transtorno de compulsão alimentar (TCA) transtornos em que tipicamente se percebem os primeiros sinais no período da adolescência e início da idade adulta (ANDREATA; FERREIRA, 2016, p. 79).

Sabendo que segundo o DSM-5 (2014), transtornos alimentares são conceitualizados como: “perturbações persistentes na alimentação ou no comportamento relacionado à comida”, implicando mudanças significativas relacionadas à saúde e/ou laboração psicossocial. Assim, os prejuízos sociais, causam dor e sofrimento psíquico desde a tenra idade, levando o indivíduo a encontrar dificuldades para elaborar os sentimentos e conflitos na fase adulta.

Diante da representação do corpo apresentado pelo paciente, é disposto ao profissional de psicologia compreender e acolher as demandas comunicadas; a partir deste ponto de vista, é imprescindível a utilização de instrumentos psicológicos que contribuem no diagnóstico e tratamento, apesar de não existir consenso na comunidade científica sobre os métodos de avaliação mais adequados, os diagnósticos de TA's estão mais constantes, com a utilização de métodos como: questionários autoaplicáveis, auto monitoramento e entrevistas clínicas (ARGIMON, CERUTTI, ESTEVES, 2016).

Fairburn e Cooper (2016) descrevem o tratamento partindo de um princípio que:

O problema central que demanda a intervenção não é necessariamente fazer dieta, comer compulsivamente, diminuir o peso ou purgar, e

sim as atitudes e crenças anormais reforçadas culturalmente com relação à forma e ao peso. A recomendação é para se aplicarem vários componentes terapêuticos de maneira modular está relacionada a arte de administrar este tratamento (FAIRBURN & COOPER, 2016, p. 665).

Segundo os autores Finger & Oliveira (2016) os comportamentos-problemas são consequências de ações prejudiciais à pessoa ou a outras pessoas, por meio de comportamentos. Um exemplo característico apresenta-se na alimentação como uma forma de fuga, tornando o ato de comer como uma forma de expressar sentimentos ou emoções. Assim, acrescentando também que:

Quando se apresentam os transtornos alimentares, quer-se referir aos transtornos nos quais o principal indicativo são comportamentos ou pensamentos recorrentes e persistentes referentes à alimentação ou ao ato de comer que, quando na sua execução, causam prejuízo ou sofrimento à pessoa. Os prejuízos estão relacionados a uma alteração no consumo de alimentos que levam a um comprometimento da saúde física ou psíquica (FINGER & OLIVEIRA, 2016, p. 24).

Quando exposto à ocorrência, e recorrência da conduta de comer compulsivamente por um paciente, é necessário olhar para quanto às dificuldades da vida exibida no decorrer dos atendimentos, bem como as mudanças de humor associadas, haja vista, a maior possibilidade de ocorrência como resposta a tais circunstâncias. A orientação encontra-se ao observar que, tais deslizamentos alimentares e episódios de compulsão não se apresentam sem uma fonte fortalecedora, em parte, pois tais comportamentos restabelecem estados negativos de humor e também por distrair os pensamentos voltados para as dificuldades (FAIRBURN; COOPER, 2016).

Um estudo com pessoas diagnosticadas com TA denota para pontuações significativamente baixa em aspectos avaliados de: alterações nas funções cognitivas em tarefas que avaliam memória e aprendizagem verbal e visual, agilidade de processamento de informações, capacidade viso-espacial, memória de trabalho, funções executivas, fluência verbal, atenção e função motora comparada a pessoas sem nenhum transtorno mental. Assim, os efeitos prejudiciais do TA tornam-se relativamente conhecidos, por resultarem em distorções cognitivas assinaladas e particularizadas por comportamentos e ideais disfuncionais sobre o peso e a forma dos seus corpos (FINGER & GUEDES, 2016).

Partindo de estimativas que determinam exemplos amplamente expostos, no que concerne a influência recorrente do meio sobre o indivíduo, entende-se levar a comportamentos subversivos no que diz respeito à forma de perceber o corpo. As ideias sobre si, sobre outras pessoas e sobre o mundo, são formadas na infância, já as crenças centrais (ou crenças nucleares), por muitos momentos, não são articuladas pelo indivíduo, por se tratar de compreensões duradouras imensamente fundamentais e profundas; é importante salientar, que de acordo com Beck (2022):

Indivíduos adaptados possuem preponderantemente crenças realisticamente positivas na maior parte do tempo. Mas todos temos crenças negativas latentes que podem ser parciais ou completamente ativadas na presença

de vulnerabilidade, ou estressores tematicamente relacionados (BECK, 2022, p. 29).

As crenças de desvalor com relação ao corpo, observadas em pessoas com transtornos alimentares, não são realistas, e trazem consigo uma quantidade disfuncional de ansiedade, tristeza e angústia em relação à autoimagem do corpo e forma.

A supervalorização da forma e do peso resulta na busca de perder peso e em um medo intenso de ganhar peso e ficar gordo. A maioria das outras características desses transtornos é secundária em relação a essa psicopatologia central e suas consequências (p. ex., comer pouco, exercitar-se de forma intensa e estar excessivamente abaixo do peso). Dessa forma, na Anorexia Nervosa, uma tentativa sustentada e bem-sucedida de perder peso faz com que os pacientes fiquem excessivamente abaixo do peso recomendado. Na Bulimia Nervosa, tentativas equivalentes de restringir a ingestão de comida são pontuadas por episódios repetidos de perda de controle em relação à comida (comer compulsivamente) (COOPER & MURPHY, 2023, p. 1399).

Observando que a explicação em TCC da manutenção da bulimia nervosa é possível estender-se a todos os transtornos alimentares, haja vista, o compartilhamento da psicopatologia central, onde, ambos os grupos superestimam a forma, peso e controle, expressando-se semelhantemente em atitudes e comportamentos, Fairburn & Cooper (2016), explicam:

Assim, os pacientes com anorexia nervosa restringem sua ingestão alimentar da mesma forma rígida e extrema com que o fazem os pacientes com bulimia nervosa, e também vomitam, usam laxantes ou diuréticos equivocadamente, e fazem exercícios em demasia. A compulsão alimentar tampouco faz distinção entre os dois transtornos, ao haver o subgrupo de pacientes com anorexia nervosa que come compulsivamente (com ou sem purga compensatória). A principal diferença entre os dois transtornos reside no equilíbrio relativo de comer menos ou mais do que o indicado e seu efeito no peso corporal. Na bulimia nervosa, o peso corporal geralmente não é muito importante, ao passo que a alimentação insuficiente predomina na anorexia nervosa, e o resultado é que o peso corporal é extremamente baixo e as características da inanição contribuem para o quadro clínico e sua manutenção (FAIRBURN & COOPER, 2016, p.670).

A TCC postula um tratamento específico para bulimia nervosa por meio de estudos randomizados controlados direcionados para adultos; os estudos concluíram a existência de um tratamento principal notório mediante a bulimia nervosa, no entanto, este tratamento, ainda não se encaixa como solução e recurso para todos, considerando que, nos pacientes que finalizaram o tratamento, no máximo metade tiveram respostas totais e duradouras (FAIRBURN & COOPER, 2016 apud HAY & CLAUDINO, 2010).

Ainda, firmado na TCC, encontra-se a terapia cognitivo-comportamental com tratamento ampliado (TCC-A) à qual é descrita como “ampliada”, por utilizar-se séries de estratégias e procedimentos novos direcionados para o aumento da adesão ao

tratamento, assim como seus resultados. Ademais, incorporado a TCC-A encontram-se módulos que enquadram adversidades como: o perfeccionismo, a baixa autoestima e dificuldades interpessoais, que se demarcam como mudanças externas ao transtorno alimentar central. Assim, encontram-se então duas formas de TCC-A, sendo: uma voltada à diligência e que se concentra puramente na psicopatologia do transtorno alimentar, e a outra que se ampliam os obstáculos externos à mudança (FAIRBURN & COOPER, 2016).

É fundamental salientar que, diferentemente de outras aplicações da TCC, quando exposto no quesito de relevância ao tratamento de pacientes com transtornos alimentares, o sexo do terapeuta é um fator importante. Sabe-se que o maior grupo de pacientes com TA, são as mulheres, dessa forma, as terapeutas encontram-se em vantagem, dado a percepção das pacientes de que terapeutas mulheres terão maior probabilidade em entender suas dificuldades; além disso, poderão auxiliar exercendo o papel de modelo comportamental no que diz respeito a aceitação da forma e peso (FAIRBURN & COOPER, 2016). Em nossas observações, entendemos que o sexo do terapeuta não influencia o tratamento, no entanto, diante do exposto supracitado, os pacientes que entendem dessa forma poderão ter melhor resultado pelo vínculo e engajamento terapêutico. “Não há qualificações profissionais específicas necessárias para a prática da TCC-A, mas é desejável ter certa bagagem de conhecimento e experiência” (COOPER & MURPHY, 2023, p. 1417).

É importante destacar também que pacientes com TA dispõem de posturas ambivalentes no que diz respeito ao tratamento devido à natureza egossintônica da psicopatologia, sobretudo em pacientes abaixo do peso, por vergonha, maiormente aos que estão comendo compulsivamente, ou por experiências adversas ao tratamento pregressas. Salientando que estas comparações entre homens e mulheres não diz respeito a aplicabilidade do tratamento, sendo ambos aptos ao exercício da terapia cognitivo-comportamental com tratamento ampliado, TCC-A (FAIRBURN & COOPER, 2016).

A TCC-A é formulada para ser um tratamento completo, sugerindo que não existam outras implementações durante o tratamento, segue-se um protocolo de tratamento:

A sessão inicial costuma levar até 2 horas, com quatro objetivos principais: vincular o paciente ao tratamento e a perspectiva de mudança, avaliar a natureza e a gravidade da psicopatologia atual, criar conjuntamente a formulação e estabelecer o automonitoramento em tempo real (FAIRBURN & COOPER, 2016, p.677).

No primeiro objetivo, vincular o paciente ao tratamento e a perspectiva de mudança, o profissional precisa explorar suas possibilidades, pois pacientes com TA encontram desafios em envolver-se no tratamento. Muitos compreendem o tratamento com uma perspectiva repleta de receios e com demasiada relutância, tornando indispensável ao terapeuta o entendimento e a sensibilidade à prováveis ambivalências (FAIRBURN & COOPER, 2016).

Tornando importante salientar que, neste aspecto, a sessão inicial deve ser vista como um ponto crucial. É fundamental que os pacientes fiquem conscientes de toda informação sobre o tratamento que estão entrando. Determinados profissionais reconhecem uma fase inicial para fortalecimento de motivação, visto que um dos componentes do envolvimento do paciente é expor sobre o que o tratamento abarca. Sendo de extrema relevância o fato que neste primeiro contato tanto o terapeuta avalia o paciente como também o paciente avalia o terapeuta (FAIRBURN & COOPER, 2016).

Sendo assim, destaca-se conforme a Tabela 2 tópicos que devem ser abordados nesta primeira sessão como uma preparação para a introdução dos estágios de tratamento.

Avaliar a natureza, bem como a gravidade da psicopatologia atual é significativamente relevante para o terapeuta ter em mãos o quadro completo, no entanto, deve considerar-se, dependendo do âmbito de trabalho, a probabilidade da pessoa que fez as entrevistas iniciais de avaliação não ser a que fará o tratamento. No contexto psicológico há a possibilidade de o terapeuta encontrar-se com o paciente pela primeira vez para avaliação, sendo fundamental uma segunda avaliação de TA para complemento do quadro do paciente com duração de no mínimo 2h (duas) horas para levantamentos de dados coerentes (FAIRBURN & COOPER, 2016).

Tabela 2. Estágio de tratamento com TCC.

Item	Descrição
Natureza e estilo do tratamento	Os pacientes precisam ser informados do nome, da natureza e do estilo do tratamento.
Questões práticas do tratamento	Os pacientes também devem ser informados acerca do número, da duração e da frequência das sessões.
Pesagem na sessão	Pacientes devem ser avisados com antecedência sobre a pesagem na sessão, que se torna um elemento do tratamento desde a primeira ou segunda consulta. Muitas vezes nos perguntam se os pacientes alguma vez se recusam a se pesar. A resposta é que o paciente ocasional é muito relutante, mas no contexto de uma primeira sessão de vinculação e sendo bem explicada a razão, não consideramos que a recusa seja um problema. Nossa experiência é que se cedermos ao medo do paciente de pesagem em sessão, é difícil introduzir o procedimento mais tarde.
Induzir a “apropriação”, o entusiasmo e a esperança	A noção de que o tratamento é do paciente, e não do terapeuta, também deve ser mencionada. No decorrer do tratamento, os pacientes devem ter clareza sobre o que está acontecendo e por quê. Embora muitos pacientes estejam entusiasmados para superar seu problema alimentar e ávidos para começar o tratamento, é importante maximizar o entusiasmo e a esperança. Isso, em parte, envolve transmitir que se tem conhecimento de transtornos alimentares, em geral, e do tipo de problema do paciente em particular.

Fonte: (Fairburn & Cooper, 2016, p.677).

Ao profissional cabe iniciar também, conjuntamente, a formulação, chamada também como diagrama ou quadro; é uma representação visual, devendo ser personalizada, conforme a demanda, para se ter um vislumbre do processo mantenedor do TA.

Torna-se fundamental logo na sessão inicial, quando um paciente que se encontra expressivamente abaixo do peso, ou que o TA for excessivamente fora do comum e de difícil entendimento, a formulação será realizada na próxima sessão, para dar ao terapeuta um prazo maior para reflexão (FAIRBURN & COOPER, 2016). As morbidades resultantes, em geral, fragilizam não apenas física, mas, psicologicamente os pacientes, tornando o fortalecimento de vínculo uma estratégia assertiva no tratamento; sessões com maior duração, dedicando tempo para acolher o paciente e integrar simultaneamente no processo, também se mostram como fatores importantes.

A formulação, além de sua funcionalidade como ferramenta de pesquisa, contribui simultaneamente acrescentando estudos de casos distintos e particulares na edificação dos: preditores, gatilhos, ciclos de manutenção específico e incomuns dos transtornos ou demandas psicológicas (NICOLETTI, DONADOM & PORTELA, 2022).

Para isso é necessário o desenvolvimento passo a passo, sem a imposição de voracidade, tendo o terapeuta o papel assumido de liderança, em parceria com o envolvimento ativo partido pelo paciente. Sendo primordial a frequência, sempre que adequada e usual, de expressões próprias do paciente. A melhor forma de iniciá-la é mediante um problema explícito, como: peso excessivamente baixo, ou uma demanda que o paciente queira mudar, como: a compulsão. Visto que tal formulação se fundamenta em informações obtidas logo no primeiro encontro,

é imprescindível ao terapeuta sinalizar claramente que esta é transitória e que será remodelada conforme a necessidade percebida através do tratamento. Sendo de grande relevância que o paciente se identifique com a formulação como uma explicação plausível para o TA (FAIRBURN & COOPER, 2016).

A parte preparatória do estágio de mudança tem quatro elementos distintos: estabelecer a pesagem colaborativa, educar o paciente sobre problemas alimentares, estabelecer os hábitos alimentares regulares e envolver pessoas significativas. Para facilitar o entendimento dos estágios de tratamento, posteriores ao estágio de preparação mencionado anteriormente, criamos quatro tabelas, numa visão geral do tema, contendo os elementos necessários para os estágios de tratamento.

Não definimos uma quantidade exata de sessões ou tempo pré-determinado, entendendo que cada paciente reagirá de forma diferente durante o processo, deixando para o terapeuta a oportunidade de acolher as demandas emergentes durante os atendimentos, contudo sem postergar o direcionamento para mudança.

A peça focal do estágio três, exposto na tabela 5, dá-se nos mecanismos centrais mantenedores do TA's, variando de indivíduo para indivíduo, sendo estes classificados em categorias amplas: Superestimação da forma e do peso, superestimação do controle sobre comer, restrição alimentar, mudanças na alimentação relacionada a humor e eventos, privação alimentar e estar abaixo do peso.

Em seguida, no terceiro estágio de tratamento, o objetivo será focar nos mecanismos que mantêm o transtorno alimentar, e a elaboração de estratégias de enfrentamento partindo das conclusões obtidas.

Tabela 3. Estágio um do tratamento: Começando bem.

Item	Descrição
Vincular o paciente ao tratamento e a perspectiva de mudança	Ser compreensível à possível ambivalência: Muitos vêm ao tratamento com receios e com vários níveis de relutância, sendo essencial que o terapeuta entenda isso e seja constantemente sensível à provável ambivalência do paciente. Informar ao paciente: A Natureza e estilo do tratamento; questões práticas do tratamento; pesagem na sessão; induzir a “apropriação”, o entusiasmo e a esperança.
Avaliando a natureza e a gravidade da psicopatologia atual	Avaliação orientada ao tratamento focada no estado atual do paciente no estilo de entrevista.
Criando conjuntamente a formulação	Criação de uma representação visual personalidade do processo que parece estar mantendo o problema alimentar do paciente, com a participação ativa do paciente, posteriormente discutindo implicações para o tratamento (formulação).
Estabelecendo o automonitoramento em tempo real	Registro permanente, “no momento”, de comportamentos, pensamentos, sentimentos e eventos relevantes manualmente.
Estabelecer uma pesagem colaborativa	Reduzir a ansiedade resultante a mudança de peso; interpretar corretamente os avanços obtidos; reduzir ansiedade com relação à evitação de pesagem; dar controle ao paciente sobre o que come.
Educando o paciente sobre problemas alimentares	Psicoeducar sobre possíveis problemas alimentares e mitos relacionados ao tema; estabelecer uma leitura guiada de materiais que reforcem o tratamento.
Estabelecendo os hábitos alimentares regulares	Para pacientes com o comer compulsivo: reduzir frequência de episódios, chamado de alimentação retratado (postergar comer durante o dia). Para pacientes abaixo do peso: introduzir refeições e lanches regulares. Enfatizar ao paciente que: devem adotar hábitos saudáveis, poder escolher suas alimentações, ser informado sobre a prioridade (a alimentação e não o que comem), ajustar padrão alimentar conforme a rotina do paciente.
Envolvendo pessoas significativas	Atendimento multiprofissional; inserir pessoas significativas no tratamento por parte do paciente.

Fonte: (FAIRBURN & COOPER, 2016, p. 677 – 691).

Tabela 4. Estágio um do tratamento: Começando bem.

Item	Descrição
Realizando uma revisão conjunta dos avanços	A quantidade de mudanças do paciente nas primeiras semanas é preditor de resultados. Sendo necessário, uma análise dos registros de monitoramento do paciente e ajudá-lo a ter uma perspectiva equilibrada sobre o que mudou e o que não mudou.
Revisão da formulação	Faz-se importante a revisão da formulação à luz do que se obteve no estágio 1, considerando que alguns problemas e processos podem não ter sido tão óbvios quando se criou a formulação, tornando-se necessário a decisão sobre quais elementos serão mais relevantes ao paciente para o prosseguimento do tratamento.

Fonte: (FAIRBURN & COOPER, 2016, p. 677 – 691).

Tabela 5. Estágio três do tratamento: Abordando os principais mecanismos de manutenção.

Item	Descrição
Abordando a superestimação da forma e do peso	Os TA, em sua grande maioria, derivam deste julgamento do valor de si mesmo, no que se refere a forma e peso e na capacidade de controlá-lo, como por suas consequências.
Identificar a superestimação e suas consequências	Aqui o terapeuta auxilia o paciente a identificar o esquema de autoavaliação, posteriormente discutem a inferência do e esquema e elaboram um plano para abordar as expressões da superestimação. É necessário abordar junto ao paciente quanto ao autojulgamento para cumprir normas sociais em áreas que elas valorizam, assim como nesta etapa torna-se necessário auxiliá-lo na criação de uma lista das áreas da vida do paciente que contribuem para autoavaliação, podendo ser classificados e representados por um gráfico-pizza, sendo o próximo passo pedir ao paciente para refletir sobre implicações do esquema de autoavaliação representado pelo gráfico-pizza, explicando-o que as consequências da superestimação também serve como mantenedor.
Desenvolver domínios de autoavaliação que estejam marginalizados	O enfrentamento das expressões superestimadas de um domínio de forma e peso reduz o seu alcance, tendo isto em mente, faz-se necessário o desenvolvimento de novos domínios, bem como a redução da importância atribuída a este domínio dominante. Dessa forma, é necessário o uso de alguns passos, como: explicar a fundamentação para o desenvolvimento novos domínios de autoavaliação, ajudar o paciente a identificar novas atividades que possam ser envolventes, concordar em uma, ou duas, atividades para poder experimentar, garantir que o paciente faça atividade identificada, revisar o processo semanalmente tendo uma atitude estimuladora e facilitadora para o paciente, e realizar o tratamento sobre a superestimação dominante de forma e peso, inicialmente utilizando a verificação do corpo.
Abordar a verificação e evitação do corpo	Tratar da verificação e evitação do corpo e dar informações subjacentes com suas consequências. Verificar quais os comportamentos de verificação e evitação que o paciente possui. Registrar a verificação em conjunto ao paciente por dois períodos de 24 horas, haja vista o desconforto do registro, no intuito de extinguir formas incomuns de verificação do corpo. Abordar formas mais normativas de verificação do corpo. No caso de evitação do corpo, auxiliar o paciente a acostumar com a visão e a sensação de seus corpos, e aprender a fazer comparações justas com os de outros.
Abordar o “sentir-se gordo”	Analisar a intensidade e a frequência da sessão do paciente. Explicar o sentido do “sentir-se gordo” em comparação ao “ser gordo”.
Abordando a restrição alimentar e a evitação de alimentos	Reduzir/eliminar a forte tendência desses pacientes a dieta. Chamara atenção dos pacientes para o perigo de dietas restritivas. Explorar com o paciente as prováveis consequências de descumprir a regra.
Abordando as mudanças na alimentação relacionadas a eventos e humores	Identificar essas mudanças na alimentação por meio de registro em tempo real e, na sessão seguinte, examinar detalhadamente um ou mais exemplos, na tentativa de identificar os gatilhos envolvidos. Em seguida, o paciente deve ser treinado em uma variante da técnica cognitivo-comportamental tradicional para solução de problemas, denominada solução proativa de problemas.
Reveses e mentalidades	É importante levantar o tema das formas de pensar nesse estágio do tratamento, para que os pacientes possam aprender a detectar sua forma de pensar relacionada ao transtorno alimentar se instalando ao identificar as mudanças iniciais características em seu comportamento.

Fonte: (FAIRBURN & COOPER, 2016, p. 677 – 691).

Tabela 6. Estágio quatro do tratamento: Terminando bem.

Item	Descrição
Garantir que as mudanças feitas no tratamento sejam mantidas	Revisar em detalhe os avanços do paciente e quais são os problemas que permanecem.
Minimizar o risco de recaídas no futuro	Educar o paciente sobre o risco de recaída, destacando gatilhos comuns e a provável sequência de eventos no caso do paciente. Enfatizar a importância de detectar os problemas cedo, antes de eles se tornarem arraigados. Construir com o paciente um plano de ação (um “plano de manutenção a longo prazo” personalizado e por escrito) elaborado para usar no futuro, caso surja algum problema. Discutir quando o paciente deveria buscar mais ajuda.
Finalizando ou estendendo o tratamento	Na prática, isso significa que é aceitável terminar o tratamento mesmo que os pacientes ainda façam um pouco de dieta, talvez com episódios de compulsão alimentar e vômitos ocasionais, e que tenham preocupações residuais com a forma do corpo e o peso.

Fonte: (FAIRBURN & COOPER, 2016, p. 677 – 691).

Segue a finalização do último estágio, assim, para pacientes que estejam recebendo 20 sessões de tratamento tem o intuito de garantir que as mudanças feitas no tratamento sejam mantidas e ampliadas.

Consulta de pós-tratamento: após 20 semanas posteriores ao tratamento, no intuito de reavaliar o estado do paciente e a necessidade de mais tratamento, analisar a implantação dos planos de manutenção de curto prazo, discutir como foram enfrentados os reveses é posterior rever o plano de manutenção de longo prazo.

Desse modo, considera-se que os estágios de tratamento fornecem ao terapeuta uma abrangência de práticas com embasamentos científicos que norteiam o atendimento de forma assertiva, no entanto, para eficácia de todos os estágios do tratamento, faz-se necessário uma prática colaborativa, entre terapeuta e paciente, durante todo o processo terapêutico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste trabalho foi discorrido o conceito da psicopatologia central dos transtornos alimentares e estratégias para o tratamento em Terapia Cognitivo-Comportamental.

Observam-se importantes avanços existentes no campo científico capazes de nortear a atuação clínica de profissionais na área da saúde mental.

Conclui-se que, apesar da existência de padrões de tratamento baseado em evidência, há espaços na psicologia para novos estudos, pesquisas e contribuições, haja visto, a vasta influência social sofrida por cada grupo de indivíduos dentro da sociedade. Assim, é imprescindível para o tratamento dos transtornos alimentares uma colaboração mútua, entre profissional e paciente, para que dessa forma, ocorra uma melhora significativa no quadro, colaboração está estabelecida diante de um vínculo terapêutico saudável e participativo.

Considerando, que o processo de tratamento de transtornos alimentares norteado por estratégias possibilita ao profissional maior assertividade e progresso do paciente, cabe ressaltar que, apesar da estrutura existente, o paciente possui um papel crucial em sua melhora, não havendo possibilidade de outra pessoa ocupar este espaço em seu tratamento senão o próprio.

Para tanto, o tratamento dos transtornos alimentares através da terapia cognitivo-comportamental, são estratégias de suma relevância e que contribuirão para proporcionar as pessoas um corpo e uma mente sã, logo terão longevidade e qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- ANDREATTA, Ilana; FERREIRA, Mariana Gomes. Os modelos cognitivos dos transtornos alimentares. *In: A prática da terapia cognitivo-comportamental nos transtornos alimentares e obesidade*, Novo Hamburgo: Sinopsys Editora, 2016, p. 78 - 96.
- AMERICAN, Psychiatric Association. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**; Tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento... et al.]; revisão: Aristides Volpato Cordioli... [et al.]. — 5. ed. — Porto Alegre: Artmed, 2014.
- AMERICAN, Psychiatric Association. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR**. Tradução: Daniel Vieira, Marcos Viola Cardoso, Sandra Maria Mallmann da Rosa; revisão: José Alexandre de Souza Crippa, Flávia de Lima Osório, José Diogo Ribeiro de Souza. — 5. ed., texto revisado — Porto Alegre: Artmed, 2023.
- APOLINÁRIO, Ana Cláudia da Silva Rocha; MOÇO, Camila Medina Nogueira. O bullying no contexto da obesidade na adolescência: Intervenções da terapia cognitivo comportamental. *Revista Ibero-americana de Humanidades, Ciências e Educação*, v. 8, n. 8, p. 514-531, 2022.
- ARGIMON, Irani Iracema de Lima; CERUTTI, Fernanda; ESTEVES, Cristiane Silva. Medidas de avaliação em transtornos alimentares. *In: A prática da terapia cognitivo-comportamental nos transtornos alimentares e obesidade*, Novo Hamburgo: Sinopsys Editora, 2016, p. 65 - 77.
- BARLOW, David, H (orgs). **Manual clínico dos transtornos psicológicos: tratamento passo a passo**. Tradução: Scherer Marques Costa; revisão: Antônio Carlos 5. Ed. — Porto Alegre: Artmed, 2016.
- BARLOW, David, H (orgs). **Manual clínico dos transtornos psicológicos: tratamento passo a passo**. Tradução: Alexandre Salvaterra; revisão técnica: Antônio Carlos Scherer Marques da Rosa, Elisabeth Meyer. – 6. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2023.
- BECK, Judith S. **Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática**/ Judith S. Beck; tradução: Sandra Maria Mallmann da Rosa; revisão técnica: Paulo Knapp. — 3. Ed. — Porto Alegre: Artmed, 2022.
- BECK, Aaron T. **Thinking and depression: I**. Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of general psychiatry*, v. 9, n. 4, p. 324-333, 1963. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/488402> . Acesso em 03 set 2023.
- BECK, Aaron T. **Thinking and depression: II**. Theory and therapy. *Archives of general psychiatry*, v. 10, n. 6, p. 561-571, 1964. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/488562> . Acesso em 03 set 2023.
- BECK, Aaron T.; DEFFENBACHER, Jerry L. **Prisoners of hate: The cognitive basis of anger, hostility and violence**. 1999. Disponível em: <https://connect.springerpub.com/content/sgjpcp/14/2/201> . Acesso em 03 set 2023.
- COOPER, Zafra; MURPHY, Rebecca. Transtornos alimentares: Um protocolo transdiagnóstico. *In: Manual clínico dos transtornos psicológicos: tratamento passo a passo*. BARLOW, David, H (orgs). Tradução: Alexandre Salvaterra; revisão técnica: Antônio Carlos Scherer Marques da Rosa, Elisabeth Meyer. – 6. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2023, p. 1399 - 1468.

- FIGUEIREDO, Bárbara Queiroz et al. **Transtornos alimentares: etiologias, fatores desencadeantes, desafios de manejo e métodos de triagem.** Research, Society and Development, v. 11, n. 12, 2022. Disponível em: file:///C:/Users/M%C3%81RCLA/Downloads/Transtornos_alimentares_etiologias_fatores_desenca.pdf. Acesso em 16 ago 2023.
- FAIRBURN, Christopher G.; COOPER, Zafra. Transtornos alimentares: Um protocolo transdiagnóstico. In: **Manual clínico dos transtornos psicológicos: tratamento passo a passo.** BARLOW, David, H (orgs). Tradução: Scherer Marques Costa; revisão: Antônio Carlos 5. Ed. — Porto Alegre: Artmed, 2016, p. 665 – 696.
- FINGER, Igor da Rosa; GUEDES, Patrícia Ariane. Diagnostico e curso dos transtornos alimentares. In: **A prática da terapia cognitivo-comportamental nos transtornos alimentares e obesidade.** Novo Hamburgo: Sinopsys Editora, 2016, p. 24 – 36.
- FLORES, Pedro et al. **Influência da atividade física na percepção da imagem corporal.** Motricidade, v. 16, n. 3, p. 265-273, 2020.
- GOELLNER, Silvana Vilodre. **A produção cultural do Corpo.** In: GOELLNER, Silvana Vilodre et alli. **Corpo, Gênero e Sexualidade: um debate contemporâneo.** 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2007, p. 452-479.
- HAY, Phillipa J.; CLAUDINO, Angélica de M. **Evidence-based treatment for the eating disorders.** 2010. Disponível em: <https://academic.oup.com/edited-volume/34527/chapter-abstract/292934472?redirectedFrom=fulltext&login=false> . Acesso em 16 ago 2023, p. 452-479.
- IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Brasileiro de 2015 a 2019.** Rio de Janeiro: IBGE, 2019.
- MACEDO, Brisa Burgos Dias; NICOLLETTI, Êdela Aparecida. **Modelo de formulação de casos para pacientes com transtornos alimentares.** In: **Guia prático de formulação de casos em terapia cognitivo-comportamental.** Êdela Aparecida Nicoletti, Mariana Fortunada Donadon, Carlos Eduardo Portela (orgs). - Novo Hamburgo: Sinopsys Editora, 2022. p. 99 - 118.
- NEUFELD, Carmem Beatriz, et al. In: **A prática da terapia cognitivo-comportamental nos transtornos alimentares e obesidade/** organizadores por Igor da Rosa Finger e Margareth da Silva Oliveira - Novo Hamburgo: Sinopsys Editora, 2016, p. 351 - 380.
- NICOLETTI, E.A; DONADON, M.F; PORTELA, C.E. **Guia prático de formulação de casos em terapia cognitivo-comportamental.** Novo Hamburgo: Sinopsys Editora, 2022.
- RODRIGUES, Daniela da Silva De Souza. **A influência das mídias sociais na autoimagem da mulher e suas relações no desenvolvimento dos transtornos alimentares.** 2019. TCC - Apresentado a Faculdade UNESC. Disponível em: <http://repositorio.unesc.net/handle/1/7153>. Acesso em: 16 set 2023.
- TORRES, Christian P. et al. Trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de medicina de una universidad de Perú. **Revista Cubana de Salud Pública,** v. 43, p. 551-561, 2017. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2017.v43n4/551-561/es> . Acesso em: 16 set 2023.
- VIGITEL – Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL), promovida pelo Ministério da Saúde em parceria com Núcleo de Pesquisas epidemiológicas em nutrição e saúde da Universidade de São Paulo. VIGITEL, 2014.
- WRIGHT, J.H. et al. **Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: um guia ilustrado.** Tradução: Mônica Giglio Armando; revisão técnica: Paulo Knapp. 2.ed. — Porto Alegre: Artmed, 2019.
- ZAMANA, Rebeka Ramblas. **Transtornos alimentares: crenças disfuncionais que pacientes possuem sobre si.** 2021. TCC - Apresentado a Faculdade UNIFAAT. Disponível em: <http://186.251.225.226:8080/bitstream/handle/123456789/311/TCC%20-%20REBEKA%2026.11.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 16 ago 2023.