



Centro de Estudos em Terapia  
Cognitivo-Comportamental

**CETCC- CENTRO DE ESTUDOS EM TERAPIA COGNITIVO-  
COMPORTAMENTAL**

**CARLA REGINA ANDRADE CARVALHO**

**TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NO  
TRATAMENTO DE TRANSTORNOS ALIMENTARES**

**São Paulo**

**2018**

**CARLA REGINA ANDRADE CARVALHO**

**TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NO  
TRATAMENTO DE TRANSTORNOS ALIMENTARES**

**Trabalho de conclusão de curso Lato Sensu**

**Área de concentração: Terapia Cognitivo-Comportamental**

**Orientadora: Profa. Dra. Renata Trigueirinho Alarcon**

**Coorientadora: Profa. Msc. Eliana Melcher Martins**

**São Paulo**

**2018**

Fica autorizada a reprodução e divulgação deste trabalho, desde que citada a fonte.

Carvalho, Carla Regina Andrade.

**Terapia Cognitivo-Comportamental de Transtornos Alimentares**

Carla Regina Andrade Carvalho, Renata Trigueirinho Alarcon, Eliana Melcher Martins – São Paulo, 2019.

32 f. + CD-ROM

Trabalho de conclusão de curso (especialização) - Centro de Estudos em Terapia Cognitivo-Comportamental (CETCC).

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Renata Trigueirinho Alarcon

Coorientadora: Prof<sup>a</sup>. Msc. Eliana Melcher Martins

1 Transtornos Alimentares, 2. Terapia Cognitivo-comportamental. I. Carvalho, Carla Regina Andrade. II. Alarcon, Renata Trigueirinho. III. Martins, Eliana Melcher.

Carla Regina Andrade Carvalho

**Terapia Cognitivo-Comportamental de Transtornos Alimentares**

Monografia apresentada ao Centro de Estudos em  
Terapia Cognitivo-Comportamental como parte das  
exigências para obtenção do título de Especialista  
em Terapia Cognitivo-Comportamental

**BANCA EXAMINADORA**

Parecer: \_\_\_\_\_

Prof. \_\_\_\_\_

Parecer: \_\_\_\_\_

Prof. \_\_\_\_\_

São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

## DEDICATÓRIA

*“As minhas irmãs, meus pais, meu companheiro e a toda minha família que, com muito carinho e apoio, não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa de minha vida e sem eles este trabalho e muitos dos meus sonhos não se realizariam”*

## **AGRADECIMENTOS**

*A instituição de ensino, seus coordenadores e administradores pela oportunidade e acolhimento.*

*Aos meus amigos Guilherme e Ana Luiza que me acompanharam no curso, pela força e companheirismo.*

*A orientadora Dra. Renata, pelo suporte e correções.*

*A toda a minha família, principalmente meus pais e irmãs, que apoiaram e incentivaram em momentos de cansaço e desânimo.*

*Ao meu namorado, Diego, que me acompanhou nos deslocamentos e mudança de rotina para os estudos.*

*E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigada.*

## RESUMO

**Objetivo:** Este trabalho teve como objetivo realizar uma análise sobre a eficácia da terapia cognitivo-comportamental no tratamento de transtornos alimentares, notadamente anorexia nervosa e bulimia nervosa. **Metodologia:** A metodologia utilizada foi uma pesquisa bibliográfica realizada nas bases de dados Scielo, PepSIC e PubMed, além de livros publicados sobre o tema. A análise de critérios para a seleção de fontes de informações se baseou em seis critérios, a saber: consistência, período pesquisado, conteúdo temático, precisão, acessibilidade e confiabilidade. Estabeleceu-se um período de datas de publicação de 2001 a 2018. **Resultados:** Foi possível verificar que a terapia cognitivo-comportamental no tratamento de anorexia nervosa e bulimia nervosa tem como propósito modificar as crenças e pensamentos disfuncionais dos pacientes atribuídos ao próprio corpo, valor pessoal, alimentação e peso. **Conclusão:** Foi possível concluir que a terapia-cognitivo-comportamental é eficiente para o tratamento dos transtornos mentais, no entanto, a escassez de estudos empíricos sobre o tema, em especial publicados em língua portuguesa, aponta para a necessidade de pesquisas de campo que atestem a eficácia destas técnicas de forma padronizada.

**Palavras-chave:** Terapia Cognitivo-Comportamental, Transtorno alimentar, Bulimia, Anorexia.

## ABSTRACT

**Objective:** This study aimed to analyze the efficacy of cognitive behavioral therapy in the treatment of eating disorders, notably anorexia nervosa and bulimia nervosa.

**Methodology:** The methodology used was a bibliographic research carried out in the databases Scielo, PepSIC and PubMed, in addition to published books on the subject. The analysis of criteria for the selection of sources of information was based on six criteria, namely: consistency, searched period, thematic content, accuracy, accessibility and reliability. There was a period of publication dates for 2001 to 2018.

**Results:** It was possible to verify that cognitive behavioral therapy in the treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa has as purpose to modify the beliefs and dysfunctional thoughts of the patients attributed to the own body, personal value, food and weight. **Conclusion:** It was possible to conclude that cognitive behavioral therapy is efficient for the treatment of mental disorders, however, the shortage of empirical studies on the subject, especially published in Portuguese language, points to the need for field surveys that attest to efficiency these techniques in a standardized way.

**Keywords:** Cognitive Behavior Therapy, Eating Disorder, Bulimia, Anorexia.



## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	8
2 OBJETIVO .....	12
3 METODOLOGIA .....	13
4 RESULTADOS .....	15
5 DISCUSSÃO .....	26
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	28
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	29
ANEXO.....	32

## 1 INTRODUÇÃO

Na virada do século XX para o século XXI, a sociedade passou por mudanças significativas, em especial na forma das pessoas se relacionarem, no desenvolvimento da cultura e, principalmente, nos padrões de beleza vigentes que evidenciam o emagrecimento como propósito para obter aceitação social. Neste sentido, a busca do corpo ideal assume, na atualidade, uma dimensão que ultrapassa o cuidado com a saúde física, levando o indivíduo à uma intensa preocupação com o peso e o medo exagerado de engordar, culminando em uma percepção corporal distorcida que realiza uma autoavaliação baseada em seu peso e sua forma física. No entanto, isto não parece ocorrer sem uma causa *a priori*, tendo em vista que somos cercados, o tempo todo - seja no espaço urbano, jornais, revistas e propagandas de televisão - por anúncios que incentivam o consumo de produtos que prometem ao consumidor alcançar a forma física desejada. Desta maneira, parece haver um consenso de que todos têm a capacidade de modificar o próprio corpo a fim de ajustar-se aos padrões de beleza pré-estabelecidos em nossa cultura que associa a magreza ao sucesso pessoal.

Assim, é neste contexto, aliado a fatores familiares, psicológicos e biológicos, que o indivíduo, em especial a mulher, torna-se mais propenso a desenvolver Transtornos Alimentares, notadamente Anorexia e Bulimia, que serão problematizadas neste trabalho à luz da Terapia Cognitivo-comportamental.

Desta maneira, o presente trabalho justifica-se pela necessidade da realização de um estudo mais aprofundado acerca da anorexia e bulimia através da contribuição da Terapia Cognitivo-Comportamental no tratamento destes transtornos, possibilitando uma intervenção através de estratégias cognitivas e comportamentais, que podem contribuir na redução de aspectos psicológicos que mantêm tais distúrbios alimentares, minimizando os comportamentos disfuncionais. Neste sentido, destaca-se a importância da pesquisa nesta temática, levando em consideração a importância do papel do psicólogo no tratamento destes transtornos, tendo em vista que um manejo comportamental e uma reestruturação cognitiva adequadas possibilitam um resultado terapêutico positivo.

De acordo com Pinzon e Nogueira (2004), embora os estudos epidemiológicos sobre Anorexia e Bulimia adotem metodologias diferentes e

amostras variáveis para a coleta de dados, o que dificulta os resultados mais acurados, dados gerais apontam um índice de prevalência entre 0,5 % e 3,7% na anorexia nervosa e 1,1% e 4,2% na bulimia. Em vista disso e ao crescente número de casos de anorexia e bulimia, em especial entre mulheres e adolescentes do sexo feminino, faz-se necessário pesquisar como as estratégias da Terapia Cognitivo-Comportamental podem auxiliar no tratamento e manutenção destes transtornos, haja vista que de acordo com Borges et al. (2006), o índice de mortalidade pode chegar a 20% na anorexia nervosa e 4% na bulimia, sendo a anorexia o transtorno psiquiátrico com maior índice de mortalidade.

Conforme Farah e Mate (2015), indivíduos diagnosticados com transtornos alimentares requerem um atendimento interdisciplinar, visto que estes transtornos apresentam uma multifatorialidade de causas, tais como: fatores precipitantes (eventos estressores e dietas); fatores predisponentes (socioculturais, familiares e individuais); fatores mantenedores (cultural, psicológico e fisiológico), e comorbidade, isto é, a manifestação de mais de um transtorno no paciente diagnosticado.

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, o DSM – V (2014), os transtornos alimentares caracterizam-se por uma desordem severa e persistente na alimentação e em todo comportamento relacionado a ela. Como consequência desta perturbação no comportamento alimentar, ocorrem mudanças significativas na saúde física do indivíduo, comprometendo, além disso, seu funcionamento psicossocial.

Ainda de acordo com o DSM – V (2014), a anorexia nervosa pode ser classificada pelos seguintes critérios diagnósticos: restrição da ingestão calórica que tem como objetivo um peso corporal significativamente baixo em relação ao adequado para sua idade, gênero e saúde física; medo intenso de engordar mesmo estando abaixo do peso ideal; distorção na autoavaliação corporal e ausência persistente de reconhecimento da gravidade de sua saúde causada pelo seu baixo peso corporal . A perda de peso é vista como uma conquista importante, enquanto o ganho é percebido como uma falha de autocontrole inadmissível. Embora alguns pacientes reconheçam que estão magros, frequentemente não assumem ou negam sua condição como um problema. Nos casos de pacientes gravemente abaixo do peso, é comum o surgimento de humor deprimido, sintomas depressivos, irritabilidade, isolamento social, diminuição da libido e insônia. Existem dois subtipos

de anorexia nervosa, a saber: tipo restritivo, onde a perda de peso é conseguida através de jejuns, excesso de exercícios físicos e dietas restritivas; e tipo compulsão alimentar purgativa, onde o indivíduo recorre frequentemente a purgações através de indução ao vômito, diuréticos e laxantes após um comportamento de compulsão alimentar. A semi-inanição da anorexia nervosa, aliada aos comportamentos purgativos, podem resultar em complicações médicas, tais como: amenorreia, alterações do metabolismo, desnutrição e anormalidade nos sinais vitais que são potencialmente fatais. As comorbidades mais frequentes em pacientes com anorexia nervosa são os transtornos bipolares, depressivos e de ansiedade, transtorno obsessivo compulsivo em indivíduos com anorexia nervosa do subtipo restritivo e transtorno por uso de álcool e outras substâncias naqueles diagnosticados com o subtipo de compulsão alimentar purgativa.

A bulimia, por sua vez, compreende episódios recorrentes de compulsão alimentar, com a ingestão de uma quantidade de alimento muito maior do que a maioria das pessoas consumiria no mesmo intervalo de tempo e nas mesmas circunstâncias. Esta compulsão vem acompanhada da sensação de falta de controle sobre a quantidade de alimento ingerido, culminando em comportamentos compensatórios inapropriados com o objetivo de impedir o ganho de peso. Indivíduos com bulimia em geral têm vergonha de seu transtorno alimentar e, na maioria das vezes, os episódios de compulsão alimentar ocorrem em segredo. Diferente do que ocorre na anorexia nervosa, na bulimia não há perda de peso, sendo que os indivíduos portadores deste transtorno estão geralmente dentro da faixa ideal de peso ou com sobrepeso. Pode resultar em complicações médicas tais como: lacerações da faringe, doenças da gengiva, perda do esmalte dentário, fraqueza muscular, distensão abdominal e arritmias cardíacas. Além disso, o risco de suicídio é alto em indivíduos com bulimia nervosa, uma vez que um dos principais sintomas deste transtorno é a depressão. A comorbidade com transtornos mentais é frequente na bulimia nervosa, não se limitando a um transtorno específico, no entanto, existe uma frequência maior de sintomas depressivos, tal como o sentimento de desvalia. (DSM V, 2014)

Estudos apontam a importância da psicoterapia Cognitivo-comportamental – aliada à equipe multidisciplinar - no tratamento de transtornos alimentares, alcançando resultados satisfatórios. Neste âmbito, ela tem como objetivo a mudança de estilo de vida visando um padrão de comportamento alimentar adequado, além

de proporcionar a manutenção de peso em longo prazo, focalizando a modificação de pensamentos, sentimentos e comportamentos relacionados à alimentação.

Considerando os aspectos psicológicos relacionados aos transtornos alimentares, buscou-se, neste estudo, explorar pesquisas empíricas publicadas sobre a terapia cognitivo-comportamental (TCC) dos transtornos alimentares e suas estratégias de intervenção, visando analisar a sua eficiência no processo de tratamento destes indivíduos.

## **2 OBJETIVO**

### **2.1 Objetivo Geral**

Analisar a eficácia da Terapia Cognitivo-Comportamental no processo de tratamento dos transtornos alimentares anorexia nervosa e bulimia nervosa.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Analisar o papel do terapeuta cognitivo-comportamental no processo de tratamento da anorexia nervosa e bulimia nervosa;
- Descrever as técnicas de intervenção da Terapia Cognitivo-Comportamental para pacientes com transtornos alimentares.

### 3 METODOLOGIA

Este trabalho caracterizou-se como uma pesquisa bibliográfica, de natureza exploratória, que teve princípio a partir da leitura de diferentes teóricos da área da Psicologia, em especial sobre Terapia Cognitivo-comportamental e transtornos alimentares, objetivando compreender sobre o processo de tratamento dos transtornos alimentares – notadamente Anorexia e Bulimia – na perspectiva da Terapia Cognitivo-comportamental.

De acordo com Lima e Mioto (2007), a pesquisa bibliográfica implica em um trabalho exploratório descritivo, que tem por objetivo a busca por soluções de um problema de um objeto de estudo e que, por isso, não deve ser uma pesquisa aleatória. Neste sentido, os métodos da pesquisa devem ser expostos com clareza, de modo que o tipo de pesquisa e as delimitações do trabalho sejam apresentados ao leitor.

A abordagem teórica adotada para este estudo foi a abordagem qualitativa, que tem como característica o aprofundamento da compreensão de determinado fenômeno pré-estabelecido pelo pesquisador.

Conforme Minayo (2001), a abordagem qualitativa preocupa-se com aspectos que não podem ser quantificados e que se baseiam nas dinâmicas das relações sociais. Neste sentido, a abordagem qualitativa possibilita que o pesquisador se aprofunde no âmbito dos motivos e processos do fenômeno estudado e que não podem ser reduzidos à quantificação de variáveis.

Para a elaboração deste trabalho foram consultados artigos publicados em bibliotecas eletrônicas de periódicos científicos, tais como *SciELO*, *PePSIC* e *Pubmed*, livros, sites governamentais e sites especializados nos idiomas português e inglês. **Palavras-chave:** Terapia Cognitivo-Comportamental, Transtorno alimentar, Bulimia, Anorexia. **Keywords:** Cognitive Behavior Therapy, Eating Disorder, Bulimia, Anorexia.

A análise de critérios para a seleção de fontes de informações se baseou em seis critérios, a saber: consistência, período pesquisado, conteúdo temático, precisão, acessibilidade e confiabilidade. A consistência diz respeito a coerência com a qual o autor aborda o conteúdo estudado e se há as devidas referências às fontes pesquisadas. Os critérios adotados para estabelecer os conteúdos temáticos

das pesquisas foram baseados no tema deste trabalho, e por ser um tema amplamente discutido na sociedade, foi necessário utilizar o critério de período pesquisado para estabelecer um limite de datas de publicações para não correr o risco de comprometer a pesquisa com fontes defasadas. Deste modo, estabeleceu-se um período de datas de publicações do ano 2001 a 2018. O critério de avaliação da precisão das fontes de informações diz respeito à coerência, foco e consistência em que o conteúdo é desenvolvido e apresentado durante todo o trabalho. A confiabilidade tem por objetivo garantir ao leitor a origem dos dados, a validade do conteúdo, além de autoria reconhecida do autor em sua área de atuação. A acessibilidade, por sua vez, é a facilidade de localizar e obter as informações necessárias que contemplem todos os critérios acima citados.



## 4 RESULTADOS

De acordo com Wilhelm, Fortes e Pergher (2015) a terapia - cognitivo-comportamental focada no tratamento de transtornos alimentares foi apresentada em 1981, por Fairburn, com o objetivo de ajudar o paciente a controlar seus comportamentos direcionados à alimentação, no sentido de alterar suas atitudes e hábitos alimentares anormais, seu peso e sua imagem corporal. Posteriormente, a terapia cognitivo - comportamental acrescentou em suas técnicas o suporte e manutenção da evolução do paciente, além de auxiliar na reestruturação das crenças disfuncionais referentes ao seu corpo e autoimagem. Desta maneira, atualmente, as técnicas para os transtornos alimentares, em particular bulimia nervosa e anorexia nervosa, têm como objetivo auxiliar no manejo das cognições disfuncionais, notadamente da autoimagem corporal distorcida, na redução da ansiedade e na redução de comportamentos característicos destes transtornos, tais como vômitos e jejuns.

Para corroborar com isso, Oliveira e Deiro (2013) relatam que a terapia cognitivo - comportamental (TCC) usa técnicas objetivas, semiestruturadas, que têm como foco identificar e modificar as circunstâncias que possibilitam o desenvolvimento de alterações da cognição e do comportamento. Segundo as autoras, a terapia na TCC para transtornos alimentares tem como foco os componentes comportamentais destes transtornos, uma vez que estas perturbações comportamentais – tais como vômitos, jejuns e purgações – são os agentes centrais destes transtornos e devem, portanto, ser controlados.

Ainda conforme Oliveira e Deiro (2013), a TCC para os transtornos alimentares também tem como objetivo ensinar o paciente a examinar suas crenças, verificar suas validades e mudar seus comportamentos disfuncionais, uma vez que a abordagem correlaciona os pensamentos com as emoções e comportamentos manifestos. Segundo as autoras, os processos cognitivos mais comuns nestes casos são: supergeneralização, pensamento dicotômico, abstração seletiva, pensamento supersticioso, magnificação e personalização, sendo que todos devem ser examinados cautelosamente para que os pensamentos automáticos possam ser modificados.

Assim,

[...] esses pacientes tendem a pensar em termos incondicionais e extremos (pensamento dicotômico). Assim, adotam regras dietéticas rígidas e inflexíveis, nas quais pequenos desvios são percebidos como evidência de fracasso e autocontrole pobre e podem ser seguidos de um abandono temporário do domínio sobre a alimentação. Não é raro que eles pensem: "se não estou completamente com o controle, isso significa que perdi todo o controle, que está tudo perdido e que posso então me faltar". Em geral, em vez de perceber que são as regras que estão distorcidas e considerar outras situações em que demonstram bom autocontrole, atribuem as falhas de autocontrole a deficiências pessoais, reforçando, então, a baixa autoestima (FAIRBURN, 1991 *apud* OLIVEIRA E DEIRO, 2013).

Willhelm, Fortes e Pergher (2015) afirmam que o tratamento passa por três fases, a saber: a primeira diz respeito ao envolvimento e compromisso do paciente com o tratamento, ressaltando os aspectos positivos resultantes da terapia, além de auxiliar no controle do estresse e ansiedade com o objetivo de promover o manejo do comportamento alimentar. A segunda fase é direcionada à reestruturação cognitiva com o propósito de flexibilizar as crenças disfuncionais do paciente. Nesta etapa é essencial que o paciente compreenda que o seu peso não é um problema, mas, sim, suas crenças disfuncionais que mantêm o transtorno. A última fase tem como objetivos a manutenção de todo o progresso anterior e a preparação para lidar com eventos estressores a fim de evitar recaídas.

Duchesne e Almeida (2002) descrevem as estratégias recomendadas para o tratamento de anorexia nervosa e bulimia nervosa sob a perspectiva da terapia cognitivo-comportamental, as quais reproduzirei a seguir.

Os procedimentos para o tratamento da anorexia nervosa são: diminuição da frequência de atividade física, diminuição da restrição alimentar, aumento da autoestima, diminuição do distúrbio sobre sua imagem corporal e a alteração das crenças disfuncionais associadas ao peso, aparência e alimentação.

- Diminuição da frequência de atividades físicas: técnica onde a interrupção das atividades físicas é incentivada em favor do engajamento de atividades que propiciam o envolvimento em relações interpessoais.

- Diminuição da restrição alimentar: direcionado a investigar as causas que favorecem a restrição alimentar, estabelecimento de um roteiro com horários para a alimentação, bem como a exposição gradual de circunstâncias alimentares constantemente evitadas pelo paciente.

- Aumento da autoestima: tem como objetivo diminuir as expectativas de desempenho dos pacientes, uma vez que consideram o ganho de peso como uma falha inadmissível. Desenvolver modelos realistas de autoimagem e autoavaliação,

incentivando desenvolver a autoestima sobre outros aspectos além da aparência física, enfatizando suas qualidades e progressos. Favorecer o desenvolvimento de habilidades sociais com o objetivo de modificar suas relações sociais e interpessoais, sua autoestima e crenças de auto eficácia.

- Abordagem do distúrbio da imagem corporal: é considerada, pela terapia cognitivo-comportamental, como aspecto central no tratamento de anorexia nervosa. Conforme as autoras, envolve três elementos, a saber: a exatidão da percepção do tamanho do próprio corpo; o grau de ansiedade relacionada a aparência física e os comportamentos que visam preservar a exposição corporal. Uma das técnicas utilizadas para minimizar a distorção da percepção corporal é solicitar à paciente que faça um desenho de como percebe seu próprio corpo, diante de um espelho. Posteriormente, o terapeuta desenha o corpo real para que a paciente possa constatar a diferença entre os desenhos. Esta técnica visa diminuir a ansiedade associada à aparência e viabiliza a exposição corporal. O terapeuta também pode ajudar a reduzir a ansiedade ensinando a paciente a lidar melhor com suas “imperfeições”.

- Modificação do sistema de crenças: a terapia cognitivo - comportamental postula que o conjunto de crenças de um indivíduo tem papel fundamental no desenvolvimento de suas emoções e comportamentos. Uma de suas técnicas consiste em modificar os sistemas de significados dos pacientes para que suas emoções e comportamentos sejam alterados. Os pacientes com transtornos alimentares, em especial bulimia nervosa e anorexia nervosa, apresentam crenças distorcidas e disfuncionais em relação ao seu formato corporal, valor pessoal, alimentação e peso. Desta maneira, o paciente atribui valor pessoal de acordo com seu peso e formato corporal, desconsiderando outros critérios. Neste sentido, para estes pacientes, o baixo peso corporal está estreitamente ligado ao sucesso, superioridade e competência, tornando-se, por conseguinte, determinante em sua autoestima. Conforme as autoras acima citadas, este sistema de crenças distorcidas e disfuncionais mantêm-se, principalmente, pela tendência do paciente de ignorar as informações que refutam suas crenças e atentar-se seletivamente para aquelas que as confirmam. A técnica mais utilizada para a modificação de crenças distorcidas e disfuncionais consiste no processo em que o terapeuta auxilia o paciente a treinar as habilidades necessárias para questionar e analisar todas as evidências que de alguma maneira possam constatar ou refutar os pensamentos automáticos,

tornando-os mais funcionais. Segundo as autoras, a técnica da abordagem do distúrbio corporal, aliada à análise das evidências de suas crenças, pode ser fundamental para que a crença distorcida seja modificada efetivamente. Isto se dá, pois, uma vez que as técnicas do desenho da imagem corporal e a exposição do corpo, aliados à percepção real de que não será rejeitada em função de sua aparência, permitem que a paciente modifique sua crença de que está acima do peso e que será preterida por isso.

Ainda de acordo com Duchesne e Almeida (2002), as técnicas para o tratamento de bulimia nervosa têm como propósitos normalizar o padrão alimentar com desenvolvimento de estratégias para controlar as ocorrências de compulsão alimentar e dos comportamentos compensatórios, modificação do distúrbio da imagem corporal, o aumento da autoestima, bem como a modificação do sistema de crenças.

- Controle da compulsão alimentar e dos comportamentos compensatórios: os episódios de compulsão alimentar resultam dos comportamentos purgativos compensatórios ou de restrição alimentar. Neste sentido, o papel do terapeuta consiste em instruir o paciente em relação aos métodos purgativos compensatórios associados a ocorrência dos episódios de compulsão alimentar, às complicações psicológicas e clínicas relacionadas aos comportamentos compensatórios, bem como a sua ineficiência na redução do peso. Além disso, o terapeuta ensina técnicas de autocontrole que visam a redução da tristeza, ansiedade e de sentimentos que facilitam os episódios de compulsão alimentar e comportamentos purgativos. Ademais, o terapeuta também pode auxiliar com o tratamento de exposição e prevenção de respostas que, segundo as autoras, consiste em encorajar o paciente a expor-se gradativamente a situações que favorecem a ocorrência de episódios de compulsão alimentar e comportamentos compensatórios. No entanto, ao ingerir alimentos que comumente desencadeiam estes comportamentos, o paciente deverá utilizar as técnicas de autocontrole previamente ensinadas e treinadas pelo terapeuta.

- Eliminação dos comportamentos compensatórios: cabe ao terapeuta auxiliar na eliminação de diuréticos e laxantes de forma gradual após a alimentação se tornar mais constante. É essencial esclarecer ao paciente que o aumento do peso que ocorre nesta fase é decorrente da retenção hídrica e não do ganho de gordura corporal.

- Modificação do sistema de crenças: para as autoras, uma das razões que ocasionam a ocorrência de episódios de compulsão alimentar são os pensamentos em termos absolutos e extremos, isto é, tudo ou nada. Desta maneira, os pacientes com bulimia nervosa aderem a dietas inflexíveis onde pequenos deslizes contribuem para o abandono do controle da alimentação. Neste sentido, estes lapsos são considerados imperfeições pessoais, os quais acabam reforçando sua baixa autoestima. As técnicas para a modificação do sistema de crenças nos pacientes com bulimia nervosa são iguais aos dos pacientes com anorexia nervosa.

Para corroborar com isso, Wilhelm, Fortes e Pergher (2015) descrevem que o tratamento da anorexia nervosa na terapia cognitivo – comportamental tem o objetivo de trabalhar com as distorções de imagem corporal e com técnicas comportamentais que viabilizam normalizar o peso e, em geral, todo comportamento alimentar. Sugerem que novos estudos têm se mostrado eficientes no tratamento destes transtornos, em especial da anorexia nervosa. Citam o estudo de Bulik et al. de 2011 que demonstrou a eficácia da terapia de casais no tratamento da anorexia nervosa, uma vez que o diálogo entre o casal, aliado a facilidade de resolver o problema em conjunto, facilitam o relacionamento e diminuem os sintomas da anorexia. Bandeira e Oliveira (2015) relatam que no tratamento de crianças e adolescentes com anorexia nervosa as intervenções familiares são frequentemente eficazes, visto que a terapia tem foco na comunicação com os pais, e estes, utilizando de suas influências parentais, promovem o comportamento alimentar adequado e o controle de ganho de peso.

Ainda conforme Wilhelm, Fortes e Pergher (2015), o terapeuta embasado pela terapia cognitivo – comportamental no tratamento de bulimia nervosa deve, antes de tudo, iniciar a interrupção dos episódios de compulsão alimentar e dos comportamentos purgativos, quais sejam: exercícios excessivos, indução ao vômito, ingestão de laxantes e diuréticos, entre outros. De acordo com os autores, estudos indicam que técnicas de entrevista motivacional, associada às abordagens tradicionais da TCC, podem auxiliar os pacientes de bulimia nervosa na adesão ao tratamento deste transtorno. Isto ocorre, pois, estes pacientes tendem a apresentar dificuldades de cumprir técnicas de auto monitoramento, e a entrevista motivacional colabora no sentido da adesão dos pacientes às estratégias motivacionais.

Segundo Bandeira e Oliveira (2015), estudos realizados por Fiore et al (2014) apontaram que portadores de anorexia nervosa apresentam capacidade reduzida

para regular as emoções em comparação com sujeitos saudáveis. Assim, os comportamentos alimentares inadequados teriam o propósito de compensar a incapacidade de regulação emocional, especialmente as emoções negativas, tal como a ansiedade.

Haynos, Roberto & Attia (2015) realizaram um estudo com o objetivo de examinar mudanças nas dificuldades de regular emoções em pacientes com anorexia nervosa. Examinou os índices de dificuldades de regulação emocional antes e depois de aplicado a técnica de diminuição da restrição alimentar, que visa a recuperação do peso dessas pacientes. Foi utilizado uma análise de variância de medidas obtidas pela Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) ou Escala de Regulação de Dificuldades na Emoção, entre outras variáveis psicológicas, em um grupo de pacientes com anorexia nervosa. Além disso, foi efetuado a correlação entre os escores de IMC e dados da DERS antes e depois da recuperação do peso. Os resultados obtidos demonstraram que todas as variáveis psicológicas, exceto a regulação emocional, melhoraram consideravelmente com a recuperação do peso.

Wildes & Marcus (2011) realizaram um estudo com setenta e cinco pacientes com anorexia e bulimia com o objetivo de verificar a correlação entre evitação emocional e sintomas depressivos e ansiosos em pacientes com transtornos alimentares. As pacientes selecionadas preencheram questionários que avaliavam estas variáveis, e os resultados destes questionários foram comparados com dados publicados sobre evitação emocional correlacionado a sintomas depressivos, ansiedade e estresse. Os resultados obtidos endossaram níveis de evitação emocional comparáveis e em algumas vezes superiores a outras populações psiquiátricas. Desta forma, o estudo confirmou que pacientes com anorexia e bulimia nervosa apresentam evitação das emoções como forma de evitar estados emocionais aversivos, tais como ansiedade, sintomas depressivos e estresse.

Santos e Araújo (2015) apresentam um estudo de caso clínico que utilizou técnicas da terapia cognitivo-comportamental em uma paciente dependente química e diagnosticada com Transtorno do Humor Bipolar Tipo I e bulimia nervosa do tipo purgativo. Foram realizadas dez sessões embasadas pela Teoria Cognitivo-Comportamental com frequência semanal, além de seis atendimentos com o médico psiquiatra com frequência quinzenal. As técnicas da TCC utilizadas consistiram em entrevista motivacional, aconselhamento nutricional, prevenção à recaída, psicoeducação sobre bulimia nervosa, cartões de tarefa de casa que foram

estabelecidas durante a sessão junto com o terapeuta, caderno de auto monitoramento para os comportamentos bulímicos e sintomas depressivos, diário alimentar e registro de comportamentos disfuncionais para auxiliar a identificação das crenças distorcidas e/ou disfuncionais. Segundo os pesquisadores, no final do tratamento, a paciente apresentou melhoras no humor, a fissura pelo álcool diminuiu e seus comportamentos bulímicos reduziram consideravelmente.

Em sua tese de doutorado, Silva (2016), realizou um ensaio clínico não randomizado, com 127 adolescentes diagnosticadas com bulimia nervosa, com o objetivo de comparar a utilização da psicoeducação em um grupo experimental com a terapia cognitivo-comportamental, utilizado como grupo de controle. Foi realizado pelo Grupo de Pesquisa em Comportamento Alimentar da Universidade Federal de Pernambuco durante os anos 2011 a 2013. Todas as participantes eram do sexo feminino, estudantes de escola pública, com idades entre 12 a 17 anos. Os critérios de inclusão ao estudo consistiam em: ser do sexo feminino, ter até 17 anos no dia do diagnóstico e, portanto, ser diagnosticada com bulimia nervosa. Os critérios de exclusão utilizados foram os seguintes: adolescentes grávidas, com ideias suicidas, adolescentes sem capacidade cognitiva para a compreensão dos questionamentos, adolescentes que estiveram em tratamento psicológico ou psiquiátrico nos últimos doze meses anteriores à pesquisa e adolescentes com percentil maior que 97 na curva de crescimento de meninas entre 5 e 19 anos de idade. Os resultados obtidos indicaram que ambos os tratamentos possibilitaram a redução de sintomas de insatisfação corporal e na gravidade da bulimia, no entanto, essa redução não foi significativa em nenhum dos dois grupos quando avaliados individualmente. Foi possível verificar uma melhora mais intensa no grupo experimental em relação a insatisfação corporal. Segundo a autora, isto pode estar relacionado à metodologia deste tratamento, que tem como objetivo melhorar a satisfação com a autoimagem corporal. No entanto, sugere que a psicoeducação deve ser aplicada, em primeiro momento, à população não crônica ou para pacientes que se encontram em fila de espera para o tratamento padrão de bulimia nervosa.

Em sua dissertação de mestrado, Vieira (2017) realizou um estudo quando desenvolveu e avaliou os efeitos de um programa piloto de terapia cognitivo-comportamental em grupo no tratamento de adolescentes com anorexia nervosa. Este estudo foi desenvolvido no Programa de Atendimento, Ensino e Pesquisa em

Transtornos Alimentares na Infância e Adolescência, juntamente com o Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência na FMUSP, na cidade de São Paulo. Para tanto, vinte e dois pacientes com anorexia nervosa foram selecionados e divididos em dois grupos, quais sejam: grupo de intervenção (GI), com onze participantes tratados pela terapia cognitivo-comportamental, psiquiatria, nutrição e programa psicoeducativo familiar, e o grupo de controle (GC), que também contou com onze participantes tratados pela psiquiatria, nutrição e programa psicoeducativo familiar. Os dados foram coletados antes do estabelecimento dos grupos, no final do tratamento e seis meses depois de seu término. Os resultados deste estudo demonstraram que o programa de terapia cognitivo-comportamental em grupo para pacientes com anorexia nervosa é aplicável, uma vez que apresenta ferramentas adequadas para os adolescentes e, possivelmente é o fator responsável pela adesão dos pacientes se comparado ao grupo de controle. Dos onze pacientes do grupo de intervenção, apenas um desistiu por apresentar dificuldades na adesão ao tratamento pelos moldes estabelecidos. No entanto, a aplicabilidade foi avaliada pela adesão dos outros dez pacientes e pelos resultados positivos apresentados pela maioria, em especial na recuperação do peso, aumento da autoestima e na motivação do tratamento da anorexia nervosa.

Foi possível verificar remissão total em 20% dos pacientes no final do grupo de intervenção e em 30% na avaliação realizada seis meses após o término do tratamento. Por outro lado, foi possível verificar a remissão parcial em 80% dos pacientes no final do grupo de intervenção e 70% na avaliação realizada após seis meses. Os pacientes do grupo de intervenção apresentaram ganho ponderal médio e melhora dos sintomas alimentares no final do tratamento e seis meses após. Além disso, os pacientes do grupo de intervenção apresentaram mudanças significativas nas crenças disfuncionais sobre seu próprio corpo e alimentação. No entanto, segundo a autora, não foi possível comparar estes resultados aos de outros estudos devido à ausência desses dados ou pela diferença de metodologia. Em relação ao grupo de controle, a autora expõe que não houve diferença estatística significativa dos sintomas alimentares entre o final do tratamento e a avaliação realizada seis meses após seu término. Porém, apresentaram melhoras na autoestima, autoeficácia, medidas de satisfação de vida, amizade e ao próprio self. Refere que as melhoras apresentadas podem estar relacionadas aos ganhos que os adolescentes tiveram com o tratamento usual.



Pike et al. (2003) realizaram um estudo considerado como a primeira avaliação empírica da eficácia da terapia cognitivo-comportamental no tratamento de anorexia nervosa em adultos. Foram selecionadas trinta e três mulheres de forma aleatória que preenchiam os critérios de elegibilidade, quais sejam: tivessem concluído o tratamento de internação no Instituto Psiquiátrico do Estado de Nova Iorque e deveriam morar a uma distância considerável do hospital. As pacientes selecionadas tinham entre 18 e 45 anos de idade, sendo diagnosticadas com anorexia nervosa de acordo com os critérios do DSM – IV. Foram realizadas 50 sessões de terapia cognitivo-comportamental e aconselhamento nutricional individuais durante um ano após a hospitalização, com o objetivo de consolidar os ganhos obtidos durante a internação, bem como auxiliar na prevenção de recaídas. Os psicólogos responsáveis pelo tratamento embasado pela terapia cognitivo-comportamental focaram suas avaliações nas características comportamentais e cognitivas relacionadas à manutenção do comportamento alimentar, utilizando técnicas direcionadas aos esquemas de autoestima e funcionamento interpessoal. Por outro lado, o aconselhamento nutricional foi baseado em trocas de alimentos e educação nutricional através da técnica psicoeducacional, que visa analisar, junto ao paciente, dietas específicas para o ganho de peso e na elaboração de um planejamento alimentar equilibrado. Os resultados obtidos oferecem suporte para o uso da terapia cognitivo-comportamental no tratamento pós-hospitalar da anorexia nervosa em adultos. O grupo que foi tratado com a TCC apresentou menores taxas de abandono ou recaída e melhores resultados clínicos em comparação ao grupo de controle que recebeu apenas aconselhamento nutricional. Assim, as pacientes do grupo de terapia cognitivo-comportamental permaneceram por mais tempo em tratamento sem recaídas (média de sessão = 43,79, DP = 2,9), ao passo que as pacientes do grupo do aconselhamento nutricional permaneceram por menos tempo em tratamento com maior taxa de recaída (média de sessão = 27,21, DP = 5,9). Desta maneira os autores concluíram que a TCC foi consideravelmente mais eficaz do que o aconselhamento nutricional na melhora do quadro clínico e na prevenção de recaída.

Estudos sugerem que a terapia cognitivo-comportamental também é eficiente no tratamento da bulimia nervosa. Vale mencionar o estudo de Haslam, Meyer e Waller (2011) que teve como propósito verificar a eficácia da terapia cognitivo-comportamental no tratamento da bulimia nervosa. Contou com 41 pacientes

diagnosticados com bulimia nervosa, sendo 40 mulheres e 1 homem, todos envolvidos em comportamentos típicos de compulsão alimentar e purgações. Foram realizadas seis sessões, sendo que os participantes responderam ao Questionário de Exame de Desordens Alimentares (EDEQ), que é um instrumento que mede as cognições e restrições associadas à alimentação, peso e forma corporal. Também utilizaram diários alimentares com o propósito de registrarem seus comportamentos alimentares e o número de episódios onde foi utilizado qualquer método purgativo. Os estudiosos concluíram que a TCC foi eficiente na redução dos comportamentos bulímicos destes pacientes. No entanto, as análises correlacionais indicaram que os pacientes com atitudes alimentares mais pobres demonstraram maior mudança comportamental no final do tratamento.

Para corroborar com isto, Waller et al. (2014) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar a eficácia da terapia cognitivo-comportamental no tratamento dos comportamentos bulímicos. Para isso, foram selecionadas setenta e oito mulheres diagnosticadas com bulimia nervosa para tratamento individual. As pacientes responderam a questionários sobre comportamento alimentar e depressão antes e após o estudo que teve duração média de 19,2 sessões. Os resultados demonstraram que cerca de 50% das pacientes estavam em remissão dos sintomas no final do tratamento. Além disso, houve melhorias significativas em relação às atitudes e comportamentos alimentares e no humor das pacientes. Desta maneira, os autores concluíram que os resultados do estudo foram de encontro com o que postula a teoria estudada.

Fairburn et al. (2009) realizaram um estudo randomizado com o objetivo de comparar dois tratamentos embasados pela terapia cognitivo-comportamental, em pacientes ambulatoriais diagnosticados com bulimia nervosa ou transtorno alimentar não especificado. Um desses tratamentos tinha como foco apenas as características do transtorno alimentar, ao passo que o outro era mais complexo e contava com técnicas que abordavam o humor, dificuldades interpessoais e baixo autoestima. Foram selecionadas 154 pacientes com o IMC acima de 17,5 para um estudo controlado, com duração de 20 semanas de tratamento e 60 semanas de acompanhamento dos resultados. Para isso, contaram com um grupo de controle que consistiu em pacientes que estavam em fila de espera para o tratamento padrão há 8 semanas. Os resultados obtidos foram satisfatórios, uma vez que os autores puderam verificar que os pacientes nas duas condições de tratamento apresentaram

consideráveis e equivalentes mudanças, que foram mantidas nas 60 semanas de acompanhamento. Além de promover mudanças nos padrões alimentares, o tratamento mais complexo proporcionou melhoras significativas nos aspectos relacionados ao humor, baixo autoestima e dificuldades interpessoais.

## 5 DISCUSSÃO

O presente trabalho possibilitou analisar e compreender a eficácia da terapia cognitivo-comportamental no tratamento de transtornos alimentares, em especial anorexia nervosa e bulimia nervosa. Para isso, foi realizada uma pesquisa bibliográfica em bibliotecas virtuais de periódicos científicos, bem como a utilização de livros para enriquecer e compor o trabalho.

O fenômeno aqui estudado, é demasiado complexo, não podendo apenas ser restringido à uma condição isoladamente cognitiva. Deve-se, portanto, levar em consideração o contexto cultural, social, e individual do qual o self foi constituído. Nesse sentido, o estudo não exclui tais aspectos, mas, abarca-os como variáveis que colaboraram na manutenção de uma autoestima baixa e de uma crença negativa que mantêm os transtornos alimentares.

O decorrer da pesquisa possibilitou compreender que a terapia cognitivo-comportamental é uma abordagem teórica da Psicologia apropriada para o tratamento de transtornos alimentares, visto que abarca técnicas que visam modificar as crenças distorcidas e pensamentos disfuncionais que delas advêm, além de promover mudanças de atitudes e comportamentos inadequados que contribuem para a manutenção destes transtornos.

Possibilitou compreender que as técnicas da terapia cognitivo-comportamental para o tratamento da bulimia nervosa objetivam a normalização do comportamento alimentar através da redução das ocorrências de compulsão alimentar seguidas de comportamentos purgativos compensatórios, como o uso de indução ao vômito, diuréticos e laxantes. Associado a isto, o terapeuta visa modificar seu sistema de crenças para que o paciente apresente aumento da autoestima e melhora da autoimagem corporal. Além disso, os estudos indicam que o monitoramento do comportamento alimentar e dos comportamentos compensatórios através do diário alimentar, aliados a psicoeducação referente às informações nutricionais, auxiliam o paciente a fazer escolhas alimentares adequadas, contribuindo, assim, com a gradual redução das crenças disfuncionais através da clara compreensão do próprio paciente sobre seus padrões alimentares.

Foi possível verificar que a terapia cognitivo-comportamental no tratamento de anorexia nervosa implica em promover a alteração das crenças distorcidas relacionadas ao peso, aparência e alimentação para que os pensamentos

disfuncionais sejam minimizados. Desta forma, o psicólogo deve trabalhar, junto ao paciente, questões referentes a autoestima e distúrbios associados à imagem corporal, que estão intimamente relacionados às crenças distorcidas destes indivíduos. Neste sentido, em decorrência de crenças distorcidas sobre sua aparência e valor pessoal, o paciente passa a acreditar que o formato de seu corpo está relacionado ao sucesso ou ao fracasso. Assim, a perda de peso é vista como uma conquista, ao passo que o ganho de peso é visto como uma falha, que, de certa maneira, acaba contribuindo para a baixa autoestima e a piora dos comportamentos inadequados que visam o emagrecimento.

De modo geral, a terapia cognitivo-comportamental foi apontada como um tratamento viável para anorexia nervosa e bulimia nervosa, considerada por muitos autores como uma das abordagens mais eficientes (padrão ouro) no tratamento dos transtornos alimentares.

Conforme a literatura consultada, a terapia cognitivo-comportamental tem mostrado resultados promissores em diversas amostras de grupos, tais como: grupos de adolescentes, adultos, pacientes com comorbidades, tais como dependência química e outros transtornos psiquiátricos e grupos mistos em relação ao sexo, idade e tipo de transtorno alimentar. Com isso, é possível observar que a TCC atinge uma variedade de amostras, sendo aplicável em indivíduos com as mais diversas características.

Além de ser eficiente na modalidade individual e grupal, a terapia cognitivo-comportamental nos tratamentos dos transtornos alimentares possibilita, além da mudança dos comportamentos alimentares inadequados, a modificação de crenças distorcidas que promovem pensamentos disfuncionais e, por consequência disso, comportamentos inapropriados.

Ademais, os estudos sugerem que a TCC promove resultados a longo prazo, haja visto que os resultados apresentam dados que comprovam que as conquistas obtidas em terapia permanecem após o tratamento na maioria dos pacientes.

Conclu-se, portanto, que este trabalho alcançou o objetivo proposto de compreender, analisar e atestar a eficácia da terapia cognitivo-comportamental no tratamento da anorexia nervosa e bulimia nervosa.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi um trabalho enriquecedor tanto do ponto de vista individual como acadêmico. Possibilitou compreender e refletir sobre as manifestações cognitivas e comportamentais dos transtornos alimentares, bem como as técnicas que o terapeuta deve valer-se para que o tratamento seja eficiente de acordo com a demanda de cada paciente.

Apesar de saber do grande número de abandono de tratamentos, que ocorre também durante o período de pesquisa, não possibilitando que traga dados consistentes, é imprescindível que haja mais envolvimento da comunidade científica no que se refere a pesquisas de campo nesta temática. Dessa forma, contribuirão com a normalização de técnicas seguras e válidas para estes transtornos. Além disso, pessoas que vêm sofrendo com sintomas relacionados à autoestima e percepção inadequada de seus corpos podem beneficiar-se de um trabalho clínico mais eficiente.

A contribuição que esse trabalho buscou oferecer foi um convite à reflexão de problemas recorrentes em nossa sociedade, e que muitas vezes passam despercebidos ou visto como “normais”, já que os padrões vigentes atualmente contribuem para o estabelecimento dos transtornos alimentares.

Diante dos dados apresentados e da revisão bibliográfica, é possível concluir, através desse estudo, que a terapia cognitivo-comportamental para os transtornos alimentares é eficaz.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5 – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BANDEIRA, R. G., OLIVEIRA, C. T. **Tratamento da anorexia nervosa nas terapias cognitivo-comportamentais de terceira geração**. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, 2015. 11(2) pp.105-112. Disponível em: [http://www.rbtc.org.br/detalhe\\_artigo.asp?id=220](http://www.rbtc.org.br/detalhe_artigo.asp?id=220) Acesso em: 22 jul. 2018

BORGES, N. J. B. G. et al. **Transtornos alimentares - Quadro clínico**. Medicina (Ribeirão Preto) 2006; 39 (3): 340-8. Disponível em: [http://revista.fmrp.usp.br/2006/vol39n3/4 transtornos alimentares quadro clinico.pdf](http://revista.fmrp.usp.br/2006/vol39n3/4%20transtornos%20alimentares%20quadro%20clinico.pdf). Acesso em: 08 jul. 2018.

DUCHESNE, M.; ALMEIDA, P. E. de M. **Terapia cognitivo-comportamental dos transtornos alimentares**. Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo, v. 24, supl. 3, p. 49-53, Dec. 2002. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462002000700011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462002000700011&lng=en&nrm=iso). Acesso em 18 jul. 2018.

Fairburn et al. **Transdiagnostic Cognitive-Behavioral Therapy for Patients with Eating Disorders: A Two-Site Trial With 60-Week Follow-Up**. Am J Psychiatry. 2009 March; 166(3): 311–319. Disponível em: doi:10.1176/appi.ajp.2008.08040608 Acesso em: 16 ago. 2018.

FARAH, M. H. S; MATE, C. H. **Uma discussão sobre as práticas de anorexia e bulimia como estéticas de existência**. Educ. Pesqui., São Paulo, v. 41, n. 4, p. 883-898, dez. 2015. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-97022015000400883&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-97022015000400883&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 10 jul. 2018.

HASLAM M., MEYER C., WALLER G. **Do eating attitudes predict early change in eating behaviors among women with bulimic disorders who are treated with cognitive behavioral therapy?** Int J Eat Disord. 2011;44(8):741-4 Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22072412> Acesso em: 09 ago. 2018.

HAYNOS, A. F., ROBERTO, C. A., & ATTIA, E. **Examining the associations between emotion regulation difficulties, anxiety, and eating disorder severity among inpatients with anorexia nervosa**. Comprehensive Psychiatry, 2015, 60, 93-98. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24590507> Acesso em: 07 ago 2018.

LIMA, T. C. S.; MIOTO, R. C. T. **Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica**. Rev. katálysis, Florianópolis, v. 10, n. spe, p. 37-45, 2007. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-49802007000300004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802007000300004&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 12 jul. 2018.

MINAYO, Maria. Cecília. Souza. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2001.

OLIVEIRA, L. L.; DEIRO, C. P. **Terapia cognitivo-comportamental para transtornos alimentares: a visão de psicoterapeutas sobre o tratamento**. Rev. bras. ter. comport. cogn., São Paulo, v. 15, n. 1, p. 36-49, abr. 2013. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-5452013000100004&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-5452013000100004&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 13 jul. 2018.

PIKE, K. M. et al. **Cognitive behavior therapy in the posthospitalization treatment of anorexia nervosa**. Am J Psychiatry. 2003 Nov;160(11):2046-9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14594754> Acesso em: 09 ago. 2018

PINZON, V.; NOGUEIRA, F.C. **Epidemiologia, curso e evolução dos transtornos alimentares**. Ver. Psiq. Clín., 31 (4), pp. 158-160. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/acp/article/viewFile/16260/17972> Acesso em: 08 jul. 2018

SANTOS, P. L. ARAUJO, R. B. **Tratamento Cognitivo-Comportamental sinérgico de dependência química, bulimia nervosa e transtorno bipolar**. PsicolArgum. 2015. out./dez., 33(83),496-510. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/19863> Acesso em: 07 ago 2018.

SILVA, T. A. B. **Terapia cognitivo comportamental versus psicoeducação como tratamentos em adolescentes diagnosticados com bulimia nervosa**. 2016. 122 f. Tese (Doutorado) Universidade Federal de Pernambuco, CCS. Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento. Recife. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/20006> Acesso em: 07 ago 2018.

VIEIRA, P. C. P. S. **Desenvolvimento, avaliação e manualização de um programa piloto de tratamento cognitivo comportamental para adolescentes brasileiros com anorexia nervosa**. 2017. 208 f. Tese (Doutorado) Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Fisiopatologia Experimental. São Paulo.

WALLER G., et al. **Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa and atypical bulimic nervosa: effectiveness in clinical settings**. Int J Eat Disord. 2014;47(1):13-7. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23996224> Acesso em: 09 ago. 2018.

WILDES J. E., RINGHAM, R. M., & MARCUS, M. D. **Emotion avoidance in patients with anorexia nervosa: initial test of a functional model**. The International Journal of Eating Disorders, 2011, 43(5), 398-404. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/eat.20730> Acesso em: 07 ago 2018.

WILLHELM, A. R.; FORTES, P. M.; PERGHER, G. K. **Perspectivas atuais da terapia cognitivo-comportamental no tratamento dos transtornos alimentares: uma revisão sistemática**. Rev. Bras. de Ter. Comp. Cogn., 2015, Volume XVII no



2, 52-65. Disponível em: [usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/download/750/440/](http://usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/download/750/440/)  
Acesso em: 18 jul. 2018.

**ANEXO****Termo de Responsabilidade Autoral**

Eu **CARLA REGINA ANDRADE CARVALHO**, afirmo que o presente trabalho e suas devidas partes são de minha autoria e que fui devidamente informado da responsabilidade autoral sobre seu conteúdo.

Responsabilizo-me pela monografia apresentada como Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Terapia Cognitivo Comportamental, sob o título "**TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NO TRATAMENTO DE TRANSTORNOS ALIMENTARES**", isentando, mediante o presente termo, o Centro de Estudos em Terapia Cognitivo-Comportamental (CETCC), meu orientador e coorientador de quaisquer ônus consequentes de ações atentatórias à "Propriedade Intelectual", por mim praticadas, assumindo, assim, as responsabilidades civis e criminais decorrentes das ações realizadas para a confecção da monografia.

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Assinatura do (a) Aluno (a)