

Transtornos Alimentares: Uma Análise da Abordagem TCC na Mitigação dos Efeitos, Considerando Fatores de Risco e Proteção¹

Mayara Denzin²

RESUMO

Este estudo teve como objetivo investigar e comparar os fatores de risco associados ao desenvolvimento de transtornos alimentares em crianças e adolescentes, bem como avaliar a eficácia da abordagem da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) no tratamento dessas condições. A análise concentrou-se nas influências familiares, sendo conduzida por meio de revisão bibliográfica. A revisão abrangeu conhecimentos relacionados aos transtornos alimentares, analisando artigos científicos, teses, dissertações e relatórios técnicos.

Os transtornos alimentares, que afetam tanto a primeira infância quanto a adolescência, foram caracterizados por perturbações no comportamento alimentar, resultando em prejuízos no estado nutricional e no desenvolvimento do indivíduo. Em casos mais graves, intervenções médicas e tratamento intensivo foram necessários para a preservação da vida. Na primeira infância, destacaram-se transtornos como Pica, Transtorno de Ruminação e Seletividade Alimentar. Já entre o público jovem, os transtornos de alimentação mais comuns foram Anorexia, Bulimia e Compulsão Alimentar. Este estudo buscou contribuir para a compreensão mais aprofundada desses transtornos, destacando a importância da TCC como uma abordagem eficaz no tratamento dessas condições em crianças e adolescentes.

Palavras-chave: Transtornos Alimentares, Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), Anorexia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN), Compulsão Alimentar.

ABSTRACT

This study aimed to investigate and compare risk factors associated with the development of eating disorders in children and adolescents, as well as to assess the effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) in treating these conditions. The analysis focused on family influences and was conducted through a literature review. The review encompassed knowledge related to eating disorders, analyzing scientific articles, theses, dissertations, and technical reports.

Eating disorders, affecting both early childhood and adolescence, were characterized by disruptions in eating behavior, resulting in impairments in nutritional status and individual development. In more severe cases, medical interventions and

¹ Trabalho de conclusão de curso da Graduação em psicologia da faculdade Doctum, orientado pela professora Dra. Ariadne Dettmann Alves.

² Aluna de Graduação em psicologia da Faculdade Doctum .

intensive treatment were required for life preservation. Disorders such as Pica, Rumination Disorder, and Selective Eating stood out in early childhood. Among the young population, the most common eating disorders were Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, and Binge-Eating Disorder. This study sought to contribute to a deeper understanding of these disorders, emphasizing the significance of CBT as an effective approach in treating these conditions in children and adolescents.

Keywords: Eating Disorders, Cognitive-Behavioral Therapy (CBT), Anorexia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN), Binge-Eating Disorder.

INTRODUÇÃO

Os Transtornos Alimentares (TAs), conforme definidos pelo DSM-5, caracterizam-se por perturbações persistentes na alimentação ou comportamento relacionado à alimentação, resultando em consumo ou absorção alterados de alimentos que comprometem significativamente a saúde física ou o funcionamento psicossocial.

Bittencourt e Almeida (2013) destacam a influência direta da sociedade na vivência corporal do indivíduo, enfatizando a relação entre a imagem que o indivíduo tem de si mesmo e a imagem que ele tem do mundo. Alinhado a essa perspectiva, Bighetti, Santos e Ribeiro (2006) ressaltam a importância de uma abordagem multidisciplinar para o tratamento dos TAs.

Diante dessa natureza ampla e complexa requerem tratamento igualmente complexo. Atualmente, o trabalho em equipe multidisciplinar tem sido reconhecido como a forma mais adequada de tratamento. A estrutura básica de uma equipe multidisciplinar para o tratamento dos transtornos alimentares deve ser composta por psiquiatra, nutricionista, psicólogo, terapeuta familiar e clínico geral ou médico nutrólogo. No entanto, outros profissionais como endocrinologistas, terapeuta ocupacional, enfermeiro, etc., também podem fazer parte da equipe e contribuir de maneira importante. (BIGHETTI; SANTOS; RIBEIRO, 2006, p. 411).

Na contemporaneidade, é crucial que levantemos a discussão sobre os transtornos alimentares infantojuvenis, buscando aprofundar a compreensão de sua natureza, as intervenções essenciais e as abordagens de tratamento mais eficazes. A pesquisa foi centrada no ponto de vista da psicologia em relação aos Transtornos Alimentares, sobretudo no contexto da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) mas também tentar entender sobre os impactos das relações familiares no desenvolvimento e tratamento desses transtornos.

OBJETIVOS

Este estudo visou analisar de maneira aprofundada a contribuição específica da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) no tratamento dos transtornos alimentares, ao mesmo tempo que identificou a família como um elemento crucial, tanto como fator de risco quanto de proteção, associado ao desenvolvimento do transtorno alimentar infantojuvenil. Além disso, investigou os principais sintomas dos transtornos alimentares, destacando suas manifestações distintas ao longo das diferentes fases da vida, abrangendo a infância e adolescência.

METODOLOGIA

Realizou-se uma revisão bibliográfica abrangente sobre transtornos alimentares, com um enfoque especial na abordagem da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC). A pesquisa incluiu a análise de estudos que investigam fatores de risco e proteção associados ao desenvolvimento de transtornos alimentares na população infantojuvenil. De acordo com Dias (2016), a revisão bibliográfica consiste na pesquisa e análise crítica do que está sendo discutido na literatura acerca de um tema específico.

A busca por textos publicados entre os anos de 1994 e 2022 envolveu a seleção criteriosa de artigos provenientes de fontes como Scielo, revistas da área da psicologia, Google Acadêmico e Pepsic, que abordam transtornos alimentares em todas as faixas etárias, desde a infância até a vida adulta. As palavras-chave utilizadas foram: Transtorno alimentar, bulimia nervosa, anorexia nervosa, terapia cognitivo-comportamental, compulsão alimentar. A pesquisa não limitou a análise a uma faixa etária específica, pois o foco é compreender o contexto geral dos transtornos alimentares, destacando a incidência entre crianças, adolescentes e jovens. Abrangeram-se diversas áreas de conhecimento, visando localizar informações relacionadas à etiologia e aos fatores de risco e proteção associados aos transtornos alimentares. Esse enfoque multidisciplinar proporcionou uma compreensão mais completa e contextualizada dos transtornos alimentares, explorando as nuances e as contribuições de diversas disciplinas no entendimento dessas condições.

REFERENCIAL TEÓRICO

Segundo o DSM-5 (2014) os transtornos alimentares são caracterizados por uma perturbação persistente na alimentação ou no comportamento relacionado à alimentação, resultando no consumo ou na absorção alterada de alimentos, comprometendo significativamente a saúde física, ou/e o funcionamento psicossocial do indivíduo.

No artigo “Transtornos Alimentares”, publicado por Appolinário e Claudino em 2000, relata que os transtornos alimentares não costumam se desenvolver na idade adulta, apresentando geralmente as suas primeiras manifestações na infância e na adolescência. Os autores relatam que essas alterações comportamentais podem ser divididas em dois grupos, sendo esses os transtornos que ocorrem na primeira infância e os transtornos que costumam aparecer mais tardiamente na adolescência.

De uma maneira geral, podemos dividir as alterações do comportamento alimentar neste período em dois grupos. Primeiramente, aqueles transtornos que ocorrem precocemente na infância e que representam alterações da relação da criança com a alimentação. Estas condições parecem não estar associadas a uma preocupação excessiva com o peso e/ou a forma corporal, mas podem interferir com o desenvolvimento infantil. Aqui encontramos o transtorno da alimentação da primeira infância, a pica e o transtorno de ruminação. O segundo grupo de transtornos tem o seu aparecimento mais tardio e é constituído pelos transtornos alimentares propriamente ditos: a anorexia nervosa e a bulimia nervosa. (APPOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000, p. 28).

Analisando os textos selecionados, encontra-se como os transtornos listados como comuns à infância são em principais: Pica, Transtorno de Ruminação e o Transtorno Alimentar Restritivo/Evitativo, também conhecido como Seletividade Alimentar.

Pica

O DSM-5 (2014) descreve como principal característica da pica a ingestão de uma ou mais substâncias não nutritivas e não alimentares persistentemente, durante um período mínimo de um mês.

Appolinário e Claudino (2000) apoiam em seu texto o conceito trazido pelo Manual Diagnóstico, informando que, para eles, o transtorno é caracterizado pela ingestão regular de substâncias não nutritivas.

É a ingestão persistente de substância não nutritiva, inadequadas para o desenvolvimento infantil e que não fazem parte de uma prática aceita culturalmente. Várias complicações clínicas podem ocorrer principalmente relacionadas com o sistema digestivo e com intoxicações ocasionais, dependendo do agente ingerido (APPOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000, p. 23).

Torres (2017 apud FIGUEIREDO et.al 2022) reforça o conceito dos demais autores, reafirmando que a pica é caracterizada pelo consumo de substâncias não nutritivas frequentemente em um período mínimo de um mês, variado as substâncias conforme a idade e sem apresentação de recusa ou aversão a alimentos.

Transtorno de Ruminação

Para Appolinário e Claudino (2000) o transtorno de ruminação refere-se a episódios de regurgitação e remastigação.

Inclui episódios de regurgitação (ou "remastigação") repetidos que não podem ser explicados por nenhuma condição médica. As principais complicações médicas podem ser desnutrição, perda de peso, alterações do equilíbrio hidroeletrolítico, desidratação e morte. O tratamento envolve o acompanhamento clínico das complicações e tratamento comportamental (APPOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000, p. 28).

No DSM-5 (2014) explica que no transtorno de ruminação alimento previamente deglutido que já pode estar parcialmente digerido é trazido de volta à boca sem náusea, ânsia de vômito ou repugnância aparente, tendo como principal característica a regurgitação de alimentos após ingeridos de modo frequente, por um período mínimo de um mês.

Seletividade Alimentar

A seletividade alimentar é apresentada pelo DSM-5 como transtorno alimentar restritivo/evitativo, sendo explicado como uma perturbação alimentar associada às características sensoriais do alimento além de uma deficiência nutricional /

energética. Kachani et. al. (2005) apresentam o transtorno restritivo/evitativo como seletividade alimentar e também como anorexia seletiva, caracterizada pela recusa total ou parcial de determinado tipo de alimento. Almeida et. al. (2020) pontuam que o transtorno restritivo/evitativo é caracterizado pelo fracasso em satisfazer as necessidades nutricionais e/ou energética, causando prejuízo à saúde do indivíduo. Appolinário e Claudino (2000) definem o transtorno de alimentação na primeira infância como uma dificuldade de se alimentar de forma satisfatória para o desenvolvimento e crescimento da criança.

Madeira e Aquino (2003) apresentam o conceito de anorexia na infância, associando a anorexia à falta de apetite da criança.

A anorexia ou falta de apetite é a condição na qual a criança não ingere espontaneamente a quantidade de alimento necessária para o seu crescimento e desenvolvimento normais, ou seja, há um desequilíbrio entre a satisfação da sua necessidade psíquica em se alimentar e a necessidade orgânica, ocasionando em alguns casos até a desnutrição (MADEIRA; AQUINO, 2003, p. S45).

Madeira e Aquino (2003) trazem também o conceito de anorexia infantil ou anorexia verdadeira, definindo como quando o comportamento tem uma origem orgânica ou comportamental. Os autores falam em seu texto também da falsa anorexia, que se dá quando a criança come pouco (de acordo com relato dos familiares) mas não apresenta comprometimento em seu desenvolvimento ou nutricional. Finalizam trazendo o conceito da pseudo-anorexia classificada como recusa alimentar por uma dificuldade física, exemplo, presença de afta, dificuldade de mastigação, entre outros.

Os transtornos mais comuns aos adolescentes são: Anorexia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN) e Compulsão Alimentar.

Para Gonçalves et.al. (2013) a AN é caracterizada pelo desejo pela magreza, que acaba levando a um comportamento alimentar repetitivo e ritualístico, levando a

perda de peso significativa. Córdas (2004) define a AN por perda de peso intensa e intencional por meio de dietas rígidas com uma busca desenfreada pela magreza.

Para o DSM-5 (2014) a anorexia nervosa é caracterizada pela restrição da ingestão calórica em relação às necessidades, levando a um peso corporal significativamente baixo, considerando idade, gênero, trajetória do desenvolvimento e saúde física.

De acordo com Nunes e Vasconcelos (2010, apud GONÇALVES et.al., 2013) a anorexia e a bulimia nervosa são caracterizadas por padrões anormais no comportamento alimentar, no controle de peso e na autoimagem corporal.

Caracteriza-se como TA do tipo anorexia o desejo pela magreza, que leva ao comportamento alimentar monótono e ritualizado e a perda de peso significativa, especialmente em crianças ou adolescentes nos quais a baixa ingestão calórica se reflete em atraso no desenvolvimento. [...] O bulímico também sente um grande medo de ganhar peso e frequentemente tem uma visão distorcida do próprio corpo. Esses indivíduos também tendem a restringir sua ingestão alimentar, porém, após certo tempo seguindo uma dieta restritiva, perdem o controle e têm episódios de compulsão alimentar. Após a compulsão o bulímico procura compensar a alta ingestão calórica. (Nunes e Vasconcelos apud Gonçalves et al., 2013, p.98)

Para o DSM-5 (2014) a bulimia nervosa é caracterizada por episódios recorrentes de compulsão alimentar, comportamentos compensatórios inapropriados recorrentes para impedir o ganho de peso e a autoavaliação indevidamente influenciada pela forma e pelo peso corporal, durante um período mínimo de três meses com a regularidade média de no mínimo de um episódio por semana, acompanhado de um comportamento de purgação.

Ferreira (2018), relata em seu texto que pacientes com bulimia nervosa têm emoções e pensamentos disfuncionais, onde se arrependem ou lamentam por episódios de compulsão alimentar.

Appolinário e Claudino (2000) relatam que o episódio de compulsão alimentar é o principal sintoma apresentado nos casos de Bulimia nervosa, surgindo no decorrer de uma dieta de emagrecimento.

O DSM-5 retrata o transtorno de compulsão alimentar como episódios recorrentes de ingestão, em um determinado período de tempo, de uma quantidade de alimentos maior do que a maioria dos indivíduos consumiria no mesmo período sob circunstâncias semelhantes, além de um descontrole sobre a ingestão durante o período de compulsão.

A obesidade é classificada como uma doença, mas não é tratada como transtorno mental pelo DSM-5, porém, existem associações entre a obesidade e uma série de transtornos, tais como o transtorno de compulsão alimentar, transtorno depressivo, bipolar, esquizofrenia, entre outros.

O DSM-5 nos traz também os Transtornos de Alimentação Não Especificados, aplicados à apresentação de sintomas característicos de um transtorno de alimentação que causa sofrimento significativo e/ou prejuízo ao funcionamento social, mas não satisfazem todos os critérios diagnósticos de qualquer transtorno da classe TA.

Para Gonçalves et.al. (2013) os transtornos alimentares não especificados são definidos como aqueles que não preenchem os critérios de classificação para AN ou BN.

TA não especificado (TANE) são aqueles clinicamente relevantes que não preenchem os critérios de classificação para AN ou BN. Ainda que sua prevalência seja mais elevada do que a de AN ou BN, o conhecimento sobre as prevalências, fatores de risco, correlações clínicas e tratamento de tais transtornos é limitado (GONÇALVES et al., 2013, p. 99).

O DSM-5 (2014) apresenta como principais fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares comuns a infância, os fatores ambientais, citando a negligência, falta de supervisão e problemas de relacionamento familiar.

Carmo et.al. (2014), informam em seu texto que a etiologia dos transtornos é de origem multifatorial, sendo essas biológicas, genéticas, psico sociocultural e familiar. Gonçalves et.al. (2013) diz em seu texto que estudos têm mostrado a influência familiar para determinar o comportamento.

Madeira e Aquino (2003) afirmam que a relação que o indivíduo vai estabelecer com a comida está diretamente ligada com a suas primeiras experiências psicossocioculturais.

A relação que o indivíduo vai estabelecer com a alimentação ao longo de toda a vida é fruto da dinâmica das primeiras relações que ele, enquanto bebê, criou com a mãe, com a família e com tudo o que estava a seu redor. (MADEIRA; AQUINO, 2003, p. S44).

Pires e Laport (2019) apoiam a ideia de que os transtornos alimentares possuem uma etiologia multifatorial.

Os transtornos alimentares possuem etiologia multifatorial, ou seja, sua causa é determinada pela interação entre fatores biológicos, psicológicos, familiares e socioculturais que produzem e muitas vezes perpetuam o transtorno.(PIRES E LAPORT, 2019, p. 120)

Segundo Lipson et al. (2017 apud FIGUEIREDO et.al., 2022), o TA têm uma etiologia multifatorial, ou seja, são determinados por uma diversidade de fatores biológicos, genéticos, psicológicos, socioculturais e familiares que interagem entre si. Figueiredo (2022) afirma que as sociedades vivem, atualmente, sob o ideal da magreza e da boa forma física, cujo padrão se impõe especialmente para as mulheres, nas quais a aparência física representa uma importante medida de valor pessoal, contribuindo para o desenvolvimento dos TAs.

Pinzon e Nogueira (2004) trazem em seu texto a influência da globalização, apontando as mudanças culturais e familiares como um fator de risco, informando que parentes próximos a pessoas que possuem TA têm maiores chances de desenvolver o transtorno.

Paralelamente, as patologias alimentares parecem ser doenças "ocidentais", uma vez que ocorrem mais frequentemente em países desenvolvidos e industrializados (GUIDELINE apud PINZON; NOGUEIRA, 2004, p. 159). Todavia, tem sido cada vez mais documentado o crescimento de casos em países nos quais costumavam ser raros, talvez por influência de modificações

culturais (LEE et al. apud PINZON; NOGUEIRA, 2003, p.159). Com relação ao padrão familiar, parentes de primeiro grau de pacientes com AN e BN têm maiores índices dessas doenças. Isso igualmente ocorre com irmãos gêmeos dos pacientes, principalmente os monozigóticos (KENDLER apud PINZON; NOGUEIRA, 2004, p.159).

Gonçalves et. al. (2013) afirma que a influência da mídia e a globalização enfatiza a contradição dos padrões de beleza impostos pela sociedade, entre o saudável e ideal de magreza. Além disso, aponta para a influência do ambiente familiar para determinação do comportamento da criança e do adolescente, contribuindo para ocasionar o transtorno. A rotina familiar, como horário para refeições e tipos de alimentos consumidos contribuem para um comportamento disfuncional, ainda mais se houver uma idealização de beleza no núcleo familiar.

Bittencourt e Almeida (2013) afirmam que o transtorno de alimentação é algo que sempre existiu em nossa sociedade, mas devido aos avanços tecnológicos, a criação de redes sociais e o aumento de interação por meio destas, os índices de casos vêm se tornando cada vez mais frequentes na atualidade.

Silva et.al. (2019) em seu artigo sobre Transtornos Alimentares traz o pensamento de alguns autores que afirmam que um fator que desencadeia a Anorexia é a preocupação exacerbada com o corpo, sendo influenciado pelo núcleo familiar, escolar e social.

Em um contexto geral, o fator desencadeador dessa doença é a preocupação exacerbada com o corpo. Instituições como a família, a escola e a sociedade são os lugares onde essas adolescentes começam a se enxergar com olhos de depreciação e desejar a mudança imediata. Propagandas que exaltam a magreza, comentários de colegas, amigos e familiares geram a ansiedade nessas adolescentes, provocando movimentos de tentativa de emagrecimento e, a partir disso, começam os comportamentos disfuncionais alimentares (FORTES; ALMEIDA; FERREIRA apud SILVA; VIEIRA; BOSSIA, 2019, p. 983).

Duchesne e Almeida (2002) concordam que os transtornos alimentares são resultados da interação entre os fatores biológicos, culturais e subjetivos do indivíduo, para os autores, a Terapia Cognitivo Comportamental contribuiria no desenvolvimento e manutenção das ferramentas para lidar com os comportamentos disfuncionais.

A TCC ocupa-se da identificação e correção das condições que favorecem o desenvolvimento e manutenção das alterações cognitivas e comportamentais que caracterizam os casos clínicos. Extensamente utilizadas no tratamento dos TA, técnicas cognitivas e comportamentais têm sido avaliadas e reconhecidas como estratégias eficazes na melhora dos quadros clínicos (DUSCHESNE; ALMEIDA, 2002, p. 49).

Oliveira e Deiro (2012) trazem em seu texto a contextualização para os avanços da TCC frente ao tratamento do TA. Inicialmente, os tratamentos de transtornos como Anorexia eram realizados por meio de uso de sondas nasogástricas, farmacológicos e repouso acamado para que fosse possível a ganha de peso. Mas mesmo em casos em que houve avanço no ganho de massa, muitos pacientes resistiam ou descontinuaram o tratamento, surgindo assim a necessidade de tratamentos que atuavam na manifestação do comportamento dos indivíduos.

Isto levou ao desenvolvimento de terapêuticas dirigidas às perturbações cognitivas e comportamentais específicas que caracterizam estes pacientes (COOPER & FAIRBURN apud OLIVEIRA; DEIRO, 2012, p. 38). Embora sua história seja recente, os procedimentos de tratamento amplamente baseados no enfoque cognitivo-comportamental provam ser populares e aceitáveis aos pacientes e têm aberto novos caminhos para essas difíceis doenças (FAIRBURN, PHIL & BEGLIN apud OLIVEIRA; DEIRO, 2012, p. 38).

Duchesne e Almeida (2002) apontam uma grande eficácia no tratamento do TA com a utilização da abordagem TCC, tanto para os comportamentos disfuncionais apresentados na Anorexia quanto na Bulimia.

Em pacientes com AN, os programas de TCC têm resultados na diminuição da restrição alimentar com melhora das escolhas nutricionais e aumento de peso. [...] No tratamento da BN, a TCC tem sido apontada como uma psicoterapia eficaz na remissão ou diminuição da frequência de ECA, dos comportamentos purgativos, da restrição alimentar e da preocupação com peso e formato corporal. (DUSCHESNE; ALMEIDA, 2002, p.50)

Em seu artigo, Silva (2021) enfatiza que os programas de intervenção cognitivo-comportamentais direcionados aos transtornos alimentares têm como um de seus principais objetivos a reestruturação do sistema de crenças dos pacientes afetados. Nesse contexto, as crenças referem-se a compreensões profundamente arraigadas e duradouras, muitas vezes não conscientemente expressas, que as pessoas consideram como verdades absolutas.

Essas crenças podem desempenhar um papel significativo na manutenção dos transtornos alimentares, influenciando a forma como os indivíduos se percebem, percebem os outros e interpretam o mundo ao seu redor. Muitas vezes, essas crenças distorcidas podem ser altamente disfuncionais e contribuir para comportamentos alimentares prejudiciais, distúrbios da imagem corporal e sofrimento psicológico.

Portanto, a terapia cognitivo-comportamental tem em vista auxiliar os pacientes a identificar e questionar essas crenças disfuncionais, promovendo uma reestruturação cognitiva. Isso envolve o desafio das idéias percebidas como absolutas e a substituição delas por pensamentos mais realistas e saudáveis. Ao fazer isso, a TCC visa não apenas tratar os sintomas dos transtornos alimentares, mas também abordar as raízes profundas e duradouras que contribuem para esses transtornos.

A etimologia dessas enfermidades não é totalmente conhecida, e a maioria dos especialistas trabalham com um modelo multidimensional de tratamento, que reconhece fatores individuais, genéticos, sociais e familiares.(ABREU E CANGELLI FILHO, 2005 apud OLIVEIRA E DEIRO, 2013, p. 37).

Conforme dito por Oliveira e Deiro (2013), inicialmente, o repouso acamado, a alimentação nasogástrica e uma variedade de farmacoterapias eram as principais intervenções, focadas principalmente no ganho de peso. Durante os anos 40, a psicanálise começa a dominar o entendimento e tratamento (OLIVEIRA, 2004 apud OLIVEIRA e DEIRO, 2013) e nas décadas seguintes, com o aparecimento dos programas de tratamento comportamental, passou a ser utilizado um regime baseado no reforço para ganho de peso (BACHRCH, 1975 apud OLIVEIRA e DEIRO, 2013), sendo considerado razoavelmente eficaz por um curto período, mas com alta taxa de recaída, mesmo após a recuperação do peso, muitos pacientes continuavam apresentando disfunções em suas atitudes relacionadas à alimentação e a forma física. (MORGAM e RUSSELL, 1975 apud OLIVEIRA e DEIRO, 2013).

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) para os transtornos alimentares foi descrita pela primeira vez por Fairburn em 1981, e o objetivo das técnicas é auxiliar o paciente a ter controle comportamental sobre a alimentação para ajudar a modificar as atitudes quanto aos hábitos alimentares anormais ou desregulados, ao peso e à imagem corporal. (NUNES & ABUCHAIM, 2008 apud WILLHELM E FORTES, 2015, p. 54)

De acordo com Dushesne e Almeida (2002), a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é uma abordagem semi-estruturada, objetiva e orientada para metas, que se concentra na intervenção de fatores cognitivos, emocionais e comportamentais no tratamento de transtornos psiquiátricos. Segundo Oliveira e Deiro (2013), nos transtornos alimentares, os programas de tratamento da TCC fundamentam-se principalmente em técnicas para a redução da ansiedade, autogerenciamento do comportamento e modificação de crenças desadaptadas.

Duchesne e Almeida (2002) discutem em seu artigo as principais técnicas cognitivas e comportamentais utilizadas no tratamento dos Transtornos Alimentares (TA). Para a Anorexia Nervosa (AN), os autores apresentam estratégias que visam a diminuição da restrição alimentar e da frequência de atividade física, facilitando o aumento de peso, a redução do distúrbio da imagem corporal, a modificação do sistema disfuncional de crenças associadas à aparência, peso e alimentação, e o aumento da autoestima.

Em pacientes com AN, os programas de TCC têm resultado na diminuição da restrição alimentar, como melhora das escolhas nutricionais e aumento de peso. Também tem sido relatada redução de pensamentos disfuncionais acerca de peso e alimentação, melhora do funcionamento sexual e do humor. (DUCHESNE, ALMEIDA, 2002, p. SIII 50.)

Os autores, Duchesne e Almeida (2002) apresentam que no tratamento da Bulimia Nervosa (BN), as técnicas utilizadas têm como objetivo a normalização do padrão alimentar e o desenvolvimento de estratégias para o controle de episódios de compulsão alimentar (ECA) e dos comportamentos compensatórios. A TCC também aborda a autoestima e a modificação do sistema de crenças disfuncionais.

No tratamento da BN, a TCC tem sido apontada como uma psicoterapia eficaz na remissão ou diminuição da frequência de ECA, dos comportamentos purgativos, da restrição alimentar e da preocupação com peso e formato corporal. A terapia tem auxiliado também na redução dos sintomas depressivos associados, na melhora da auto-estima e do funcionamento social. (DUCHESNE, ALMEIDA, 2002, p. SIII 51.).

Ainda é apresentado por Duchesne e Almeida (2002) o programa de TCC para Transtornos da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) desenvolvido a partir do modelo utilizado para a BN, requerendo adaptações devido às diferenças entre essas duas síndromes. Os objetivos terapêuticos no TCAP incluem o desenvolvimento de estratégias para controle de ECA, modificação de hábitos alimentares, o desenvolvimento de estratégias para adesão ao exercício físico e a redução gradual do peso, quando há obesidade associada. A TCC sugere, também para esses casos, a abordagem da autoestima, a redução da ansiedade associada à aparência e a modificação do sistema de crenças disfuncionais, realizadas nos moldes já descritos para a AN e BN.

A eficácia da TCC no TCAP foi menos estudada do que na BN. Encontramos relatos de redução da frequência dos ECA, sem que venha acompanhada de uma redução significativa do peso corporal. A necessidade de associação de estratégias que sejam dirigidas diretamente à redução do peso corporal já foi ressaltada e sua utilização em geral obtém bons resultados a curto-prazo, com dificuldades para manutenção a longo prazo. (DUCHESNE, ALMEIDA, 2002, p. SIII 51.).

Segundo Oliveira e Deiro (2013), Fairburn (1991) relata que as estratégias propostas pela Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) para o tratamento dos transtornos alimentares são desenvolvidas em um processo ao longo de três etapas, cada uma delas composta por oito entrevistas realizadas duas vezes por semana. No início do tratamento, o comprometimento do paciente com a terapia é o foco principal. Além disso, busca-se controlar a ingestão como outro objetivo crucial nessa fase. Recomenda-se um programa alimentar fixo, incorporando técnicas comportamentais que incluem a evitação de situações estressantes, contextos habituais ou tentadores.

Na segunda fase, o enfoque é direcionado à reestruturação cognitiva, visando a modificar as crenças irracionais que sustentam e fortalecem os padrões disfuncionais. Modificar essas crenças é um pré-requisito essencial para o progresso e recuperação do paciente. Torna-se fundamental que os pacientes compreendam a complexa interação entre seus pensamentos, sentimentos e comportamentos disfuncionais.

Finalmente, a terceira etapa concentra-se em manter as conquistas das fases anteriores e elaborar um plano de prevenção de recaídas. Isso é alcançado por meio da antecipação e preparação para enfrentar situações de estresse.

De acordo com Wricht, Basco e Thase (2008, apud Pires e Laport, 2019), o modelo cognitivo-comportamental utilizado pela Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) descreve os processos cognitivos. Esse modelo básico é empregado na conceitualização dos problemas clínicos e na implementação de técnicas específicas. É possível identificar eventos internos ou analisar acontecimentos em análise que provocam uma avaliação cognitiva, representada por pensamentos automáticos que ocorrem de maneira rápida e espontânea diante do evento em questão. Isso gera emoções e respostas psicológicas como consequência, além de desencadear respostas comportamentais que podem reforçar tais comportamentos. Segundo Pires e Laport (2019), na terapia cognitivo-comportamental, os esquemas de crenças são definidos como matrizes para os pensamentos automáticos. Esses esquemas são caracterizados como regras fundamentais que começam a ser construídas na infância e são influenciados por experiências de vida, ensinamentos, atividades educativas, traumas e sucessos.

Conforme descrito por Pires e Laport (2019), o modelo de tratamento em questão pode ser subdividido em 4 estágios:

1° Estágio - Nessa fase inicial, são aplicadas técnicas destinadas a facilitar a adesão ao tratamento, normalizar padrões alimentares e eliminar métodos compensatórios. Com uma frequência de duas sessões por semana, este estágio é caracterizado como o mais intensivo. (RANGE et al., 2011, apud PIRES E LAPORT 2019, p. 120).

2° Estágio - Nesta fase, serão avaliados os resultados obtidos a partir das técnicas implementadas no estágio 1. Realizar-se-á uma análise, revisão e seleção de técnicas adicionais. (RANGE et al., 2011, apud PIRES E LAPORT 2019, p. 121).

3° Estágio - Nesta etapa, as técnicas anteriormente aplicadas devem continuar sendo praticadas, uma vez que o tratamento é cumulativo. O estágio 3 é direcionado à reestruturação do sistema de crenças associadas ao Transtorno Alimentar (TA). (RANGE et al., 2011, apud PIRES E LAPORT 2019, p. 121).

4° Estágio - Neste estágio, são realizadas a manutenção das conquistas anteriores e a prevenção de recaídas através da antecipação, que consiste em identificar e planejar possíveis dificuldades e estratégias de enfrentamento para essas

situações. Nas sessões deste último estágio, o intervalo é de duas semanas. (RANGE et al., 2011, apud PIRES E LAPORT 2019, p. 121).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A análise da literatura ressalta a compreensão comum da etiologia multifatorial dos transtornos alimentares, destacando a complexidade envolvida na interação de fatores genéticos, ambientais, sociais e psicológicos.

Há um consenso sobre a multifuncionalidade do papel da família nos transtornos alimentares. Enquanto alguns estudos indicam a família como um fator de risco em transtornos alimentares na infância, ela também é identificada como uma rede de apoio crucial no tratamento de transtornos que surgem na adolescência.

A revisão ressalta uma interessante variação na percepção do papel da família, apontando-a como fator de proteção em determinadas fases da vida e como fator de risco em outras. Isso destaca a necessidade de considerar as nuances do apoio familiar em diferentes estágios do desenvolvimento.

Os resultados reforçam a importância de futuras pesquisas que se concentrem nos transtornos alimentares na infância, preenchendo a lacuna identificada nesta revisão. Além disso, sugerem a necessidade de investigações mais aprofundadas sobre a dinâmica familiar em diferentes faixas etárias.

A revisão bibliográfica revelou uma lacuna significativa na pesquisa de transtornos alimentares relacionados à infância, evidenciando uma área pouco explorada no contexto dos distúrbios alimentares.

Os resultados indicam que a bulimia, anorexia e compulsão alimentar são os transtornos alimentares mais abordados na literatura revisada, destacando sua prevalência e impacto na adolescência e idade adulta.

CONCLUSÃO

Diante da análise abrangente dos transtornos alimentares sob a perspectiva da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e considerando fatores de risco e proteção, esta revisão bibliográfica proporcionou uma visão valiosa do estado atual da pesquisa nesse campo.

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) surge como uma ferramenta eficaz no tratamento de transtornos alimentares. A literatura revisada evidencia sua eficácia na redução de comportamentos disfuncionais e na regulação do comportamento alimentar. Observa-se também melhorias significativas na autoestima, autoimagem e normalização do peso quando a TCC é integrada a um tratamento multidisciplinar.

A escassez de estudos relacionados aos transtornos alimentares na infância destaca uma lacuna significativa na compreensão dessas condições em uma fase crucial do desenvolvimento. Os transtornos mais conhecidos, como a bulimia, anorexia e compulsão alimentar, mostram-se prevalentes na adolescência e na idade adulta, revelando a importância de abordagens preventivas e terapêuticas específicas para essas faixas etárias.

A multifatorialidade na etiologia dos transtornos alimentares reitera a complexidade dessas condições, com fatores genéticos, ambientais, sociais e psicológicos interagindo de maneiras intrínsecas. A compreensão da família como um potencial fator de risco ou proteção destaca a necessidade de considerar as dinâmicas familiares específicas em diferentes estágios do desenvolvimento.

As variações na percepção do papel da família, sendo identificada tanto como uma rede de apoio crucial quanto como um fator desencadeante, destacam a necessidade de uma abordagem personalizada nos tratamentos, adaptando-se às nuances das diferentes fases da vida.

Como desdobramento deste trabalho, é fundamental que futuras pesquisas explorem mais profundamente os transtornos alimentares na infância, preenchendo a lacuna identificada e contribuindo para estratégias mais eficazes de prevenção e intervenção. Além disso, investigações mais aprofundadas sobre a dinâmica familiar em diferentes faixas etárias são essenciais para aprimorar as abordagens terapêuticas.

Em síntese, esta revisão destaca a complexidade dos transtornos alimentares, ressaltando a importância de uma abordagem abrangente e personalizada. Ao aprimorar a compreensão desses distúrbios, espera-se contribuir para a evolução de estratégias terapêuticas mais eficazes e direcionadas, visando à melhoria do tratamento e, por conseguinte, da qualidade de vida dos indivíduos afetados por essas condições.

REFERÊNCIAS

APPOLINÁRIO, J. C.; CLAUDINO, A. M. Transtornos alimentares. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 22, p. 28-31, 2000.

BIGHETTI, F.; SANTOS, J. E.; RIBEIRO, R. P. P. Grupo de orientação clínico-nutricional a familiares de portadores de transtornos alimentares: Uma experiência "GRATA". **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 39, n. 3, p. 410-414, 2006.

BITTENCOURT, L. J.; ALMEIDA, R. A. Transtornos alimentares: patologia ou estilo de vida? **Psicologia & Sociedade**, v. 25, n. 1, p. 220-229, 2013.

CARMO, C. C.; PEREIRA, P. M. L.; CÂNDIDO, A. P. C. Transtornos Alimentares: uma revisão dos aspectos etiológicos e das principais complicações clínicas. **HU Revista**, v. 40, n. 3, p. 173-181, 2014.

CORDÁS, T. A. Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 31, p. 154-157, 2004.

DUCHESNE, M.; ALMEIDA, P. E. M. Terapia cognitivo-comportamental dos transtornos alimentares. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 24, p. 49-53, 2002.

FERREIRA, T. D. Transtornos alimentares: principais sintomas e características psíquicas. **Revista uningá**, v. 55, n. 2, p. 169-176, 2018.

GONÇALVES, J. A. et al. Transtornos alimentares na infância e na adolescência. **Revista paulista de pediatria**, v. 31, p. 96-103, 2013.

GUSMÃO, M. H. Os transtornos e as dificuldades da alimentação. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 5, p. 44-60, 2002.

KACHANI, A. T. et al. Seletividade alimentar da criança. **Pediatria**, v. 27, n. 1, p. 48-60, 2005.

MADEIRA, I. R.; AQUINO, L. A. Problemas de abordagem difícil: "não come" e "não dorme". **Jornal de Pediatria**, v. 79, p. S43-S54, 2003.

OLIVEIRA, L. L.; DEIRO, C. P. Terapia cognitivo-comportamental para transtornos alimentares: a visão de psicoterapeutas sobre o tratamento. **Revista brasileira de terapia comportamental e cognitiva**, v. 15, n. 1, p. 36-49, 2013.

OLIVEIRA, L. L.; HUTZ, C. S. Transtornos alimentares: o papel dos aspectos culturais no mundo contemporâneo. **Psicologia em estudo**, v. 15, p. 575-582, 2010.

PINZON, V.; NOGUEIRA, F. C. Epidemiologia, curso e evolução dos transtornos alimentares. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 31, p. 158-160, 2004.

SILVA, V. A.; VIEIRA, M. E.; BOSSIA, T. J. TRANSTORNOS ALIMENTARES: POSSIBILIDADES DE TRATAMENTO PSICOLÓGICO COM BASE EM DIFERENTES ABORDAGENS TEÓRICAS. **CEP**, v. 95020, p. 472.

Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: **Artmed**, 2014. p. 329-354.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. São Paulo: Cortez editora, 2017.

DA SILVA, Marcos Vinícios Ramos. Contribuições terapêuticas da terapia cognitivo comportamental nos transtornos alimentares: revisão narrativa. **Scientia Generalis**, v. 2, n. 1, p. 17-22, 2021.

WILLHELM, Alice Rodrigues; FORTES, Paula Madeira; PERGHER, Giovanni Kuckartz. Perspectivas atuais da terapia cognitivo-comportamental no tratamento dos transtornos alimentares: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 17, n. 2, p. 52-65, 2015.

DA SILVA, Marcos Vinícios Ramos. Contribuições terapêuticas da terapia cognitivo comportamental nos transtornos alimentares: revisão narrativa. **Scientia Generalis**, v. 2, n. 1, p. 17-22, 2021.

DUCHESNE, Mônica et al. Utilização de terapia cognitivo-comportamental em grupo baseada em manual em uma amostra brasileira de indivíduos obesos com transtorno da compulsão alimentar periódica. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 29, p. 23-25, 2007.

OLIVEIRA, Letícia Langlois. Padrões disfuncionais de interação em famílias de adolescentes com anorexia nervosa. 2004.

DE AVILA CANALS, Aneron et al. Terapia Cognitivo-Comportamental nos transtornos alimentares: uma abordagem familiar para intervenção em crise. **Revista de Psicologia da IMED**, v. 1, n. 1, p. 56-71, 2009.

DOS SANTOS, Diogo Emmanuel Lucena et al. A importância da regulação emocional em terapia cognitivo-comportamental no transtorno de compulsão alimentar. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 11, p. 88323-88337, 2020.

DIAS, Ana Carolina Esteves. Guia: como elaborar uma revisão bibliográfica. **Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais (INPE)**, 2016.