

UNILEÃO  
CENTRO UNIVERSITÁRIO DOUTOR LEÃO SAMPAIO  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

MARIA TEREZA DE OLIVEIRA NEPOMUCENO

**NOVAS PERSPECTIVAS TERAPÊUTICAS PARA OS TRANSTORNOS  
ALIMENTARES A PARTIR DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL:  
uma revisão bibliográfica**

JUAZEIRO DO NORTE - CE  
2024

MARIA TEREZA DE OLIVEIRA NEPOMUCENO

**NOVAS PERSPECTIVAS TERAPÊUTICAS PARA OS TRANSTORNOS  
ALIMENTARES A PARTIR DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL:  
uma revisão bibliográfica**

Trabalho de Conclusão de Curso – Artigo Científico, apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Psicologia do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio, em cumprimento às exigências para a obtenção do grau de Bacharel em Psicologia.

**Orientador:** Profa. Dra. Flaviane Cristine Troglio da Silva

JUAZEIRO DO NORTE - CE  
2024

MARIA TEREZA DE OLIVEIRA NEPOMUCENO

**NOVAS PERSPECTIVAS TERAPÊUTICAS PARA OS TRANSTORNOS  
ALIMENTARES A PARTIR DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL:  
uma revisão bibliográfica**

Este exemplar corresponde à redação final aprovada do Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Psicologia do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio, em cumprimento às exigências para a obtenção do grau de Bacharel em Psicologia.

Data da Apresentação: 05/12/2024

**BANCA EXAMINADORA**

Orientador: Profa. Dra. Flaviane Cristine Troglia da Silva

Membro: Profa. Me. Silvia Moraes de Santana

Membro: Degiane Ledo Temóteo

JUAZEIRO DO NORTE - CE  
2024

**NOVAS PERSPECTIVAS TERAPÊUTICAS PARA OS TRANSTORNOS  
ALIMENTARES A PARTIR DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL:  
uma revisão bibliográfica.**

Maria Tereza de Oliveira Nepomuceno<sup>1</sup>  
Flaviane Cristine Troglio da Silva<sup>2</sup>

**RESUMO**

A crescente prevalência de casos de Transtornos Alimentares (TA) exige o conhecimento de novas intervenções terapêuticas, especialmente aquelas que abordam os fatores psicológicos e comportamentais subjacentes a essas condições. Este trabalho realiza uma pesquisa sobre as novas perspectivas terapêuticas para TA, com foco na Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), caracterizado como uma revisão bibliográfica, na qual foram utilizados métodos qualitativos, tendo como bases de dados SciELO, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scholar Google e PubMed, considerando os artigos publicados nos últimos 10 anos. O objetivo principal é discutir a TCC Aprimorada (TCC-A) e o modelo transdiagnóstico como abordagens promissoras para o tratamento dos TA. A pesquisa aborda o conceito desses transtornos, seus fatores de risco e os estágios de tratamento. Além disso, são explorados outros enfoques terapêuticos baseados na TCC com evidência científica sólida. Os resultados desta revisão contribuem para uma melhor compreensão dos TA e das possibilidades terapêuticas atuais, favorecendo a prática clínica e a pesquisa na área.

**Palavras-chave:** transtornos alimentares; terapia cognitivo-comportamental aprimorada; tratamento; terapias contextuais.

---

<sup>1</sup>Discente do curso de psicologia da UNILEÃO. Email: psimariatereza@gmail.com

<sup>2</sup>Docente do curso de psicologia da UNILEÃO. Email: flaviane@leaosampaio.edu.br

## 1 INTRODUÇÃO

Em um mundo que influencia a população a se encaixar nos padrões impostos pela sociedade, existem corpos que estão em sofrimento por não conseguirem encontrar identidade em sua própria essência. No final do século XX e início do século XXI, pôde-se observar uma forte valorização do corpo, uma procura obsessiva pela perfeição corporal, que se tornou um estilo de vida para muitas pessoas. Essa cultura é tão amplamente difundida que os indivíduos, em muitos casos, sacrificam seus corpos para se encaixar nesse ideal, mesmo que seja inalcançável (Castilho, 2001). No presente momento, a sociedade tende a exaltar excessivamente um corpo magro como indicador de saúde, o que pode levar a sentimentos de frustração, baixa autoestima e discriminação para aqueles que não se encaixam nesse padrão (Vaz *et al.*, 2014).

Perante tais fatos, surge a problemática dos Transtornos Alimentares (TA), que são definidos como quadros psiquiátricos em que o comportamento alimentar e a forma como o indivíduo percebe o próprio corpo estão comprometidos e, os pensamentos e as emoções ligados ao corpo e à alimentação provocam sofrimento e dificuldades em suas atividades cotidianas (Aratanga *et al.*, 2020). Sob essa perspectiva, esses transtornos, que podem estar relacionados a outros problemas de saúde mental, como a depressão e ansiedade, se não forem tratados, são capazes de gerar consequências físicas, psicológicas e sociais (Nunes *et al.*, 2017).

Diversos modelos de psicoterapia têm sido utilizados no tratamento dos Transtornos Alimentares. Entretanto, a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é reconhecida como uma abordagem altamente eficaz para tratar os TA, respaldada por um número significativo de estudos controlados que corroboram os resultados positivos alcançados com esse modelo de psicoterapia (Willhelm; Fortes; Perguer, 2015). Por esse motivo, a TCC foi explorada em maior detalhe neste trabalho.

A perspectiva da TCC atribui uma importância crucial ao estudo dos transtornos alimentares. Isso ocorre porque essa abordagem investiga os fatores que desencadeiam e perpetuam esses transtornos, proporcionando uma compreensão mais profunda da sua dinâmica. Portanto, ao estudar os TA pelo panorama da TCC, não apenas ampliam-se as opções de tratamento, mas também se impulsionam os avanços significativos na compreensão e intervenção dessas condições complexas (Duchesne; Campos; Pereira, 2019).

No Brasil, a população afetada pelos TA varia entre 1,1% e 4,2% da sociedade. É válido ressaltar que o aumento de casos registrados e suas consequências para a saúde física e

mental, assim como as altas taxas de suicídio entre os portadores do transtorno, têm despertado a atenção dos profissionais de saúde, que buscam compreender sua origem e aprimorar seu tratamento (Copetti; Quiroga, 2018).

A quinta edição revisada do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5-TR) (APA, 2023), apresenta seis classificações de transtornos alimentares: Pica, Ruminação, Transtorno Alimentar Restritivo/Evitativo (TARE), Anorexia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN) e Transtorno da Compulsão Alimentar (TCA). Os três últimos, subtipos mais relevantes, foram o principal foco de pesquisa deste trabalho, tendo em vista a insatisfação em volta da imagem corporal.

Atentando-se aos dados concretos que evidenciam o considerável aumento de casos de TA em adolescentes e adultos, surge uma preocupação em relação às consequências negativas para esses indivíduos. A relevância desse tema nos dias atuais e os novos modelos vigentes de psicoterapias utilizadas no tratamento, despertam a curiosidade e o interesse em compreender melhor as particularidades desse assunto. Em congruência com Copetti e Quiroga (2018), considerando a disseminação de uma representação ideal de magreza corporal estabelecida pela cultura ocidental, é possível observar uma considerável quantidade de indivíduos insatisfeitos com a forma e o peso de seus corpos. Com isso, o índice de TA tem aumentado nas últimas décadas, com taxas mais significativas no Ocidente.

Além de ter sido um tema de grande interesse pessoal antes e durante a academia, a relevância de estudar sobre transtornos alimentares se configura também em um viés social, haja vista que o tema ainda é cercado por muitos estigmas e preconceitos, se tornando necessário combater o descrédito e a educar a sociedade sobre a importância de uma abordagem compreensiva e sensível acerca disso.

Portanto, este estudo foi desenvolvido a partir do objetivo principal de discutir sobre as novas perspectivas terapêuticas baseadas na TCC destinadas ao tratamento dos TA e favorecer a compreensão desses transtornos e seus diversos aspectos. Como objetivos específicos, compreendeu-se inicialmente sobre o conceito de TA, com ênfase nos fatores de risco, predisponentes e mantenedores dessas condições. Em sequência, foi apresentada como abordagem de tratamento a Terapia Cognitivo-Comportamental Aprimorada (TCC-A), modelo transdiagnóstico, bem como os estágios de tratamento dos TA. Por fim, foram abordados outros enfoques terapêuticos, também baseados na TCC que apresentam bons níveis de evidência científica.

## **2 DESENVOLVIMENTO**

## 2.1 METODOLOGIA

Neste estudo de caráter exploratório, é adotado o método bibliográfico, o qual consiste em uma abordagem de pesquisa elaborada com base em material já publicado sobre o tema específico. Tradicionalmente, esta modalidade de pesquisa inclui material impresso, como livros, revistas, jornais, teses, dissertações e anais de eventos científicos (Gil, 2017), tornando desnecessário coletar dados empiricamente, como em experimentos ou pesquisas de campo. O objetivo é compreender o estado atual do conhecimento sobre o tema escolhido e fornecer uma visão abrangente das teorias, conceitos e descobertas previamente publicadas.

Para a realização desta pesquisa, foram feitas revisões narrativas da literatura, baseadas em artigos sobre Terapia Cognitivo-Comportamental e Transtornos Alimentares. Trata-se de um estudo de cunho qualitativo e de natureza básica, sendo utilizado como método de análise a revisão bibliográfica, levantamento de dados por meios de livros e artigos. Este método é costumeiramente utilizado na fase inicial de uma pesquisa para embasar a fundamentação teórica e contextualizar o problema de pesquisa (Marconi; Lakatos, 2010).

A aplicação do método bibliográfico ao estudo dos transtornos alimentares consiste na realização de uma busca, seleção e análise crítica de fontes bibliográficas relacionadas a essa temática. Tais fontes foram localizadas utilizando-se das palavras-chave “terapia cognitivo-comportamental; tratamento; transtornos alimentares”. Os documentos utilizados para a pesquisa foram publicados entre os anos de 2014 a 2024, em revistas e editoras especializadas e bases de dados acadêmicos, como SciELO; Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scholar Google, PubMed. Os critérios de exclusão dos artigos foram a ausência de correlação entre a TCC e o tratamento dos transtornos alimentares.

## 2.2 REFERENCIAL TEÓRICO

### **2.2.1 Conhecendo os transtornos alimentares: fatores de risco, predisponentes e mantenedores**

Os Transtornos Alimentares (TA) são doenças graves do comportamento alimentar com altos índices de recidiva, risco de suicídio e comorbidades psiquiátricas associadas (Lenzing; Filho; Cordás, 2024). Tais transtornos se manifestam com intensidade e duração

suficientes para causar impacto na saúde física ou no funcionamento psicossocial do indivíduo. Esse impacto decorre do consumo insuficiente ou excessivo de alimentos ou de comportamentos que prejudicam sua absorção adequada, mas que não são consequência de uma doença física, não representam um padrão alimentar culturalmente sancionado ou são apropriados ao estágio de desenvolvimento do indivíduo (Appolinario; Nunes; Cordás, 2022).

Como citado anteriormente, o principal foco de pesquisa deste trabalho foram os três subtipos de TA mais relevantes atualmente: Anorexia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN) e Transtorno da Compulsão Alimentar (TCA). Embora cada um desses diagnósticos tenham características específicas quanto aos sintomas e população atingida, todos compartilham um conjunto de problemas semelhantes: angústia relacionada ao peso ou à forma do corpo, dificuldades graves para manter uma alimentação adequada e grande risco de complicações clínicas graves (Aratangy *et al.*, 2020).

A anorexia nervosa é uma doença debilitante cujos critérios de diagnóstico através do DSM-5-TR se caracterizam pela restrição persistente da ingestão calórica, medo intenso de ganhar peso ou de engordar, ou comportamento persistente que interfere no ganho de peso e perturbação na percepção do próprio peso ou da própria forma. Sendo assim, o indivíduo mantém um peso corporal abaixo daquele minimamente normal para idade, gênero, trajetória do desenvolvimento e saúde física (APA, 2023).

Com o avanço das redes sociais, massificação da imagem do corpo esbelto e toda a cultura das dietas, percebe-se que os indivíduos têm apresentado maior vulnerabilidade ao desenvolvimento de transtornos de saúde mental (Souza; Garcia, 2021). Com isso, Souza e De Carvalho (2023) enfatizam que a Anorexia Nervosa é desenvolvida predominantemente, em meninas adolescentes (podendo-se agravar na vida adulta, em casos onde o tratamento e diagnósticos não são realizados da maneira correta) e em mulheres jovens, sendo marcada por uma grave restrição da inserção alimentar, por uma busca excessiva pela magreza e por distorção da imagem corporal.

A anorexia pode ainda ser dividida em dois subtipos: tipo restritivo e tipo compulsão alimentar purgativa. O tipo restritivo é caracterizado pela ausência de episódios frequentes de compulsão alimentar ou comportamentos purgativos (vômitos auto induzidos ou uso inadequado de laxantes, diuréticos ou enemas) nos últimos três meses. Este subtipo se refere a casos em que a perda de peso é predominantemente alcançada através de dieta, jejum ou prática excessiva de exercícios. Já no tipo compulsão alimentar purgativa, o indivíduo vivenciou esses episódios de compulsão e purgação nos últimos 90 dias (APA, 2023).



A maioria das pessoas que apresentam anorexia nervosa do tipo compulsão alimentar purgativa se envolve ocasionalmente em episódios de hiperfagia e também utiliza métodos de purgação. Entretanto, alguns indivíduos desse subtipo não têm episódios de hiperfagia, mas realizam a purgação regularmente após consumir pequenas quantidades de alimentos. Assim, a transição entre os subtipos ao longo do tempo é bastante comum; por isso, a classificação do subtipo deve refletir os sintomas atuais, e não a evolução do transtorno ao longo do tempo (APA, 2023).

Ainda em conformidade com Souza e De Carvalho (2023), a Bulimia Nervosa (BN) caracteriza-se pela ocorrência repetida de episódios onde o indivíduo consome grandes quantidades de alimentos em um curto período de tempo, acompanhados de uma sensação de falta de controle (episódios compulsivos). Tais episódios têm como objetivo aplacar a fome excessiva e lidar com emoções e situações estressantes. Essas situações são acompanhadas de métodos compensatórios impróprios para o controle de peso, como: vômitos autoinduzidos, uso de medicações, dietas inadequadas e prática de atividade física extenuante. Em oposição à AN, na BN não ocorre necessariamente a perda de peso, o que dificulta a detecção do problema por profissionais da saúde e por familiares (Aidar, 2020).

De maneira geral, indivíduos com BN tendem a apresentar traços de perfeccionismo, baixa autoestima, comportamentos autodestrutivos, dificuldades em lidar com emoções negativas, impulsividade e limitações na resolução de conflitos. O perfeccionismo, nesse contexto, se manifesta em um pensamento dicotômico, onde tudo é visto em termos absolutos: ou está perfeito ou está horrível, tornando difícil perceber e aceitar um meio-termo. Essa mentalidade pode levar à alternância entre dietas rigorosas e episódios de compulsão alimentar. As dietas que costumam seguir são bastante restritivas, e quando consomem algo não previsto no plano, enxergam isso como uma falha severa e irreparável, o que muitas vezes resulta em excessos alimentares (Aratangy *et al.*, 2020).

O Transtorno de Compulsão Alimentar foi observado pela primeira vez em 1959, pelo psiquiatra Albert Stunkard, que descreveu o termo como um padrão alimentar em certos indivíduos marcado pelo consumo de grandes quantidades de alimentos em intervalos irregulares; ele observou que alguns desses episódios estavam relacionados também à alimentação noturna. Além da presença de episódios recorrentes de compulsão alimentar, esse transtorno também é marcado por indicadores comportamentais de perda de controle, sofrimento/angústia marcante e ausência de mecanismos compensatórios (Appolinario; Nunes; Cordás, 2022).

O TCA é o transtorno alimentar mais prevalente, afetando até 3% da população em geral. Em determinados grupos, especialmente entre indivíduos com obesidade, essa taxa é ainda maior. Em relação aos gêneros, a diferença não é tão acentuada, com uma estimativa de três mulheres para cada dois homens afetados (Aratangy *et al.*, 2020).

Ambos os transtornos são afetados pelos padrões de beleza cultural, pressões sociais e aspectos psicológicos. A interação intrincada entre a predisposição genética, experiências traumáticas, distúrbios neuropsiquiátricos e influências familiares, torna cada caso particularmente complexo (Bronzatto; Lourencetti, 2024).

Supletivamente, segundo Teles; Carneiro (2023) os TA são complexos e frequentemente surgem de uma variedade de fatores, com o padrão de beleza cultural sendo um deles, que podem impactar seu desenvolvimento de maneira significativa. Adicionado a isso, pressões sociais, expectativas irreais sobre o corpo e normas estéticas podem levar à insatisfação corporal, resultando, em algumas situações, em distúrbios alimentares.

Todavia, é necessário compreender que o surgimento de transtornos mentais não se dá em decorrência de um único fator. Por isso, é necessário utilizar o modelo multidimensional para discutir as causas biopsicossociais, que interagem entre si para produzir e perpetuar a doença. Nesse sentido, podem ser identificados três tipos de fatores: os predisponentes, fatores de risco que aumentam a probabilidade de desenvolvimento do TA; os precipitantes, que são os responsáveis pelo surgimento dos sintomas; e os mantenedores, que influenciam a continuidade ou não do transtorno.

Os predisponentes são categorizados em duas classes: os “imutáveis” (como sexo e idade) e os “mutáveis” ou “variáveis”, que podem ser alterados de forma espontânea ou através de intervenções. Na literatura, os fatores “variáveis” são divididos em dois grupos: “gerais”, que têm a capacidade de prever qualquer tipo de doença psiquiátrica, e “específicos”, que estão relacionados à previsão de um TA. Os fatores gerais podem ser compartilhados entre uma doença psiquiátrica e um TA e incluem eventos estressantes da vida, como abuso físico ou sexual, experiências familiares negativas e afeto negativo, que se refere a estados de angústia, insatisfação e emoções adversas, como raiva, culpa, desânimo e medo (Dunker; Alvarenga; Philipp, 2019).

Aratangy *et al.* (2020) destaca como fatores de risco significativos a obesidade na infância, a presença de um diagnóstico de TA em alguém da família (tendo em vista a influência de fatores genéticos, além da assimilação de comportamentos e ideias sobre alimentação que são passados por meio da coabitação), valores culturais, bem como as questões psíquicas do próprio indivíduo, como baixa autoestima, perfeccionismo, autocrítica

acentuada e dificuldades no relacionamento com outras pessoas. Além disso, a presença de outros transtornos psiquiátricos como depressão, transtornos ansiosos e transtornos da personalidade também devem ser levados em consideração.

Somado a isso, segundo Oliveira *et al.* (2019), o papel das mães na formação da opinião de seus filhos quanto ao valor da aparência, do peso e da forma corporal é relevante, haja vista que foi certificado que mães de pacientes com TA tendem a ser mais críticas e preocupadas com relação ao peso de suas filhas, estimulando-as a fazer dieta. Outrossim, o pertencer a grupos profissionais que reforçam a demanda por um corpo magro como atletas, bailarinas, modelos e nutricionistas aumentam o risco de TA.

Diversas situações e contextos podem funcionar como um gatilho para o início alterado de comportamentos alimentares. Aratangy *et al.* (2020) afirma que o principal desencadeante desses quadros é a idade, tendo em vista que 80% dos TA iniciam-se na adolescência, já que nesta fase ocorre a transição da infância para a vida adulta, com importantes repercussões biológicas (puberdade, transformações hormonais, sexualidade e funcionamento cerebral), psicológicas (momento de formação de identidade e mudanças no corpo) e sociais (modelo de beleza propagado pela cultura e pela mídia) para o indivíduo.

Além de tais fatos, há a probabilidade de que a presença de algum tipo de abuso, especialmente o sexual, seja o maior estressor desencadeante de um TA. Acerca disso, pode-se afirmar que:

Grande parte dos pacientes com TA relata ter sofrido abuso sexual, em geral, na infância e, com frequência, por uma pessoa próxima do convívio. De certo modo, o TA pode surgir após um abuso como mecanismo psicológico de defesa. Alguns pacientes falam da busca por magreza extrema como forma de não chamar mais a atenção do abusador, de se tornar pouco atraente sexualmente. Também falam muito em "sumir" fisicamente, se tornar invisível para os outros. Essa situação é como se a pessoa abusada quisesse se livrar de sua feminilidade por se culpar ou por se sentir muito vulnerável (Aratangy *et al.*, 2020).

Ademais, uma das formas mais eficazes de alcançar o ideal de corpo perfeito propagado pela mídia, são as dietas restritivas, que prometem a perda de peso de forma rápida e sem esforços. Contudo, a prática dessas dietas pode causar danos imensuráveis tanto à saúde física como mental (Ludewig *et al.*, 2019), como questões emocionais, ansiedade, depressão e problemas associados ao peso. Isso, por sua vez, resulta em comportamentos compulsivos, que atuam como um mecanismo de compensação para o sofrimento gerado pela restrição alimentar (Andrade *et al.*, 2021).

Os fatores mantenedores nos transtornos alimentares são mecanismos biológicos, psicológicos e sociais que reforçam a continuidade da doença, tornando mais difícil a resolução espontânea desses transtornos. Biologicamente ocorrem alterações hormonais, metabólicas e cerebrais que deixam o paciente cada vez mais tolerante ao seu transtorno. Na anorexia nervosa, o corpo cria um estado de quase hibernação para que o organismo conserve o máximo de energia possível. Com os hormônios sexuais reduzidos a paciente para de menstruar; a frequência cardíaca e pressão arterial caem; a fome pode diminuir com o tempo e o paciente suporta cada vez mais passar fome (Aratangy *et al.*, 2020).

Ademais, não surpreendentemente, a mídia é frequentemente culpada pela (crescente) incidência desses transtornos, com base no fato de que as imagens divulgadas idealizam, motivam ou até forçam as pessoas a tentarem alcançar a magreza. Além disso, a mídia é acusada de distorcer a realidade, na medida em que os modelos e celebridades retratados são naturalmente magros e, portanto, não representativos da normalidade, ou anormalmente magros (ou seja, os produtos de esforços excepcionais para alcançar e manter um físico esbelto) (Figueiredo, 2022).

Sob essa perspectiva, Oliveira *et al.* (2023) afirma que, na atualidade, as redes sociais desempenham um papel crucial na definição dos padrões de beleza estabelecidos pela sociedade, que prioriza a magreza e a estética física. Isso resulta em uma busca incessante pelo corpo perfeito, frequentemente traduzida em dietas extremamente rígidas e procedimentos estéticos. Essa pressão tem crescido e afetado negativamente a autoestima de muitos adolescentes, especialmente das mulheres, criando inseguranças ligadas à sua imagem corporal, fundamentadas em padrões irreais. Essa insatisfação leva milhares de pessoas a alterarem seus hábitos alimentares e a adotarem as populares "dietas da moda", numa tentativa de alcançar a felicidade associada a imagens elaboradas.

Com isso, a mídia também pode prejudicar o tratamento dos TA, pois muitas vezes retrata a recuperação dos transtornos de forma simples e rápida, e isso pode levar as pessoas a subestimar a gravidade dessas condições e a dificuldade de se recuperar delas (Copetti; Quiroga, 2018).

Por fim, a altíssima taxa de comorbidades fazem parte das causas dos transtornos alimentares. Sua presença complica ainda mais a investigação de possíveis causas desses transtornos, pois tais doenças agravam, modificam ou mantêm a manifestação dos TA. Assim, na maioria dos pacientes, torna-se mais complexo o estudo isolado do transtorno alimentar presente (Aratangy *et al.*, 2020).

### 2.2.2 Terapia cognitivo-comportamental aprimorada e o modelo transdiagnóstico

Uma abordagem transdiagnóstica da TCC foi criada recentemente para abranger toda a variedade de transtornos alimentares observados em adultos. A Terapia Cognitivo-Comportamental Aprimorada (TCC-A), incorpora diversas novas estratégias e procedimentos destinados a melhorar a adesão ao tratamento e seus resultados (Barlow, 2016).

De acordo com o último levantamento feito pela Academy for Eating Disorders (AED) em 2020 com o objetivo de direcionar os profissionais especialistas em TA as melhores linhas de tratamento, a TCC-A se destaca como tratamento de primeira linha para os transtornos alimentares mais comuns: AN, BN e TCA. (Lenzing; Filho; Cordás, 2024).

Essa variação da TCC clássica é uma psicoterapia focada no presente, que integra diferentes abordagens de forma estruturada, emprega um conjunto flexível de procedimentos terapêuticos organizados para promover mudanças cognitivas, emocionais e comportamentais, visando a melhoria de diversos aspectos relacionados aos transtornos alimentares e ao funcionamento interpessoal. Por se tratar de uma abordagem transdiagnóstica, a escolha das técnicas a serem utilizadas no tratamento dos pacientes deve ser baseada em uma formulação personalizada do funcionamento individual de cada paciente, em vez de se restringir apenas ao diagnóstico categórico (Lenzing; Filho; Cordás, 2024). Adicionalmente, essa abordagem inclui módulos que tratam de obstáculos à mudança que são "externos" ao transtorno alimentar principal, como perfeccionismo, baixa autoestima e dificuldades nas relações interpessoais (Barlow, 2016).

Apesar da classificação dos TA como condições diferentes, o que realmente se destaca não são suas particularidades, mas sim as diversas características que possuem em comum. É importante destacar que esses transtornos apresentam muitos sintomas clínicos similares, incluindo a psicopatologia central que se caracteriza pela superavaliação da importância da forma corporal, do peso e da capacidade de controle sobre a alimentação, além de fatores semelhantes de vulnerabilidade, desenvolvimento e manutenção (Fairburn *et. al*, 2008).

Além disso, na área dos transtornos alimentares, é frequente a transição de um diagnóstico para outro ao longo do tempo, bem como a presença de transtornos não especificados (que não atendem a todos os critérios para um diagnóstico específico). Esses fatores contribuíram para que alguns autores adotassem uma abordagem de tratamento "transdiagnóstica", uma estratégia serve como orientação para que o terapeuta identifique os aspectos mais relevantes para o tratamento, permitindo a escolha personalizada das técnicas

mais adequadas para cada paciente. No entanto, isso não diminui a importância da classificação dos transtornos afetivos em diagnósticos específicos, que pode auxiliar na adequação de modelos de tratamento, prognóstico e outras considerações benéficas (Duchesne; Freitas, 2018).

A abordagem transdiagnóstica foi desenvolvida por Fairburn *et al.* (2008) na Universidade de Oxford, no Reino Unido. Desde sua publicação inicial, diversas novas estratégias foram incorporadas ao programa de tratamento, resultando na versão atual, a TCC-A (Lenzing; Filho; Cordás, 2024). De acordo com pesquisas realizadas com o intuito de observar a eficácia da TCC-A, pode-se concluir que essa abordagem pode ser utilizada no tratamento de todas as manifestações de transtornos alimentares em adultos. É importante destacar que essa característica não se observa em outros tratamentos baseados em evidências para transtornos alimentares (Fairburn; Wilson, 2013).

Nesse sentido, existem duas versões principais dessa abordagem terapêutica. A primeira é a versão breve e "focada", que concentra-se especialmente na psicopatologia central dos TA. A versão ampliada, por sua vez, é mais extensa e inclui técnicas voltadas para o tratamento do baixo peso, perfeccionismo clínico, baixa autoestima e dificuldades interpessoais (Lenzing; Filho; Cordás, 2024).

Desse modo, as duas versões da TCC-A são estruturadas em quatro etapas e incluem uma consulta de revisão que acontece 20 semanas após a conclusão do tratamento. Além disso, é realizada uma entrevista preliminar para avaliar a natureza e a gravidade dos problemas psiquiátricos do paciente. O processo de avaliação é colaborativo e tem o principal objetivo de motivar o paciente, oferecendo informações sobre o modelo de tratamento e as estratégias que serão ensinadas, a fim de promover a compreensão de que o tratamento pode ser benéfico (Duchesne, 2006).

A versão breve e focada do tratamento em 20 semanas é considerada a “versão padrão” por ser um ciclo de tratamento com duração geralmente suficiente para obter os resultados desejados. (Fairburn *et al.*, 2008). A seguir serão descritos os quatro estágios do tratamento:

O estágio 1 é composto por 8 sessões intensas, com consultas realizadas duas vezes por semana com os objetivos de: incluir o paciente ativamente no processo de tratamento e incentivá-lo a adotar mudanças; desenvolver, em parceria, uma formulação personalizada; oferecer psicoeducação acerca do modelo de tratamento e do transtorno alimentar; determinar que a avaliação do peso será realizada de maneira colaborativa apenas durante as sessões; estabelecer um padrão alimentar regular; introduzir o uso de um diário alimentar, juntamente

com as condições relacionadas e envolver pessoas significativas que possam contribuir para o tratamento (Fairburn *et al.*, 2008).

No início do processo terapêutico, além de focar na construção de uma relação terapêutica positiva, o terapeuta oferece psicoeducação a respeito das características dos TA, dos riscos clínicos associados e dos fatores que podem contribuir para seu desenvolvimento e persistência. Além disso, são discutidas as influências de traços pessoais do paciente, contextos familiares e pressões culturais (Duchesne; 2006).

Desse modo, um ponto crucial abordado na psicoeducação é a função dos ciclos viciosos na manutenção dos TA. A restrição alimentar e os episódios de compulsão alimentar são alguns mais frequentes. Pacientes com transtorno alimentar tendem a pensar de forma "tudo ou nada", abandonando o controle da alimentação após um pequeno deslize na dieta. Por exemplo, após sair da dieta, podem justificar excessos com a ideia de que começarão uma nova dieta rigorosa no dia seguinte. Esses episódios de compulsão alimentar (ECA) aumentam a preocupação com o peso, intensificando a restrição alimentar e criando um ciclo vicioso. Assim, em vez de reconhecer a falta de flexibilidade em seu pensamento, o paciente tende a interpretar os lapsos como falhas pessoais, acreditando que precisa se esforçar mais para seguir a dieta rígida. Nesse viés, técnicas de reestruturação cognitiva podem ajudar o paciente a quebrar esse padrão e a flexibilizar suas atitudes em relação à alimentação, incluindo o consumo de alimentos que considera "proibidos" (Duchesne; Dias, 2019).

A relação entre episódios de compulsão alimentar e métodos compensatórios também corroboram na manutenção do TA. Ainda no estágio 1 do tratamento, os pacientes são educados sobre os ciclos viciosos que ligam o TA a métodos purgativos, como a crença de que podem comer excessivamente se compensarem com esses métodos. Assim, são psicoeducados sobre a ineficácia da indução de vômito, diuréticos e laxantes para emagrecimento e os riscos associados a seu uso abusivo (Duchesne; Dias, 2019).

Além disso, discute-se o impacto do exercício físico excessivo na manutenção dos comportamentos alimentares desregulados, incentivando gradualmente a redução da atividade física em favor de atividades que promovam interações sociais. Ao final desse estágio, os pacientes devem estar motivados para o tratamento, com ênfase na realização de três refeições e de dois a três lanches planejados, sem comportamentos compensatórios, estabelecendo assim uma base para futuras mudanças (Duchesne; Dias, 2019).

Segundo Fairburn *et al.*, (2008), o estágio 2 representa uma fase breve de transição, consistindo em 2 sessões semanais nas quais o terapeuta e o paciente realizam uma avaliação do tratamento. Durante essas sessões, eles revisam o progresso alcançado em conjunto e as

melhorias obtidas por meio das técnicas aplicadas no estágio anterior. Além disso, essa fase também envolve a identificação de potenciais problemas a serem tratados, a modificação da formulação e o planejamento da abordagem a ser adotada no estágio 3, que pode ser focada ou ampliada. Para pacientes que não estão abaixo do peso, as consultas passam a ser semanais a partir deste ponto. Se os pacientes estão avançando com as estratégias do estágio 1, é importante reforçar as mudanças benéficas. Por outro lado, se não houver progresso, é necessário identificar e abordar as barreiras à mudança. Caso o perfeccionismo clínico, a baixa autoestima ou as dificuldades nos relacionamentos estejam impedindo o avanço, a implementação da versão ampliada do tratamento se torna recomendada.

O estágio 3 é a parte central do tratamento, onde serão abordados os principais mecanismos de manutenção do transtorno. As técnicas empregadas apresentam uma grande diversidade, assim como a sequência em que os sintomas psicopatológicos são tratados. A escolha das técnicas é determinada pela sua relevância e pelo papel que desempenham na perpetuação da psicopatologia de cada paciente (Lenzing; Filho; Cordás, 2024).

Nesse viés, um aspecto fundamental do tratamento é a transformação do sistema de crenças disfuncionais relacionadas ao peso e à forma corporal. As crenças de um indivíduo, isto é, a maneira como ele compreende e avalia suas vivências e o ambiente em que está inserido, exercem um impacto significativo na formação e na continuidade de seus sentimentos e comportamentos. No entanto, esse sistema pode apresentar distorções e rigidez, o que o torna disfuncional e leva à adoção de comportamentos também prejudiciais (Lenzing; Filho; Cordás, 2024).

Sendo assim, outro ponto central para a formação e perpetuação dos comportamentos típicos dos TA é a existência de um conjunto de crenças rígidas, inflexíveis e distorcidas que ligam a magreza à competência, superioridade e sucesso. Essas crenças fundamentam a supervalorização da magreza, o medo intenso de ganhar peso e a manifestação dos comportamentos característicos desses transtornos. Assim, os pacientes com TA frequentemente avaliam seu valor pessoal de forma excessiva, ou até mesmo exclusiva, com base em sua aparência corporal, na capacidade de se manterem magros e no controle da alimentação, tornando esses fatores intrinsecamente ligados à sua autoestima (Lenzing; Filho; Cordás, 2024).

Dentre as técnicas utilizadas na TCC-A para auxiliar o paciente na reestruturação de seu sistema de crenças, destaca-se a análise histórica dos eventos que marcaram sua vida e o impacto que esses eventos tiveram na formação da hipervalorização da magreza, na redução da autoestima e no surgimento de outras dificuldades associadas aos transtornos alimentares.



Outro exemplo é a orientação para que o paciente investigue e avalie a utilidade e a veracidade de seus pensamentos e crenças (Duchesne; Dias, 2019).

Além dos ciclos viciosos anteriormente descritos, também podem ocorrer Episódios de Compulsão Alimentar ou métodos compensatórios em função de dificuldades para regular humor negativo, tornando-se um mecanismo de manutenção externo à psicopatologia central do TA. Nesse contexto, podem ser utilizadas duas linhas complementares de intervenção: o treinamento em resolução de problemas (TRP) e o desenvolvimento de estratégias para regulação do humor. O TRP ajuda o paciente a elaborar uma série de etapas que o capacitam a enfrentar problemas de maneira geral, reduzindo as fontes de estresse que podem provocar a ocorrência dos episódios de compulsão. Além disso, é preciso que o paciente aprenda a identificar os problemas assim que eles surgem e seja treinado para considerar diversas possíveis soluções, avaliar a melhor alternativa, implementar a solução escolhida e avaliar os resultados obtidos com o uso do TRP (Lenzing; Filho; Cordás, 2024).

Outra abordagem eficaz é ensinar o paciente a tolerar emoções desagradáveis, em vez de buscar alívio em comportamentos impulsivos ou compensatórios. É fundamental esclarecer que esses estados de humor fazem parte da experiência humana e devem ser aceitos, além de serem temporários e não exigirem ações específicas. Assim, o paciente pode ser encorajado a deixar essas emoções passarem naturalmente, observando que elas tendem a diminuir com o tempo. Essa estratégia ajuda a alterar a crença de que as emoções negativas irão se agravar ou durar indefinidamente na ausência de comportamentos compensatórios (Lenzing; Filho; Cordás, 2024).

Segundo Barlow (2016), é fundamental que nesse processo seja possível identificar a superestimação e suas consequências, desenvolver domínios de autoavaliação que estejam marginalizados, abordar a verificação do corpo e evitação do corpo e abordar o “sentir-se gordo”. Além disso, perto do final do estágio 3, é fundamental trabalhar no desenvolvimento das habilidades dos pacientes para que possam enfrentar revezes.

Por fim, no estágio 4, último estágio do tratamento com pacientes que estejam no tratamento com número de sessões reduzido, os encontros serão realizados com dois amplos objetivos: garantir que as mudanças feitas no tratamento sejam mantidas e ampliadas e minimizar o risco de recaída no futuro. Concomitantemente, os pacientes interrompem o automonitoramento (Barlow, 2016).

É fundamental elaborar um plano de manutenção por escrito que inclua as técnicas que se mostraram eficazes durante o tratamento, as situações que apresentam maior risco de recaídas e as estratégias para enfrentá-las. Esse plano serve para reforçar os aprendizados

adquiridos ao longo do tratamento e deve ser revisado regularmente, garantindo que as mudanças sejam sustentadas (Fairburn *et al.*, 2008).

Conforme mencionado anteriormente, é feita uma consulta de revisão pós-tratamento algumas semanas após a conclusão. Nesse período, os pacientes não recebem nenhuma intervenção terapêutica. A sessão de revisão tem por objetivos analisar o estado do paciente e a necessidade de mais tratamento; averiguar a implementação do plano de manutenção de curto prazo, pelo paciente; discutir como foram enfrentadas as adversidades; reavaliar o plano de manutenção a longo prazo (Barlow, 2016).

A segunda versão da TCC-A consiste em 40 sessões e, além de empregar as estratégias mencionadas anteriormente, incorpora elementos relacionados ao baixo peso, assim como módulos que abordam técnicas para o perfeccionismo clínico, baixa autoestima central e dificuldades interpessoais. Evidências preliminares indicam que essa abordagem mais complexa e prolongada da TCC deve ser aplicada a pacientes em que as características mencionadas são bastante evidentes, pois podem influenciar significativamente a manutenção do transtorno alimentar (Fairburn *et al.*, 2009).

Indivíduos que apresentam perfeccionismo clínico tendem a se avaliar com base no esforço e na capacidade de atender a altas exigências pessoais nas áreas que consideram essenciais. Quando esses indivíduos também lidam com um TA, tais padrões rigorosos são frequentemente direcionados à alimentação, ao peso e à imagem corporal. Essa característica acentua os principais sintomas do TA, levando a um aumento na restrição alimentar, na prática de métodos compensatórios e a uma autocrítica ainda mais severa em relação à aparência física (Fairburn *et al.*, 2008).

Dificuldades nas interações sociais são frequentes em pacientes que sofrem de transtornos alimentares. Esses desafios podem surgir em função de problemas de assertividade, desavenças com outras pessoas, obstáculos na formação de vínculos íntimos e dificuldades de adaptação no ambiente social. As crenças pessoais desses pacientes frequentemente ajudam a explicar e perpetuar essas questões, uma vez que é comum que essas crenças estejam ligadas a uma percepção negativa sobre a própria habilidade de se comportar de maneira socialmente apropriada e a uma expectativa elevada de rejeição em contextos sociais (Fairburn *et al.*, 2009).

Em resposta a essas crenças, muitos podem evitar situações sociais, o que acaba reduzindo seu suporte social. Além disso, pode haver uma tendência a priorizar obrigações como estudos e trabalho, que servem como justificativa para a diminuição de esforços em construir e manter relacionamentos interpessoais. A preocupação excessiva com a aparência

também pode impactar profundamente a vida social e as relações íntimas, dificultando a socialização, a intimidade física e a aceitação do toque por parte de muitos pacientes. Juntas, essas dificuldades representam barreiras significativas para o estabelecimento de conexões afetivas saudáveis (Fairburn *et al.*, 2008).

Entretanto, TCC pode ajudar a abordar e transformar essas dificuldades interpessoais por meio do treinamento em habilidades sociais. Esse treinamento inclui uma variedade de práticas que visam aprimorar a eficácia nas interações, como iniciar conversas, articular opiniões de maneira assertiva, terminar relacionamentos prejudiciais e promover uma comunicação empática e validante, entre outras. Em geral, as habilidades são primeiramente trabalhadas durante as sessões de terapia e, em seguida, são aplicadas em diferentes cenários sociais (Duchesne *et al.*, 2017).

Ao desenvolver essas habilidades sociais, os pacientes tendem a melhorar sua eficácia nas relações, o que resulta na melhoria da qualidade de suas interações, no fortalecimento da autoestima e na formação de crenças de autoeficácia — a convicção de que são capazes de se comportar de maneira eficaz em várias situações sociais. Esses aspectos acabam ampliando suas experiências e interesses, permitindo que diferentes atividades assumam um papel mais significativo em sua autoavaliação, o que, por sua vez, diminui a importância atribuída à alimentação e ao corpo (Duchesne *et al.*, 2017).

O National Institute for Clinical Excellence (Nice) identificou a TCC como a abordagem preferencial para o tratamento de TA, tomando como base estudos que comprovam sua eficácia. Desse modo, a versão aprimorada da TCC, a TCC-A, mostrou-se potencialmente mais eficaz e aplicável a diversos tipos de TA, incluindo aqueles não especificados. Enquanto a TCC-A teve resultados promissores em casos de bulimia nervosa, há um aumento nas pesquisas sobre sua aplicação na compulsão alimentar. No entanto, fatores como complicações clínicas graves, transtornos do humor e abuso de substâncias podem impactar a eficácia da TCC e devem ser considerados antes do início do tratamento (Fairburn *et al.*, 2009).

Além disso, a TCC-A, embora tenha sido originalmente projetada para sessões individuais, tem sido adaptada para formatos em grupo e hospitalares. Em casos de pacientes que não respondem adequadamente ao tratamento, pode ser necessário aumentar o número de sessões ou integrar outras abordagens terapêuticas. Portanto, a implementação da TCC-A requer uma avaliação cuidadosa das condições individuais do paciente e a flexibilidade de adaptar o tratamento conforme necessário para garantir a eficácia terapêutica (Lenzing; Filho; Cordás, 2024).

### 2.2.3 Outras abordagens psicológicas

No ano de 2020, a Academy for Eating Disorders (AED) teve a iniciativa de reestruturar as psicoterapias com maiores evidências de tratamento dos TA, a fim de instruir os profissionais especialistas no assunto a ofertarem um tratamento baseado em evidência aos pacientes acometidos por tais transtornos. Para esse levantamento, foram utilizados os resultados das últimas revisões sistemáticas e metanálises, incluindo diretrizes internacionais de 8 países (Lenzing; Filho; Cordás, 2024). A divulgação do consenso da AED categorizou os tratamentos em psicoterapias como de primeira linha, baseando-se na solidez das revisões sistemáticas, ensaios clínicos randomizados (realizados em múltiplos centros ao redor do mundo) e nas taxas de resposta expressivas.

Nesse sentido, as diretrizes globais indicam que os pacientes devem iniciar o tratamento ambulatorial com a TCC-A, devido à sólida evidência de sua eficácia em abordar uma ampla gama de TA em comparação a outras psicoterapias. Caso os pacientes não apresentem uma resposta satisfatória em termos de recuperação do peso, remissão dos episódios de compulsão alimentar, utilização de métodos compensatórios, melhoria da imagem corporal e redução da psicopatologia geral, recomenda-se que os profissionais de saúde ofereçam outras opções de tratamento, considerando a aceitação por parte do paciente, as contraindicações e a potencial eficácia de cada abordagem (Lenzing; Filho; Cordás, 2024).

Nessa perspectiva, outros fatores que indicam um mau prognóstico incluem pacientes que apresentam múltiplos diagnósticos psiquiátricos, uma vez que esses diagnósticos competem diretamente pela atenção e pelo ritmo do tratamento do TA (Fairburn, 2008). Sendo assim, atualmente cerca de 70% dos pacientes com TA têm comorbidades psiquiátricas, o que representa um grande desafio para os clínicos, que devem oferecer um tratamento específico para o TA, sem perder o foco nessa condição, ou integrar estratégias de tratamento para estabilizar as comorbidades (Juli *et. al*, 2023).

Desse modo, os pacientes que não respondem às psicoterapias de primeira linha devem ser direcionados para tratamentos de segunda linha. Entretanto, é fundamental avaliar os preditores de baixa resposta e identificar possíveis estratégias que considerem as barreiras ao tratamento, como comorbidades psiquiátricas significativas. Além disso, deve-se implementar psicoterapias emergentes que tenham sido validadas empiricamente no âmbito dos TA (Lenzing; Filho; Cordás, 2024).

Haja vista a alta taxa de pacientes que apresentam remissão parcial ou que não respondem aos tratamentos de primeira e segunda linha (cerca de 50%), foi motivada a investigação de novos modelos de psicoterapia para os TA. Esses modelos emergentes oferecem novas perspectivas para entender a psicopatologia dos transtornos, além de estratégias para abordar os comportamentos alimentares disfuncionais, fatores que perpetuam a doença e questões relacionadas à imagem corporal (Solmi *et. al*, 2021).

As psicoterapias emergentes podem ser uma opção a ser considerada quando os tratamentos recomendados pela AED não tiverem obtido sucesso ou forem insuficientes. Em razão disso, a revisão sistemática realizada por Linardon *et. al* (2017), comparou diferentes psicoterapias contextuais (Terapia Comportamental Dialética, Terapia de Aceitação e Compromisso, Terapia do Esquema e Terapia Focada na Compaixão) com a TCC, considerada o padrão ouro de tratamento. Os resultados indicaram que todos os pacientes que receberam as psicoterapias contextuais apresentaram melhorias em relação ao estado antes do tratamento e quando comparados aos grupos controle. No entanto, nenhuma das psicoterapias contextuais mostrou uma resposta superior à TCC em pacientes com TA sem comorbidades psiquiátricas (Lenzing; Filho; Cordás, 2024).

Tais resultados reforçam a importância de que o tratamento para TA siga as orientações da AED. Assim, é recomendado que se inicie com intervenções baseadas na TCC terapia cognitivo-comportamental, seguindo-se das psicoterapias de primeira linha e, posteriormente, das de segunda linha. Apenas após a realização dessas etapas é que se deve considerar a implementação de psicoterapias emergentes. Contudo, há uma exceção para os pacientes que têm contraindicações aos tratamentos do AED ou que sofrem de comorbidades psiquiátricas significativas, as quais requerem a adoção de outros modelos de psicoterapia. A seguir, serão apresentados 3 modelos de psicoterapia que têm apresentado validade empírica.

#### 2.2.3.1 Terapia Comportamental Dialética (DBT)

Embora a TCC-A seja considerada o padrão ouro no tratamento de transtornos alimentares, as altas taxas de desistência, a presença de comorbidades psiquiátricas e as limitações da abordagem podem tornar o tratamento um desafio para os clínicos (Serpell *et al.*, 2020). A Terapia Dialética Comportamental (DBT) é uma abordagem terapêutica contextual, que se destaca no tratamento de TA por ser especialmente recomendada para pacientes que apresentam uma desregulação emocional significativa, como aqueles diagnosticados com transtorno de personalidade borderline e que manifestam

comportamentos suicidas (Lineham, 2016). Nesses casos, estudos recentes indicam que a DBT é uma opção terapêutica promissora para pacientes com TA que não respondem à TCC-A (Ben-Porath *et al.*, 2020).

A *DBT-Standard*, modelo padrão de DBT para TA, é um tratamento composto por terapia individual, treino de habilidades, coaching por telefone, reunião de consultoria e tratamentos complementares (Lineham, 2016). A *DBT-MED*, adaptada para tratar transtornos alimentares em indivíduos com múltiplos diagnósticos, conserva a estrutura fundamental da DBT padrão. No entanto, incorpora modificações e estratégias da TCC-A para abordar especificamente os comportamentos alimentares, tornando-a um tratamento mais completo e personalizado (Wisniewski *et al.*, 2020).

A *DBT-MED* combina o rigor das intervenções comportamentais da TCC-A, como o diário alimentar e a pesagem colaborativa, com a abordagem biossocial da *DBT-Standard*. Essa integração permite um tratamento personalizado para indivíduos com TA complexos, incluindo o envolvimento de nutricionistas e psiquiatras na equipe terapêutica (Wisniewski *et al.*, 2020).

Tedo em vista o procedimento adotado pela *DBT-MED*, o tratamento inicia-se pelos comportamentos de risco de vida, como suicídio, autolesão e comportamentos alimentares graves. Enquanto os dois primeiros seguem as diretrizes da DBT padrão, o risco associado aos transtornos alimentares exige estratégias específicas. A gestão de riscos de vida, especialmente os relacionados à alimentação, frequentemente requer a colaboração de uma equipe multidisciplinar, incluindo médicos (Lenzing; Filho; Cordás, 2024).

O segundo alvo na terapia individual são os problemas que podem interferir no processo de tratamento, e refere-se a qualquer comportamento que tenha potencial para destruir ou diminuir a resposta do tratamento, podendo ser problemas do paciente, dos familiares ou do próprio terapeuta (Lenzing; Filho; Cordás, 2024).

Além dos comportamentos que colocam a vida em risco imediato, outros problemas graves podem comprometer significativamente a qualidade de vida do paciente, sem necessariamente representar um perigo iminente (Lineham, 2016). A queixa principal de pacientes com TA geralmente envolve uma ampla gama de comportamentos disfuncionais, como restrição alimentar, compulsão alimentar, purgação (vômitos, uso de laxantes ou diuréticos), e atividade física excessiva. Esses comportamentos, além de outros menos comuns, causam sofrimento e prejuízos significativos na vida do indivíduo (Lenzing; Filho; Cordás, 2024).

Dito isso, a DBT é única por focar diretamente na conexão entre suas emoções e os comportamentos alimentares. Ela reconhece que a comida, muitas vezes, é usada como uma forma de lidar com emoções difíceis, como tristeza, ansiedade ou raiva. Ademais, a abordagem auxilia o paciente a entender o motivo que o faz recorrer à comida em momentos de sofrimento e oferece ferramentas práticas para lidar com essas emoções de forma mais eficaz. Através do treinamento, o paciente aprenderá a identificar os padrões de pensamento e comportamento que contribuem para a compulsão alimentar, e a desenvolver habilidades para quebrar tais padrões e construir uma relação mais saudável com a comida e consigo mesmo.

#### 2.2.3.2 Terapia de Aceitação e Compromisso

A Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) é uma abordagem psicoterapêutica que surge da combinação dos estudos sobre linguagem e análise do comportamento, fundamentando-se no contextualismo funcional como sua base filosófica (Hayes *et. al*, 2004). Por apresentar um modelo processual e transdiagnóstico de psicopatologia, a ACT se alinha ao crescente conjunto de pesquisas que demonstram que comportamentos sintomáticos comuns em pessoas com transtornos alimentares (como restrições, compulsões, purgações e autochecagem) funcionam como uma forma de esquiva experiencial. Em outras palavras, a razão central e subjacente aos principais transtornos alimentares (como AN, BN e TCA) seria a utilização desses sintomas como estratégias para o controle de eventos privados aversivos (Hayes *et. al*, 2011).

Com isso, em vez de focar na alteração de pensamentos e emoções disfuncionais, pode ser mais eficaz, em termos de prever e influenciar comportamentos, ajustar as relações entre as emoções e os pensamentos que as pessoas vivenciam e a forma como elas se alimentam. Em resumo, podemos identificar dois processos fundamentais: (1) a aceitação e a atenção plena em relação às emoções e pensamentos vivenciados e (2) a promoção de comportamentos alinhados com os valores do indivíduo (Sandoz; Wilson; DuFrene, 2010).

Em consonância com Sandoz, Wilson e DuFrene (2010), o foco central da ACT é fomentar a flexibilidade psicológica, tanto do terapeuta quanto do paciente. Esse objetivo é alcançado por meio de exercícios experienciais relacionados aos seis processos, além do uso de metáforas, narrativas e da clarificação e definição de valores, entre outros. Durante o processo terapêutico, os pacientes são incentivados a se direcionar para uma vida que esteja mais alinhada com seus valores, a estabelecer objetivos que reflitam tais valores e a cultivar a aceitação experiencial para enfrentar obstáculos, sejam eles internos ou externos.

Assim, a etapa central do tratamento consiste na realização de uma avaliação inicial. Além da coleta de informações habituais em qualquer consulta clínica, essas entrevistas iniciais, quando conduzidas por profissionais da ACT, têm como objetivo a elaboração de uma formulação de caso que considera os processos de inflexibilidade e flexibilidade, permitindo ao terapeuta identificar quais aspectos requerem maior atenção nas sessões subsequentes e monitorar o progresso do cliente (Hayes; Strosahl; Wilson, 2021). Os seis processos centrais são construção de valores, aceitação, desfusão cognitiva, atenção flexível ao momento presente, self-como-contexto e ações de compromisso.

Por fim, a ACT apresenta diversas características que podem ser vantajosas no tratamento de indivíduos com TA. Manlick, Cochran e Koon (2013) destacam quatro dessas características. Primeiramente, a ACT se diferencia por ser menos patologizante, fundamentando-se em um modelo transdiagnóstico que considera o sofrimento humano como resultado de processos psicológicos normais. Em segundo lugar, a ACT permite uma abordagem dinâmica, adaptando-se aos contextos que surgem em cada sessão, em vez de seguir um roteiro fixo; sua estrutura é mantida por meio do foco nos seis processos centrais e na formulação específica do caso do paciente. Em terceiro, ao priorizar os valores do cliente como guia para o tratamento, a ACT oferece um potente antídoto contra a natureza egossintônica dos TA, promovendo maior engajamento no trabalho terapêutico. Por fim, os autores mencionados ressaltam o robusto suporte empírico disponível para o modelo de evitação experiencial no manejo dos sintomas de TA, em comparação com o modelo de reestruturação cognitiva.

#### 2.2.3.3 Terapia Focada na Compaixão

Proposta por Gilbert (2009), a Terapia Focada na Compaixão (TFC) tem como objetivo central construir a capacidade de autocompaixão e reduzir a intensidade do sentimento de vergonha. Através dessa prática, busca-se desenvolver um sistema de suporte interno que atua como um escudo protetor, antecipando o contato com conteúdos emocionais dolorosos e oferecendo conforto e acolhimento. De acordo com o modelo, a vergonha e a autocritica desempenham um papel central na perpetuação de problemas psicológicos. A autocritica, entendida como uma resposta evolutiva a situações de perigo social, está associada a sentimentos de inferioridade, isolamento e perseguição, que se originam em experiências passadas de ameaça e rejeição. No âmbito dos TA, é uma abordagem terapêutica



que visa regular a relação entre o indivíduo e seu corpo e alimentação (Oliveira; Neufeld, 2022).

Goss e Gilbert (2002) sugerem que a vergonha subjacente aos transtornos alimentares pode ser vista como uma tentativa de autoproteção. Assim, a TFC propõe que a autocompaixão é a chave para romper com os ciclos de restrição, compulsão e purgação, que a longo prazo intensificam o sofrimento e reforçam crenças negativas sobre si mesmo.

Um dos objetivos da TFC é ajudar os pacientes a libertarem-se da culpa por aspectos que estão fora de seu controle, permitindo que desenvolvam um repertório de habilidades para enfrentar desafios e construir uma vida mais plena. A terapia utiliza a relação terapêutica como um espaço seguro e técnicas como a descoberta guiada, visualização e a técnica da cadeira vazia para facilitar o processo de autocompreensão e o cultivo da compaixão (Kolts, 2016).

Embora a TFC possua uma base teórica robusta e protocolos testados, ela não se apresenta como uma terapia rígida. Sua abordagem é flexível, permitindo que o terapeuta adapte as intervenções às necessidades de cada paciente. Sendo assim, a complexidade da abordagem reside na sua fundamentação em conhecimentos evolutivos, fisiológicos, neurológicos, sociais e psicológicos, visando uma compreensão abrangente das emoções, motivações e cognições que moldam o comportamento humano (Gilbert, 2020).

Nesse sentido, a intervenção é proposta em quatro camadas: relação terapêutica, entendimento compassivo, mindfulness e práticas de autocompaixão (Kolts, 2016). Além de buscar auxiliar o paciente a compreender a origem e a natureza do sofrimento relacionado ao transtorno alimentar, a ênfase da TFC está no desenvolvimento da autocompaixão, uma vez que pesquisas apontam que baixos níveis de autocompaixão e um medo intenso de ser compassivo consigo mesmo são características comuns em indivíduos com esses transtornos (Merritt; Purdon, 2020).

Reconhecer a complexidade dos transtornos alimentares, que envolvem aspectos biológicos, sociais e psicológicos, é essencial para desenvolver uma postura compassiva em relação a si mesmo. Nesse sentido, a psicoeducação desempenha um papel fundamental nesse processo, fornecendo ao paciente informações sobre o transtorno e as suas causas. Através de técnicas de relaxamento, visualização e outras estratégias, o terapeuta auxilia o paciente a ativar o sistema de tranquilização e a cultivar uma mente compassiva, o que contribui para a redução do sofrimento e a promoção da recuperação (Goss; Kelly, 2022).

Dessa maneira, a TFC oferece uma abordagem valiosa para o tratamento de TA ao trabalhar diretamente nos mecanismos que mantêm esses quadros, como a comparação social

e a autocrítica. Ao cultivar uma mentalidade mais conectada e compassiva, a TFC ajuda os pacientes a romper com padrões disfuncionais e a construir uma relação mais saudável com seu corpo e com os outros, promovendo assim a recuperação e o bem-estar.

### 3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa buscou explorar as novas perspectivas terapêuticas que emergem do campo da terapia cognitivo-comportamental, com foco na aplicação do modelo TCC-A no tratamento de transtornos alimentares. A análise da literatura permitiu evidenciar a relevância da TCC-A como uma abordagem promissora, que considera tanto os aspectos cognitivos e comportamentais, quanto os contextos sociais e culturais nos quais os indivíduos estão inseridos.

Foi evidenciado que a TCC-A oferece uma abordagem compassiva e que busca não apenas a modificação de pensamentos e comportamentos disfuncionais, mas também a promoção da aceitação e da flexibilidade psicológica. Essa perspectiva é particularmente relevante no tratamento de transtornos alimentares, que frequentemente envolvem uma luta constante contra os próprios pensamentos e sentimentos.

No entanto, é importante ressaltar que a TCC-A não é uma panaceia para todos os casos de transtornos alimentares. A escolha da abordagem terapêutica mais adequada deve ser individualizada, considerando as características de cada paciente e a complexidade do quadro clínico. A combinação da TCC-A com outras terapias, como as terapias contextuais, pode oferecer resultados ainda mais promissores, ao abordar de forma mais abrangente os diferentes aspectos envolvidos nos TA.

Em conclusão, a TCC-A representa um avanço significativo no tratamento de TA. No entanto, são necessárias mais pesquisas para aprofundar o conhecimento sobre os mecanismos de ação dessa terapia e para avaliar sua eficácia a longo prazo. Além disso, é fundamental que os profissionais da saúde mental estejam atualizados sobre as novas evidências científicas e as diferentes abordagens terapêuticas disponíveis, a fim de oferecer o melhor tratamento possível aos seus pacientes.

### REFERÊNCIAS

AIDAR, M. O. I. *et al.* Fatores associados à suscetibilidade para o desenvolvimento de transtornos alimentares em estudantes internos de um curso de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 44, n. 3, p. 1-7, 2020.

ANDRADE, C. A. de. *et al.* Dietas restritivas e o risco para o desenvolvimento de compulsão alimentar em adolescentes. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 5, p. 50918-50928, 2021.

APA. American Psychiatric Association. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR**. 5. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2023.

APPOLINARIO, J. C.; NUNES, M. A.; CORDÁS, T. A. **Transtornos alimentares: diagnóstico e manejo**. Porto Alegre: Grupo A, 2022.

ARATANGY, E. W. *et al.* **Como lidar com transtornos alimentares: um guia prático para familiares e pacientes**. São Paulo: Hogrefe, 2020.

BARLOW, D. H. **Manual clínico dos transtornos psicológicos**. Porto Alegre: Grupo A, 2016.

BEN-PORATH, D. *et al.* Dialectical behavioral therapy: an update and review of the existing treatment models adapted for adults with eating disorders. *Eating Disorders*, v. 28, n. 2, p. 101-121, 2020.

BRONZATTO, J. A.; LOURENCETI, M. A. A eficácia da terapia cognitivo-comportamental (TCC) no combate aos transtornos alimentares: anorexia nervosa e bulimia nervosa. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 7, n. 14, 2024.

CASTILHO, S. M. **A imagem corporal**. Santo André: ESETec Editores Associados, 2001.

COPETTI, A. V. S.; QUIROGA, C. V. A influência da mídia nos transtornos alimentares e na autoimagem em adolescentes. **Revista de Psicologia da IMED**, v. 10, n. 2, p. 161-177, 2018.

DUCHESNE, M. **Terapia Cognitivo-comportamental em grupo para pacientes obesos com transtorno da compulsão alimentar periódica**. Tese de Doutorado. Dissertação de mestrado. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

DUCHESNE M. *et al.* Terapia cognitivo-comportamental em grupo para transtornos alimentares e obesidade. In: Neufeld CB, Rangé BP (org). **Terapia cognitivo-comportamental em grupos: das evidências à prática**. Porto Alegre: Artmed, p.153-5, 2017.

DUCHESNE, M.; FREITAS, S. Aula 4: Terapia cognitiva comportamental dos transtornos alimentares. In: NABUCO, C. R. F.; VASQUES, M. F. G.; CALLEGARO, M. M. **Terapias cognitivas: módulo 5: Terapias cognitivas e outros transtornos psiquiátricos** (parte 1) [curso online]. Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2018.

DUCHESNE, M.; CAMPOS, M. C.; PEREIRA, M. C. B. Intervenções psicológicas no tratamento dos transtornos alimentares. **Debates em Psiquiatria**, v. 9, n. 3, p. 32-38, 2019.

DUCHESNE, M.; DIAS T .R. S. Transtornos alimentares. In: Carvalho MR, Malagris LENM, Rangé BP (org.). **Psicoeducação em terapia cognitivo-comportamental**, p.134-46, 2019.

DUNKER, K. L. L.; ALVARENGA, M. S.; PHILIPP, S. T. Transtornos alimentares e obesidade: evidências quanto à prevenção integrada. **Transtornos alimentares e nutrição: da prevenção ao tratamento**. Barueri: Manole, 2019.

FAIRBURN C. G. *et al.* Enhanced cognitive behavior therapy for eating disorders: the core protocol. In: Fairburn CG (ed.). **Cognitive behavior therapy and eating disorders**. New York: Guilford, p.47-83, 2008.

FAIRBURN, C. G. *et al.* Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: a two-site trial with 60-week follow-up. **American Journal of Psychiatry**, v. 166, n. 3, p. 311-319, 2009.

FAIRBURN, C. G.; WILSON, G. T. The dissemination and implementation of psychological treatments: Problems and solutions. **International Journal of Eating Disorders**, v. 46, p. 516-521, 2013.

FIGUEIREDO, B. Q. de *et al.* Transtornos alimentares: etiologias, fatores desencadeantes, desafios de manejo e métodos de triagem. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 12, 2022.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2017.

GILBERT P. **The compassionate mind: A new approach to life's challenges**. London: Constable & Robinson. 2009.

GILBERT P. **Compassion: from its evolution to a psychotherapy**. Front Psychol, 2020.

GOSS K.; GILBERT P. Eating disorders, shame and pride: **A cognitive-behavioural functional analysis**. In: Gilbert P, Miles J, editors. *Body Shame: Conceptualisation, Research and Treatment*. New York: Brunner-Routledge, 2002.

GOSS K.; KELLY A. C. The roles of shame, self-criticism, and compassion focused therapy in eating disorders and disordered eating. In: Gilbert P, Simos G (orgs.). **Compassion Focused Therapy: Clinical Practice and Applications**. New York: Routledge; 2022.

HAYES S. *et al.* **A practical guide to acceptance and commitment therapy**. New York: Springer; 2004.

HAYES S.C.; STROSAHL K. D.; WILSON K.G. **Terapia de aceitação e compromisso: o processo e a prática da mudança consciente**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed; 2021.

HAYES S.C. *et al.* Open, aware, and active: contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. **Annual Review of Clinical Psychology**. v. 7, p. 141-168, 2011.

JULI, R. *et al.* Eating disorders and psychiatric comorbidity. **Psiquiatr Danub**, v. 35, suppl. 2, p. 217-220, out. 2023.

KOLTS, R. **CFT Made simple: a clinician's guide to practicing compassion-focused therapy**. Oakland: New Harbinger Publications; 2016.

LINARDON, J. *et al.* The efficacy of cognitive-behavioral therapy for eating disorders: a systematic review and meta-analysis. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 85, n. 11, p. 1080, 2017.

LINEHAM, M. **Terapia cognitivo-comportamental para transtorno da personalidade borderline: tratamentos que funcionam**. Guia do terapeuta. Porto Alegre: Artmed; 2016.

LUDEWIG, A. M. *et al.* Prevalência de sintomas para transtornos alimentares em escolares de 11 a 15 anos da rede municipal de ensino da cidade de Nova Petrópolis, RS. **Revista da AMRIGS**, v. 61, n. 1, p. 35-39, 2019.

MANLICK, F.; COCHRAN, S.; V.KOON, J. Acceptance and commitment therapy for eating disorders: rationale and literature review. **J Contemp Psychother.**, v. 43, p. 115-122, 2013.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia científica**. São Paulo: Editora Atlas, 2010.

MERRITT, O. A.; PURDON, C. L. Scared of compassion: fear of compassion in anxiety, mood, and non-clinical groups. **Br J Clin Psychol.**, v. 59, n. 3, p. 354-368, 2020.

NUNES, L. G. *et al.* Fatores de risco associados ao desenvolvimento de bulimia e anorexia nervosa em estudantes universitários: uma revisão integrativa. **HU Rev.**, v. 43, n. 11, p. 61-69, 2017.

OLIVEIRA, A. N.; NEUFELD, C. B. Terapia Focada na Compaixão para pessoas com obesidade: um estudo de viabilidade. **Revista Brasileira de Psicoterapia**, v. 24, n. 1, 2022.

OLIVEIRA, G. C. *et al.* **Transtornos alimentares na adolescência: a influência das redes sociais**. Disponível em: <https://ric.cps.sp.gov.br/handle/123456789/16044>. Acesso em: 25 set. 2024. 2023.

OLIVEIRA, S. D. *et al.* Percepção da imagem corporal e atitudes alimentares de modelos em São Paulo. **RBONE - Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 12, n. 76, p. 1157-1163, 27 jan. 2019.

SANDOZ, E. K.; WILSON, K. G.; DUFRENE, T. **Acceptance and commitment therapy for eating disorders: a process-focused guide to treating anorexia and bulimia**. Oakland: New Harbinger Publications, 2010.

SERPELL, L. *et al.* **A guide to selecting evidence-based psychological therapies for eating disorders**. Academy for Eating Disorders, 2020.

SOLMI, M. *et al.* Comparative efficacy and acceptability of psychological interventions for the treatment of adult outpatients with anorexia nervosa: a systematic review and network meta-analysis. **The Lancet Psychiatry**, v. 8, n. 3, p. 215-224, 2021.

SOUZA, M. A. P.; CARVALHO, J. B. M. de. Repercussões das principais psicoterapias utilizadas no seguimento de adolescentes com transtornos alimentares: uma revisão sistemática. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 23, n. 4, 2023.

SOUZA, V. C. G.; GARCIA, A. C. B. B. F. Terapia cognitivo-comportamental: tratamento da anorexia nervosa em mulheres jovens. **Boletim-Academia Paulista de Psicologia**, v. 41, n. 101, p. 185-192, 2021.

TELES, B. B. S.; CARNEIRO, J. **A influência dos padrões de beleza no desenvolvimento de transtornos alimentares em mulheres**. Trabalho de Conclusão de Curso (Psicologia) – Universidade de Mooca, São Judas, 2023.

VAZ, D. S. S. *et al.* Comportamento alimentar e hábito alimentar: uma revisão. **Uningá Rev.**, v. 20, n. 11, p. 108-112, 2014.

WILLHELM, A. R.; FORTES, P. M.; PERGHER, G. K. 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.

WISNIEWSKI, L. *et al.* DBT e transtornos alimentares. In: DIMEFF, L.; RIZVI, S. L.; KOERNER, K. (Org.). **Terapia comportamental dialética: aplicações em diferentes transtornos e cenários**. 2. ed. São Paulo: Artmed, p. 310, 2020.