



# UM ESTUDO DE CASO DE ANOREXIA NERVOSA: desafios e possibilidades na terapia cognitivo-comportamental

DOI: 10.22289/2446-922X.V8N1A24

Camilla Volpato **Broering**<sup>1</sup>  
Alessandra **Scherer**

## RESUMO

A propagação de uma cultura de corpo magro e de um padrão estético a ser seguido pela sociedade tem aumentado a incidência e prevalência de transtornos alimentares. Estes transtornos, relacionados à distorção da imagem corporal vêm crescendo exponencialmente em vários países ao redor do mundo. Caracterizam-se cada vez mais como uma área de interesse dos profissionais da saúde, no entanto, ainda há poucos estudos brasileiros sobre o tratamento dessas patologias sob a visão da Terapia Cognitivo – Comportamental. Os transtornos alimentares são quadros conhecidos por aspectos como o medo mórbido de engordar, redução voluntária do consumo nutricional, ingestão maciça de alimentos seguida de vômitos e uso abusivo de laxantes e/ou diuréticos. São patologias graves e de prognóstico pouco discutido, que por sua vez, trazem aos pacientes prejuízos biopsicossociais e elevados níveis de letalidade, além de sofrimento para as famílias. Deste modo, o presente artigo traz a experiência com um caso ilustrativo de anorexia nervosa, pensando em sua forma de avaliação e intervenção. Com base nos modelos de relatos e registros, o terapeuta cognitivo-comportamental descreve as contingências das quais um comportamento é função, suas crenças e histórico de vida. Tais informações podem colaborar para compreender o desenvolvimento da anorexia, e assim, ensinar o paciente maneiras do manejo do transtorno.

409

**Palavras-chave:** Terapia Cognitivo-Comportamental; Anorexia Nervosa; Estratégias Psicoterápicas.

## A CASE STUDY OF ANOREXIA NERVOSA: challenges and possibilities in cognitive-behavioral therapy

### ABSTRACT

The propagation of a thin body culture and an aesthetic standard to be followed by society has increased the incidence and prevalence of eating disorders. These disorders, related to body image distortion, have been growing exponentially in several countries around the world. They are increasingly characterized as an area of interest for health professionals, however, there are still few Brazilian studies on the treatment of these pathologies from the point of view of Cognitive-Behavioral Therapy. Eating disorders are conditions known for aspects such as the morbid fear of gaining weight, voluntary reduction in nutritional consumption, massive food intake followed by vomiting and abusive use of laxatives and/or diuretics. These are serious pathologies with little discussed prognosis, which, in turn, bring patients biopsychosocial damage and high levels of lethality, in

<sup>1</sup> Endereço eletrônico de contato: millavolbro@hotmail.com

Recebido em 15/02/2022. Aprovado pelo conselho editorial para publicação em 13/04/2022.



addition to suffering for families. In this way, the present article brings the experience with an illustrative case of anorexia nervosa, thinking about its form of evaluation and intervention. Based on the reporting and recording models, the cognitive-behavioral therapist describes the contingencies of which a behavior is a function, its beliefs and life history. Such information can help to understand the development of anorexia, and thus teach the patient ways to manage the disorder.

**Keywords:** Cognitive-Behavioral Therapy; Anorexia Nervosa; Psychotherapeutic Strategies.

## UN ESTUDIO DE CASO DE ANOREXIA NERVOSA: desafíos y posibilidades en la terapia cognitivo-conductual

### RESUMEN

La propagación de una cultura del cuerpo delgado y un estándar estético a seguir por la sociedad ha aumentado la incidencia y prevalencia de los trastornos alimentarios. Estos trastornos, relacionados con la distorsión de la imagen corporal, han ido creciendo exponencialmente en varios países del mundo. Se caracterizan cada vez más como un área de interés para los profesionales de la salud, sin embargo, todavía hay pocos estudios brasileños sobre el tratamiento de estas patologías desde el punto de vista de la Terapia Cognitivo-Conductual. Los trastornos alimentarios son condiciones conocidas por aspectos como el miedo mórbido a engordar, la reducción voluntaria del consumo de alimentos, la ingesta masiva de alimentos seguida de vómitos y el uso abusivo de laxantes y/o diuréticos. Se trata de patologías graves con pronóstico poco discutido, que, a su vez, traen a los pacientes daños biopsicosociales y altos niveles de letalidad, además de sufrimiento para las familias. De esta forma, el presente artículo trae la experiencia con un caso ilustrativo de anorexia nerviosa, pensando en su forma de evaluación e intervención. Basado en los modelos de reporte y registro, el terapeuta cognitivo-conductual describe las contingencias de las cuales un comportamiento es una función, sus creencias y su historia de vida. Dicha información puede ayudar a comprender el desarrollo de la anorexia y, por lo tanto, enseñar al paciente formas de manejar el trastorno.

410

**Palabras clave:** Terapia Cognitivo-Conductual; Anorexia Nerviosa; Estrategias Psicoterapéuticas.

### 1 INTRODUÇÃO

Os transtornos alimentares fazem parte de um grupo de sofrimentos psíquicos, que têm como sintoma principal, uma perturbação persistente no comportamento alimentar e/ou em outros aspectos relacionados à alimentação. Nesses casos, observa-se prejuízos significativos tanto físico quanto psicossocial, decorrentes de alterações no consumo ou absorção de alimentos (American Psychiatric Association [APA], 2014).

A incidência e prevalência de transtornos alimentares relacionados à distorção da imagem corporal vêm crescendo exponencialmente em vários países ao redor do mundo (Bosi, Nogueira, Yumiuchimura, Luis, & Godoy, 2014) e caracterizam-se cada vez mais como uma área de interesse dos profissionais da saúde. A propagação da cultura de corpo magro influencia na formulação de um padrão estético a ser seguido pela sociedade, mais comumente em mulheres. Nessa direção, a



difusão dos modelos de beleza construídos socialmente é, em grande parte, protagonizada pelos meios de comunicação, que oferecem maior espaço e ênfase à estética.

Os transtornos alimentares são quadros conhecidos por aspectos como o medo mórbido de engordar, redução voluntária do consumo nutricional, ingestão maciça de alimentos, seguida de vômitos e uso abusivo de laxantes e/ou diuréticos. São patologias graves e de prognóstico reservado (APA, 2014) que trazem aos pacientes prejuízos biopsicossociais e elevados níveis de letalidade (Cordás, 2004).

Caracterizam-se cada vez mais como uma área de interesse dos profissionais da saúde. No entanto, ainda há poucos estudos brasileiros sobre o tratamento dessas patologias sob a visão da Terapia Cognitivo – Comportamental.

A anorexia nervosa (AN) é um transtorno alimentar caracterizado por uma grave restrição associada à aversão em ganhar peso, distorção da imagem corporal e magreza extrema. As taxas de incidência para anorexia nervosa são maiores para mulheres na faixa etária de 15 a 19 anos correspondendo a 40% de todos os casos identificados (Rocha, Nogueira, Pina, Trindade, Ferrreira, Biasotto, Neto, Baptista, Pillar, & Passos, 2020). Tal transtorno possui dois subtipos: anorexia restritiva e purgativa. A anorexia restritiva é descrita como aquela em que a perda de peso é associada a dietas, jejuns prolongados e/ou atividades físicas, e não ocorrem episódios de compulsão alimentar ou de formas compensatórias, como a indução de vômito e/ou uso de laxantes. Já a anorexia purgativa é classificada como a aversão ao ganho de peso acompanhado de comportamentos purgativos ou compulsivos (APA, 2014).

411

Finger e Guedes (2017) apontam que a AN envolve assumir comportamentos que levam a deixar de serem atendidas as necessidades básicas calóricas para manter o organismo adequadamente ativo através de uma restrição da ingestão de calorias. Isso tem como resultado a diminuição significativa do peso corporal, a ponto de ficar inferior ao peso mínimo normal em relação à idade, gênero, desenvolvimento e saúde física. Pode-se utilizar o índice de massa corporal (IMC) como medida para determinar a normalidade do peso. O IMC é calculado como o peso em quilogramas dividido pela altura em metros quadrados. É sabido, que o IMC é falho, pois não distingue massa magra de gordura. Porém, para o ambiente clínico, permanece sendo um bom índice de triagem. Uma pessoa com IMC inferior a 17,0 pode ser considerada com um peso significativamente baixo. Esse pode ser um bom indicativo (porém, não suficiente) do preenchimento desse critério de AN. Geralmente a AN inicia durante a adolescência ou durante a adultez jovem. Seu curso e desfecho variam. Vai da recuperação total, após primeiro episódio ao curso crônico ao longo da vida, podendo levar à morte (Franko et al., 2013).

O esquema cognitivo da “magreza” merece destaque na concepção cognitiva da AN, uma vez que, na visão dos pacientes é fundamental para a resolução de seus problemas, pois as pessoas magras seriam bem-sucedidas e as gordas, infelizes e malsucedidas. Deste modo, fica



fácil entender o humor deprimido e o sentimento de vergonha e fracasso associados aos episódios do comer compulsivo (Fairburn et al. 1997). O modelo cognitivo da AN, adaptado de Nunes (2006) e Garfinkel e Garner (1982), apontam que a preocupação exagerada com o peso, associada a baixa autoestima do paciente gera crenças distorcidas.

Os fatores que levam ao desenvolvimento destes transtornos são multifatoriais, podendo ser socioculturais, familiares, biológicos e culturais. Deste modo, torna-se fundamental uma avaliação criteriosa para que se chegue a um diagnóstico correto, visto que os transtornos alimentares são cheios de facetas e os pacientes comumente não aderem ao tratamento.

## 2 MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo de caso, baseou-se numa entrevista inicial, em relatos e registros do paciente com o intuito de identificar seus pensamentos e crenças. Foi preenchido um Diário de Imagem Corporal, desenvolvido pelas autoras, como dado complementar a entrevista clínica, bem como, durante as sessões, preencheu o BSQ, que é um questionário autoaplicável sobre imagem corporal, para avaliação da insatisfação da imagem corporal.

## 3 RELATO DE EXPERIÊNCIA

412

Bia é uma jovem de 19 anos, solteira, irmã mais velha de uma menina de 7 anos. Procura atendimento por ter baixa autoestima, sofrer com isso, e acabar se boicotando quando chamada para fazer trabalhos. Ela é modelo, viaja por vários países do mundo, morou muito tempo no exterior, e voltou por estar se sentindo mal, e por acreditar que não merecia estar tendo aquela oportunidade.

Num primeiro momento, Bia se mostrou comunicativa, extrovertida, porém, chorou muito durante toda a primeira sessão. Usava roupas largas, falou que sua mãe a xingava, dizendo que ela tinha jogado fora a oportunidade da vida, e queria muito fazer os atendimentos, os quais seriam custeados por uma madrinha que morava em outra cidade. Admitia que passava longos períodos sem comer, por acreditar que precisava emagrecer mais.

Relata como motivo para sua consulta, o fato de *“não aguentar mais se sentir como se sentia”*. Falava que a vida era um peso, que tudo era muito difícil, que se achava sempre pior que as outras pessoas, e que pela sua insegurança perdeu vários trabalhos, pois os abandonava. Porém, depois alguma pessoa responsável pelas contratações, vinha lhe dizer que ela teria feito muito melhor o trabalho, do que a pessoa que a substituiu. Isso a desesperava.

Bia afirmou que morou até os 14 anos com sua avó, pois a mãe trabalhava muito e havia delegado a função de mãe para a avó, tanto que chamava as duas de mãe. Bia recorda que a avó



desde que ela era pequena, falava-lhe que ela tinha que comer pouco, pois “*gente gorda era infeliz*”. Tem recordações de que quando estava junto com a mãe e esta ia escolher uma roupa, sempre provava várias peças, não escolhia nenhuma pois dizia que nenhuma estava boa, e acabava ficando em casa, chorando por não se achar bonita. Afirma que além da avó, a mãe também sempre foi muito exigente com ela. Seu pai era carinhoso, mas não a perdoava por ter voltado do exterior e ter desistido dos seus sonhos. Não acreditavam que ela estava doente e só queriam que ela voltasse a “*trazer dinheiro para casa*”.

Ao conhecer a história de Bia, ficou evidente que ela teve problemas com peso e imagem corporal desde criança. Sua avó a obrigava a comer pouco, e sua mãe a xingava, pois dizia que tinha perdido o seu corpo juvenil, após a gravidez de Bia, e neste sentido, Bia se desenvolveu se sentido culpada pela insatisfação corporal da mãe.

Após tantas críticas, Bia foi diminuindo a ingestão alimentar de modo a ficar exageradamente magra. Chegou a pesar 32kg para seus 1,69m de altura. Seu corpo doía e apresentara alguns desmaios. Ao emagrecer passou a ser elogiada por sua avó, a qual afirmava que estava num peso ideal, mesmo que Bia estivesse com peso equivalente a um quadro de desnutrição.

Devido a volta para sua cidade, Bia passou a ajudar seu pai no trabalho, porém, estava insatisfeita. Voltou à escola, mas evita os colegas, pois pensa que eles sempre “*falam mal dela*”. Tem pouco contato social, pois acredita que não seria aceita, então seu cotidiano resume-se a ficar em casa, estudar e trabalhar. Em grande parte das sessões, relatou que não aguentava mais se sentir dessa forma, oscilando entre não se sentir capaz, se achar feia e gorda, além da culpa por não ter atingido o plano de seus pais.

De maneira geral, sente-se isolada, com pensamentos “*Ninguém me convida para nada, ninguém gostaria de ter uma amiga como eu*”, sem se dar conta de que convites existiam, mas ela os recusava. Atribuía todo seu isolamento ao peso corporal.

Nas consultas, Bia se declara como reconhecendo a necessidade de ajuda visto que não aguenta mais ter a preocupação com comida e com magreza. Se culpa excessivamente pelo fato de ter abandonado a carreira de modelo e ter deixado de trazer dinheiro para casa.

Bia preencheu um Diário de Imagem Corporal, como dado complementar à entrevista, bem como, durante as sessões, preencheu o BSQ, para avaliação da insatisfação da imagem corporal. Bia apresentou 145 pontos, demonstrando intensa insatisfação com a imagem corporal.

### **Crítérios Diagnósticos E Diagnóstico Diferencial**

Bia, assim como a maioria das pessoas que vivenciam os transtornos alimentares (seja a anorexia ou a bulimia nervosa), possui resistência sobre a gravidade de seus sintomas e a necessidade de tratamento (Finger & Gonçalves, 2016). Apesar de que na AN a dificuldade em



fazer contato com as perdas vivenciadas em decorrência do problema seja mais prevalente. No caso de Bia são apresentados sintomas que preenchem critérios para diagnóstico de anorexia nervosa conforme o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, o DSM 5 (APA, 2014). Ela não se via como doente e os motivos que a faziam acreditar na necessidade de tratamento eram secundários, como a culpa por abandonar a profissão de modelo e deixar de levar dinheiro para casa, como autoestima rebaixada por não acreditar nela mesma. Nesse sentido, é relevante considerar a importância das queixas iniciais apresentadas pela paciente, como facilitadoras da busca pelo tratamento, representando assim, um caminho possível para a abordagem da AN.

A categoria AN possui três critérios diagnósticos no DSM-5. A restrição da ingestão calórica em relação às necessidades, levando a um peso corporal significativamente baixo no contexto de idade, gênero, trajetória do desenvolvimento e saúde física (definido como um peso inferior ao peso mínimo). Há medo intenso de ganhar peso ou de engordar, ou comportamento persistente que interfere no ganho de peso, mesmo estando com baixo peso e, a perturbação no modo como o próprio peso ou a forma corporal são vivenciados influencia indevidamente a autoavaliação do indivíduo ou há ausência persistente de reconhecimento da gravidade do baixo peso corporal atual (Critérios A, B e C).

Bia em momento algum apresentou episódios recorrentes de compulsão alimentar, e deste modo, seu quadro era compatível com o tipo restritivo, aquele em que o indivíduo não se envolveu em episódios recorrentes de compulsão alimentar (APA, 2014). As alterações cognitivas comumente encontradas na AN referem-se a grande concentração do paciente em seu peso corporal, com grande frequência na verificação do peso e demonstração de grande preocupação com a variação deste (mesmo que a variação seja mínima). Esses pacientes possuem grande preocupação com a forma corporal, checando repetidas vezes o próprio corpo em busca de mudanças (quase sempre nas coxas, barriga e braços), além disso, há comparação do próprio corpo com o de outras pessoas, concluindo que são menos atraentes. Em decorrência da autocrítica em relação à própria aparência, esses pacientes possuem dificuldades nas relações sociais (Fairburn, 2008).

A propósito das relações interpessoais, Leonidas e Santos (2013) ao pesquisarem a configuração das redes sociais significativas de mulheres com transtornos alimentares, evidenciam a importância deste aspecto para pessoas que sofrem perturbações do comportamento alimentar. Nessa perspectiva, o estudo das redes fornece importantes subsídios para o aprimoramento de estratégias de tratamento, a partir da inclusão das pessoas do convívio dos pacientes na assistência.

Nos transtornos alimentares são comuns comorbidades, tais como: transtorno obsessivo-compulsivo (20,2%), depressão maior (16,4%), fobia social (10,1%), transtorno desafiador opositor



(10,1%), transtorno de ansiedade generalizada (9,4%), transtorno do déficit e atenção/hiperatividade (7,5%) e transtorno de conduta (5,7%) (Mohammadi et al., 2020). Durante os atendimentos não foi identificada nenhuma comorbidade. Além de investigar possíveis comorbidades, já citadas, os profissionais que conduzem o tratamento de transtorno alimentar precisam diferenciar a BN da AN. As pessoas acometidas por BN mantêm um peso corporal eutrófico ou sobrepeso. Enquanto pacientes com AN, do subtipo compulsão alimentar purgativa (em que as compulsões e as purgações são frequentes) mantêm peso corporal abaixo do indicado (APA, 2014). Além disso, faz-se necessário evidenciar a possibilidade de “migração” de um quadro de anorexia nervosa purgativa (dada a regularização do peso corporal e a distorção da imagem) para BN, ou ainda, a consideração do diagnóstico de anorexia purgativa em remissão parcial.

### **Conceitualização Cognitiva Do Caso**

Nos quadros que seguem pode-se observar alguns dados do caso de Bia sob a perspectiva cognitivo-comportamental.

#### **Quadro 1 - Dados relevantes da história**

- Avó rígida, com bastante cobrança em relação ao corpo
- Mãe com baixa autoestima em relação ao corpo
- Falta de reforços positivos/poucos amigos
- Baixa rede social de apoio
- Preocupação excessiva com magreza.

415

#### **Quadro 2 - Crença central**

Não tenho valor nenhum

#### **Quadro 3 - Crenças intermediárias**

- Não aguento ser assim (Atitude)
- Se eu engordar, não terei amigos (Suposição)
- Tenho que ser magra (Regra)
- Tenho que ajudar meus pais (Regra)
- Se eu for gorda, meus colegas falarão mal de mim (Suposição)
- É horrível ser assim (Atitude)

#### **Quadro 4 - Estratégias compensatórias**

- Fuga de novas possibilidades, com receio de errar



- Não ter uma vida social ativa, já que se irrita e pensa que não gostam dela
- Jejum

Em sequência à conceitualização cognitiva, pode-se observar situações ocorridas na vida de Bia.

### **Situação 1**

Exigência da mãe

Pensamento automático (PA): Eu sou péssima, não faço nada certo

Significado do PA: Não sou nada

Comportamento: Jejum

Emoção: Desânimo, falta de motivação.

### **Situação 2**

Abandono da carreira

PA: Não faço nada certo

Significado do PA: Não sou competente

Comportamento: Choro excessivo

Emoção: Tristeza

### **Situação 3**

Convites para festas

PA: Não saberei o que fazer

Significado do PA: Raiva

Comportamento: Fuga

Emoção: raiva seguida de culpa

No tocante acima, pode-se observar a questão do pouco valor que Bia atribui a si mesma. Devido a sua autoestima rebaixada, não acreditou no seu potencial frente as oportunidades de trabalho que a vida lhe apresentara, o que a fez os abandonar e se culpar por isso. Deste modo, o ciclo se fecha diminuindo sua autoestima excessivamente.

Atrelado a isso uma família que sempre a cobrou, ora beleza, ora retorno financeiro devido a seu trabalho. Mais uma vez o sentimento de culpa se faz presente por não satisfazer as expectativas de seus pais, e os sentimentos de tristeza e desânimo se repetem. Duchesne (2002) aponta que em geral as famílias de pacientes com AN dão extrema importância para as aparências, querendo parecer bem-sucedida o tempo todo. Estes valores estão refletidos na pressão constante



para se vestir na moda, obter boas notas e ter aparência saudável e atraente (magra). A família tende a ser rígida, resistente a mudanças e com dificuldades para se ajustar às demandas maturacionais de seus membros. Notadamente, a família de Bia coaduna com o exposto (Duchesne, 2002).

Estas situações acontecendo repetidamente em vários aspectos de sua vida (trabalho, corpo, beleza e amizades) reforçam a crença de que ela não tem valor, e deste modo, suas estratégias compensatórias são o jejum (que é a única coisa sobre a qual ela tem controle e por isso se torna reforçador), fuga de experiências novas e afastamento social.

## TRATAMENTO

No que diz respeito a anorexia nervosa, as pesquisas têm demonstrado que a abordagem cognitivo-comportamental é a que obteve maior popularidade nos últimos vinte anos (Robins, Gosling, & Craik, 1999) e a mais importante e melhor validada entre as demais abordagens (Cottraux & Matos, 2007; Salkovskis, 2005). Estudos comparando dois tratamentos constituem as principais evidências para a eficácia das técnicas da Terapia Cognitivo-Comportamental (Cooper & Fairburn, 1984).

A eficácia no tratamento da anorexia nervosa precisa ser melhor investigada, embora tenham se observado vários benefícios como: diminuição da restrição alimentar; aumento do peso; redução de pensamentos disfuncionais acerca do peso e da comida; melhora do funcionamento sexual; melhora de sintomas depressivos; aumento da adesão ao tratamento nutricional e clínico e redução da recaída (Duchesne, 2007). Vale ressaltar que decidir se o tratamento será ambulatorial ou institucional é fundamental no início do tratamento. A Divisão 12 da *American Psychological Association*, responsável por elencar tratamentos disponíveis para os transtornos mentais de acordo com seu nível de evidência, apresenta como primeiro tratamento mais eficaz os baseados na Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC).

Na anorexia nervosa, a intervenção em TCC se utiliza de três aspectos centrais: (1) adesão ao tratamento, já que as pacientes geralmente são encaminhadas por terceiros; (2) aumento de peso, pois precisam estar mais saudáveis e fortes fisicamente; e (3) o desenvolvimento de um padrão flexível e regular de alimentação, auxiliando na prevenção à recaída e estabilidade emocional e física (Nardi & Melere, 2014). O tratamento também se divide em três fases: melhora do quadro nutricional, na procura pela melhora da fobia alimentar, por meio de técnicas de exposição, relaxamento e psicoeducação. Além disso, são trabalhadas questões sobre a distorção de imagem corporal, bem como, é realizada a conceitualização cognitiva do caso, e o treino em resolução de problemas. No segundo, se aprofunda a resolução de problemas e o medo em ganhar peso, por meio da reestruturação cognitiva. Isso é alcançado com sessões de exposição a



alimentos, psicoeducação sobre as consequências da doença e relaxamento aliado às exposições. Já a terceira fase se destina a prevenção de recaídas e ao auxílio para o paciente desenvolver um funcionamento autônomo em relação ao seu estado físico e mental (Duchesne & Almeida, 2002).

O envolvimento familiar pode ajudar a criar uma estrutura de colaboração em que os pais tornem o meio facilitador de mudanças. Discutir a função que o transtorno desempenha no sistema familiar facilita a ocorrência de mudança no padrão de interação dos membros, tanto no sentido de melhorar a comunicação, corrigir as percepções distorcidas, melhorar estratégias para solução de conflitos, quanto estabelecer novos limites entre os membros com aceitação das diferenças individuais.

Por último, e não menos importante, é indispensável verificar se há necessidade de medicação, pois alguns medicamentos têm sido empregados como coadjuvantes no tratamento da anorexia nervosa. Apesar de não existir um agente farmacológico específico, o uso de antidepressivos e ansiolíticos pode ser útil para tratar pacientes que desenvolvem uma comorbidade específica. O uso de antipsicóticos também é indicado (Duchesne & Almeida, 2002).

No caso em questão, o quadro abaixo demonstra as fases do tratamento.

#### Quadro 5 – Fases e estratégias do tratamento

Fases	Estratégias
1	Adesão ao tratamento
2	Psicoeducação (ganho de peso)
3	Padrão regular flexível de alimentação
4	Exposição e relaxamento para a fobia alimentar
5	Conceitualização (autoimagem)
6	Reestruturação Cognitiva
7	Treino em Resolução de Problemas
8	Prevenção de recaída

Fonte: As autoras (2022)

## 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se observar que a anorexia nervosa é um transtorno complexo e multifacetado, e que seu tratamento deve ser feito por equipe multidisciplinar, envolvimento familiar e, em muitos casos, uso de medicamentos, além de uma boa relação terapêutica. Dessa maneira, uma rede apoiadora,



coesa e integrada ao tratamento pode ser estratégica para reduzir as dificuldades apresentadas na promoção da adesão ao tratamento.

A TCC mostrou-se como uma abordagem satisfatória no tratamento da AN, muito embora como já mencionado, sejam pacientes com difícil adesão ao tratamento, e por isso a adesão é o primeiro item a ser trabalhado. Nesse sentido, validar o movimento de busca pelo tratamento, ainda que este se caracterize como tangencial à AN, é de suma importância para a abertura de vias possíveis para o trabalho, sempre singularizado a fim de atender às necessidades subjetivas de cada paciente.

Por fim, o foco na flexibilização das crenças distorcidas de que a aceitação social estará atrelada a um corpo ideal, e conseqüentemente ao sucesso, faz-se fundamental. Além disso, os profissionais devem se preocupar tanto com sintomas físicos, como com o modelo cognitivo vigente, pois não raro, os pacientes apresentam quadros de grande complexidade, migrando de um transtorno a outro. No caso em questão, foi realizada uma avaliação completa, levando em consideração aspectos físicos e cognitivos com vias de proporcionar um tratamento eficaz e duradouro.

## 5 REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association [APA] (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais: DSM-5* (5. ed.). Artmed.
- Argimon, I. I. L., Cerutti, F., Esteves, C. S. (2016). Medidas de Avaliação em Transtornos Alimentares. In: Finger, I. R & Oliveira, M. S. (Orgs.), *A Prática da Terapia Cognitivo-Comportamental nos Transtornos Alimentares e Obesidade* (cap. 3, pp. 65-77). Sinopsys.
- Bosi, M.L.M, Nogueira J.A.D, Yumiuchimura K, Luis R.R., Godoy M. G. C. (2014) Comportamento alimentar e imagem corporal entre estudantes de medicina, *Revista Brasileira Educação Médica*, 38, 243 - 252.
- Cooper, P.J., Fairburn, C.G. (1984). Cognitive behavior therapy for anorexia nervosa: Some preliminary findings. *Journal of Psychosomatic Research*, 28(6), 493-499.
- Conti, M. A., Teixeira, P. C., Scagliusi, F. B. (2016). Instrumentos de Avaliação da Imagem Corporal. In: C. Gorenstein, Y. Wang, I. Hungerbüler (Orgs.), *Instrumentos de avaliação em saúde mental* (cap. 8.4, pp. 592-615). Artmed.
- Cordás, T. A. (2004). Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31(4), 154-157.
- Cordás, T. A. (2016). Instrumentos de Avaliação em Transtornos Alimentares. In: C. Gorenstein, Y. Wang, I. Hungerbüler (Orgs), *Instrumentos de avaliação em saúde mental* (cap. 8, pp. 548-555). Artmed.
- Cottraux, J., Matos, M. G. (2007). Modelo europeu de formação e supervisão em Terapias Cognitivo-Comportamentais (TCC) para profissionais de saúde mental. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 3, 49-61.



- Duchesne, M., Almeida, P.E.M. (2002). Terapia cognitivo-comportamental dos transtornos alimentares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (Supl III), 49-53.
- Duchesne, M. (2007, junho). Abordagem psicoterápica dos transtornos alimentares. Trabalho apresentado no VII Congresso Brasileiro de Transtornos Alimentares e Obesidade. *Novas perspectivas: Comorbidades e tratamento*. Rio de Janeiro, Brasil.
- Fairburn, C.G., Welch, S.L., Doll, H.A., Davies, B.A., O'Connor, M.E. (1997). Risk factors for bulimia nervosa: A community- based case-control study. *Archives of General Psychiatry*, 54(6), 509-517.
- Finger, I. R., Guedes, P. A. (2016). Diagnóstico e curso dos transtornos alimentares. In: Finger, I. R., Oliveira, M.S. *A prática da Terapia Cognitivo-Comportamental nos Transtornos Alimentares e Obesidade*. (cap 1, pp 24-36). Sinopsys.
- Franko, D. L., Keshaviah, A., Eddy, K. T., Krishna, M., Davis, M. C., Keel, P. K., Herzog, D. B. (2013). A longitudinal investigation of mortality in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *The American Journal of Psychiatry*, 170(8), 917-25.
- Freitas, Silvia, Gorenstein, Clarice, Appolinario, Jose C. (2002). Instrumentos para a avaliação dos transtornos alimentares. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 24(Suppl. 3), 34-38.
- Garfinkel, P.E., Garber, D.M. (1982). *Anorexia nervosa: a multidimensional perspective*. New York: Brunner/Mazel.
- Graeff-Martins, A. S., Fleitlich-Bilyk, B. (2016). Development And Well-Being Assessment (DAWBA). In: C. Gorenstein, Y. Wang, & I. Hungerbüler (Orgs), *Instrumentos de avaliação em saúde mental* (cap. 10.3 pp. 700-706). Artmed.
- Gorenstein, C, Wang, Y., Hungerbüler, I (Orgs.), (2016). *Instrumentos de avaliação em saúde mental*. Artmed.
- Leonidas, C., Santos, M.A. (2013). Redes Sociais significativas de mulheres com transtornos alimentares. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26 (3), 561-571.
- Mohammadi, M. R., Mostafavi, S. A., Hooshyari, Z., Khaleghi, A., Ahmadi, N., Molavi, P., Zarafshan, H. (2020). Prevalence, correlates and comorbidities of feeding and eating disorders in a nationally representative sample of Iranian children and adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 53(3), 349– 361.
- Moser, C. M., Terra, L., Behenck, A. S., Brunstein, M. G., Hauck, S. (2020). Cross-cultural adaptation and translation into Brazilian Portuguese of the instruments Sick Control One Stone Fat Food Questionnaire (SCOFF), Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) and Clinical Impairment Assessment Questionnaire (CIA). *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 42(3), 267-271.
- Nardi, H., Melere, C. (2014). O papel da terapia cognitivo-comportamental na anorexia nervosa. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 1 (1), 55-56.
- Nunes, M.A., Apolinario, J.C., Galvão, A.C. & Coutinho, W. (2006). *Transtornos Alimentares e Obesidade*. Porto Alegre: Artmed.



- Oliveira, L.L., Deiro, C.P. (2013). Terapia Cognitivo-Comportamental para transtornos alimentares: a visão de psicoterapeutas sobre o tratamento. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 14 (1), 36-49.
- Penha, M. M. (2019) *Adaptação brasileira do Eating Disorder Inventory-3 (EDI-3) e evidências iniciais de validade e fidedignidade*. [Dissertação de mestrado]. Universidade de Brasília, Brasília. <https://repositorio.unb.br/handle/10482/35229>
- Robins, R. W.; Gosling, S. D. & Craik, K. H. (1999). An empirical analysis of trends in psychology. *American Psychologist (APA)*, 54, 117-128.
- Rocha, G.A.F., Nogueira, J.A., Pina, N.L.R., Trindade, D.L., Ferreira, H.A.M., Biasotto, I.B., ... Passos, S.R.L. (2020). *Brazilian Journal of Development.*, 6 (11), 90174-90198.
- Salkovskis, P. M. (2005). Prefácio. In P. M. Salkovskis (Ed.). *Fronteiras da terapia cognitiva* (pp. 15-16). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Souza, L. D. M, Kelbert, E. F. (2016). Epidemiologia dos Transtornos Alimentares. In: Finger, I. R, Oliveira, M. S. (Org). *A prática da terapia cognitivo-comportamental nos transtornos alimentares e obesidade*. (cap. 2, pp. 37-64). Sinopsys.
- Ximenes, R. C. C., Colares, V., Bertulino, T., Couto, G. B. L., Sougey, E. B. (2011). Versão brasileira do "BITE" para uso em adolescentes. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 63(1), 52-63.