

A PRÁTICA DA TERAPIA
COGNITIVO-COMPORTAMENTAL
*nos transtornos
alimentares e obesidade*

912p A prática da terapia cognitivo-comportamental nos transtornos alimentares e obesidade / organizado por Igor da Rosa Finger e Margareth da Silva Oliveira. – Novo Hamburgo : Sinopsys, 2016.
416p. ; 16x23cm.

ISBN 978-85-64468-68-9

1. Psicologia – Terapia cognitivo-comportamental – Transtornos alimentares – Obesidade. I. Finger, Igor da Rosa.
II. Oliveira, Margareth da Silva. III. Título.

CDU 159.9

Catálogo na publicação: Mônica Ballejo Canto – CRB 10/1023

A PRÁTICA DA TERAPIA
COGNITIVO-COMPORTAMENTAL
*nos transtornos
alimentares e obesidade*

Igor da Rosa Finger
Margareth da Silva Oliveira
Organizadores

1ª reimpressão: 2025

 **SINOPSYS**

2016

© Sinopsys Editora e Sistemas Ltda., 2016.

Supervisão editorial: *Mônica Ballejo Canto*

Capa: *Maurício Pamplona*

Leitura final: *Jade Arbo*

Editoração: *Formato Artes Gráficas*

Todos os direitos reservados à

Sinopsys Editora

(51) 3600-6699

atendimento@sinopsyseditora.com.br

www.sinopsyseditora.com.br

Autores

Igor da Rosa Finger (org.). Psicólogo pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS). Mestre em Psicologia, com ênfase em Psicologia Clínica pela PUC-RS. Doutorando em Psicologia. Especialista em Terapias Cognitivo-Comportamentais (INFAPA/FADERGS) e em Terapias Cognitivo-Comportamentais na Infância e Adolescência (InTCC/FADERGS). Integrante do Grupo de Pesquisa Avaliação e Atendimento em Psicoterapia Cognitiva e Comportamental na PUC-RS, com o projeto de intervenção em sobrepeso e obesidade utilizando a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT). Professor do curso de graduação em Psicologia na Unisinos.

Margareth da Silva Oliveira (org.). Psicóloga pela PUC-RS. Mestre em Psicologia pela PUCRS. Doutora em Psiquiatria e Psicologia Médica pela UFSP. Pós-doutora na University of Maryland Baltimore Country (UMBC-USA). Pesquisadora produtividade CNPq-1D. Professora titular da PUC-RS, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia pela PUC-RS. Coordenadora do Grupo de Pesquisa Avaliação e Tratamento em Psicoterapia Cognitiva e Comportamental. Sócia-fundadora da Federação Brasileira de Terapias Cognitivas (FBTC). Membro da diretiva da Associação Latino-Americana de Psicoterapias Cognitivas (ALAPCO).

Ana Maria Pandolfo Feoli. Graduada em Nutrição pelo Instituto Metodista de Educação e Cultura. Mestre em Ciências Biológicas (Bioquímica) pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Doutora em Ciências Biológicas (Bioquímica) pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Professora, pesquisadora e coordenadora do Curso de Nutrição da PUC-RS.

Bernard Pimentel Rangé. Psicólogo pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio). Mestre em Psicologia Teórico-Experimental pela PUC-Rio. Doutor em Psicologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Especialista em Terapia Cognitiva pelo Beck Institute, Philadelphia, EUA. Professor do Programa de Pós-graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Carla Haas Piovesan. Doutora em Ciências da Saúde. Professora do Curso de Graduação em Nutrição da PUC/RS.

Carlos Roberto Bueno Júnior. Doutor em Ciências Biológicas (Genética). Graduado e Mestre em Educação Física pela USP. Professor Doutor da Escola de Educação Física e Esporte de Ribeirão Preto (EEFERP). Orientador de mestrado e doutorado pela Faculdade de Medicina da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP. Coordenador do Programa de Educação Física para Idosos da EEFERP/USP.

Carmem Beatriz Neufeld. Psicóloga. Mestre e Doutora em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Pós-Doutoranda em Psicologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professora e Orientadora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Coordenadora do Laboratório de Pesquisa e Intervenção Cognitivo-Comportamental – LaPICC-USP. Vice-presidente da Associação Latino-americana de Psicoterapias Cognitivas (gestão 2015-2018). Ex-presidente da Federação Brasileira de Terapias Cognitivas – FBTC (gestão 2011-2013 / 2013-2015). Bolsista produtividade do CNPq. Terapeuta Cognitiva Certificada pela FBTC com mais de 15 anos de experiência clínica.

Catherine Bortolon. Psicóloga pela PUC-RS. Mestre em Psicologia pela Universidade de Paul Valéry (França). Doutoranda pela Universidade de Paul Valéry (França).

Cristiane Silva Esteves. Psicóloga. Doutora em Gerontologia Biomédica pela PUC/RS, bolsa CAPES. Mestre em Psicologia pela PUC/RS, bolsa CNPq.

Integrante do Grupo de Pesquisa “Avaliação e Intervenção no Ciclo Vital” da PUC/RS.

Evelin Franco Kelbert. Doutoranda em Saúde e Comportamento na UCPel. Mestre em Saúde e Comportamento pela UCPel. Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental pela WP (Centro de Psicoterapia Cognitivo-Comportamental). Psicoterapeuta em consultório particular.

Fabián Orlando Olaz. Doutor em Psicologia pela Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. Professor adjunto da disciplina “Clínica psicológica e psicoterapias”. Diretor do Laboratório de Comportamento Interpessoal. Supervisor clínico e coordenador acadêmico do Centro Integral de Psicoterapias Contextuais. Reconhecido treinador de ACT-Matrix na Argentina, Peru e Brasil, onde mais de mil pessoas já participaram de seus cursos e de suas oficinas. Publicou diversos artigos, capítulos de livros e livros.

Fernanda Cerutti. Psicóloga. Mestre e Doutoranda em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Especialista em Psicoterapia pelo Instituto Fernando Pessoa (IFP).

Francine Guimarães Gonçalves. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria na FAMED/UFRGS. Psicóloga pela PUC-RS. Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental pelo Instituto da Família de Porto Alegre (INFAPA). Professora nos cursos de especialização em Terapia Cognitivo-Comportamental na IWP. Professora e Supervisora no Instituto Fernando Pessoa (IFP). 1ª Secretária da Associação de Terapias Cognitivas do Rio Grande do Sul (ATCRS).

Gabriela Affonso. Psicóloga pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto.

Guilherme Ebert. Psicólogo clínico. Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental e em Terapia Cognitivo-Comportamental para Crianças e Adolescentes pelo Instituto da Família de Porto Alegre (INFAPA). Possui formação em Terapia Comportamental Dialética pela Fundación FORO (Argentina).

Iana Andreatta. Doutora em Psicologia. Mestre em Psicologia Clínica. Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental certificada pela FBTC. Professora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e da Graduação

em Psicologia na Unisinos. coordenadora do grupo de pesquisa Intervenções Cognitivo-Comportamentais: Estudo e Pesquisa (ICCeP).

Irani Iracema de Lima Argimon. Psicóloga. Especialista em Toxicologia Aplicada, Cientificada pela FBTC. Mestre em Educação. Doutora em Psicologia. Docente da Graduação e Pós-Graduação em Psicologia, Escola de Humanidades – PUCRS. Pesquisadora Produtividade CNPq.

Kátia Elisabete Pires Souto. Médica Endocrinologista. Mestre em Ciências Médicas pela UFCSPA. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação de Ciências Cirúrgicas da UFRGS. Preceptora do Serviço de Endocrinologia do Hospital Conceição.

Lucia Emmanoel Novaes Malagris. Professora do Departamento de Psicologia Clínica e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Doutora em Ciências na área de Fisiologia do Stress e Hipertensão pelo Programa de Pós-Graduação em Fisiopatologia Clínica e Experimental da UERJ. Pós-Doutora pela PUC de Campinas na área do Stress e Síndrome Metabólica. Mestre em Psicologia Clínica na área do Stress pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Supervisora na Divisão de Psicologia Aplicada do Instituto de Psicologia na área do Stress e Doenças Crônicas. Coautora de livros e de capítulos na área do stress e da síndrome de burnout. Terapeuta Cognitiva certificada pela Federação Brasileira de Terapias Cognitivas (FBTC).

Luciano Dias de Mattos Souza. Psicólogo pela Universidade Católica de Pelotas (UCPel). Mestre em Saúde e Comportamento pela UCPel. Doutor em Psicologia pela PUC-RS. Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental pelo Instituto da Família de Porto Alegre. Docente permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento (Mestrado e Doutorado) da UCPel. Docente permanente do Mestrado Profissionalizante Saúde da Mulher, Criança e Adolescente, bem como do curso de graduação em Psicologia da mesma instituição. Atua em Psicologia Clínica com Terapia Cognitivo-Comportamental.

Marcelo da Rocha Carvalho. Psicoterapeuta Comportamental e Cognitivo. Especialista pela USP. Professor e Supervisor Convidado da Pós-Graduação em Terapia Comportamental e Cognitiva pela FMUSP/AMBAN/HC. Especialista em Terapia Racional Emotiva Comportamental pelo Albert Ellis Institute e Universidade de Flores. MBA em Qualidade de Vida e Promoção da Saúde pela Universidade São Camilo/ABRAMGE/ABQV.

Mariana Bortoncello Filippin. Especialista em Psicologia Hospitalar pelo Hospital das Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Mariana Gomes Ferreira. Psicóloga pela PUC-RS. Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental pelo Centro de Psicoterapia Cognitivo-Comportamental Wainer e Piccoloto, com treinamento em Terapia Cognitiva pelo Beck Institute (Philadelphia, EUA). Mestranda em Psicologia Clínica na PUC-RS. Atualmente trabalha como psicóloga clínica em consultório particular.

Martha Wallig Brusius Ludwig. Mestre em Psicologia Clínica pela PUC-RS. Doutora em Psicologia pela PUC-RS/UMBC.

Martina Dillengurg Scur. Psicóloga Clínica. Mestre em Psicologia do Desenvolvimento pela Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Especialista em Psicologia Hospitalar pelo HCPA e com formação em Transtornos Alimentares pela ATI Psychology Institute de Dublin.

Mirna Brillmann. Mestre em Psicologia Clínica pela PUC-RS. Doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Cardiologia e Ciências da Saúde da Fundação Universitária de Cardiologia. Pós-Doutoranda na PUC-RS. Specialist Certification of Obesity Professional Education (SCOPE) Cambridge University, Diet Specialist at Beck Institute Center for Cognitive Therapy Official Obesity Education Programme; University of Pennsylvania; Motivational Interviewing Specialist at International Institute for Motivation and Change, Department of Psychology, University of New México, Albuquerque. Full Member from International Society of International Association of the Study of Obesity IASO. Especialização em Grupoterapia pelo CEAPEG. Especialização Dependências Químicas pelo Instituto Cyro Martins. Especialização em Infância e Adolescência. Membro do Grupo de Avaliação e Atendimento em Psicoterapia Cognitiva do Pós-Coordenadora do Comitê de TCC da SPRGS. Atua também nas áreas de Adição Alimentar e Cirurgia Bariátrica. Participante do Grupo de Trabalho Pesquisa Básica e Aplicada em Perspectiva Cognitivo Comportamental – G8. Membro da FBTC, ABESO. Supervisora de Estágio Curricular da ABAOB (FADERGS). Coordenadora do 1º Comitê de Terapia Cognitivo-Comportamental da SPRGS. Membro do Corpo Docente do IWP. Membro do Corpo Docente do Instituto Mário Martins.

Nathália Susin. Psicóloga. Especialista em Psicologia Organizacional pela UFRGS. Mestre em Psicologia Clínica pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Psicologia da PUC/RS.

Patricia Ariane Guedes. Psicóloga pela PUC-RS. Mestranda em Psicologia pela PUC-RS, atuando no Grupo de Pesquisa, Avaliação e Atendimento em Psicoterapia Cognitivo e Comportamental estudando o desenvolvimento da flexibilidade psicológica em pessoas com sobrepeso e obesidade em uma intervenção intensiva. Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental (InTCC/Fadergs). Formação em Terapias Comportamentais Contextuais (InTCC). Terapeuta Comportamental Dialética pela Behavior Tech (EUA). É colaboradora do Grupo de Estudos e Pesquisa em Construção e Transtornos da Personalidade (GEP).

Raquel de Melo Boff. Especialista em Psicoterapia Cognitivo-Comportamental pela UFRGS. Mestre em Psicologia Clínica pela PUC/RS. Doutoranda em Psicologia pela PUC/RS.

Renata Klein Zancan. Psicóloga pela UNIJUI-RS. Mestre em Psicologia Clínica pela UNISINOS-RS. Pós-Graduada em Psicologia em Saúde Mental e Coletiva pelo ICPG-SC. Membro do Grupo de Avaliação e Pesquisa em Terapia Cognitivo e Comportamental do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS. Atua em estudos e pesquisas envolvendo a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), Terapia Focada na Compaixão e *Mindfulness*.

Rosane Pilot Pessa. Graduada em Nutrição pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Mestre em Psicobiologia pela USP-Ribeirão Preto. Doutora em Saúde Mental pela USP-Ribeirão Preto.

Vinicius Guimarães Dornelles. Psicólogo. Terapeuta Comportamental Dialético. Mestre em Psicologia pela PUCRS. Formado no DBT: Intensive Training, do Behavioral Tech/EUA e The Linehan Institute/EUA. Formação Baseada em Evidências para o Transtorno da Personalidade Borderline pela Fundacion Foro/Argentina.

Sumário

Prefácio	15
<i>Lucia Emmanoel Novaes Malagris</i>	
Apresentação	19
<i>Igor da Rosa Finger</i>	
<i>Margareth da Silva Oliveira</i>	

Parte I

Aspectos Diagnósticos, Epidemiológicos e Teóricos dos Transtornos Alimentares

1	Diagnóstico e Curso dos Transtornos Alimentares	24
	<i>Igor da Rosa Finger</i>	
	<i>Patricia Ariane Guedes</i>	
2	Epidemiologia dos Transtornos Alimentares	37
	<i>Luciano Dias de Mattos Souza</i>	
	<i>Evelin Franco Kelbert</i>	
3	Medidas de Avaliação em Transtornos Alimentares	65
	<i>Irani Iracema de Lima Argimon</i>	
	<i>Fernanda Cerutti</i>	
	<i>Cristiane Silva Esteves</i>	
4	Os Modelos Cognitivos dos Transtornos Alimentares	78
	<i>Ilana Andretta</i>	
	<i>Mariana Gomes Ferreira</i>	

Parte II
Tratamento

- 5** Intervenção Nutricional nos Transtornos Alimentares 98
Ana Maria Pandolfo Feoli
Carla Haas Piovesan
- 6** Terapia Cognitivo-Comportamental no Tratamento
da Anorexia Nervosa 116
Mariana Bortoncello Filippin
Martina Dillenburger Scur
- 7** A Terapia Cognitivo-Comportamental no Tratamento
da Bulimia Nervosa..... 137
Igor da Rosa Finger
Francine Guimarães Gonçalves
- 8** Terapia Cognitivo-Comportamental no Tratamento de
Compulsão Alimentar em Adultos com Sobrepeso ou Obesidade..... 161
Margareth da Silva Oliveira
Raquel de Melo Boff
Renata Klein Zancan
- 9** Quando a Internação se Faz Necessária 182
Kátia Elisabete Pires Souto
- 10** Intervenções Preventivas na Infância e na Adolescência
para os Transtornos Alimentares 204
Marcelo da Rocha Carvalho

Parte III
Demais Abordagens

- 11** Tratamento de Transtornos Alimentares em
Comorbidade com Transtornos da Personalidade 244
Vinicius Guimarães Dornelles
Guilherme Ebert
- 12** Aplicações da Terapia de Aceitação e Compromisso
na Abordagem da Bulimia Nervosa 278
Fabián Orlando Olaz

-
- 13** Enfoque Motivacional para Mudança do Estilo de Vida:
Combinando a Entrevista Motivacional e o Modelo Transteórico..... 323
Martha Wallig Brusius Ludwig
Nathália Susin
Catherine Bortolon
Raquel de Melo Boff
Margareth da Silva Oliveira
- 14** Tratamento em TCC em Grupo para Obesidade
e Sobrepeso: Foco no Manejo..... 351
Carmem Beatriz Neufeld
Gabriela Affonso
Carlos Roberto Bueno Júnior
Rosane Pilot Pessa
Bernard Pimentel Rangé
- 15** Quando a Obesidade é Severa: Novas Perspectivas
em Terapia Cognitivo-Comportamental..... 381
Mirna Brilmann

Quadro e tabelas com * estão disponíveis
em www.sinopsyseditora.com.br/traob1

Prefácio

Livros não mudam o mundo,
quem muda o mundo são as pessoas.
Os livros só mudam as pessoas.

Mário Quintana

Os transtornos alimentares (TAs) têm sido foco de interesse de muitos pesquisadores em todo o mundo devido aos prejuízos que geram para a qualidade de vida do indivíduo. A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) tem oferecido importante contribuição na área por meio de pesquisas que buscam comprovar a eficácia de protocolos de intervenção e também por meio do desenvolvimento e publicações sobre aplicações clínicas. Nessa direção, este livro se constitui em uma importante iniciativa dos seus organizadores e autores. Ele agrega estudos na área dos TAs visando a iniciação e a ampliação do conhecimento científico sobre o tema para estudantes de graduação, de pós-graduação, assim como para terapeutas cognitivo-comportamentais. Congrega trabalhos de um seletivo grupo de importantes pesquisadores e terapeutas cognitivo-comportamentais que conseguem, com grande competência, contribuir para o avanço do conhecimento no campo dos TAs.

Esta obra se constitui em relevante oportunidade para o leitor aprofundar no tema dos TAs. Por meio de uma leitura acessível, direta e com ilustrações através de vinhetas e casos clínicos, oferece uma leitura bastante atraente. Observa-se que o objetivo do livro é levar ao leitor propostas de tratamento embasado no modelo cognitivo-comportamental, nas evidências científicas e na prática clínica. Objetivo que é atingido com maestria ao longo dos capítulos que o compõem. Dividido em

três partes e com quinze capítulos, a primeira parte trata de aspectos diagnósticos, epidemiológicos e teóricos dos TAs, a segunda se refere ao tratamento dos diversos tipos de TAs e a terceira apresenta outras possibilidades de intervenção.

O primeiro capítulo apresenta os critérios diagnósticos dos TAs, enfatizando fatores associados, comorbidades e diagnósticos diferenciais entre anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno de compulsão alimentar. Desse modo, Igor da Rosa Finger e Patricia Ariane Guedes oferecem uma atualização com base no DSM-5. Aspectos ligados à epidemiologia são apresentados por Luciano de Mattos Souza e Evelin Kelbert, no segundo capítulo. Os autores enfatizam que dados epidemiológicos podem auxiliar na escolha de estratégias de prevenção e assistência de modo mais apropriado à realidade das populações investigadas. Ressaltam que muitos indivíduos que apresentam TAs tendem a negar suas manifestações e, com isso, acabam não buscando ajuda de profissionais de saúde, o que gera possível subestimativa de ocorrências.

A avaliação de TAs é foco do terceiro capítulo, escrito por Irani Argimon, Fernanda Cerutti e Cristiane Esteves. As autoras informam a inexistência de um consenso sobre os mais apropriados métodos de avaliação e os apresentam em três categorias que são detalhadas ao longo do capítulo: questionários autoaplicáveis, entrevistas clínicas e automonitoramento. Além disso, consideram a necessidade de uma complementação, por meio da avaliação neuropsicológica, investigação de sintomas depressivos e de ansiedade. Encerrando a primeira parte do livro, o quarto capítulo intitulado “Os modelos cognitivos dos transtornos alimentares”, de autoria de Ilana Andretta e Mariana Gomes Ferreira, enfatiza aspectos relacionados à imagem corporal e crenças distorcidas relacionadas. Apresenta o modelo cognitivo de entendimento e de intervenção da anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno de compulsão alimentar. As autoras finalizam o capítulo com uma perspectiva transdiagnóstica para a compreensão e o tratamento dos TAs que valoriza a importância do perfeccionismo, da baixa autoestima, da instabilidade emocional e dos problemas interpessoais.

Iniciando a segunda parte que se refere ao tratamento dos TAs, o quinto capítulo, escrito por Ana Maria Pandolfo Feoli e Carla Haas Piovesan, traz aspectos ligados à intervenção nutricional nos transtornos alimentares e visa subsidiar profissionais da saúde que atuam na área. De grande importância nos TAs, o capítulo aborda a intervenção nutricional que valoriza a relação do paciente com os alimentos, modificando crenças e atitudes relacionadas ao alimento e ao peso, além do plano alimentar. O sexto capítulo, de autoria de Mariana Filippin e Martina Scur, apresenta aspectos relacionados ao trata-

mento da anorexia nervosa. De modo bastante interessante e didático, por meio de um caso clínico, as autoras descrevem o tratamento cognitivo-comportamental para a anorexia. Apresentam algumas estratégias da TCC para o tratamento, técnicas motivacionais, assim como abordam problemas com a alimentação e comportamentos compensatórios, pensamentos automáticos, suposições e crenças centrais. A seguir, no capítulo sete, Igor da Rosa Finger e Francine Guimarães Gonçalves descrevem o tratamento cognitivo-comportamental da bulimia nervosa. Enfatizam que o objetivo principal do tratamento é colaborar com o paciente para que ele consiga controlar seus comportamentos vinculados à alimentação, no controle do peso e da interpretação distorcida da imagem corporal. Os autores descrevem o tratamento individual e em grupo, ilustrando o capítulo com um caso clínico em que é possível verificar as principais técnicas da TCC no seu tratamento. Além disso, apresentam um programa de tratamento em TCC *online* para bulimia como uma opção de intervenção que se revela mais econômica e que pode facilitar o acesso ao tratamento por parte de um número maior de pessoas com o transtorno.

O oitavo capítulo, de autoria de Margareth da Silva Oliveira, Raquel de Melo Boff e Renata Klein Zancan, refere-se ao tratamento cognitivo-comportamental da compulsão alimentar em adultos com sobrepeso ou obesidade. Apresenta evidências científicas da TCC, as características clínicas do transtorno e sua relação com a obesidade. Ilustra de modo bastante atraente o tratamento com a apresentação de um caso clínico no qual descreve as principais estratégias e técnicas utilizadas na TCC para o transtorno. No capítulo seguinte, o nono, Kátia Elisabete Pires Souto, discute critérios para a indicação de internação em casos de anorexia e bulimia, enfatizando como se dá o tratamento cognitivo-comportamental durante a internação. Marcelo da Rocha Carvalho, no décimo capítulo, apresenta intervenções preventivas na infância e na adolescência para os transtornos alimentares, descrevendo fatores de risco centrais e características de risco para o desenvolvimento dos TAs. Enfatiza o papel dos pais e da escola na prevenção dos TAs e na promoção da saúde. Descreve pontos estratégicos a serem abordados em ações de prevenção e assinala que o campo é novo, mas que começa a florescer.

O décimo primeiro capítulo, já na terceira parte do livro, trata de tema bastante instigante, pois aborda o tratamento dos TAs quando ocorrem em comorbidade com transtornos de personalidade (TPs). Vinícius Dornelles e Guilherme Ebert caracterizam os TPs, esclarecem sobre quais mais frequentemente estão presentes junto aos TAs e apresentam os desafios do tratamento nesses casos. Apresentam a Terapia Comportamental Dialética (DBT) como

um modelo de tratamento possível para TAs. A seguir, o décimo segundo capítulo, escrito por Fabián Orlando Olaz, descreve as aplicações da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) na abordagem da bulimia. Inicialmente descreve a ACT, relatando que o objetivo terapêutico em ACT é flexibilidade psicológica. Traz um caso clínico que possibilita o entendimento da prática na ACT. O capítulo treze, de Martha Wallig Brusius Ludwig, Nathália Susin, Catherine Bortolon, Raquel de Melo Boff e Margareth da Silva Oliveira, apresenta a entrevista motivacional (EM), tão consagrada como fator de mudança no estilo de vida, focando no comportamento alimentar. Enfatiza a EM em casos de pacientes com risco cardiovascular e fundamenta processos e posturas terapêuticas. O décimo quarto capítulo foi escrito por um grupo de pesquisadores da área, Carmem Beatriz Neufeld, Gabriela Affonso, Carlos Roberto Bueno Júnior, Rosane Pilot Pessa e Bernard Pimentel Rangé. Trata da TCC em grupo para a obesidade e sobrepeso, focando no manejo. Relata a experiência específica de manejo de um programa cognitivo-comportamental de educação alimentar em grupo, especificando atividades realizadas nas sessões e apresentando os resultados obtidos.

Por fim, o décimo quinto capítulo, de autoria de Mirna Brilmann, aborda a obesidade severa, apresentado novas perspectivas em TCCs. A autora apresenta a avaliação e o acompanhamento de pessoas que passam por cirurgia bariátrica, destacando tipos de cirurgias e tratamentos em TCC para pessoas com obesidade por meio de três modelos distintos.

Resumindo, essa importante obra, de modo abrangente e atual, agrega diversos aspectos de transtornos que trazem muito sofrimento para o indivíduo e suas famílias. Oferece ao leitor a oportunidade de ter em uma mesma fonte ampla visão da TCC dos TAs quanto a modelos de compreensão e de tratamento, com relevante base científica. Trata-se de uma leitura extremamente agradável, acessível a estudantes e com importantes contribuições para terapeutas e profissionais afins. Escrever este prefácio me deu a oportunidade de, em primeira mão, ter a satisfação de fazer um passeio por essa obra tão valiosa no campo dos TAs. Tenho certeza de que você, leitor, experimentará a mesma satisfação, pois o conhecimento pode alimentar a alma de modo construtivo e nutritivo.

Lucia Emmanoel Novaes Malagris

Professora da Graduação e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Instituto de Psicologia
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Apresentação

É difícil para o clínico definir qual transtorno mental ou conjunto de comportamentos-problema é mais difícil de se tratar. Do nosso ponto de vista, torna-se mais difícil o tratamento daqueles casos em que não há ou há pouca evidência científica de eficácia nos protocolos testados. A princípio, os transtornos alimentares e a obesidade poderiam ser considerados de difícil tratamento. Porém, já há estudos que apresentam resultados interessantes utilizando-se da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) em conjunto com outras intervenções.

Propomos, com o livro que apresentamos, criar subsídios para estudantes de graduação e profissionais que atuam na área da saúde com foco nos tratamentos dos transtornos alimentares e obesidade através da TCC. Reflexões sobre o porquê as pessoas que padecem de algum problema dessa ordem enfrentam dificuldades para mudar comportamentos fazem parte do dia a dia dos profissionais na área da psicologia da saúde. A cada nova situação que nos deparamos, questionamos também se as nossas ferramentas são eficientes para auxiliar as pessoas na resolução das suas dificuldades e na maioria das vezes utilizamos as ferramentas que conhecemos baseadas na nossa formação, nos cursos e mesmo no senso comum e que nem sempre são as mais eficazes. Frente a essas questões, planejamos este livro que buscou reunir capítulos para atender esses questionamentos. O trabalho se divide em três partes: a primeira com objetivo de apresentar aspectos diagnósticos e epidemiológicos atualizados, bem como os modelos cognitivos dos transtornos; a segunda com o objetivo de apresentar aspectos práticos do tratamento e também modelos de tratamento, incluindo aspectos nutricionais e necessidades de internação; e a terceira

com objetivo de apresentar outras possibilidades de intervenção cognitivas, comportamentais, cognitivo-comportamentais ou transteóricas.

A ideia é que o leitor tenha uma base fundamentada para realizar o tratamento de transtornos alimentares e obesidade segundo a TCC, tendo uma leitura acessível, direta e com vinhetas e casos clínicos que auxiliam na compreensão e na aplicação dos tratamentos sugeridos. Mesmo que seja sabido que para alguns transtornos alimentares a TCC tem resultados de eficácia reconhecidos, a maioria desses resultados está em artigos que nem todos têm acesso livre, tornando-se um complicador para o leitor. Nosso foco foi mostrar o que está se produzindo para atender, de forma efetiva, a essa população que necessita de auxílio profissional nos enfoques cognitivo e comportamental e também com suporte interdisciplinar. Os capítulos envolvem resultados de pesquisa e ilustrações clínicas dos diversos problemas associados à alimentação.

Chamamos a atenção para os dados epidemiológicos que apontam um grande crescimento dos transtornos alimentares, destacando a atenção necessária a uma pessoa que está com uma anorexia nervosa ou bulimia nervosa. Referente à obesidade, que é sabido não ser um transtorno mental, porém tem aspectos comportamentais associados, os dados são preocupantes. No Brasil, em levantamento realizado pelo IBGE (2014), o índice beira aos 60%. Cerca de 82 milhões de pessoas apresentaram o Índice de Massa Corporal (IMC) igual ou maior do que 25 (sobrepeso ou obesidade). Houve uma prevalência maior de excesso de peso no sexo feminino (58,2%), que no sexo masculino (55,6%), basicamente não existe diferença entre os gêneros, mas o fenômeno aponta que em decorrência desse aumento de peso, muitas pessoas vão desenvolver a síndrome metabólica e necessitarão atendimentos pelos sistemas de saúde em tratamentos para redução de peso a fim de controlar as sequelas em relação aos aspectos clínicos (hipertensão, diabetes, entre outros).

A relevância de dedicarmos um livro para esses comportamentos justifica-se pela prevalência na população dessas alterações e pelos riscos de morbidade e sofrimento intenso associados em alguns dos casos clínicos. Quando o nosso Laboratório de Avaliação e Atendimento em Psicoterapia Cognitivo e Comportamental (LABICO) realizou uma única chamada para uma intervenção breve na mudança de hábitos alimentares e na qualidade de vida, fomos surpreendidos pelo número expressivo de inscrições que buscava ajuda no referido programa. Isso, por si só, já justifica a relevância da atenção primária a essa população.

Sempre foi nossa preocupação entender e aplicar as melhores técnicas psicoterapêuticas e multiprofissionais na população clínica para poderem usufruir dos melhores benefícios. Quando aplicávamos essas técnicas em pessoas que apresentavam problemas relacionados às adições como ao tabaco, álcool e outras drogas percebíamos que o benefício era muito semelhante aos pacientes com compulsão alimentar, e vimos a necessidade de validação e adaptação desse instrumental.

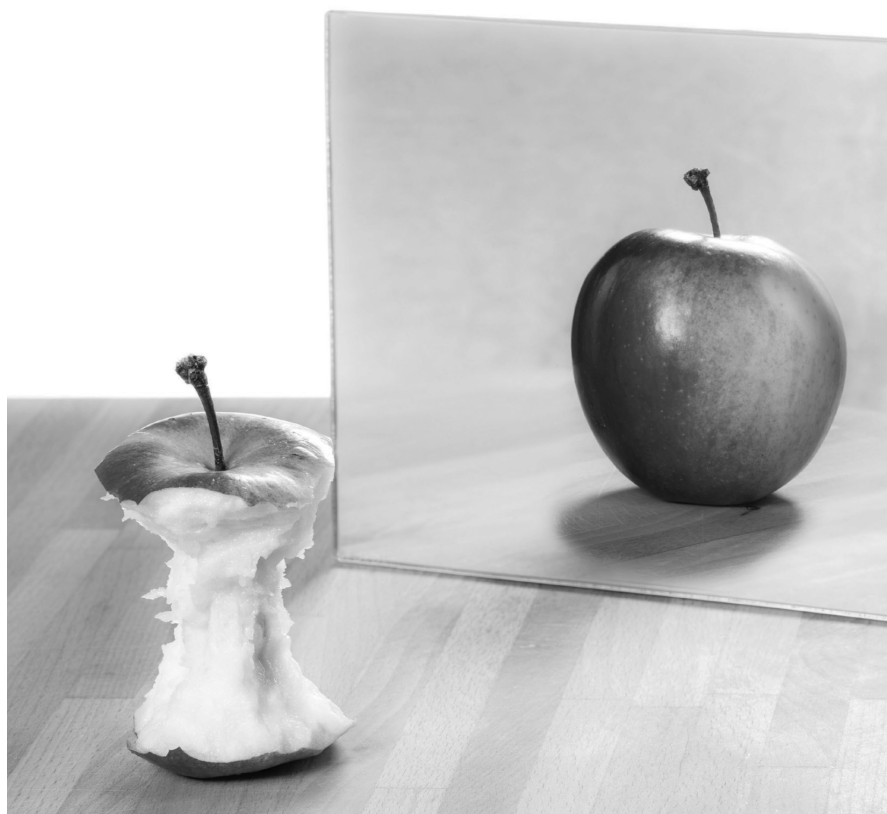
Agradecemos aos colaboradores que prontamente aceitaram escrever os capítulos que compõem esta obra, colegas que trabalham no dia a dia com essa clientela. Agradecemos em especial aos colegas do Grupo de Avaliação e Atendimento em Psicoterapia Cognitivo e Comportamental (GAAPCC-PUCRS).

Somos especialmente gratos aos pacientes que participaram de nossos estudos como voluntários e também aos pacientes que permitiram ilustrar com seus exemplos em muitos dos capítulos apresentados. Por fim, desejamos levar ao leitor propostas de tratamento que possam auxiliar na definição dos caminhos para ajudar pessoas que sofrem com esses problemas. Boa leitura!

Igor da Rosa Finger
Margareth da Silva Oliveira

PARTE I

**Aspectos Diagnósticos,
Epidemiológicos e Teóricos dos
Transtornos Alimentares**



1

Diagnóstico e Curso dos Transtornos Alimentares

Igor da Rosa Finger
Patricia Ariane Guedes

O que você vai saber neste capítulo:

- Classificação de transtornos alimentares.
- Obesidade é um transtorno mental?
- Características, critérios, curso e diagnósticos diferenciais de:
 - anorexia nervosa;
 - bulimia nervosa;
 - transtorno de compulsão alimentar.

Um comportamento é dito como comportamento-problema quando a consequência de sua ação é, de alguma forma, prejudicial à pessoa ou diretamente a outra pessoa. Um transtorno mental é caracterizado por um conjunto de sinais, sintomas e/ou comportamentos persistentes que causam prejuízo funcional, ocupacional ou pessoal à pessoa ou a outros (APA, 2014). Quando se apresentam os transtornos alimentares, quer-se referir aos transtornos em que o principal indicativo são comportamentos ou pensamentos recorrentes e persistentes referentes à alimentação ou ao ato de comer que, quando na sua execução, causam prejuízo ou sofrimento à pessoa. Os prejuízos estão relacionados a uma alteração no consumo de alimentos que levam à um comprometimento à saúde física ou psíquica.

Além da anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN) e transtorno de compulsão alimentar (TCA), o *Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais*, em sua quinta edição (DSM-5, APA, 2014),

apresenta os transtornos de pica (quando há a persistente ingestão de substâncias não alimentares), transtorno de ruminação (persistente regurgitação de alimentos), transtorno alimentar restritivo/evitativo (recusa em alimentar-se baseada nas características sensoriais alimentares, entre outros fatores evitativos, que leva a uma insatisfação às necessidades básicas nutricionais), outro transtorno alimentar especificado e transtorno alimentar não especificado.

À exceção do transtorno de pica, que pode haver comorbidade com outros transtornos alimentares, os demais transtornos têm critérios excludentes/diferenciais entre si, devido a especificidades do curso, apresentação clínica e necessidades de tratamento. Sendo assim, não é possível diagnosticar, por exemplo, anorexia nervosa durante um mesmo episódio de bulimia nervosa (APA, 2014). Dessa forma, reconhecer os diferenciais de cada transtorno torna-se essencial para o adequado tratamento e encaminhamento.

Respeitando os objetivos do presente livro, serão abordados e aprofundados, neste capítulo, os critérios de AN, BN e TCA. Destaca-se a ausência da obesidade como um transtorno mental, ainda que no senso comum possa ser considerada. Na clínica, é sabido que a obesidade provém do desequilíbrio entre ingesta energética e gasto energético (WHO, 2015). Porém, o gasto energético provém de diversos fatores além e diferentes aos necessariamente relacionados ao comportamento alimentar, tais como genéticos, fisiológicos e ambientais. Tais fatores variam muito entre indivíduos e, ressaltamos, não necessariamente estão relacionados a comportamentos ou pensamentos prejudiciais diretamente relacionados à alimentação ou ao ato de comer (o sedentarismo, por exemplo, está relacionado à obesidade. Porém não tem a ver com comportamentos ou pensamentos associados à alimentação ou às consequências da alimentação para ser considerado um transtorno alimentar). De toda a forma, não considerar a obesidade como transtorno mental não a exclui de estar relacionada a transtornos mentais (tais como TCA, transtornos de humor, etc.) ou a comportamentos-problema (sedentarismo, por exemplo) e, por isso, ela também será abordada em capítulos específicos na terceira parte deste livro.

A seguir, apresentamos uma tabela comparativa entre os transtornos AN, BN e TCA para facilitar a identificação de sinais e sintomas e, assim, diagnosticar adequadamente os transtornos.

Tabela 1.1. Comparação de características e sintomas presentes na anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno de compulsão alimentar*

Características/Sintomas que podem estar presentes	Transtornos alimentares		
	Anorexia nervosa	Bulimia nervosa	Compulsão alimentar
Restrição de ingestão de alimentos	X		
Peso corporal significativamente baixo	X		
Peso corporal normal		X	X
Sobrepeso		X	X
Obesidade			X
Medo de ganhar peso	X		
Autoavaliação indevidamente influenciada pela forma ou peso corporal	X	X	
Compulsão alimentar	X	X	X
Comportamento compensatório inapropriado (Vômito, medicamentos, exercícios)	X	X	

A consequência prejudicial dos transtornos alimentares é relativamente conhecida. Estudo avaliando alterações nas funções cognitivas em tarefas que avaliam memória e aprendizagem verbal, memória e aprendizagem visual, velocidade de processamento da informação, habilidade visuoespacial, memória de trabalho, funções executivas, fluência verbal, atenção e função motora, aponta que pacientes com transtornos alimentares têm significativa pontuação baixa em comparação a pessoas sem nenhum transtorno mental. A AN tem pior desempenho na aprendizagem e memória verbal, aprendizagem e memória visual, habilidade visuoespacial, memória de trabalho e funções executivas. Alterações em BN também foram notadas, porém mediadas por sintomas depressivos e índice de massa corporal (IMC) (Weider, Indredavik, Lydersen & Hestad, 2015).

* Disponível em www.sinopsyseditora.com.br/traob1

Anorexia nervosa e bulimia nervosa são mais frequentes em adolescentes do sexo feminino e comórbidas de depressão e outros transtornos mentais (Harrington, Jimerson, Haxton, & Jimerson, 2015). Outros dados epidemiológicos poderão ser lidos no Capítulo 2 deste livro.

As alterações dos critérios e do grupo de transtornos considerados “transtornos alimentares” do DSM-5, incluindo, por exemplo, o transtorno de compulsão alimentar, tende a minimizar um problema que era comum: o de transtornos de pessoas com transtornos alimentares serem diagnosticados como “transtorno alimentar sem outra especificação” (baseado no DSM-IV-TR) por falta de critérios específicos, influenciando no plano e na execução do tratamento (Christine, Timothy, & Evelyn, 2013).

ANOREXIA NERVOSA

Três aspectos se destacam para diagnosticar anorexia nervosa: restrição persistente de alimentação, medo intenso de ganhar peso ou comportamento prejudicial persistente que interfere no ganho e alteração na percepção do próprio corpo. A AN envolve assumir comportamentos que levam a deixar de ser atendida às necessidades básicas calóricas para manter o organismo adequadamente ativo através de uma restrição da ingesta 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 geral. Pode-se utilizar o índice de massa corporal (IMC) como medida para determinar a normalidade do peso corporal. 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. Destaca-se que se deve considerar a inexistência de qualquer pro-

blema fisiológico que possa resultar na diminuição do peso. Caso tais perturbações fisiológicas estejam presentes, não se deve considerar satisfeito esse critério de restrição alimentar.

Associado a esse critério restritivo alimentar, há ou um medo forte em retomar ou ganhar peso e, assim, engordar e/ou uma série de comportamentos que levam a não aquisição de peso. Mesmo que a pessoa perca peso, esse medo tende a permanecer, podendo, inclusive, aumentar. Por fim, há uma perturbação na forma como o próprio peso ou a forma corporal são vivenciados, afetando a autoavaliação, a autoestima e, em alguns casos, levando à ausência de reconhecimento da gravidade de estar em tão baixo peso corporal. Tal perturbação pode levar a comportamento tais como pesagem frequente, medição excessiva de partes específicas do corpo, observação excessiva do corpo em espelhos (APA, 2014). Perder peso pode ser visto como uma conquista e uma marca de autocontrole (o contrário, ganhar peso, como uma derrota e fracasso). A Classificação Internacional de Doenças (CID-10) acrescenta como critério um transtorno endócrino generalizado envolvendo o eixo hipotalâmico-hipofisário-gonadal (OMS, 1993). Tal transtorno é marcado por alterações hormonais e funcionais em níveis hematológicos, bioquímicos, endócrinos, entre outros.

É incomum que pessoas que sofrem de AN procurem atendimento por vontade própria, visto que a marca do sucesso e autocontrole para elas é, justamente, resistir à restrição alimentar. Usualmente, familiares notam a perda do peso excessiva e as alterações nos comportamentos alimentares ou posteriores à alimentação e, assim, encaminham para tratamento. Dessa forma, é importante que o clínico esteja preparado para receber um(a) paciente indisposta e resistente ao tratamento.

O critério de amenorreia, presente no DSM-IV, foi retirado do DSM-5, pois há indivíduos que apresentam todos os critérios para AN, mas relatam alguma menstruação, mesmo que sem regularidade. Outro motivo para a exclusão do critério é que ele não poderia ser aplicado a meninas pré-menarca, mulheres com uso de pílulas anticoncepcionais, mulheres pós-menopausa e homens (Black & Grant, 2015). Mesmo não sendo um critério, amenorreia está associada a piores condições mé-

dicas gerais e, por isso, é uma informação importante para o clínico e o planejamento do tratamento.

Há dois tipos de AN: tipo restritivo (F50.01), caracterizado por não haver episódios recorrentes de compulsão alimentar ou comportamentos purgativos ou compensatório, tais como vômitos e uso de laxantes e diuréticos de forma induzida e indevida. A redução do peso está associado à dieta, jejum ou realização de exercícios físicos excessivos. O outro tipo é o compulsão alimentar purgativa (F50.02), em que há a presença de episódios recorrentes de compulsão alimentar purgativa (ou seja, após a compulsão alimentar, lança mão de vômitos ou outras substâncias que incitam a eliminação calórica do alimento). É sabido que muitos pacientes podem transitar por esses subtipos. Devido a isso, é importante informar, no momento do diagnóstico, o subtipo atual a partir dos sintomas apresentados no presente momento, mesmo que historicamente estivesse em outro subtipo.

O DSM-5 aponta a necessidade de especificar a gravidade atual da AN. Em adultos, a gravidade é avaliada a partir do Índice de Massa Corporal (IMC) e em crianças e adolescentes, no percentil do IMC. Para adultos, a gravidade vai de Leve (IMC menor que 17), Moderada (de 16 a 16,99), Grave (de 15 a 15,99) e Extrema (menor que 15). Além do IMC, o grau de prejuízo funcional, problemas clínicos associados e a necessidade de supervisão por terceiros influenciam na avaliação da gravidade.

Há diversas condições médicas importantes e potencialmente fatais associadas à AN que devem ser acompanhadas pelo clínico. Como é possível ler nos Capítulos 5 e 9 deste livro, as alterações nutricionais e clínicas afetam a maioria dos sistemas regulatórios do corpo, causando sérios prejuízos ao seu funcionamento. Além disso, quando gravemente abaixo do peso, sintomas depressivos, isolamento social, irritabilidade, insônia e diminuição da libido também podem estar presentes (APA, 2014).

É importante o clínico ou familiares ficarem atentos à atividades físicas excessivas e a uso indevido de medicamentos para perder peso ou evitar ganhar. Tais condutas estão associadas à fase inicial de tratamento (APA, 2014). Outras condutas associadas são: ansiedade de alimentar-se em público, rigidez cognitiva, expressão emocional limitada, diminui-

ção na espontaneidade social. Mulheres com dificuldade de recuperar-se do transtorno eram mais propensas a ter sintomas depressivos antes do desencadeamento da AN e apresentavam maiores características de perfeccionismo (Keski-Rahkonen et al., 2014)

Geralmente a AN inicia durante a adolescência ou na adultez jovem. O curso e desfecho variam muito, indo de recuperação total após primeiro episódio até curso crônico ao longo da vida, podendo levar à morte (Franko et al., 2013). Maiores informações epidemiológicas sobre o transtorno poderão ser lidas no Capítulo 2 deste livro. Quanto aos diagnósticos diferenciais, é importante descartar os seguintes transtornos, entre outros: transtorno dismórfico corporal, transtorno por uso de substância, bulimia nervosa, transtorno restritivo/evitativo (APA, 2014). Ambos manuais classificatórios destacam a importância de observar e diferenciar sintomas obsessivos, quando presentes (OMS, 1993).

Resumo

- Anorexia nervosa (APA, 2014):
 - restrição persistente de alimentação;
 - medo intenso de ganhar peso ou comportamento prejudicial persistente que interfere no ganho;
 - e alteração na percepção do próprio corpo;
 - amenorreia não é mais critério diagnóstico.

BULIMIA NERVOSA (F50.2)

A bulimia nervosa (BN) é marcada pela recorrência e persistência de episódios de compulsão alimentar associados a comportamentos compensatórios inapropriados com o objetivo de impedir o acréscimo do peso, tais como vômito induzido ou uso de medicamentos e exercícios físicos em excesso. Compulsão alimentar é definida pela ingestão de uma quantidade de alimentos significativamente maior do que a maioria das

peças comeriam no mesmo período e nas mesmas circunstâncias e pela sensação de falta de controle sobre o que se está ingerindo. É importante, para uma adequada classificação do diagnóstico, essa definição de compulsão alimentar. Ela deixa claro que eventos sociais em que culturalmente ou socialmente se come mais, como festas de aniversário, feriados comemorativos, só devem ser considerados episódios de compulsão se a pessoa comer significativamente mais do que a maioria das pessoas comeram durante o evento, que por si já é farto de alimento e leva pessoas a comerem mais que o seu normal (APA, 2014). Além disso, um episódio de compulsão alimentar não precisa ocorrer somente em um contexto: se a pessoa comeu em uma festa a quantidade alimentar semelhante a que outras pessoas comeram, porém continuou a comer quando chegou em casa, isso pode ser avaliado como compulsão alimentar. Cabe ressaltar que a definição e avaliação do “normal” deve ser avaliado dentro do contexto específico em que ocorre o comportamento alimentar. “Normal” vem de “norma” e refere-se à frequência, intensidade e duração de algo em comparação a outros em um mesmo contexto.

A compulsão alimentar não é circunscrito a um tipo de alimento (por exemplo: doce). Ela está muito mais vinculada à quantidade e frequência alimentar do que ao tipo de alimento em si. Uma sensação imediata ao episódio pode ser um alívio de sofrimento, porém, alterações de humor e auto-avaliações negativas podem vir a médio e longo prazo.

Como já dito anteriormente, a BN não é marcada apenas pela compulsão alimentar e sim, também, pela utilização de comportamentos compensatórios inapropriados, também chamados de comportamentos purgativos, para impedir o acréscimo do peso. Diz-se que um comportamento é um comportamento compensatório inapropriado quando sua realização tem a função de afastar a pessoa de algo aversivo a ela, porém, a consequência desse comportamento tende a se tornar um problema maior que o próprio estímulo aversivo. A purgação pode vir através de exercícios físicos exagerados (os quais interferem o dia a dia da pessoa), vômitos autoinduzidos, jejum, uso de laxantes, diuréticos ou outras medicações para evitar crescer peso. Desses, um dos mais utilizados é o vômito, devido ao rápido alívio gerado e a sensação de

controle da situação após um episódio de compulsão. Para compreender melhor a purgação, pode-se fazer a associação desse ato com o da compulsão ou ritual em um transtorno obsessivo-compulsivo. Ambos, tanto a purgação em BN quanto o ritual em TOC, têm a função de aliviar o sofrimento gerado pelo evento anterior (compulsão alimentar, no caso da BN, obsessão, no caso de TOC). Há casos em que o vômito é utilizado não só após episódios de compulsão alimentar, mas após qualquer alimentação, nos primeiros sinais perceptivos de alimento no estômago. A purgação torna-se tão problemática quanto a compulsão alimentar.

Diferente do apresentado no DSM-IV-TR (APA, 2014), tanto a compulsão alimentar quanto os comportamentos compensatórios ocorrem frequentemente, tendo uma média de episódios de, no mínimo, uma vez por semana (antes exigia-se dois episódios semanais). Tal alteração foi avaliada em estudo para verificar se pessoas com um episódio (DSM-5) diferiam nas funções psicológicas das pessoas que preenchiam critérios pelo DSM-IV-TR. Os resultados sugerem que prejuízos diretos e indiretos relacionados ao transtorno alimentar são compatíveis entre aqueles com um episódio semanal e dois ou mais (MacDonald, McFarlane, & Olmsted, 2014). Assim como na anorexia nervosa, na bulimia nervosa a autoimagem corporal (forma e peso do corpo) influencia indevidamente na auto-avaliação geral da pessoa que sofre desse transtorno. Cabe destacar que, diferente da anorexia nervosa tipo compulsão alimentar purgativa, na BN não há restrição da ingestão de alimento como padrão comportamental.

Pessoas que sofrem de BN tendem a sentir vergonha do seu padrão alimentar e buscam esconder seus problemas com a alimentação. A compulsão normalmente ocorre em situações em que se encontram sozinhas ou de forma bem discreta. Fatores desencadeantes de um episódio de compulsão alimentar são: humor triste ou deprimido, discussão com outras pessoas, dietas, avaliações negativas quanto ao corpo, ao peso ou a alimentos e o tédio (APA, 2014).

Também é possível especificar a gravidade atual do transtorno, a partir da frequência de comportamentos compensatórios inapropriados. Vai de Leve (média de 1 a 3 episódios por semana), Moderada (4 a 7), Grave (8 a 13) e Extrema (14 ou mais por semana).

O IMC de uma pessoa com BN geralmente indica uma numeração normal, ou com sobrepeso (Herzog & Eddy, 2010). Após a compulsão alimentar, tendem a optar por comidas dietéticas ou a evitar alimentos engordantes. Assim como na AN, a BN tem seu início comumente na adolescência ou idade adulta jovem. Frequentemente a compulsão alimentar começa durante ou após um episódio de dieta para perder peso (APA, 2014). BN é um transtorno duradouro, durando muitos anos na maioria dos casos, crônico ou intermitente. A mudança diagnóstica de BN para AN ocorre em uma minoria dos casos. Porém, a alteração sintomatológica de AN para BN pode ser presente (OMS, 1993). Dados epidemiológicos da BN poderão ser lidos no Capítulo 2 deste livro.

Um adequado diagnóstico diferencial deve ser feito, descartando possíveis outros transtornos, tais como: anorexia nervosa, tipo compulsão alimentar purgativa (bem comum de haver confusão diagnóstica com esse transtorno), transtorno de compulsão alimentar e síndrome de Kleine-Levin (APA, 2014).

Resumo

- Bulimia nervosa (APA, 2014):
 - episódios recorrentes de compulsão alimentar;
 - comportamento compensatórios inapropriados;
 - autoavaliação indevidamente influenciada pela forma e peso corporal;
 - IMC: de normal a sobrepeso.

TRANSTORNO DE COMPULSÃO ALIMENTAR (F50.8)

O transtorno de compulsão periódica já estava no apêndice B do DSM-IV-TR (APA, 2002), porém, sem dados conclusivos de suas características. Estudos denominavam de transtorno de compulsão alimentar periódica (Palavras, Kaio, Mari, & Claudino, 2011) o que veio

a ser chamado no DSM-5 (APA, 2014) somente por transtorno de compulsão alimentar (TCA). Dentre os critérios apresentados no apêndice B do DSM-IV-TR em comparação aos que foram definidos no DSM-5 só há uma diferença, os episódios mínimos exigidos: no manual atual deve haver uma média de um episódio por semana por três meses; já no apêndice se previa dois por semana, durante seis meses.

O TCA é marcado pela recorrência de episódios de compulsão alimentar, tais como descritos na BN (leia mais na subseção anterior deste capítulo), porém sem a realização de comportamentos compensatórios inapropriados. Associados aos episódios de compulsão alimentar estão ao menos três dos seguintes componentes: comer mais rapidamente que o normal (em relação a si mesmo e a outros); comer até se sentir desconfortavelmente cheio; comer grandes quantidades de alimento na ausência da sensação física de fome; comer sozinho por vergonha do quanto se está comendo; sentir-se desgostoso de si mesmo, deprimido ou muito culpado em seguida (APA, 2014).

Como já dito anteriormente, assim como na BN, os episódios ocorrem, em média, ao menos uma vez por semana há, no mínimo, três meses. Porém, diferente da AN e da BN, deve haver sofrimento significativo em virtude do comportamento compulsivo alimentar. A gravidade do transtorno pode ser avaliada por episódios de compulsão alimentar (diferente da BN que é avaliada a partir dos comportamentos compulsivos inapropriados): Leve (de 1 a 3 episódios de compulsão alimentar por semana), Moderada (4 a 7), Grave (8 a 13) ou Extrema (14 ou mais).

O peso de pessoas que sofrem de TCA pode ser de normal/adequado a obeso. Há uma considerável associação entre TCA e sobrepeso e alguns casos de obesidade (Klatzkin, Gaffney, Cyrus, Bigus, & Brownley, 2015). Porém, é importante diferenciar obesidade de TCA. A maioria das pessoas obesas não necessariamente sofre de TCA. Por ser um transtorno recentemente classificável, há pouco conhecimento sobre o curso do transtorno, em comparação à BN e AN. A realização de dietas é comum após os episódios de compulsão alimentar – e essa é uma característica que usualmente a difere da BN, pois nos casos de BN as dietas geralmente antecedem episódios de compulsão (APA, 2014). Quanto aos diagnósticos diferenciais, é importante avaliar se os sinais e sintomas apresentados

pela pessoa não são melhor explicados por BN, obesidade (lembrando que não é um transtorno mental), transtornos do humor ou *borderline* (uso da ingestão de alimentos como estratégia de regulação emocional).

Resumo

- Transtorno de compulsão alimentar (APA, 2014):
 - episódios recorrentes de compulsão alimentar;
 - ausência de comportamentos compensatórios inapropriados;
 - ainda que haja relação, nem toda a pessoa que tem obesidade tem TCA.

OUTRO TRANSTORNO ALIMENTAR ESPECIFICADO (F50.8)

Há casos em que o quadro de sintomas e sinais que se apresenta são característicos a um transtorno alimentar que causa prejuízo funcional ou sofrimento clinicamente significativo, porém não preenchem todos os critérios dos transtornos apresentados anteriormente. O DSM-5 (APA, 2014) apresenta alguns exemplos de casos em que essa classificação seja a mais indicada: anorexia nervosa atípica, bulimia nervosa de duração limitada, síndrome do comer noturno, entre outros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pessoas com transtornos alimentares sofrem tanto pelas consequências de suas ações quanto pelas ações em si. Um bom tratamento utilizando a terapia cognitivo-comportamental como método de intervenção, associado com intervenções nutricionais, físicas e médicas, começa com um adequado diagnóstico. Mudanças nos planos terapêuticos são comuns, respeitando as características de cada transtorno. Devido a isso, saber reconhecer sinais e sintomas e diferenciá-los adequadamente potencializa o sucesso terapêutico.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association [APA] (2002). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed.
- American Psychiatric Association [APA] (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed.
- Black, D. W. & Grant, J. E. (2015). *Guia para o DSM-5*. Porto Alegre: Artmed.
- Christine, C., Timothy, W. B., & Evelyn, A. (2013). From DSM-IV to DSM-5: Changes to eating disorder diagnoses. *Current Opinion in Psychiatry*, 26(6), 532-6.
- 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.
- Harrington, B., Jimerson, M, Haxton, C., & Jimerson, D. C. (2015). Initial evaluation, diagnosis, and treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *American Family Physician*, 91(1), 46-43.
- Herzog, D. B. & Eddy, K. T. (2010). Diagnóstico, epidemiologia e curso clínico dos transtornos alimentares. In J. Yager & P. S. Powers. *Manual clínico de transtornos da alimentação*. Porto Alegre: Artmed.
- Keski-Rahkonen, A., Raevuori, A., Bulik, C. M., Hoek, H. W., Rissanen, A., & Kaprio, J. (2014). Factors associated with recovery from anorexia nervosa: A population-based study. *International Journal of Eating Disorders*, 47(2), 117-23.
- Klatzkin, R. R., Gaffney, S., Cyrus, K., Bigus, E., & Brownley, K. A. (2015). Binge eating disorder and obesity: Preliminary evidence for distinct cardiovascular and psychological phenotypes. *Physiology & Behavior*, 142(1), 20-7.
- MacDonald, D. E., McFarlane, T. L., & Olmsted, M. P. (2014). “Diagnostic shift” from eating disorder not otherwise specified to bulimia nervosa using DSM-5 criteria: A clinical comparison with DSM-IV bulimia. *Eating Behaviors*, 15, 60-2.
- Palavras, M. A., Kaio, G. H., Mari, J. J., & Claudino, A. M. (2011). Uma revisão dos estudos latino-americanos sobre o transtorno da compulsão alimentar periódica. *Rev. Bras. Psiq.*, 33(supl. 1), 81-94.
- Weider, S., Indredavik, M., Lydersen, S., & Hestad, K. (2015). Neuropsychological function in patients with Anorexia Nervosa or Bulimia Nervosa. *Int J Eat Disord*, 48(4), 397-405.
- World Health Organization. [WHO] (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artmed.
- World Health Organization. [WHO] (2015). *Obesity and overweight*. Retirado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>