



**FACULDADE DA REGIÃO SISALEIRA
BACHARELADO EM PSICOLOGIA**

ANA CAROLINE MENDES CARNEIRO

**A RELEVÂNCIA DA PRÁTICA PSICOLÓGICA PARA A MUDANÇA DO
COMPORTAMENTO ALIMENTAR RELACIONADO ANOREXIA NERVOSA E
BULIMIA NERVOSA**

**Conceição do Coité-BA
2023**

ANA CAROLINE MENDES CARNEIRO

**A RELEVÂNCIA DA PRÁTICA PSICOLÓGICA PARA A MUDANÇA DO
COMPORTAMENTO ALIMENTAR RELACIONADO A ANOREXIA NERVOSA E
BULIMIA NERVOSA**

Artigo científico submetido como Trabalho de Conclusão de Curso para o curso de Bacharelado em Psicologia pela Faculdade da Região Sisaleira, orientado pelo prof. Rafael Reis Bacelar Anton.

Conceição do Coité-BA

2023

Ficha Catalográfica elaborada por:
Carmen Lúcia Santiago de Queiroz – Bibliotecária
CRB: 5/001222

C215 Carneiro, Ana Caroline Mendes

A relevância da prática psicológica para a mudança do
Comportamento alimentar relacionado a anorexia nervosa e
bulimia nervosa. /Ana Caroline Mendes Carneiro – Conceição
do Coité: FRESI,
2023.

20f..

Orientador: Prof. Rafael Reis Bacelar Antón.
Artigo científico (bacharel) em Psicologia. – Faculdade da
Região Sisaleira (FARESI). Conceição do Coité, 2023.

1 Psicologia. 2 Transtornos Alimentares 3 Anorexia
Nervosa. 4 Bulimia Nervosa. 5 Comportamento alimentar.
I Faculdade da Região Sisaleira – FARESII Antón, Rafael
Reis Bacelar. III Título.

CDD: 616.85262

ANA CAROLINE MENDES CARNEIRO

**A RELEVÂNCIA DA PRÁTICA PSICOLÓGICA PARA A MUDANÇA DO
COMPORTAMENTO ALIMENTAR RELACIONADO A ANOREXIA NERVOSA E
BULIMIA NERVOSA**

Artigo científico apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Psicologia, pela Faculdade da Região Sisaleira.

Aprovado em 7 de dezembro de 2023.

Banca Examinadora:

Rafael Lima Bispo / Rafael.bispo@faresi.edu.br

Jacson Silva / jacson.baldoino@faresi.edu.br

Rafael Reis Bacelar Antón/ rafael.anton@faresi.edu.br

Ramon Pereira Lima / ramon.lima@faresi.edu.br



Rafael Reis Bacelar Antón
Presidente da banca examinadora
Coordenação de TCC – FARESI

Conceição do Coité – BA
2023

Ana Caroline Mendes Carneiro¹. Rafael Reis Bacelar Antón.²

RESUMO

Os transtornos alimentares (TA), como a Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa podem ser considerados uma doença motivada por problemas emocionais e psicológicos que estimulam as pessoas a ficarem obcecadas e estabelecer um comportamento ofensivo, sendo assim tornam-se interesse dos profissionais da área de psicologia. No entanto, ainda são poucos os estudos encontrados sobre o trabalho do psicólogo com esses transtornos alimentares específicos. O presente artigo apresenta a importância do acompanhamento e estratégias do psicólogo para o tratamento dos TA. Foram utilizados estudos realizados na área de Psicologia considerando dados bibliográficos do Scielo e PePSIC. Conclui-se que para obter êxito no tratamento dos TA e na mudança do comportamento alimentar, é de fundamental importância a inserção do psicólogo na equipe multidisciplinar envolvida no processo.

Palavras-chave: Transtornos Alimentares. Anorexia Nervosa. Bulimia Nervosa. Psicologia. Comportamento alimentar.

ABSTRACT

Eating disorders (ED), such as Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa, can be considered a disease motivated by emotional and psychological problems that encourage people to become obsessed and establish offensive behavior, thus becoming of interest to professionals in the field of psychology. However, there are still few studies on how psychologists work with these specific eating disorders. This article presents the importance of psychologists' support and strategies for treating EDs. Studies carried out in the field of psychology were used, considering bibliographic data from Scielo and PePSIC. It concludes that in order to successfully treat EDs and change eating behavior, it is of fundamental importance to include a psychologist in the multidisciplinary team involved in the process.

Keywords: Eating disorders. Anorexia Nervosa. Bulimia Nervosa. Psychology. Eating behavior.

¹ Discente do curso de Psicologia. Faculdade da Região Sisaleira – FARESI.
anacaroline.carneiro@faresi.edu.br

² Docente do curso de Psicologia. Faculdade da Região Sisaleira – FARESI.
Rafael.anton@faresi.edu.br

1. INTRODUÇÃO

Individualmente cada sujeito depende de fatores genéticos na seleção da classe e do volume de alimentos que irão consumir. O comportamento alimentar é regido por vários modos e variam entre as pessoas ou até na mesma pessoa, conforme o estado emocional em que se encontra.

Além disso, dispõe de duas principais funções: Liberar neurotransmissores (serotonina e dopamina) que tem controle sobre o prazer e o bem-estar que o ato de comer proporciona e garantir que a quantidade de nutrientes para a sobrevivência (processos fisiológicos) seja mantida. Segundo Lent (2004) as duas funções só são executadas se houver motivação, isto é, havendo impulsos internos que motivam o indivíduo a produzir comportamentos ou adaptações corporais.

A definição de imagem corporal compreende três elementos: subjetivo, que abrange pontos como a aparência satisfatória e a preocupação associada a ela; perceptivo, que está associado com a exatidão de como percebe a própria imagem, como a estimativa de peso e tamanho do corpo; e comportamental, que destaca o ato de evitar algo, por sentir desconforto relacionado com sua aparência física. (Saikali, C. J.; Soubhia, C. S.; Scalfaro, B. M.; Cordás, T. A. 2004).

A percepção está dentro dos processos psicológicos básicos e é encarregada de transformar sensações sem sentido em percepções com sentido, portanto, os indivíduos frequentemente filtram ideias sensoriais e compreendem as percepções de modo que faça sentido para si próprio (Saikali, C. J.; Soubhia, C. S.; Scalfaro, B. M.; Cordás, T. A. 2004). Quando o sistema sofre um desequilíbrio, aumentam as possibilidades de despertar transtornos alimentares, como anorexia e bulimia.

Esses transtornos alimentares podem ser considerados como doença motivada por problemas emocionais e psicológicos que estimulam as pessoas a ficarem obcecadas e estabelecer um comportamento ofensivo. Tanto na anorexia quanto na bulimia, há uma busca exacerbada por um padrão de corpo inalcançável, já na obesidade há uma alimentação compulsiva como maneira de despertar prazer (Appolinário, 2000).

Nesse contexto, o objetivo desse estudo é apresentar a relevância da prática do profissional psicólogo na mudança do comportamento alimentar, demonstrando

sua contribuição no tratamento dos transtornos alimentares junto a equipe multidisciplinar.

JUSTIFICATIVA

Atualmente, a tentativa de se adequar nos padrões de embelezamento impostos pela sociedade tem se tornado comum. O contexto apresenta um crescimento significativo de pessoas com transtornos psicológicos, relacionados ao ato de comer. O sobrepeso está estreitamente conectado ao hábito alimentar por diversos fatores, como social, ambiental, psicológico, entre outros. A sociedade determina um formato de corpo ideal gerando condições de riscos de saúde, tanto fisiológicos quanto psicológicos.

Portanto, devido ao aumento constante dos transtornos alimentares e psicológicos causados pelo comportamento desequilibrado da alimentação e a ausência de estudos realizados sobre a relação do comportamento alimentar e a psicologia, faz-se necessário a pesquisa ressaltando o vínculo entre os dois aspectos, viabilizando a sua importância e podendo demonstrar dados relevantes e fundamentações teóricas sobre o tema, assim, contribuindo para realizações de pesquisas futuras.

O estudo voltado para o comportamento alimentar relacionado aos transtornos alimentares e a importância da atuação da psicologia no tratamento dos mesmos, é fundamental pois abrange aspectos específicos e fatores motivadores dos transtornos, já que não é apenas o ato de comer, mas todo o cenário em que está inserido, incluindo influências culturais, psicológicas e sociais, contribui com reflexões e informações relevantes para o público em geral.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica de natureza qualitativa. A pesquisa qualitativa pode ser caracterizada como estudo não estatístico, que verifica e examina de maneira profunda os elementos difíceis de serem mensurados de uma comunidade específica de indivíduos em relação a uma determinada problemática. São eles, sensações, sentimentos e motivações capazes de interpretar comportamentos, compreendidos com o foco no significado que obtêm.

A pesquisa se caracteriza como exploratória pois objetiva adquirir dados necessários que possibilita alcançar os resultados desejados. E descritiva por ser administrada de forma que demonstre os elementos exatamente como foram encontrados. Para alcançar o objetivo proposto deste estudo, foram utilizados como método pesquisas bibliográficas de fontes secundárias. Foram utilizadas pesquisa nos estudos realizadas na área de Psicologia, tendo em conta os dados bibliográficos do Scientific Electronic Library (SciELO) e dos Periódicos Eletrônicos de Psicologia (PePSIC).

Desse modo, o propósito é apresentar a revisão que integra o tema escolhido, percorrendo os aspectos relevantes sobre a aplicação desse método. Sendo assim, a seguir, são apresentados os fragmentos mais relevantes dos artigos encontrados sobre a temática escolhida para a construção desse trabalho.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEORICA

Saúde é um bem do qual a manutenção depende do comportamento e esforço de cada indivíduo. Entretanto essa compreensão não é decisiva para que o indivíduo tenha responsabilidade de intervir na sua saúde. Os hábitos dificilmente são alterados, uma vez que são adquiridos e tem relação com um número gradativo de doenças, nas quais, a adoção de novos comportamentos é imprescindível para o tratamento (Viana E Almeida, 1998).

Quando em nosso sistema ocorre um desequilíbrio, existe uma probabilidade maior de provocar alguns transtornos alimentares, tais como a anorexia, bulimia e obesidade. Os transtornos podem ser definidos como distúrbios motivados por problemas emocionais e psicológicos que impulsionam os indivíduos a um determinado comportamento obsessivo. Na anorexia e bulimia por exemplo, o indivíduo vive numa busca exacerbada por um padrão de beleza inacessível, em contrapartida, em casos de obesidade, a pessoa encontra um mecanismo de prazer comendo de forma compulsiva (Appolinário, 2000).

É importante aderir um hábito de alimentação de acordo com a necessidade orgânica do indivíduo para manter um estilo de vida saudável. Entretanto, priorizar a alimentação saudável independe apenas do acesso a uma informação nutricional conveniente. Selecionar o alimento diz respeito ao prazer compatível com o sabor, os comportamentos aprendidos, entre outros fatores sociais, culturais e psicológicos. É necessário entender os fatores psicossociais que podem dificultar o processo de

decisão, para que assim, as intervenções se tornem mais efetivas em benefício dos hábitos alimentares saudáveis (Zorzo, 2020).

Atualmente há uma facilidade de encontrar nos meios de comunicação informações nutricionais sobre hábitos saudáveis de alimentação, no entanto, isto não tem sido suficiente para persuadir as pessoas a uma mudança de hábitos e comportamentos. A Psicologia e a Nutrição são campos complementares e podem trabalhar em conjunto. A prática do psicólogo contribui com o nutricionista, visto que este encontra-se a disposição para impulsionar a mudança no hábito alimentar do indivíduo. Por ser um processo complexo, o indivíduo pode até saber selecionar os alimentos e o que fazer, porém sente-se incapaz de agir. Portanto, o profissional psicólogo tem um olhar aprimorado para captar junto ao paciente as razões as quais levam a apresentar tal comportamento alimentar, auxiliando-o a lidar com a mudança recomendada (Zorzo, 2020)

Visto que fatores emocionais atuam em todos os processos do corpo, toda doença é psicossomática. Pode-se afirmar que emoções como alegria, tristeza, depressão, motivação, ansiedade e baixo autoestima influenciam na mudança do comportamento alimentar. Um meio de intervenção, como a prática de exercícios físicos, contribui na diminuição de sintomas psicológicos e doenças físicas. Uma atuação multiprofissional, que visa a mudança no padrão de vida, é responsável por motivar o indivíduo a prosseguir com a proposta de tratamento, alcançando respostas efetivas. (Cerchiari, E.A.N. 2000)

3.1 ASPECTOS PSICOLÓGICOS NA ANOREXIA E BULIMIA

Um dos aspectos psicológicos mais comuns associados aos transtornos alimentares e aceitação do corpo é a imagem corporal, pois é a representação mental que o indivíduo tem do próprio corpo, o modo como ele é visto, de maneira que a imagem abrange os sentimentos, sentidos e ideias relacionados ao corpo (Martins et al., apud Schilder, 1994).

Alguns dos transtornos alimentares manifestam seus primeiros sinais na infância e na adolescência tendo alterações do comportamento alimentar que podem ser divididas em dois grupos. Primeiro, são os transtornos que acontecem de maneira precoce na infância e são representados pelas alterações da relação da criança com o alimento. O segundo, são os que surgem de maneira mais tardia, composto pelos transtornos alimentares: a anorexia nervosa e a bulimia nervosa (Apollinário;

Claudino, 2000).

Segundo Giordani (2006), na anorexia, não há coerência entre representação mental e a realidade carnal que o indivíduo tem sobre o próprio corpo. O anoréxico caracteriza o seu físico sempre gordo e isso decorre da distorção da autoimagem corporal. Suas principais características são o medo de aumentar o peso corporal e uma maneira equivocada de realizar uma alimentação restrita.

Filho e Abreu (2004) afirma que alguns aspectos psicológicos mais frequentes na anorexia são a baixa autoestima, busca por aprovação externa, insatisfação com o desenvolvimento da identidade, intensa sensibilidade a críticas, sentimento de desesperança e conflitos relacionados a autonomia versus dependência.

A anorexia é caracterizada pela restrição de alimentos auto imposta com consequências graves, traços obsessivos-compulsivos e crenças incoerentes que muitas vezes dificultam o tratamento. A baixa autoestima, motiva-o a pôr em risco a própria vida, quando se privam de uma alimentação equilibrada, fazendo o uso de medicamentos para inibir o apetite ou praticam exercício físico de maneira excessiva. Há um medo exorbitante de engordar embora já esteja abaixo do peso mínimo considerado regular de acordo com idade e altura; a dificuldade de ultrapassar esse peso; e a maneira nociva que a pessoa avalia seu peso e forma corporal, ignorando a importância dos mesmos e desconsiderando o baixo peso e a importância da menarca (Silva, 2005).

De acordo com Rodrigues e Silva (n.d), a anorexia pode ser dividida entre: restritiva e bulimia. Na restritiva, não há uma ingestão compulsiva de alimento por parte do indivíduo, comumente provoca vômitos e faz uso de laxantes. Na bulimia, acontece a ingestão de uma quantidade excessiva de alimentos, fazem o uso de laxantes, diuréticos, inibidores de apetite e também provocam vômitos, com a intenção de controlar ou perder peso. (Silva, 2005)

Em 1970, pacientes examinados clinicamente expressavam temor em relação ao ganho de peso, podendo ser assim o início para absorver “o medo doentio de engordar” como aspecto psicopatológico da anorexia, acompanhado com a distorção de imagem corporal, o emagrecimento e a amenorreia (Russell, 1970 apud Nabuco de Abreu, C.; Cangelli filho, r. 2004).

A bulimia nervosa é o outro transtorno alimentar que vem aumentando mundialmente a sua ocorrência, caracterizada pelo ciclo de restrição, compulsão e purgação. A restrição é onde se inicia e se mantém o quadro até entrar na fase de

compulsão, ou seja, a principal característica (Alvarenga et al., 2011).

É percebido na bulimia o comportamento de compulsão ininterrupta por comida. Esse descontrole na ingestão de alimentos motiva o indivíduo logo em seguida, induzir o vômito, ingerir diuréticos e laxantes. A ingestão compulsiva de alimentos em um curto espaço de tempo é uma das formas de amenizar a tensão emocional (Rodrigues E Silva, N.D).

Conforme o DSM-V (2013), é comum que indivíduos com bulimia sintam vergonha das suas complicações alimentares e escondem os sintomas, como por exemplo, a compulsão alimentar geralmente acontece e é mantida de maneira discreta até que a pessoa se sinta muito cheio ou incomodado.

Indivíduos com bulimia demonstram emoções desadaptativas, nas quais arrependem-se por ter ingerido alimentos de forma compulsiva. A autoestima tende a oscilar entre alta e baixa, frequentemente encontradas naqueles que apresentam preocupação intensa em emagrecer, seguir uma dieta ou limitar a quantidade de alimento a ser ingerido e, também em outros âmbitos da vida, como as relações afetivas, profissionais e estudos (Oliveira; Santos, 2006).

A compulsão alimentar presente na bulimia nervosa causa uma diversidade de humor aversivos, como medo, culpa, raiva, angústia. Entre outros gatilhos estão emoções negativas em relação ao peso, a forma corporal e os fatores de estresse interpessoais. A compulsão pode reduzir ou amenizar fatores que acelerem esses episódios por um período de curto prazo, porém a autocrítica negativa e a transição inesperada do estado de ânimo, tal como o sentimento de angústia, constantemente, são os resultados mais tardios (Watson et al. 1988 apud Ferreira, 2018).

Foi realizada uma pesquisa na Universidade Federal de Santa Catarina, que demonstrou que as estudantes insatisfeitas com a própria imagem corporal apresentaram cerca de 15,4 vezes maior probabilidade de desenvolver a bulimia em comparações com as que estavam satisfeitas com imagem corporal. Inclusive, por meio dessa pesquisa, pôde ser constatado que muitas das pessoas que desenvolvem a bulimia nervosa não revelam nenhum comportamento nocivo em público, ou seja, mantêm em segredo (Cenci, Peres & Vasconcelos, 2009).

O medo de engordar não ameniza após o emagrecimento, pelo contrário, o quanto mais perde peso, mais intenso fica o medo. Elas apresentam distorção da autoimagem, na qual mesmo estando excessivamente magros, veem-se gordos ou compreendem que estão magros, mas se preocupam muito especificamente com

alguma parte do corpo, como por exemplo, a barriga. Há uma valorização extrema do peso corporal, onde a perda de peso é celebrada como um progresso extraordinário e uma tremenda comprovação de autocontrole (Giordani, 2006).

Martins et al. (2008), no entanto, diz que a princípio nos dois casos os indivíduos, recusam o estado de doença, argumentando referir-se a um modo de vida, uma responsabilidade assumida de forma consciente para lidar com suas perturbações com a forma corporal.

Em razão disso, Oliveira e Santos (2006) indica que seria imprescindível que indivíduos com esses transtornos alimentares se beneficiasse de um tipo de psicoterapia que contribua favoravelmente com o exame da condição emocional vivenciada no momento atual, proporcionando uma experiência emocional ressignificativa.

3.2 DISTORÇÃO DA IMAGEM CORPORAL ASSOCIADA A ANOREXIA E BULIMIA

Segundo Schilder (1994), a figura da imagem corporal do nosso próprio corpo é formada em nossa mente, isto é, a maneira na qual o corpo é apresentado a nós. As crenças culturais estipulam diretrizes sociais relacionados ao corpo. A anorexia e bulimia são caracterizadas pelo hábito alimentar definitivamente desequilibrado, por limitações patológicas do peso e disfunção da percepção na forma do corpo.

Foi desenvolvida por Bruch (1962) a primeira teoria sistemática sobre os transtornos de imagem corporal, sendo essa distorção de imagem um dos princípios básicos na evolução da anorexia. Afirma também ser a característica principal do transtorno e além disso que, se não houver uma mudança reparadora na imagem corporal a melhora dos sintomas pode ser temporária. E que mais preocupante do que a desnutrição em si na anorexia é a combinação com a imagem distorcida do corpo, que se identifica como a falta de preocupação mesmo quando o corpo já está em um estágio muito avançado, abaixo do peso.

Bruch (1973) complementa que na distorção de imagem abrange distúrbios como o da consciência cognitiva do corpo; a consciência das sensações e senso de controle a respeito das funções corporais; e premissas afetivas para a realidade do formato corporal. De acordo com Cash e Deagle (1997) esses distúrbios são sintomas centrais dos transtornos alimentares, definido por um autojulgamento feito pelo o próprio indivíduo que sofre desse transtorno e é influenciado vivencia com seu peso e

formato corporal (Cash, et al. 1997.; apud Saikali, et al. 2004).

As distorções cognitivas associadas à autocrítica do corpo, frequente em pessoas que sofrem com transtornos alimentares, integra o pensamento dicotômico, quando o indivíduo pensa em extremidades sobre a sua aparência ou a crítica de maneira exagerada; a comparação injusta, quando o indivíduo faz comparação com padrões limitantes de aparência; atenção seletiva, quando o indivíduo foca em um aspecto da própria aparência; e erro cognitivo, quando acredita que outras pessoas julgam a sua aparência, como ele a julga próprio (Saikali, C. J.; Soubhia, C. S.; Scalfaro, B. M.; Cordás, T. A. 2004).

3.3 A IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO DA (O) PSICÓLOGA (O) NA MUDANÇA DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR RELACIONADO A BULIMIA E ANOREXIA NERVOSA

Diante desses transtornos alimentares faz-se necessário pensar além da saúde física, na saúde mental, pois está relacionado a inúmeros estressores interpessoais e a baixa autoestima, do mesmo modo que se associa a episódios de distúrbios psicológicos, tal como a ansiedade e a depressão. Desse modo, fatores psicológicos podem influenciar no tratamento e no processo de mudança do comportamento alimentar. (Carneiro I.R.; Medeiros P.R.M.S. 2019). Entre as diferentes intervenções e estratégias para o tratamento, a prática psicoterápica tem sido mencionada como recurso fundamental tornando os resultados mais eficazes (Sicchieri et al., 2007; Weinberg & Berlinck, 2010).

Os transtornos alimentares são frequentemente caracterizados na literatura especializada como aspectos que se conectam às chamadas “patologias do vazio”, referindo-se aos transtornos mentais que indicariam os modos de subjetividades contemporâneas (Peres & Santos, 2011). No geral, indivíduos com TA vinculam o surgimento dos sintomas com uma resposta a um acontecimento estressor, como o fim de um relacionamento ou uma perda de uma pessoa próxima (Scorsolini-Comin, F., & Santos, M. A. 2012.; apud Sicchieri et al., 2007; Souza & Santos, 2010). Portanto, não só a instalação dos sintomas iniciais, mas também o seu avanço e duração está intrinsecamente relacionado ao meio social, como escola, família e amigos.

Bruch (1973) reestruturou a terapêutica para estes pacientes. Seu método terapêutico, conhecido como “uso construtivo da ignorância”, visa despertar as próprias capacidades de os indivíduos pensarem por si só. Para a eficácia do

tratamento, o paciente deve ser um participante ativo no processo da terapia. É importante que ele faça interpretações, descubra sozinho e fale primeiro. Se achar pertinente, o psicoterapeuta pode concordar. Faz-se necessário para o desenvolvimento da autonomia, determinação e responsabilidade. Os pacientes frequentemente reagem bem a esse processo, identificando o psicoterapeuta como um aliado ao invés de alguém que retém segredos sobre eles.

Fazer com que os pacientes ganhem peso e reduzam a preocupação obsessiva com o peso e o alimento é uma dificuldade apresentada nos tratamentos que objetiva eliminar os sintomas da anorexia e da bulimia. A discriminação com o próprio peso, aparentemente atua como um equilíbrio narcísico, isto é, o indivíduo existe apenas através do ato compulsivo, portanto pode sentir-se bastante ameaçado e vulnerável quando é coagido a abdicar esse ato (Sczufca; Berlick., 2002). Levou-se então, ao avanço de terapias direcionadas as desordens cognitivas e comportamentais específicas que são apresentadas nesses pacientes (Cooper & Fairburn, 1984; apud Oliveira & Deiro, 2012).

Desse modo, a terapia cognitivo-comportamental se tornou uma das abordagens fundamentais para o tratamento de transtornos alimentares. É uma abordagem de intervenção objetiva que visa identificar e reparar as circunstâncias que contribuem com o progresso e estabilidade das modificações cognitivas e comportamentais. Para Duchesne & Almeida (2002) o conjunto de crenças de um sujeito desempenha uma função importante em suas emoções e comportamentos. Os programas de intervenções da TCC para os transtornos alimentares provêm sobretudo das estratégias para reduzir a ansiedade, autocontrole do comportamento e alterações de cognições desadaptadas. Relacionados a terapia para determinados transtornos - como a depressão - os elementos comportamentais dos transtornos alimentares são mais enfatizados no tratamento, isto acontece devido as desordens comportamentais (jejuns e vômitos) que são aspectos centrais dessa patologia que devem ser contidos (Channon & Wardle, 1994).

Fairburn (1991) é um dos principais responsáveis do modelo cognitivo-comportamental para os transtornos alimentares. Seu modelo conecta emoção, pensamento e comportamento e seu objetivo de tratamento é fazer com que o indivíduo reflita sobre a utilidade das suas crenças e modifique seus comportamentos disfuncionais. Abstração seletiva, magnificação, personalização, pensamento dicotômico e supersticioso e supergeneralização são os processos cognitivos mais

frequentes nesse contexto e são identificados e explorados minuciosamente, visando converter os pensamentos automáticos. Por exemplo, há uma tendência desses indivíduos em pensar em conteúdos extremos e incondicionais (pensamentos dicotômicos). Desse modo, aderem a dietas desequilibradas e rígidas, das quais pequenos erros são considerados fracassos e ausência de autocontrole, sendo possível ser logo após de um breve abandono do controle sobre a alimentação. O pensamento de não está completamente no controle, significa que perdeu todo o controle e que deve se fartar, é típico nesses casos. Geralmente, ao invés de perceber a distorção das regras e levar em consideração outros contextos que comprovem o bom autocontrole, concedem a quebra do autocontrole a incapacidades próprias, assim, intensificando a baixa autoestima (Fairburn, 1991; apud Oliveira & Deiro, 2012).

Esse panorama de crenças é mantido por diversas linhas de raciocínio disfuncionais. Uma dessas linhas encontradas frequentemente nos pacientes é a de considerar de forma seletiva os sinais que comprovam as suas crenças, distorcendo os que contrariam a elas. Esse quadro pode ser ampliado, ao passo que o transtorno alimentar se expande e os indivíduos gradativamente se isolem socialmente (Oliveira & Deiro, 2012). As alterações na cognição que trazem sentimentos de aflição e convertem-se em comportamentos desequilibrados são vistos como fundamentais para o tratamento na TCC dos transtornos alimentares. Ao reduzir o peso pode sentir-se aliviado fazendo com que a inquietação e angústia diminuam, dessa forma, obtendo uma experiência de controle sobre si e os demais (White & Freeman, 2003).

Evidencia-se ainda a estrutura cognitiva da “magreza”, que é vista como essencial pelos pacientes para que suas complicações sejam solucionadas. As pessoas magras são consideradas vitoriosas e as gordas tristes e fracassadas. Com essa definição designada à esbeltez, facilita o entendimento do humor melancólico e a sensação de fracasso e constrangimento relacionado ao comer compulsivo (Fairburn, et al., 1997 apud Oliveira & Deiro, 2012). A TCC sugere estratégias para o tratamento dos transtornos alimentares com o objetivo de reduzir a compulsão e restrição alimentar, a prática exagerada de atividade física, a redução da distorção da imagem corporal, a modificação das crenças disfuncionais relacionadas à aparência, alimentação, peso e melhora da autoestima (Duchesne & Almeida, 2002).

Essa primeira fase do tratamento também objetiva o controle da ingestão de alimentos. Para impedir que ocorra com o paciente o chamado “movimento pendular”, que consiste em deslocar-se de uma dieta restrita que lhe causa fome para a atos

bulímicos. Nesse caso um plano alimentar estável é o mais adequado, conciliando com estratégias comportamentais para evitar os eventos estressores, situações de costume ou impulso, frequentemente impulsionadores dos empanturramentos (Fairburn, 1991; apud Oliveira & Deiro, 2012). Na segunda etapa, a TCC visa a regeneração cognitiva, que busca a modificação das crenças insensatas que condiciona e fortalece os padrões desequilibrados. Utilizam-se então técnicas selecionadas para resolução de problemas. Para Fairburn (1991), os princípios e crenças para esses pacientes, não são só sintomas, são fundamentais para a estabilidade do transtorno. Sendo assim, reestruturá-los é uma condição para o avanço e melhoria do paciente (Hervovici & Bay, 1997; apud Oliveira & Deiro, 2012).

É imprescindível também que as pessoas compreendam a influência entre os sentimentos, pensamentos e disfunções comportamentais. É necessário que entendam que o peso corporal não é o problema principal, pois há problemas mais sérios que conduzem e mantêm o transtorno alimentar (White & Freeman, 2003). Finalmente, a terceira fase interessa-se por manter os progressos alcançados nas etapas anteriores e elaborar uma estratégia para prevenir a ocorrência de recaídas, através da preparação antecipada para enfrentar episódios de estresse que antes do tratamento induziam os padrões disfuncionais (Hervovici & Bay, 1997; apud Oliveira & Deiro, 2012). É sugerido que os terapeutas sejam empáticos para que seja definido um vínculo adequado com os indivíduos que os procuram, para assim, estabelecer objetivos e deveres para casa. Salienta-se a relevância de demonstrar compreensão e empatia pelos sentimentos que se referem ao medo dos pacientes de retornar ao descontrole sobre o seu peso (Katzow E Safran, 2007; apud Oliveira & Deiro, 2012).

No que se refere a família no tratamento, a contribuição desta pode auxiliar tornando os pais/cônjuges um recurso facilitador para mudanças. Falar sobre o papel que o distúrbio exerce no contexto familiar, favorece para a modificação no padrão de convívio entre os componentes. Tanto na anorexia nervosa bem como na bulimia nervosa, o propósito terapêutico é ampliar qualidade da comunicação no meio familiar, reparar crenças distorcidas, aprimorar técnicas de solução de conflitos e motivá-los a definir no convívio, novos limites, acolhendo as diferenças particulares e autonomia (Hodes et al., 1991.; Sargent et al., 1985.; apud Oliveira & Deiro, 2012).

Contudo, o tratamento não necessita apenas da contribuição da TCC. É fundamental a participação de uma equipe interdisciplinar, visto que em alguns casos necessite de hospitalização, aumento de peso com urgência, complicações físicas

devido a restrições, exageros alimentares e episódios purgativos. Nos dias de hoje, compreende-se que o tratamento obtém melhores resultados quando realizado por equipes multiprofissionais (Whisenant & Smith, 1995.; apud Oliveira & Deiro, 2012). É essencial nesta equipe a participação de psicólogos, nutricionistas, educadores físicos, enfermeiro, médicos clínicos, psiquiatras e entre outros profissionais.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho buscou expor através de pesquisas científicas a importância da inserção do profissional psicólogo como ferramenta fundamental no tratamento para a mudança do comportamento alimentar devido aos transtornos alimentares, como a anorexia nervosa e bulimia nervosa. Além disso, apresentou os aspectos psicológicos dos transtornos e a abordagem com reconhecimento de maior eficácia no tratamento, a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC).

Diante do exposto, cabe ao psicólogo trabalhar desde os processos de motivação e comprometimento do paciente na terapia até os métodos de intervenção nos comportamentos e aspectos psicológicos mantedor dos transtornos. Para isso, ressalta-se a importância da relação empática do terapeuta sobre as demandas do paciente e de explicar o processo terapêutico como um trabalho conjunto, no qual ambos terapeuta-paciente terão que atuar ativamente para identificar os geradores das dificuldades e seleção dos métodos que serão utilizados no tratamento. Sabe-se que os comportamentos de restrição e compulsão alimentar dos pacientes funcionam como resultados dos embargos emocionais, em vista disso, é imprescindível abordar os aspectos emocionais do paciente, na busca por modificar o comportamento alimentar e as cognições relacionadas.

A Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) aparece com frequência nas pesquisas, como a mais recomendada para tratar tais transtornos, por ser uma intervenção semiestruturada, determinada e conduzida por metas, que aborda condições cognitivas, comportamentais e emocionais, apresenta-se eficaz, ao pensar na relevância de uma abordagem multidisciplinar durante o processo de tratamento, pois possibilita detectar e elaborar respostas adequadas aos pensamentos disfuncionais; contribuir para a mudança do comportamento alimentar; gerar hábitos saudáveis e equilibrados; diminuir a aflição em relação ao próprio corpo; e auxiliar na manutenção do peso de forma efetiva.

Espera-se que esse trabalho possa contribuir para o conhecimento sobre os transtornos alimentares aqui citados, podendo compreender os principais sintomas manifestados e a importância do psicólogo para o tratamento. Contudo, foi observado durante esse estudo, o reduzido número de artigos sobre a contribuição do psicólogo no tratamento aplicado aos transtornos alimentares específicos, sendo assim, considera-se importante o avanço na elaboração de pesquisas com o objetivo de apresentar o trabalho dos psicólogos embasados na prática clínica e os efeitos das intervenções realizadas, permitindo trazer mais conhecimento nesse campo de pesquisa e por outro lado, colaborar para o desenvolvimento clínico do tratamento dos transtornos.

REFERÊNCIAS

- Appolinário, J. C.; Claudino, A. M. (2000) Transtornos alimentares. Revista Brasileira de Psiquiatria: São Paulo.
- Bernardi, F.; Cichelero, C.; Vitolo, M.R. (2005). Comportamento de Restrição Alimentar e Obesidade. Revista de Nutrição. 18(1)
- Carneiro IR, Medeiros PRMS. Contribuições da Psicologia em um grupo de emagrecimento e reeducação alimentar: Um relato de experiência. Rev Cient Esc Est Saúde Pública Goiás "Cândido Santiago". 2019;5(2):36-50
- Cenci, M.; Peres, K.G.; Vasconcelos, F. A. G. (2009). Prevalência de comportamento bulímico e fatores associados em universitárias. Revista de Psiquiatria Clínica. São Paulo
- Cerchiari, E. A. N. Psicossomática um estudo histórico e epistemológico. Artigo Revista Psicologia, Ciência e Profissão. 2000.
- Channon, S. E & Wardle, J. (1994). Transtornos alimentares. In J. Scott, J. Williams, A. Beck & cols. (Eds.), Terapia cognitiva na prática clínica: um manual prático (pp. 155-191). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Duchesne, M. & Almeida, P. E. M. (2002). Terapia cognitivocomportamental dos transtornos alimentares. Revista Brasileira de Psiquiatria, 24(Supl III),49-53.
- Ferreira, T (2018). Transtornos alimentares: principais sintomas e características psíquicas. Rev. UNINGÁ, Maringá, v. 55, n. 2, p. 169-176.
- Giordani, R. A. Autoimagem corporal na anorexia nervosa: uma abordagem sociológica. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v18n2/10.pdf>>.
- Lent, R. (2004). Cem Bilhões de Neurônios: Conceitos Fundamentais de Neurociência. São Paulo: Atheneu.

Martins D.; Nunes, M.; Noronha A. Satisfação com a imagem corporal e autoconceito em adolescentes. Disponível em:<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v10n2/v10n2a08.pdf>

Nabuco de Abreu, C.; Cangelli Filho, R. (2004). Anorexia nervosa e bulimia nervosa – abordagem cognitivo-construtivista de psicoterapia. *Revista de Psiquiatria Clínica: São Paulo*. 31 (4); 177-183, 2004

Oliveira, E.; Santos, M. Perfil Psicológico de pacientes com anorexia e bulimia nervosas: a ótica do psicodiagnóstico.

Oliveira, Letícia Langlois e Deiro, Carolina Peixoto. Terapia cognitivo-comportamental para transtornos alimentares: a visão de psicoterapeutas sobre o tratamento. *Rev. bras. ter. comport. cogn.* [online]. 2013, vol.15, n.1, pp. 36-49.

Peres, R. S., & Santos, M. A. (2011). Técnicas projetivas na avaliação de aspectos psicopatológicos da anorexia e bulimia. *Psico - USF*, 16 (2), 185-192.

Saikali, C. J.; Soubhia, C. S.; Scalfaro, B. M.; Cordás, T. A. (2004). Imagem Corporal nos Transtornos Alimentares. *Revista de Psiquiatria Clínica: São Paulo*.

Scazufca, A. C. M., Berlinck, M. T. Sobre o tratamento psicoterapêutico da anorexia e da bulimia. *Psicologia Clínica Pós-Graduação e Pesquisa (PUC-RJ)*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 115-129, 2002.

Scorsolini-Comin, F., & Santos, M. A. dos. (2012). Psicoterapia como estratégia de tratamento dos transtornos alimentares: análise crítica do conhecimento produzido. *Estudos De Psicologia (campinas)*, 29, 851–863

Silva, A. B. B. (2005). *Mentes Insaciáveis*. Rio de Janeiro: Ediouro.

Sicchieri, J. M. F., Santos, M. A., Dos Santos, J. E., & Ribeiro, R. P. P. (2007). Avaliação nutricional de portadores de transtornos alimentares: resultados após a alta hospitalar. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 6 (1), 68-75.

Schilder, P. - *A Imagem do Corpo*. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1994

Viana, V. *Psicologia, saúde e nutrição: Contributo para o estudo do comportamento alimentar*. Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da U. P. (FCNAUP). Instituto Superior de Ciências da Saúde-Norte (ISCS-N). Departamento de Pediatria do H.S.J.- Porto, 2002

Weinberg, C., & Berlinck, M. T. (2010). A hiperatividade das anoréxicas: uma defesa maníaca? In A. P. Gonzaga & C. Weinberg (Orgs.), *Psicanálise de transtornos alimentares* (pp.102-119). São Paulo: Primavera Editorial.

White, J. R. & Freeman, A. S. (2003) *Terapia cognitivo comportamental em grupo para populações e problemas específicos*. São Paulo: Roca.

Zorzo, L. (2020). Importância da Psicologia e Nutrição Aliadas no Comportamento Alimentar do Paciente. Faculdade. Laboro: Distrito Federal.