

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS
Faculdade de Psicologia

Alice Andrade Silva

**O TRANSTORNO DA COMPULSÃO ALIMENTAR (TCA) E SEU RESPECTIVO
TRATAMENTO SOB A VISÃO DA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL
(TCC)**

Belo Horizonte
2022

Alice Andrade Silva

**O TRANSTORNO DA COMPULSÃO ALIMENTAR (TCA) E SEU RESPECTIVO
TRATAMENTO SOB A VISÃO DA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL
(TCC)**

Monografia apresentada ao curso de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Orientadora: Marcela Almeida Sousa de Moraes

Área de concentração: Psicologia Comportamental

Belo Horizonte

2022

Alice Andrade Silva

**O TRANSTORNO DA COMPULSÃO ALIMENTAR (TCA) E SEU RESPECTIVO
TRATAMENTO SOB A VISÃO DA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL
(TCC)**

Monografia apresentada ao curso de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Comportamental

Prof.^a Marcela Almeida Sousa de Moraes - Puc Minas (Orientadora)

Prof.^a Dr^a. Eni Ribeiro da Silva - Puc Minas (Banca Examinadora)

Belo Horizonte _ de Novembro de 2022

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por ter me auxiliado em todo processo da graduação, incluindo a finalização deste trabalho tão complexo e desgastante.

Agradeço aos meus pais, pelo apoio e paciência ao longo destes últimos cinco anos, cruciais para concluir esta etapa. E a minha irmã Gabriella pelo apoio nos momentos oportunos, bem como pelo carinho que nos acompanha.

Agradeço às minhas queridas amigas, principalmente aquelas que conquistei nesse período de graduação, onde se mostraram muito presentes quando mais precisei.

Agradeço à minha orientadora, Marcela, por ter aceitado trabalhar comigo, por não ter medido esforços para me ajudar, estando a disposição de seus alunos e sendo muito compreensiva, acolhedora e empática com minhas limitações e dificuldades.

Agradeço a minha leitora, Eni Ribeiro, pela disponibilidade oferecida para avaliar meu trabalho, bem como suas palavras de acolhimento e tranquilização.

“Comer é mais do que jogar lenha na fogueira ou abastecer um carro. Comer é mais do que escolher um alimento e dar para uma criança. Comer e dar de comer reflete nossa atitude e relacionamento com nós mesmos, com os outros e com as nossas histórias. Comer tem relação com autorrespeito, nossa conexão com nossos corpos e compromisso com a vida” (Ellyn Satter, 2007).

RESUMO

O presente trabalho apresenta uma explicitação mais aprofundada do Transtorno da Compulsão Alimentar (TCA), juntamente com seu respectivo tratamento através da Teoria Cognitivo Comportamental (TCC), que segundo as pesquisas realizadas, é considerada a principal abordagem para o tratamento deste transtorno. Diante disso, o trabalho em questão explicita o TCA e seu tratamento através da TCC, mas também aborda a singular relação do ser humano com o alimento, sendo um dos canais possibilitadores de explicação para o desenvolvimento de tal transtorno. A metodologia utilizada foi a análise sistemática do conteúdo dos artigos. Em relação a esse transtorno, serão analisados o conceito, suas ligações com o desenvolvimento humano, tipos de intervenções e sua repercussão em tal tratamento. No total, foram utilizados 27 artigos, entre outros objetos de pesquisa, sendo sua grande maioria com o viés da análise do comportamento. Sob esta perspectiva, foram apresentadas a relação do ser humano com o alimento, sua significação aprendida com o mesmo, a apresentação, conceituação e desdobramentos do Transtorno da Compulsão Alimentar (TCA) na vida do indivíduo, explanação sobre a Teoria Cognitivo Comportamental (TCC) e seus fundamentos para se tratar o TCA.

Palavras-chave: Relação do ser humano com o alimento; Transtorno da Compulsão Alimentar; Terapia Cognitivo Comportamental; Tratamento.

ABSTRACT

The present work presents a more in-depth explanation of the Binge Eating Disorder (BED), together with its respective treatment through the Cognitive Behavioral Theory (CBT), which according to the research carried out, is considered the main approach for the treatment of this disorder. In view of this, the work in question explains the ED and its treatment through CBT, but also addresses the unique relationship of the human being with food, being one of the enabling channels of explanation for the development of such a disorder. The methodology used was the systematic analysis of the articles' content. In relation to this disorder, the concept will be analyzed, its links with human development, types of interventions and its impact on such treatment. In total, 27 articles were used, among other research objects, the vast majority with the bias of behavior analysis. From this perspective, the relationship of the human being with food, its meaning learned from it, the presentation, conceptualization and developments of the Binge Eating Disorder (BED) in the individual's life, explanation about the Cognitive Behavioral Theory (CBT) were presented. and its fundamentals for treating TCA.

Keywords: Relationship between human beings and food; Binge Eating Disorder; Cognitive behavioral therapy; Treatment.

SUMÁRIO

- **Introdução9**
- **A relação do ser humano com o alimento e o Transtorno da Compulsão Alimentar (TCA).....10**
- **A Teoria Cognitivo Comportamental (TCC).....16**
- **O tratamento do Transtorno da Compulsão Alimentar (TCA) na Terapia Cognitivo Comportamental (TCC).....22**
- **CONSIDERAÇÕES FINAIS27**
- **REFERÊNCIAS28**

Introdução

O presente trabalho apresenta uma elucidação da singular relação do ser humano com o alimento, onde toda sua relação e criação vinculativa foram construídas ao longo do desenvolvimento do indivíduo. A vista disso, entende-se que quando o alimento assume um lugar/papel que precede sua função originária, que é a fisiológica, sendo consumido de forma exacerbada, desregulada e impulsiva, é necessário cuidados maiores, devido suas intercorrências negativas para o corpo e psique do ser humano.

Pensando nesse lugar, diferente do originário, identificou-se um grupo em que o alimento assume tal valia na vida das pessoas. Sendo esse grupo o do Transtorno da Compulsão Alimentar (TCA). A face do exposto, foi feita uma pesquisa bibliográfica, objetivando compreender melhor o conceito do TCA e seu respectivo tratamento, com o viés voltado para Terapia Cognitivo Comportamental (TCC), que segundo as literaturas analisadas, é considerada a principal abordagem para o tratamento deste transtorno.

Ademais e visando selecionar as referências bibliográficas a serem utilizadas, foram criados alguns critérios, sendo o primeiro deles a busca nas bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO); Portal de Periódicos Eletrônicos em Psicologia (PePSIC); Google Acadêmico. Após consultar tais bases de dados, realizou-se uma pesquisa integrada nas mesmas, onde as buscas foram pautadas nos estudos que já tratavam dessas perspectivas teóricas e práticas.

A relação do ser humano com o alimento e o Transtorno da Compulsão Alimentar (TCA)

A relação que o sujeito estabelece com o alimento se desenvolve desde o início de sua vida, onde, objetivando sanar uma demanda fisiológica do organismo, o ser humano exerce o movimento de alimentar-se. Para além de preencher tal demanda, o alimento executa a função de levar os nutrientes essenciais para o corpo, corroborando com a saúde nutricional do mesmo e com o seu efetivo funcionamento (PHILLIPI, 2008).

Entretanto, a alimentação não está vinculada apenas com a nutrição, mas também com a troca, o contato com o outro e com toda a relação de amor e carinho criada e estabelecida com o sujeito em seu primeiro contato com a comida (LIMA et al. 2015). Dessa forma, é através da amamentação (sendo ela realizada pelo seio materno, copinho ou pela mamadeira), que a grande maioria das pessoas começam a estabelecer essas relações culturais, familiares e emocionais com a comida. Consistindo - se assim para além do simples ato de se alimentar.

Pra além de uma atitude biológica, a alimentação assume também uma função cultural, na qual, o mesmo também é identificado como uma grande fonte de prazer, um mundo complexo de satisfação fisiológica e emocional, que guarda grande parte das nossas lembranças de infância. Existindo assim, uma vinculação do alimento com a história de vida da pessoa, seus sentimentos, desejos, meio social, dentre outros (ACKERMAN, 1992, p.3).

Segundo Maturana (2010), o bebê se relaciona de forma emocional com sua mãe desde o útero, estando totalmente ligado a ela, através de seu cordão umbilical, que é por onde recebe também o seu alimento. Depois do nascimento da criança, existe uma ruptura entre o bebê e sua mãe que, segundo Winnicott (2000), é apaziguada pelo ato de amamentar/alimentá-lo, na qual, a mãe (ou responsável) desenvolve com seu filho uma nova forma de transmitir seu amor.

Nas suas experiências com o seio, mamadeira, dentre outros, o bebê obtém reforços (fortalecedor da resposta desejada), relevantes e quase que imediatos sobre a resolução, apaziguamento ou evitação de suas demandas. Onde a emissão de determinados comportamentos no ambiente com sua mãe ou responsável (tais

como o choro, gritos, risos, balbucios), serão reforçados e dessa forma o bebê aprenderá e aprimorará seu repertório.

Já na infância a criança, segundo Fortes (2013), consome e investe suas preferências alimentares de acordo com aquilo que é apresentado/oferecido pelos pais, onde seu repertório alimentar ainda está fortemente ligado às vinculações e atribuições feitas quando era apenas um bebê.

Na adolescência e fase adulta, o indivíduo traz consigo toda vinculação, predileção e significado com a comida que foi apreendida, exposta e interagida com ele no ambiente, sendo internalizada e entendida como boa, reconfortante, agradável, apaziguadora, dentre outros. Contudo, é na adolescência que o indivíduo tem uma maior troca, maior interação e influência, segundo Fortes (2013), pelos meios de telecomunicação e grupos sociais e identificatórios.

Diante disso, o ser humano vem desde sua infância colocando e aprendendo a colocar a comida como um reforçador relevante em sua vida, na qual, o mesmo é visto para além de sua função originária. Tendo o alimento tomando todo esse significado de aconchego, amparo, resolução/postergação de demandas, demonstração de afeto, o ser humano, segundo Crotty (1993) e Delormier et al (2009, apud LIMA, 2015), apreendeu que o processo de escolha alimentar, na maioria das vezes, não se dá primeiramente pela sua opção nutricional, mas pelo significado e influência que a comida tem, podendo estar relacionada a um convívio social cotidiano, como nas relações familiares, no local de trabalho, na escola e em outros locais de convivência. Permitindo-se trocas que ajudam a moldar cada vez mais o comportamento alimentar dos indivíduos.

Dessa forma, o comer vem proporcionando uma relação de intimidade com o ser humano, existindo um investimento psicossocial no processo de escolha dos alimentos, no qual, o próprio processo de ingerir demonstra a proximidade existente entre a comida e o corpo, contendo, segundo Cascudo (2004, apud LIMA, 2015), substâncias imponderáveis e decisivas nos efeitos físicos, psicológicos e emocionais naqueles que os consomem.

Considerando tais colocações e relacionando com a fala de Gimenes-Minasse (2016), em que o alimento proporciona alívio emocional ou sensação de prazer em situações de fragilidade (como stress ou melancolia), sendo associada muitas vezes a períodos significativos da vida do indivíduo e/ou à convivência em grupos considerados significativos por ele, compreende-se a distinta

relevância que os alimentos têm sobre a vida das pessoas, visto toda a criação dessa vinculação durante todo seu processo de desenvolvimento. Contudo, uma vez que o alimento admite tal valia, o uso exacerbado do mesmo, pode ser o reflexo de demandas mais complexas.

Para ser um alimento, além das suas características de qualidade, o mesmo deve poder ser o objeto de projeções de significados por parte do comedor. Ele deve possibilitar sua significativa transmutação, inscrevendo-se numa rede de comunicações, numa constelação imaginária, numa visão de mundo (POULAIN 2013, p. 240).

Dessa maneira e em consonância com tal complexidade, sabe-se da existência de um grupo que é caracterizado por uma perturbação persistente na alimentação ou no seu comportamento. Tendo assim, um consumo ou absorção alterada dos alimentos, que comprometem significativamente a saúde física ou o funcionamento psicossocial do indivíduo. Tal grupo, segundo o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5, 2013), é denominado Transtorno Alimentar (TA).

Os Transtornos Alimentares, bem como suas formas subclínicas ou parciais são, de acordo com Espindola E Blay (2006), quadros psiquiátricos que afetam principalmente mulheres jovens, adolescentes e adultas, com elevada morbidade e mortalidade. Segundo o DSM-5 (2013), os TA são divididos em três principais categorias diagnósticas: a anorexia nervosa (AN), a bulimia nervosa (BN) e o transtorno da compulsão alimentar (TCA).

A Anorexia Nervosa, caracteriza-se por uma recusa em manter o peso normal (para determinada idade e altura), elevado medo de engordar, perturbação na forma de vivenciar o peso ou o corpo e a ausência da menstruação (se tratando de pacientes mulheres). Já a Bulimia Nervosa, é caracterizada por episódios de compulsão alimentar, comportamentos compensatórios inadequados e recorrentes (como vômitos autoinduzidos, uso de laxantes ou diuréticos, exercício excessivo e/ou jejum), tendo como objetivo prevenir o ganho de peso e se auto-avaliar indevidamente pelo peso/forma corporal. Tais transtornos citados acima, não serão desenvolvidos no trabalho em questão.

Por último, o Transtorno da Compulsão Alimentar é caracterizado pela elevada ingestão de comida, em um curto período de tempo, acompanhado da

sensação de perda de controle durante e após um episódio compulsivo, causando angústia no indivíduo e apresenta uma não associação com o uso recorrente de comportamentos compensatórios inapropriados, como aqueles observados na BN. Ademais, para se diagnosticar de forma inicial o transtorno em questão, a compulsão alimentar precisa estar associado a pelo menos três indicadores: I) comer mais rapidamente que o normal; II) comer até sentir-se desconfortavelmente cheio; III) comer grandes quantidades de alimento na ausência da sensação física de fome; IV) comer sozinho por vergonha do quanto se está comendo; V) sentir-se desgostoso de si mesmo, deprimido ou muito culpado após comer. Sendo necessária a ocorrência desses episódios, em média, por pelo menos uma vez por semana durante 3 meses (DSM-5, 2013).

Mesmo estando presente em cerca de 3,5% das mulheres e 2% dos homens da população geral, segundo estudos epidemiológicos, o TCA só começou a ser descrito, inicialmente, em 1950, e tendo seu reconhecimento como categoria diagnóstica apenas em 1994, quando foi inserido no DSM IV (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4ª edição), com critérios provisórios para seu diagnóstico.

Tal transtorno, pode ser comumente evidenciado na grande maioria dos indivíduos obesos, onde essas pessoas, possuindo um padrão comportamental de compulsão alimentar e/ou restrição alimentar, são os maiores responsáveis pelos fracassos observados no tratamento da obesidade. As restrições e auto-imposições das pessoas que fazem dieta aparentam ser um retardador no resultado da compulsão alimentar, podendo associar-se à consequências psicológicas, como a perda da autoestima, mudanças drásticas de humor e distração (Bernarde et al., 2004).

A vista disso e segundo Fairurn et al. (2003), entende-se que, para além da massa corpórea, o humor auto depreciativo, imposições negativas, humor negativo do indivíduo, também está envolvido na manutenção dos transtornos alimentares. Existindo igualmente, uma associação entre sintomas depressivos, indicando que níveis mais altos de depressão estão relacionados a uma alimentação compulsiva mais severa.

Desse modo, os episódios de compulsão alimentar podem ser vistos como resultado do esforço/tentativa do indivíduo se desligar do sofrimento emocional, mudando o seu foco para algo no ambiente imediato (GONÇALVES, 2021). Sendo

assim, os episódios de CA são antecédidos, aparentemente, pelo mau humor, como uma tentativa de suprimir o estresse emocional.

Estes indivíduos, buscam a não elaboração de suas emoções indesejadas, reprimindo-as, escondendo-as comendo grandes quantidades de comida sem controle. Estes acontecimentos demonstram que os indivíduos com TCA parecem não possuir uma regulação emocional adequada, tendo dificuldade de regular suas emoções de forma adaptativa (DINGEMANS et al, 2020, p. 15).

Segundo Ballone (2006), “o corpo é um fiel depositário da solidão das pessoas, onde nele e para ele o ser humano se recolhe nos momentos difíceis, nas horas de tristeza reflexiva ou de cansaço desamparado”. Dessa forma, o indivíduo tende a “descarregar” ou a buscar no alimento o amparo, o conforto, a segurança, a postergação de sofrimento ou qualquer outro sentimento negativo, visando o que aprendeu no seu processo de desenvolvimento. Com esta tentativa de auxílio, a maioria das pessoas tem o comportamento de consumir para além do necessário a comida, almejando tal descarga/ajuda, em vista do significado criado por ela no alimento. Desse modo, e utilizando a comida para tais fins de forma desregulada, corre-se o risco do desencadeamento de uma CA e até mesmo de um TCA.

Similarmente, DaMatta (1987), destaca que “o jeito de comer define não apenas o que é ingerido, mas também aquele que ingere” (p. 56). Dessa forma, entende-se que o ato de comer está para além de um ato de sobrevivência, mas como um comportamento que foi apreendido de forma simbólica e reforçado culturalmente.

Neste sentido, a dor nos transtornos alimentares circunda o contorno do corpo, sendo necessário compreender esta dor e ressignificá-la. O movimento psíquico dissolve, articula, transubstancia e universaliza a dor. Compreender é dar leveza e se entregar em paz quando for o tempo (MAGALHÃES, 2009, p. 11).

Tendo tais transtornos explicitados e observando a elevada divulgação e conhecimento existente sobre a AN e a BN na vida do ser humano, percebe-se a escassa disponibilidade dos mesmos conhecimentos sobre o TCA. Não obstante, e de acordo com as pesquisas e literaturas analisadas, constatou-se que mais de 70 milhões de pessoas no mundo, de acordo com o Ministério da Saúde (2022), são afetadas por transtornos alimentares, sendo a de forma mais expressiva a compulsão alimentar.

A vista disso e considerando a problemática repercussão que o transtorno em questão traz para a vida física e mental do indivíduo (sensação de tristeza, culpa, isolamento social, depressão, baixa auto-estima, obesidade, dentre outros), a pesquisa em pauta ateve-se às colocações sobre o Transtorno da Compulsão Alimentar e seu respectivo tratamento através da Teoria Cognitivo Comportamental (TCC).

A Teoria Cognitivo Comportamental (TCC)

No final dos anos 60, às ditas terapias cognitivas começaram a surgir, na qual em parte, era resultado de uma insatisfação com os modelos estritamente comportamentais S (estímulo) -R (resposta), que não reconheciam a importância dos processos cognitivos mediando o comportamento (RANGÉ et al. 2007).

Neste mesmo período em que ocorriam tais insatisfações com a abordagem estritamente comportamental, também ocorriam com o modelo psicodinâmico, onde começou a surgir uma crescente atenção aos aspectos cognitivos do comportamento humano, tanto na psicologia geral quanto na psicologia experimental. Dessa forma, vários eventos científicos aconteceram por volta dessa década, enfatizando-se a teoria do processamento da informação (que reúne diversas abordagens que estudam a mente e a inteligência em termos de representações mentais e seus processos subjacentes ao comportamento observável), na qual esta, passou a ser cada vez mais utilizada na compreensão de fenômenos clínicos, como por exemplo, na mediação cognitiva da ansiedade (RANGÉ et al., 2007).

A vista disso, diversos terapeutas e teóricos comportamentais, depois da contrariedade com a teoria em questão, reformularam-a e assumiram a identificação cognitivo-comportamental. Assim sendo, as abordagens cognitivas apresentam diferenças de princípios e de procedimentos, existindo três diferentes tipos de modelos: reestruturação cognitiva (que será mais desenvolvida no trabalho em questão), cognitivo-comportamental e construtivistas.

Os modelos de reestruturação cognitiva, apresentam-se como as primeiras terapias cognitivas representadas por Beck et al. (1982) e Ellis, onde foram desenvolvidas por teóricos de treinamento psicodinâmico, na qual tendiam a destacar o papel do significado. Defendendo que o pensamento ou fala de um indivíduo não é tão importante quanto o que o mesmo acredita. Tal modelo, consiste em desenvolver estratégias para examinar a racionalidade ou validade das crenças, estando voltada para o problema, em que, busca modificar as atividades defeituosas do processamento da informação, que são características do transtorno psicológico (RANGÉ, 2007 apud. Caro Gabalda, 1997).

Já os modelos cognitivo-comportamentais, têm origem mais clara nas terapias comportamentais, que incluem as estratégias de solução de problemas. Seu

desenvolvimento se deve à teóricos com treinamento comportamental, tais como Meichenbaum, Barlow, Lineha, entre outros, que conceituam o pensamento de forma mais concreta, ou seja, como um conjunto de autoenunciados encobertos, que também podem ser influenciados pelas mesmas leis do condicionamento. Tendo como tarefa principal, ensinar habilidades cognitivas específicas (Hollon & Beck, 1994, citado por Caro Gabalda, 1997).

Por fim, os modelos construtivistas, representados por Guidano & Liotti, Mahone e Neimeyer, partem do pressuposto de que os seres humanos são participantes proativos de suas experiências (percepção, memória e conhecimento). Sendo assim, o conhecimento humano é interpessoal, evolutivo e proativo; operando em níveis tácitos; no qual a experiência humana e o desenvolvimento pessoal refletem processos individualizados, auto-organizadores, que favorecem a manutenção dos padrões experienciais (RANGE, 2007).

As abordagens cognitivas, partem do pressuposto de que um processo interno e oculto de cognição media o comportamento. Um mesmo evento pode ser considerado como agradável para uma pessoa, gerando um comportamento de aproximação, ou ameaçador para outra, provocando ansiedade e esquiva. Desse modo, é a interpretação do evento que gera emoções e comportamentos e não o evento em si (RANGE, 2007, p.29).

A vista disso, e tomando como base a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC), elaborada por Aaron Beck em meados de 1960, e adentrando na teoria em questão, entende-se que a mesma é considerada uma terapia focal, diretiva e estruturada, voltada para o presente e com um tempo estipulado para o tratamento. Tal terapia, inicialmente foi pensada com o enfoque na depressão, onde Beck, explicita que os pensamentos e avaliações negativas, comumente encontrados em pacientes com depressão não constituem um sintoma somente, mas são fatores que estão na própria manutenção desta psicopatologia. Em consonância com essa visão, a depressão na Terapia Cognitiva, assim como os demais transtornos psiquiátricos, é tratada levando o paciente a identificar e alterar estes pensamentos disfuncionais (Biggs & Rush, 1999; Shaw & Segal, 1999; Bahls & Bahls, 2003).

Dessa forma pressupõe-se que, em transtornos mentais, a dificuldade na regulação do afeto, o pensamento disfuncional, é um componente essencial, na qual, a modificação desses pensamentos leva à melhora sintomática dos

transtornos, à modificação de crenças disfuncionais subjacentes e estabelece uma boa recuperação (Pereira & Rangé, 2011).

Um dos objetivos da TCC é corrigir as distorções cognitivas que estão gerando problemas ao indivíduo e fazer com que este desenvolva meios eficazes para enfrentá-los. Para tanto, são utilizadas técnicas cognitivas que buscam identificar os pensamentos automáticos, testar estes pensamentos e substituir as distorções cognitivas. As técnicas comportamentais são empregadas para modificar condutas inadequadas relacionadas com o transtorno psiquiátrico em questão (BAHLS & NAVOLAR, 2004, p. 5).

Segundo Nunes (2012), a terapia cognitiva comportamental identifica e reestrutura três níveis de cognição: os pensamentos automáticos, as crenças intermediárias e as crenças nucleares. Os pensamentos automáticos, são aqueles cujo nível de cognição é mais fácil de identificar, tendo o acompanhamento de uma emoção negativa que antecede as mais variadas situações do dia a dia, e podem ser mais facilmente identificados pelo paciente. Tais pensamentos podem se apresentar de três formas distintas, sendo elas: O pensamento distorcido, o pensamento preciso e com conclusão distorcida e o pensamento preciso e disfuncional.

Referente ao pensamento distorcido, o mesmo é um dos mais comuns na clínica, caracterizando-se pela distorção da realidade daquela experiência e impressão vivida pelo sujeito. Dessa forma, o sujeito, ainda que tenha todas as informações que comprovem algo, ele ainda sim pensa o oposto. Um exemplo desse pensamento, é quando a pessoa acredita estar com uma doença, vai ao médico, faz todos os exames possíveis e tem os resultados negativos para comorbidades e/ou transtornos, mas ainda pensa que existe algo de errado com ele.

Sobre o pensamento preciso e conclusão distorcida, encontra-se uma pequena diferença entre ele e o citado acima, visto que o raciocínio do indivíduo neste pensamento está tecnicamente correto e alinhado com a realidade. A questão é que, ainda que o paciente entenda que algo está acontecendo ou aconteceu com ele, sua conclusão diante daquilo é normalmente dramática, além de provocar generalizações sem fundamentos. Tendo como exemplo, os relacionamentos abusivos, na qual, a pessoa traída entende o que aconteceu com ela e sofre por tal fato. Contudo, a partir dessa experiência, é comum ela generalizar, acreditando que

todos os futuros relacionamentos que ela tiver ao longo da vida, também provocaram sofrimento em virtude de uma traição.

Por fim, o pensamento preciso e disfuncional causa sofrimento mental, por seguir um raciocínio semelhante, porém tratando-se do outro extremo. Tal pensamento segue uma linha de raciocínio particular, não fugindo exatamente da realidade, porém a encara de uma forma mais intensa. Um exemplo disso é a de uma pessoa que precisa elaborar um trabalho de conclusão de curso, mas pode apresentar um pensamento preciso e disfuncional. Para escrever esse trabalho, o indivíduo precisará de um aparato bibliográfico muito elevado, onde realizar tais pesquisas é uma ação complexa e cansativa. A vista disso, a pessoa poderá chegar a refletir sobre tais dificuldades em elaborar o trabalho e postergar para iniciá-lo e até mesmo paralisar-se diante dessa atividade.

No que tange ao segundo nível de cognição, as crenças intermediárias ou subjacentes, abrangem em si as regras, suposições e atitudes que influenciam a maneira como a pessoa se comporta. Tais crenças, são norteadoras dos comportamentos do sujeito, sendo muito hiperativas e estando diretamente ligadas às crenças centrais.

As crenças nucleares ou centrais, se encontrando no terceiro nível de cognição, é o mais profundo nível de cognição criado por Beck, surgindo com as experiências infantis. Tais crenças são mais difíceis de serem acessadas e modificadas, tratando-se, de acordo Pereira & Rangé (2011), de verdades absolutas, imutáveis e sobre o que o sujeito pensa sobre si. As crenças centrais podem ser divididas em: Desamor: sentimento que a pessoa tem que será rejeitado (sou indesejável, feio, diferente, abandonado, defeituoso, não sou amado, não sou bom o suficiente para ser amado etc.); Desamparo: sentimentos relacionados a incompetência (sou incapaz, inadequado, fraco, inferior, fracasso, vulnerável etc.); Desvalor: sentimentos de não ter valor (sou sem valor, inaceitável, louco, derrotado, mau, não mereço viver etc).

Após a identificação do funcionamento cognitivo do paciente, busca-se a modificação de suas crenças, permitindo que o sujeito que sofre com uma visão irreal de si, dos outros e do mundo, consiga fazer uma reestruturação cognitiva.

A psicoterapia cognitivo-comportamental foca na ajuda aos pacientes para solucionarem problemas, avaliarem e responderem ao seu pensamento, tornarem-se comportalmente ativados e identificarem,

especialmente pensamentos negativos sobre si mesmos, seu mundo e seu futuro (BECK, 2013, p. 26).

Os pensamentos automáticos (que muitas das vezes tem um viés negativo), acontecem com todas as pessoas, e na maioria das vezes não se tem consciência desses pensamentos, porém, com o auxílio da TCC é possível guiar à consciência. Conforme Conti et al., (2012) “a TCC baseia-se no modelo cognitivo que levanta a hipótese de que as emoções e o comportamento das pessoas são influenciados pelas percepções dos eventos” (p.67). Essa teoria, presume que as crenças de uma pessoa desempenham uma função significativa no desencadeamento de um possível transtorno psiquiátrico. Podendo às mesmas, estarem contribuindo com as distorções e rigidez, tornando-se disfuncionais e consequentemente provocando comportamentos disfuncionais (CONTI et al., 2012).

Ademais, é vital salientar que os pacientes devem tentar entender a comunicação entre seus pensamentos, emoções e comportamentos, possibilitando assim a identificação de suas reações e determinando mudanças. Tendo-se progresso com tal pensamento, o paciente conseguirá responder às influências do ambiente e modificar os padrões (CONTI et al., 2012).

A Terapia Cognitiva, vem demonstrando eficácia em pesquisas científicas rigorosas além de ser uma das primeiras a reconhecer a influência do pensamento sobre o afeto, o comportamento, a biologia e o ambiente (BAHLS & NAVOLAR, 2004, p. 17).

Na TCC, é função do terapeuta mostrar ao paciente a relação existente entre pensamento, sentimento e comportamento, salientando que ele deve prestar atenção nessa conexão. Na terapia cognitiva comportamental existe o registro de pensamento disfuncional, que trata-se da tarefa proposta pelo terapeuta ao paciente, em anotar situações em que se sentiu mobilizado emocionalmente e no que estava pensando no momento que se sentiu incomodado (PEREIRA & RANGÉ, 2011).

Similarmente, a TCC propõe que seja realizado um automonitoramento, isto é, um registro de comportamentos, pensamentos, sentimentos e situações relevantes, objetivando auxiliar o sujeito a identificar exatamente o que está acontecendo no seu dia a dia. Adotando essa consciência sobre seus sentimentos, pensamentos e comportamentos exatamente no momento em que acontecer, o indivíduo aprende e tem a possibilidade de fazer diferente, visto que anteriormente parecia ser automático e fora do seu próprio controle (BARLOW, 2016).

Segundo Beck (2013), pode-se citar como princípios básicos da terapia cognitivo comportamental:

Princípio nº 1 - A TCC está baseada em uma formulação em desenvolvimento contínuo dos problemas dos pacientes e em uma conceituação individual de cada paciente em termos cognitivos;

Princípio nº 2 - A TCC requer uma aliança terapêutica sólida;

Princípio nº 3 - A TCC enfatiza a colaboração e a participação ativa;

Princípio nº 4 - A TCC é orientada para os objetivos e focada nos problemas;

Princípio nº 5 - A TCC enfatiza inicialmente o presente;

Princípio nº 6 - A TCC é educativa, tem como objetivo ensinar o paciente a ser seu próprio terapeuta e enfatiza a prevenção de recaídas;

Princípio nº 7 - A TCC visa ser limitada no tempo;

Princípio nº 8 - As sessões de TCC são estruturadas;

Princípio nº 9 - A TCC ensina os pacientes a identificar, avaliar e responder aos seus pensamentos e crenças disfuncionais;

Princípio nº 10 - A terapia cognitivo comportamental usa uma variedade de técnicas para mudar o pensamento, o humor e o comportamento.

A vista do exposto, a Terapia Cognitivo-Comportamental dá ênfase nos problemas que estão sendo apresentados pelo paciente no momento em que este procura a terapia. Tendo seu objetivo principal na ajuda e aprendizagem de novas estratégias para atuar no ambiente, promovendo as mudanças necessárias. A metodologia utilizada na terapia, segundo Lima & Wielenska (1993), é a cooperação entre o terapeuta e o paciente, visto que as estratégias para a superação de problemas concretos são elaboradas de forma conjunta. Na Terapia Cognitivo-Comportamental procura-se definir de forma nítida seus objetivos, especificando-os de acordo com os problemas e questões trazidas pelo paciente.

Em vista do exposto, a TCC foi escolhida no trabalho em questão, a vista de sua excelente teoria/prática que auxilia nos diversos transtornos, incluindo a TCA, no qual, a teoria cognitiva comportamental ajudará, assim como explicitado anteriormente, na identificação dos comportamentos automáticos e inadequados do paciente, que na grande maioria das vezes são realizados de forma inconsequente e impulsiva, e elaborará com o mesmo estratégias para sanarem tais atitudes, como também a identificação clara desse comportamentos e de seus significados.

O tratamento do Transtorno da Compulsão Alimentar (TCA) na Terapia Cognitivo Comportamental (TCC)

A utilização da TCC em Transtornos Alimentares (TA) foi descrita inicialmente por Fairburn em 1981, na qual, objetivava utilizar técnicas para auxiliar seus pacientes a terem maior controle comportamental sobre sua alimentação, sobre a modificação das suas atitudes quanto aos hábitos alimentares, sobre questões referentes ao seu peso e à imagem corporal (NUNES; ABUCHAIM, 2008).

A TCC, que a princípio foi destinada ao tratamento de pessoas com bulimia nervosa e, posteriormente, estendida a todos os transtornos alimentares, baseia-se em técnicas que ajudam na redução da ansiedade, administração do próprio comportamento e manipulação de cognições desadaptadas (MULLER, 2019). Tal tratamento, tem como objetivo fazer com que o paciente averigue a validade de suas crenças e mude seus comportamentos disfuncionais, tendo como processos cognitivos mais comuns nestas condições: a abstração seletiva (o indivíduo chega a uma conclusão depois de examinar apenas uma porção das informações disponíveis, onde os dados importantes são descartados ou ignorados, a fim de confirmar a visão tendenciosa que a pessoa tem da situação), a supergeneralização (o indivíduo chega a uma conclusão sobre um acontecimento isolado e estende esta a amplas áreas do funcionamento), a magnificação (maximização do lado negativo das coisas), o pensamento dicotômico (distorção cognitiva responsável por generalizar as realidades e classificá-las em uma mesma categoria extrema), a personalização (erro de pensamento que ocorre quando a pessoa atribui para si uma culpa desproporcional, por eventos negativos, que em sua maioria não estão sob a sua responsabilidade) e o pensamento supersticioso (quando não há uma relação de continuidade entre tal estímulo e tal resposta, isto é, atribuímos a um determinado estímulo de nosso ambiente uma resposta que não está relacionada com o mesmo). Tais processos cognitivos citados, são examinados cautelosamente, no intuito de modificar os pensamentos automáticos (MULLER, 2019).

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) foi considerada a forma de intervenção psicoterápica mais investigada no TCA, através de ensaios clínicos randomizados e tem sido crescentemente utilizada em diversos centros especializados no tratamento dos transtornos alimentares (DUCHESNE & APPOLINÁRIO, 2007, p. 2).

De modo geral, a Terapia Cognitivo Comportamental possui estratégias pré-formuladas para se atuar no tratamento dos Transtornos Alimentares, encontrando-se dividida em quatro etapas: A primeira etapa envolve aproximadamente oito sessões, em que, o objetivo desse momento é estimular o engajamento ao tratamento e à mudança, juntamente com a ação de psicoeducar o paciente sobre o seu tratamento e o seu transtorno (MOREIRA et al., 2019).

A segunda etapa envolve duas sessões, tendendo a revisar o processo, com o intuito de identificar obstáculos para a mudança e os problemas que ainda existem (MOREIRA et al., 2019).

A terceira etapa, seguindo com as colocações de Moreira et al., (2019), normalmente duram oito sessões, consistindo em acessar os mecanismos que mantêm o TA do paciente, no qual, juntamente com o auxílio do terapeuta, o paciente percebe como ele se avalia, mostrando a importância atribuída ao seu corpo, a sua alimentação. Sendo de extrema importância a compreensão do paciente, referente aos seus problemas e sua vinculação com suas crenças inadequadas.

Com base nisso, devem ser identificadas as principais distorções cognitivas, especialmente a desconsideração de qualidades positivas e a supervalorização de aspectos negativos. Podendo ser benéfico a aplicação da reestruturação cognitiva (reconhecimento dos pensamentos automáticos disfuncionais, contestação desses pensamentos e construção de pontos de vista alternativos a fim de tornar o paciente mais consciente de seus processos de pensamentos), alcançando uma visão mais equilibrada de sua autoestima.

Segundo os estudos de Gonçalves (2013), pessoas que possuem transtornos alimentares, incluindo logicamente o TCA, têm sua autoestima atrelada ao peso, à forma e ao controle alimentar, decorrentes de um sistema de autoavaliação disfuncional. Sendo capaz de desenvolver preocupações excessivas com o peso e a forma, levando-as à prática de dietas restritivas e inflexíveis. Tais práticas, além de manter ou piorar a questão da obesidade, rebaixam significativamente a auto estima do indivíduo, corroborando com um afastamento social, elevação dos episódios de compulsão, dentre outros.

Contudo, nesta fase do tratamento, é importante que o paciente com transtorno alimentar tenha de forma mais nítida a elaboração de que, o peso real

não é o problema, mas às suas questões importantes referentes às crenças e estratégias que estão mantendo o transtorno alimentar (WHITE, FREEMAN, 2003).

Segundo Fairburn (1981), para estas pessoas os valores e crenças não são apenas sintomáticos, mas essenciais para a manutenção deste transtorno. Dessa forma, modificá-los é pré-requisito para a evolução e recuperação do paciente.

Por fim, a quarta etapa consiste na elaboração de um programa de prevenção a recaídas, por meio de antecipações e preparações para o enfrentamento de situações estressoras que provocavam os padrões disfuncionais. Essa formulação, consiste em identificar os fatores de risco, buscar estratégias para preveni-los e especificar como agir durante uma recaída (MOREIRA et al., 2019).

Outro ponto importante para o tratamento dos transtornos alimentares, é a abordagem familiar com enfoque cognitivo-comportamental. Tal ação, é imprescindível para constituição das metas de longo prazo. Segundo Bowers et al em Moreira et al (2019), o trabalho com os familiares do paciente com TA, deve ter início desde a primeira etapa do tratamento, corroborando assim com a identificação, por parte do terapeuta, das crenças disfuncionais que os pais podem transmitir para o paciente.

Diante o exposto, é realizado inicialmente uma busca pela identificação de conflitos familiares que podem estar contribuindo com o transtorno alimentar, bem como a identificação de regras na família. A etapa subsequente, é voltada para a psicoeducação da família sobre o TA e a TCC, salientando que se trata de uma doença e trabalhando com a dissolução de ideias erradas em relação ao transtorno. Para finalizar, assim como realizado com o paciente, o processo de reestruturação cognitiva precisa ser realizado com a sua família. (CANALS, FIGUEIREDO, KUHN & ARGIMON, 2009).

De acordo com a Terapia Cognitiva Comportamental, os indivíduos atribuem significado a acontecimentos, pessoas, sentimentos e demais aspectos de sua vida, com base nisso, comportam-se de determinada maneira e constroem diferentes hipóteses sobre o futuro e sobre sua própria identidade. As pessoas reagem de formas variadas a uma situação específica, podendo chegar a conclusões também variadas. (BAHLS & NAVOLAR, 2004, p. 18).

O início da elaboração do tratamento do indivíduo com TCA, e da grande maioria dos demais tratamentos de diferentes aspectos, é a fonte de sofrimento do

cliente, ou seja, a partir das distorções que estão ocorrendo na forma do sujeito avaliar a si mesmo e ao mundo. Diante disso, é fundamental que o profissional entenda que a ação e a mudança do paciente é lenta, sendo vital o respeito aos limites apresentados pelo cliente e compreendendo sua resistência como parte do tratamento. As metas propostas em trabalho devem ser praticáveis, com pequenas alterações, desde que essa situação não traga risco à vida do indivíduo (MOREIRA et al., 2019).

Além do desenvolvimento adequado de um plano de tratamento, a TCC considera a qualidade de uma terapêutica, visto que, alguns pacientes têm certa resistência em confiar e trabalhar com o seu terapeuta. Dessa forma, é muito importante se esforçar para demonstrar todos os preceitos básicos em uma situação de aconselhamento (BECK, 2013, p. 44).

Além de suas técnicas cognitivas, a TCC também emprega técnicas comportamentais para ajudar na modificação dos hábitos alimentares, como por exemplo, na automonitoração com observação e registro do consumo alimentar e suas circunstâncias. Similarmente, as técnicas para o controle de estímulos associados à situações que favorecem a recorrência da compulsão e o treinamento em resolução de problemas (que ajuda o paciente a desenvolver estratégias alternativas para enfrentar suas dificuldades sem recorrer à alimentação inadequada), também são abordadas (DUCHESNE & APPOLINÁRIO, 2007).

Ademais, e visando uma maior consolidação do percurso traçado em terapia, destaca-se o auxílio prestado por um tratamento com uma equipe multidisciplinar, envolvendo a participação (logicamente) de um psicólogo, um nutricionista e um educador físico. Tal ofício, deve ser iniciado através de uma conscientização, por meio da psicoeducação, reeducação alimentar e exercícios físicos, estando todos acompanhados e supervisionados por um profissional da área.

Para além de diagnóstico e critérios presentes no DSM-5, pode-se observar a complexidade referente ao Transtorno de Compulsão Alimentar. Sob os aspectos cognitivos e comportamentais do indivíduo, a falta ou a má gestão de recursos emocionais para lidar com emoções negativas (como o estresse emocional e emoções indesejadas), as crenças disfuncionais e as dietas muito restritivas podem culminar no ato do comer compulsivo. Dessa forma, o tratamento do TCA pelo viés da TCC, com o amparo de uma equipe multidisciplinar é vital para o sucesso consolidado do tratamento (GONÇALVES, 2021, p. 18).

Em consonância com o exposto, constata-se que a Teoria Cognitiva Comportamental, quando aderida de forma efetiva pelo paciente, auxilia na melhora significativa dos níveis de depressão, diminuição da insatisfação com a imagem corporal, redução dos níveis de ansiedade, melhora nas dificuldades interpessoais, melhora na auto-estima, no funcionamento social, no sentimento de bem-estar subjetivo, na percepção da qualidade de vida, na auto-eficácia e na redução significativa do peso corporal.

Considerações Finais

O trabalho em questão, procurou trazer informações a respeito da terapia cognitivo-comportamental, juntamente com suas contribuições referentes ao tratamento do Transtorno da Compulsão Alimentar e suas características. A vista disso, e indo de encontro com às colocações de Duchesne & Appolinário (2007), foi possível compreender o elevado nível de desenvolvimento, qualificação e pesquisa, referente ao tratamento do Transtorno da Compulsão Alimentar, através da Teoria Cognitivo Comportamental.

Como exposto anteriormente no trabalho em questão, a TCC, quando adotada de forma concreta, auxilia na melhora significativa dos níveis de depressão, na diminuição da insatisfação com a imagem corporal, redução dos níveis de ansiedade, melhora nas dificuldades interpessoais, melhora na auto-estima, no funcionamento social, no sentimento de bem-estar subjetivo, na percepção da qualidade de vida, na auto-eficácia e na redução significativa do peso corporal.

Tais melhorias não seriam possíveis, de acordo com as literaturas estudadas, sem a participação efetiva do paciente e de seu terapeuta, visto que o tratamento se constrói (mesmo com sua base teórica já fundamentada), de forma conjunta e colaborativa. Ademais, o auxílio prestado por uma equipe multidisciplinar é de vital importância para a melhor repercussão, efetivação e consolidação do tratamento desenvolvido.

Outrossim e apesar da elevada apresentação de informações trazidas pelo tema, existe uma parca produção de pesquisa nacional sobre o mesmo, sendo necessário cada vez mais o desenvolvimento de pesquisas sobre este tema no Brasil, favorecendo não somente os profissionais, mas também os indivíduos que podem se beneficiar com o tratamento. A pesquisa em questão, não objetivou findar às informações e atualizações sobre o tratamento do TCA, devendo-se aprofundar cada vez mais sobre a temática apresentada.

Referências

- ACKERMAN, Diane. Uma história natural dos sentidos. Rio de Janeiro: Bertrand, 1992.
- APA (American Psychiatric Association) (2013). DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (M. I. C. Nascimento, P. H. Machado, R. M. Garcez, R. Pizzato & S. M. M. Rosa, Trad.). (5 Ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Azevedo AP, Santos CC, Fonseca DC. **Transtorno da compulsão alimentar periódica**. Rev. Psiq. Clin 31(4): 170-172. 2004.
- Bahls SC, Navolar ABB. **Terapia cognitivo-comportamental: conceitos e pressupostos teóricos**. Revista eletrônica de psicologia nº 04, Curitiba, jul 2004. Disponível em: www.utp.br/psico.utp.online. Acesso em: 17 out. 2022.
- Ballone, G. J. Transtornos Alimentares, 2006. Disponível em: <http://www.psiqweb.med.br/>. Acesso em: 26 set. 2022.
- Barlow, D.W. (2016). Manual clínico dos transtornos psicológicos: tratamento passo a passo. [Versão Eletrônica] (5 ed.) Porto Alegre: Artmed.
- Beck, A. T.; Rush, A. J.; Shaw, B. F. & Emery, G. (1982). Terapia cognitiva da depressão. Rio de Janeiro: Zahar.
- Beck, J. S. (2013). Terapia Cognitivo Comportamental: teoria e prática. [Versão Eletrônica]. (2. ed). Porto Alegre: Artmed.
- Caro Gabalda, I. (1997). Las psicoterapias cognitivas: modelos básicos. Em: I. Caro (Org.). Manual de psicoterapias cognitivas (pp.37-52). 3ª Ed. Barcelona: Paidós.
- Canals, A.A, Figueiredo, A.L., Kuhn, R.P., & Argimon, I.L. (2009). Terapia cognitivo comportamental nos transtornos alimentares: uma abordagem familiar para intervenção em crise. Revista de Psicologia da IMED, 1 (1), 56-71. Acesso em 24 de outubro, 2022, de <https://seer.imed.edu.br/index.php/revistapsico/article/view/10>.
- Câmara Cascudo L. História da alimentação no Brasil. São Paulo: Global; 2004. 954 p.
- Conti, M.A., Teixeira, O.C., Kotait, M.S., Aratangy, E., Salzano, F., Amaral, (2012). Anorexia e bulimia – Corpo perfeito versus morte. O Mundo da Saúde. 36(1), 65-70. Acesso em 24 de outubro, 2022, de http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/anorexia_bulimia_corpo_perfeito_morte.pdf.
- Crotty P. The value of qualitative research in nutrition. Annual Review of Health and Social Sciences 1993; (3):109-118.

Fairburn, C. G. (1981). A cognitive behavioural approach to the management of bulimia. *Psychological Medicine*, 11, 707-711

DaMatta R. La cultura de la mesa en Brasil. *El Correo UNESCO* 1987; 40(5):22-23.

Delormier T, Frohlich KL, Potvin L. Food and eating as social practice: understanding eating patterns as social phenomena and implications for public health. *Sociology of Health & Illness* 2009; 31(2):215-228.

DINGEMANS, Alexandra E.; SON, Gabrielle E. Van; VANHAELEN, Christine B.; FURTH, Erick F. Van . Depressive symptoms rather than executive functioning predict group cognitive behavioural therapy outcome in binge eating disorder. 2020. *Eur Eat Disord Rev*, [s.v.], n. 28, p. 620-632, 22 jun. 2020. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/erv.2768>. Acesso em 21 out. 2022

Duchesne M, Appolinário JC, Rangé BP, Freitas S, Papelbaum M, Coutinho W. **Evidências sobre a terapia cognitivo-comportamental no tratamento de obesos com transtorno da compulsão alimentar periódica.** *Rev. Psiquiátrica RS* 2007; 29(1) 80-92. Acesso em: 21 out. 2022.

Dunker KLL, Philippi ST. **Hábitos e comportamentos alimentares de adolescentes com sintomas de anorexia nervosa.** *Rev. Nutr. Campinas* 16(1) 51-60, Jan/Mar, 2003.

Frias ABML, Kerber I. **A influência da terapia cognitiva comportamental no tratamento da compulsão alimentar: Uma revisão sistemática.** *Unisul* 2021. Acesso em: 28 out. 2022

Fortes LS, Morgado FFR, Ferreira MEC. **Fatores associados ao comportamento alimentar inadequado em adolescentes escolares.** *Rev. Psiq Clin* 2013; 40(2): 59-64. Acesso em: 19 out. 2022.

Gonçalves AK, Almeida MLT, Hubner IC. **Terapia cognitivo comportamental para o transtorno de compulsão alimentar: revisão integrativa de literatura.** 2021. Disponível em: <https://repositorio.animaeducacao.com.br/bitstream/ANIMA/18308/3/Artigo%20final.pdf>. Acesso em: 26 out. 2022.

Gonçalves JA, Moreira EAM, Trindade EBSM, Fiates GMR. **Transtornos alimentares na infância e na adolescência.** *Rev. Paul Pediatr* 2013; 31(1): 96-103.

Gimenes-minasse, Maria Henriqueta SG. **Comfort food: Sobre conceitos e principais características.** *Rev.de comportamento, cultura e sociedade* vol.4 nº2 - Março 2016 - São Paulo.

LIMA, M. V. D. & WIELENSKA, R. C. 1993. Terapia comportamental-cognitiva. Em A. V. Cordioli (Org.) *Psicoterapias: abordagens atuais* (p. 192-209). Porto Alegre: Artes Médicas

Lima RS, Neto JAF, Farias RCP. **Alimentação, comida e cultura: O exercício da comensalidade**. Demetra: Alimentação, nutrição & saúde 2015; 10(3) 507-522. Disponível em: DOI: 10.12957/demetra.2015.16072. Acesso em: 04 abril. 2022

Lobo GG, Neves SMM, Bueno GN. **Fatores ambientais que se relacionam ao comer compulsivo: Uma visão analítico-comportamental**. Fragmentos de cultura, Goiânia, vol.28 especial, p.101-110. Jun 2018. Disponível em: DOI: 10.18224/frag.v.28i2.4763. Acesso em: 04 abril. 2022.

Magalhães, E.N. (2009). Transtornos alimentares: a hipótese da distorção da imagem corporal. e-scientia, 2 (1): 1-7.

Martins , Fran. Mais de 70 milhões de pessoas no mundo possuem algum distúrbio alimentar. Ministério da Saúde. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hu-ufjf/comunicacao/noticias/2021/programa-de-tratamento-de-transtornos-alimentares-atende-pacientes-no-hospital-universitario>. Acesso em: 03 nov. 2022

Maturana, Vivilaine. **Reflexões acerca da relação entre a alimentação e o homem**. Rev.IGT, v.7, nº12, 2010, p. 176 de 219. Disponível em: <http://www.igt.psc.br/ojs> ISSN 1807-2526. Acesso em: 05 abril. 2022.

Matos, Maria Amélia. **Análise funcional do comportamento**. Rev. Estudos de psicologia, PUC- Campinas v.16, nº3, p 8-18 setembro/dezembro 1999. Acesso em: 05 abril. 2022

Moreira MB, Medeiros CA. **Princípios básicos de análise do comportamento** - 2ª ed- Porto Alegre. Artmed,2019. Acesso em: 20 out. 2022

Morgan CM, Vencchiatti IR, Negrão AB. **Etiologia dos transtornos alimentares: Aspectos biológicos, psicológicos e socio-culturais**. Rev. Brasileira de psiquiatria 2002 24 (supl III):18-23. Acesso em: 04 nov. 2022.

Moritz, Ana Carolina dos Santos. **Compulsão alimentar: Pesquisa bibliográfica com base na teoria cognitiva comportamental**. 2012 - Biguaçu. Acesso em: 26 set. 2022

Muller Lilian. **Contribuições da terapia cognitivo comportamental no tratamento da anorexia nervosa**. Universidade de Caxias do Sul- UCS 2019. Acesso em: 25 out. 2022.

NUNES, M.A; ABUCHAIM, A.L. Abordagens Psicoterápicas nos Transtornos Alimentares. In: Cordioli, A., 2008. Psicoterapias: abordagens atuais. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas.

Nunes Renato Moreira. **Transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP) e a abordagem da terapia cognitiva comportamental (TCC)**. Março de 2012. Acesso em: 29 out. 2022.

Oliveira, Bárbara Monteiro. **Os transtornos alimentares sob a perspectiva analítico-comportamental**. Faculdade de ciências da saúde - FACS- jun/2005 Brasília. Acesso em: 26 set. 2022

Oliveira LL, Deiro CP. **Terapia cognitivo-comportamental para transtornos alimentares: a visão de psicoterapeutas sobre o tratamento**. Revista brasileira de terapia comportamental e cognitivo 2013, vol. XIV, nº1, 36-49. Acesso em: 17 out. 2022.

Pereira, M. & Rangé, B. P. (2011). Terapia cognitiva. B. P. Rangé (Org.) Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria (pp. 20-32). [Versão Eletrônica]. (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed.

PHILLIPI, S. T. Pirâmide dos alimentos: fundamentos básicos da nutrição. Barueri, São Paulo: Editora Manole, 2008.

Poulain JP. Sociologias da alimentação: os comedores e o espaço social alimentar. Florianópolis: Ed. UFSC; 2013. 285 p.

RANGE, Bernard Pimentel; FALCONE, Eliane Mary de Oliveira; SARDINHA, Aline. História e panorama atual das terapias cognitivas no Brasil. **Rev. bras.ter. cogn.**, Rio de Janeiro , v. 3, n. 2, dez. 2007 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872007000200006&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 04 nov. 2022.

Rodrigues LA, Rezende PAF. **Análise dos transtornos alimentares: Anorexia, bulimia e compulsão alimentar em indivíduos com diagnóstico de obesidade**. Centro Universitário de Brasília- UNICEUB 2020. Acesso em: 28 set. 2022

VALE, Antonio Maia Olsen do; ELIAS, Liana Rosa. Transtornos alimentares: uma perspectiva analítico-comportamental. **Rev. bras. ter. comport. cogn.**, São Paulo , v. 13, n. 1, p. 52-70, jun. 2011 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452011000100005&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 04 nov. 2022.

Vaz AR, Conceição EM, Machado Paulo PP. **A abordagem cognitivo-comportamental no tratamento das perturbações do comportamento alimentar**. Análise psiquiátrica (2009), 2 (XXVII): 189-197. Acesso em: 24 out. 2022.

WHITE, J.R; FREEMAN, A.S. Terapia cognitivocomportamental em grupo para populações e problemas específicos. São Paulo, 2003. Disponível em: . Acesso em: 13 dez. 2021

WINNICOTT, D. Da Pediatria à Psicanálise: Obras Escolhidas. (Tradução Davy Bogomoletz). Rio de Janeiro: Imago 2000.