



**CONTRIBUIÇÕES DA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL NO  
TRATAMENTO DA ANOREXIA NERVOSA**

Lilian Müller

Caxias do Sul, 2019

UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL  
ÁREA DO CONHECIMENTO DE HUMANIDADES  
CURSO DE PSICOLOGIA

**CONTRIBUIÇÕES DA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL NO  
TRATAMENTO DA ANOREXIA NERVOSA**

Trabalho apresentado como requisito parcial  
para a aprovação na disciplina PSI0519A –  
Trabalho de Conclusão de Curso II, sob a  
orientação da Prof. Dra. Alice Maggi.

Lilian Müller

Caxias do Sul, 2019

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus por me dar forças para superar todos os obstáculos no decorrer da graduação, e não somente nestes anos como universitária, mas em todos os momentos da minha vida.

Agradeço aos meus pais por todo o incentivo e paciência. Ao meu marido que apesar de todas dificuldades sempre esteve ao meu lado e soube entender meus momentos de ausência. A todos que de forma direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

*“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas.  
Mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.”  
(Carl G. Jung)*

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	8
OBJETIVOS .....	10
Objetivo geral.....	10
Objetivos específicos .....	10
REVISÃO DE LITERATURA.....	11
Anorexia Nervosa.....	11
Fundamentos básicos da terapia cognitivo comportamental.....	17
Intervenções da terapia cognitivo comportamental no tratamento da anorexia nervosa .	19
MÉTODO .....	23
Delineamento .....	23
Fonte.....	23
Instrumento .....	23
Procedimentos .....	24
Referencial de análise .....	24
RESULTADOS .....	25
DISCUSSÃO .....	28
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	31
REFERÊNCIAS.....	34

**LISTA DE TABELAS**

Tabela 1. Categorias de análise e cenas do artefato cultural.....	4
---	---

## RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo identificar as possíveis contribuições da Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) no tratamento da Anorexia Nervosa (AN), transtorno que tem despertado interesse na área da Psicologia e da Nutrição, por se tratar de um problema que afeta os dois âmbitos. Para isso, se faz necessário descrever os fundamentos básicos da TCC, bem como, conceituar a anorexia nervosa e apresentar as principais intervenções. O método utilizado foi baseado em um delineamento qualitativo, de cunho exploratório e interpretativo. A fonte utilizada foi o artefato cultural “O mínimo para viver”, um filme dirigido por Marti Noxon, com a produção de Karina Miller, Bonnie Curtis, Julie Lynn. O filme retrata a história de Ellen, uma jovem de 20 anos com anorexia nervosa. A personagem passou por diversas internações e após muita insistência da família, concorda com uma nova internação. Chegando ao lugar onde ficará internada, ela conhece outras pessoas que também passam por distúrbios alimentares e todos buscam vencer os desafios dia após dia, com um passo de cada vez. Como referencial de análise, optou-se pela análise de conteúdo. Os resultados indicaram a formulação de três categorias com a escolha de algumas cenas para cada uma delas em que se visualiza a temática deste trabalho. As cenas escolhidas referentes a categoria 1, ilustram como se revelam alguns dos sintomas da anorexia nervosa, bem como, mostra as atitudes do paciente que a todo o momento, tem a intenção de minimizar a gravidade do seu problema. Na categoria 2, a cena apresenta um dos fundamentos básicos da terapia cognitivo comportamental, sendo, a aliança terapêutica. Já as cenas da categoria 3 dão destaque a algumas das intervenções da terapia cognitivo comportamental, sendo elas, a psicoeducação, como forma de ensinar o paciente a ser o seu próprio terapeuta, as tarefas, que se apresentam como uma forma de desenvolver habilidades para lidar com problemas em situações reais e terapia familiar que é essencial no tratamento para facilitar as mudanças. Durante a construção deste trabalho foi possível perceber que é indispensável o tratamento multidisciplinar, envolvendo o trabalho de psicólogo, nutricionista e educador físico. Além disso, foi possível compreender que tratamento da anorexia nervosa exige muita persistência do profissional que trabalha com isso, visto que, as recaídas são frequentes.

**Palavras-chave:** Anorexia nervosa, terapia cognitivo comportamental, transtornos alimentares.

## INTRODUÇÃO

Conforme abordado na disciplina de Psicologia da Saúde, é importante conhecer conceitos de saúde e doença em diferentes contextos, refletir acerca de alternativas para a melhoria do sistema de cuidados de saúde e compreender a saúde numa perspectiva interdisciplinar. O trabalho interdisciplinar é crucial para uma visão completa do indivíduo, podendo trabalhar nele como um todo. Diante dessa afirmação, é viável fazer uma ligação especialmente entre a psicologia e a nutrição. Atualmente, é notória a aproximação do trabalho entre o psicólogo e o nutricionista, por meio de palestras e grupos de perda de peso. É possível relacionar esse tema também com a disciplina de Clínica Ampliada, onde ocorreu a compreensão da concepção de saúde, o conceito de acolhimento, acompanhamento terapêutico e redução de danos. Na disciplina de Fundamentos de Psicopatologia, foi onde, de fato, houve uma introdução do conteúdo relacionado a transtornos alimentares. E na disciplina de Processos Psicopatológicos na infância foi abordado mais profundamente. Foi nesse momento em que manifestou-se um interesse pela anorexia. Diante dos transtornos apresentados na disciplina, percebeu-se a importância de falar e pesquisar esse assunto, de modo a ajudar a quem não tem conhecimento desse tema, ou então, pessoas que gostariam de se aprofundar nesse conteúdo.

No estágio básico IV realizado na Unidade básica de Saúde do bairro Planalto/Rio Branco na cidade de Caxias do Sul foi identificado alguns casos de anorexia nos prontuários analisados, os pacientes estavam em fila de espera aguardando atendimento psicológico. Um dos casos, em que tivemos um contato maior, se tratava de uma jovem de 27 anos, informou estar tomando medicação (Rivotril e Fluoxetina), relatou que não conseguia comer e estava perdendo cada vez mais peso, contou também que estava com problemas no trabalho e no círculo familiar.

Levando-se em consideração esses aspectos, percebe-se a complexidade do tema, o qual motiva ainda mais a busca de conhecimento sobre o assunto e dados que possam auxiliar as vítimas desse transtorno, promovendo melhor qualidade de vida para essas pessoas. É evidente que a psicologia dá ênfase à prevenção e promoção da saúde e bem estar, e por ser estudante do curso, considero um tema de extrema importância a ser aprofundado.

A quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) classifica, pica, transtorno de ruminação, transtorno alimentar restritivo/evitativo, anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno de compulsão alimentar como Transtornos Alimentares (TA), atingindo principalmente adolescentes e adultos jovens, sendo mais comuns em mulheres (American Psychiatric Association - APA, 2014).

Neste estudo, será tratado o transtorno mais recorrente, que é a Anorexia Nervosa. As taxas de prevalência desse transtorno no cenário internacional demonstra sua relevância. Nos Estados Unidos, a AN atinge de 2% a 5% das meninas adolescentes (Conti, Teixeira, Kotait, Aratanga, Salzano & Amaral, 2012).

Sujeitos com anorexia nervosa sentem-se pressionados demais pela mídia, para serem magros e referem que aprendem técnicas não saudáveis de controle de peso, como por exemplo, restrições alimentares, exercícios físicos em excesso e indução de vômito por meio deste canal (Saikali, Soubhia, Scalfaro & Cordás, 2004).

Conforme o DSM-5, alguns casos de anorexia nervosa tem recuperação completa após o episódio, outros exibem comportamento incerto, ganham peso, e posteriormente sofrem uma recaída, e ainda, outros permanecem em curso crônico ao longo da vida. A internação pode ser recomendada para tratar esses indivíduos, para ajudá-los na recuperação do peso e tratar possíveis complicações (APA, 2014). “A taxa bruta de mortalidade (TBM) para anorexia nervosa é de cerca de 5% por década. A morte resulta mais comumente de complicações clínicas associadas ao próprio transtorno ou de suicídio” (APA, 2014, p.342).

Nota-se de extrema importância o estudo sobre esse tema, como forma de alerta para os profissionais e público em geral acerca do transtorno. Esse trabalho será útil para auxiliar na identificação e tratamento da anorexia nervosa, possibilitando aos leitores um maior conhecimento em relação ao assunto.

Portanto, este trabalho tem como tema as contribuições da terapia cognitivo comportamental no tratamento da anorexia nervosa e, o problema consiste em investigar quais as possíveis contribuições da terapia cognitivo comportamental no tratamento da anorexia nervosa. Para responder o problema de pesquisa, inicialmente será apresentado uma revisão teórica onde as principais variáveis serão conceituadas, na sequência será abordado o método escolhido para responder as questões abordadas, bem como, os resultados, a discussão e por fim será apresentado as considerações finais.

## OBJETIVOS

### **Objetivo geral**

Identificar as possíveis contribuições da terapia cognitivo comportamental em pessoas com anorexia nervosa.

### **Objetivos específicos**

- Conceituar Anorexia Nervosa;
- Caracterizar os fundamentos básicos da terapia cognitivo comportamental;
- Reconhecer possíveis intervenções da terapia cognitivo comportamental no tratamento da anorexia nervosa a partir de um artefato cultural.

## REVISÃO DE LITERATURA

### **Anorexia Nervosa**

Baseado no DSM-5, os Transtornos Alimentares (TA) são constituídos por alterações extremas na alimentação ou no comportamento, que resulta em consumo alterado de alimentos e implica significativamente na saúde física ou o funcionamento psicossocial. Podendo ser diagnosticado com pica, transtorno de ruminação, transtorno alimentar restritivo/evitativo, anorexia nervosa, bulimia nervosa ou transtorno de compulsão alimentar. Os critérios diagnósticos para qualquer um desses transtornos baseia-se em uma classificação excludente, podendo ser atribuído apenas um dos transtornos para o indivíduo. Porque apesar de possuírem aspectos comuns, os transtornos precisam de um curso clínico, desfecho e tratamento diferentes. No entanto, um diagnóstico de pica, pode ser atribuído na existência de qualquer outro transtorno alimentar (APA, 2014).

A principal característica da pica é a ingestão de uma ou mais substâncias não nutritivas, não alimentares, durante um período mínimo de um mês. As substâncias típicas ingeridas tendem a variar com a idade e a disponibilidade e podem incluir papel, sabão, tecido, cabelo, fios, terra, giz, talco, tinta, cola, metal, pedras, carvão vegetal ou mineral, cinzas, detergente ou gelo (APA, 2014).

O transtorno de ruminação se dá pela regurgitação de alimento depois de ingerido durante um período mínimo de um mês. O alimento previamente deglutido é trazido de volta à boca, podendo ser remastigado e então ejetado da boca ou novamente deglutido. O comportamento não é mais bem explicado por uma condição gastrointestinal ou outra condição médica associada (APA, 2014).

O transtorno restritivo/evitativo tem como característica diagnóstica, a esquiva ou a restrição da ingestão alimentar. Algumas vezes, podem recusar os alimentos pela cor. Ou ainda podem preferir somente alimentos bem quentes ou bem gelados, bem crocantes ou bem macios, ou ainda alimentos sem nenhum molho. Um ou mais dos seguintes aspectos-chave devem estar presentes: perda de peso significativa, deficiência nutricional significativa, dependência de alimentação enteral ou suplementos nutricionais orais ou interferência marcante no funcionamento psicossocial. Em alguns casos, excluem grupos inteiros de alimentos, como frutas ou vegetais (APA, 2014).

Para o diagnóstico de bulimia nervosa três particularidades também devem estar presentes: supervalorização de forma e peso, assim como na anorexia nervosa, compulsão alimentar frequente, um episódio de compulsão é ingerir uma alta quantidade de comida tendo sentimento de perda de controle no momento e controle de peso intenso, como vômitos

autoinduzidos recorrentes ou uso frequente e indevido de laxantes e restrições alimentares extremas. Já o transtorno de compulsão alimentar, diferente da bulimia e a anorexia, não tem preocupação extrema com o controle de peso e é caracterizado pela compulsão alimentar recorrente (Barlow, 2016).

Outro problema que afeta a população, é a obesidade. “a obesidade não está incluída no DSM-5 como um transtorno mental. A obesidade (excesso de gordura corporal) resulta do excesso prolongado de ingestão energética em relação ao gasto energético” (APA, 2014, p. 339). Outras condições que também podem contribuir para o desenvolvimento da obesidade podem ser, fatores genéticos, fisiológicos, comportamentais e ambientais que variam entre os indivíduos, em razão disso, não é considerada um transtorno mental (APA, 2014).

Por outro lado, existe também a Ortorexia Nervosa (ON), que tem associação com a anorexia, ambos restringem a alimentação do sujeito e podem colocar a vida em risco, porém, o objetivo do anoréxico é a perda de peso, enquanto o ortoréxico, é ficar saudável. O número de estudos realizados acerca da ortorexia ainda é pequeno, e por isso, é problema pouco mencionado pela população e profissionais. A ON também é caracterizada como um comportamento obsessivo compulsivo, porém, é determinada pelo exagero em saúde alimentar. Trata-se de uma preocupação intensa em ingerir somente alimentos puros, abstando-se de produtos processados, ou com uso de pesticidas e fertilizantes artificiais, evitam extremamente o uso de corantes, aromatizantes, conservantes, sal e açúcar. Inicialmente parece fazer parte de um comportamento adequado, visto que, o indivíduo está preocupando-se com sua saúde, porém, essas práticas cada vez mais restritivas podem levar à falta de determinados nutrientes, ameaçando a própria saúde (Martins, Alvarenga, Vargas, Sato & Scagliusi, 2011).

De acordo com Alvarenga, Scagliusi e Philippi, (2011), os TA podem acarretar diversos prejuízos psicológicos e biológicos, levando ao aumento da taxa de mortalidade. Neste trabalho será abordado a Anorexia Nervosa (AN). Trata-se de um transtorno da imagem corporal, que se define por uma intensa perda de peso, em resultado de dieta restrita em uma busca desenfreada pelo emagrecimento. Outras situações que se apresentam nesse transtorno, são o distúrbio de imagem corporal e a amenorreia, ou seja, ausência de ciclos menstruais em mulheres com idade fértil (Alvarenga et al., 2011).

O nível mínimo de gravidade baseia-se, no índice de massa corporal (IMC) atual. O nível de gravidade pode ser aumentado de maneira a refletir sintomas clínicos, o grau de incapacidade funcional e a necessidade de supervisão, sendo, leve:  $IMC \geq 17 \text{ kg/m}^2$ ,

moderada: IMC 16-16,99 kg/m<sup>2</sup>, grave: IMC 15-15,99 kg/m<sup>2</sup> e extrema: IMC < 15 kg/m<sup>2</sup> (APA, 2014).

Existe muita dificuldade no diagnóstico correto dos transtornos alimentares, porque na maioria das vezes o paciente nega estar doente e se recusa a buscar ajuda profissional (Borges, Sicchieri, Ribeiro, Marchini, & Santos, 2006).

A anorexia nervosa normalmente inicia-se na adolescência devido às preocupações com as mudanças do corpo, exigindo uma readaptação com a própria imagem. A pressão da sociedade, regida pelo ideal da magreza, exerce participação no desenvolvimento da anorexia nervosa (Alves, Vasconcelos, Calvo & Neves, 2008). A anorexia costuma se manifestar na adolescência, entre 13 a 17 anos, porém, casos com início na infância e após 40 anos têm sido observados (Borges et al., 2006).

Conforme Alves et al., (2008), as adolescentes que não aceitam sua imagem corporal costumam adotar práticas impróprias de controle de peso, como uso substâncias diuréticas, laxantes, indução de vômitos, realização de atividade física em excesso, entre outros. “Essas adolescentes apresentam maior risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares quando comparadas às adolescentes satisfeitas com sua imagem corporal” (Alves et al., 2008, p.504).

Na anorexia nervosa, está presente um medo exagerado de ganhar peso ou de tornar-se obeso, mesmo estando abaixo do peso, esse movimento é descrito como distorção da imagem corporal. O distúrbio da imagem corporal é um dos sintomas dos transtornos alimentares, caracterizado por uma autoavaliação dos indivíduos que sofrem desse transtorno, influenciada pela experiência com seu peso e forma corporal (Saikali et al., 2004).

Mesmo muito magros, os pacientes apresentam distorção da imagem corporal, sentem-se gordos e desproporcionais. O objetivo do sujeito com anorexia nervosa é o emagrecimento e para atingi-lo o indivíduo recorre a restrições alimentares e períodos em jejum, prática de exercícios em excesso, uso de laxantes, diuréticos e inibidores de apetite (Fleitlich, Larino, Cobelo & Cordás, 2000).

Inclusive, a fim de avaliar o componente atitudinal da imagem corporal, pode-se utilizar como instrumento o *Body Shape Questionnaire (BSQ)* – Questionário de forma corporal - que tem como foco mensurar as preocupações com a forma do corpo. Desta maneira, possui o objetivo de medir a insatisfação com o próprio corpo, o medo de engordar, a autodesvalorização da aparência física, o desejo de perder peso e a privação de situações em que a aparência física atraia a atenção dos outros (Pereira, Carmo & Cândido, 2016).

Existem vários blogs, sites e vídeos na internet que apresentam informações sobre os grupos “pró anas”. Esses grupos costumam trocar dicas sobre como agir em caso de fome, como enganar os pais e outras dicas que preocupam médicos e familiares (<https://www.endocrino.org.br/anorexia-nervosa-um-transtorno-psicologico/>). O excesso de valorização da estética pela sociedade tem causado problemas. O exagero pela aparência pode levar a obsessão pelo corpo perfeito, provocando uma distorção da autoimagem. O ideal da beleza, vem sendo cada vez mais imposto pela mídia. Os sites e revistas destacam dietas inusitadas que prometem mágicas no emagrecimento. O sujeito não percebe o problema, pois acha normal controlar a alimentação e tende a esconder essas atitudes da família e amigos. É comum as pessoas ao seu redor perceberem as complicações e tentar alertá-lo para buscar ajuda especializada, porque dificilmente ele buscará por conta própria.

Em alguns casos, os pacientes relatam anorexia nervosa se manifesta após um fator estressante como algum comentário sobre seu peso, ou o término de relacionamento, ou perda de ente querido. Como consequência, o sujeito passa a viver em função das restrições alimentares, das atividades físicas, do peso, da forma corporal, de tabela de calorias e do temor patológico de engordar (Borges et al., 2006).

Conforme Morgan, Vecchiatti e Negrão (2002), os transtornos alimentares são decorrentes de uma combinação de fatores, geralmente classificam-se em fatores predisponentes, precipitantes e os mantenedores. Os fatores predisponentes são aqueles que ampliam a chance de surgimento do transtorno. Os fatores precipitantes são aqueles que marcam o surgimento dos sintomas dos TA. E por último os fatores mantenedores que determinam se o transtorno vai ser mantido ou não.

Ainda segundo os autores, os fatores predisponentes dos transtornos alimentares são categorizados em três grupos: individual, hereditário e sociocultural. Tratando de fatores individuais, traços como perfeccionismo, passividade, obsessividade e introversão são frequentes em indivíduos com anorexia nervosa. Os autores citam estudos que consideram o trauma sexual como um agente de vulnerabilidade a transtornos psiquiátricos em geral, dessa forma, sendo um fator de risco para a anorexia nervosa. Em relação aos fatores genéticos, Morgan et al. (2002), referem que parentes em primeiro grau de indivíduos com anorexia nervosa apresentam uma chance 11 vezes maior de desenvolver o transtorno do que em parentes de primeiro grau de indivíduos saudáveis. Os autores citam um estudo longitudinal, que avaliou bebês e seus pais, apontando que a internalização do ideal de magreza por parte da mãe, a insatisfação corporal e o comportamento de fazer uma dieta restrita aumentam a chance de aparecimento de problemas alimentares, o que pode aumentar o risco para TA futuramente. Indivíduos que fazem parte de grupos de atletas, bailarinas,

modelos e nutricionistas acentuam a busca por um corpo muito magro, aumentando o risco de TA. Não está comprovado se o ambiente seria um fator desencadeante ou se pessoas já predispostas a desenvolver TA tenderiam a buscar essas profissões.

De acordo com Morgan et al. (2002), é possível citar a dieta restrita como um dos principais fatores precipitantes, sendo que o ideal da magreza predomina na sociedade. Indivíduos que aderem a restrição alimentar tem um risco 18 vezes maior para o desenvolvimento de TA comparado a indivíduos que não fazem dieta. Somente esse aspecto não é suficiente para produzir os TA, “a dieta restrita, isoladamente, não é suficiente para produzir os TA, ela precisa interagir com os fatores de risco já descritos para levar a este desfecho” (Morgan et al. 2002, p.21). Algumas pessoas em restrição alimentar, costumam aumentar cada vez mais essa limitação, instalando-se a desnutrição, que reforça a distorção da imagem corporal, trazendo como resultado o temor de engordar e a vontade de emagrecer, perpetuando assim a anorexia nervosa. Outro fator precipitante são os eventos estressores, que por sua vez, podem emergir por uma desorganização da vida ou uma ameaça à integridade física (gravidez, doença, abuso sexual ou físico). O efeito que os eventos estressores podem ter sobre os TA depende dos recursos que cada indivíduo possui para responder aos mesmos. Dessa forma, pacientes com anorexia nervosa tendem a ter uma atitude de evitação à comida diante de uma situação estressora (Morgan et al. 2002).

E por último, os fatores mantenedores, que são aqueles que propiciam a continuação do transtorno mesmo após os fatores precipitantes não estarem mais presentes, incluindo o papel das alterações fisiológicas, psicológicas e culturais produzidas pela desnutrição que tendem a perpetuar o transtorno. Se tratando de alterações fisiológicas, o estado de desnutrição gera diversas alterações. A baixa ingestão provoca uma diminuição do gasto energético de repouso, bem como uma diminuição das reservas de proteínas, lípidos, hidratos de carbono, vitaminas, minerais e hormonais, podendo prejudicar a sobrevivência do sujeito. Envolve redução da temperatura corporal e atraso no crescimento/reprodução. Como alterações psicológicas, a privação alimentar desencadeia pensamentos obsessivos sobre comida e o sentimento de controle sobre estes lhe passa a sensação de grandiosidade. E por último, as alterações culturais, onde a magreza é vista como símbolo de sucesso perante a sociedade (Morgan et al. 2002).

De acordo com o DSM-5, a anorexia nervosa se caracteriza por três particularidades: limitação insistente da ingestão calórica; medo acentuado de ganhar peso ou comportamento intenso que interfere no ganho de peso; e conflito na percepção da própria forma ou do próprio peso (APA, 2014).

A AN tornou-se um grande problema na área de saúde pública no mundo. Características biológicas, psicológicas, familiares e socioculturais são condições que podem determinar o surgimento de anorexia nervosa. (Fleitlich et al., 2000).

Segundo o DSM-5, determina-se dois subtipos de anorexia nervosa: A compulsão alimentar purgativa - “Nos últimos três meses, o indivíduo se envolveu em episódios recorrentes de compulsão alimentar purgativa (vômitos autoinduzidos ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas)” (APA, 2014, p.339) . E o subtipo restritivo, que durante os últimos três meses, o indivíduo não se envolveu em episódios recorrentes de compulsão alimentar ou comportamento purgativo. Apresenta a perda de peso por meio de restrição alimentar, jejum e/ou exercício excessivo (APA, 2014).

Conforme Fleitlich et al., (2000) “As consequências físicas são semelhantes às de um estado de desnutrição crônico. Quando acomete crianças ou adolescentes, interfere na curva de crescimento, levando a estaturas menores do que as esperadas, e atrasa ou até interrompe o desenvolvimento puberal” (p.325).

O risco de suicídio é alto em sujeitos com AN, com taxas de 12 por 100.000 por ano. Transtornos bipolares, depressivos e de ansiedade em geral ocorrem simultaneamente com anorexia nervosa. Vários indivíduos expressam a presença de sintomas de ansiedade anteriormente ao aparecimento de seu transtorno alimentar. O Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) também pode ocorrer em indivíduos com anorexia nervosa, principalmente com o subtipo restritivo. O transtorno por uso de álcool e outras substâncias pode também estar associado à anorexia nervosa, especialmente em quem tem o tipo compulsão alimentar purgativa (APA, 2014).

A magreza para pacientes com anorexia nervosa está relacionada ao autocontrole, superioridade e competência, estando associada à autoestima. No início, o ato de fazer dieta é aprovado pela sociedade e pelas pessoas próximas. Em seguida, a experiência de possuir comando sobre o corpo e sobre a alimentação é reforçada positivamente por um sentimento de conquista (Oliveira & Deiro, 2013).

Conforme exposto no DSM-5 “Quando gravemente abaixo do peso, indivíduos com anorexia nervosa apresentam sinais e sintomas depressivos, como humor deprimido, isolamento social, irritabilidade, insônia e diminuição da libido” (APA, 2014, p.341).

A busca, a escolha, o consumo e as proibições em relação aos alimentos são instalados por regras sociais, carregadas de significados. “O alimento é algo representado, isto é, apreendido com significado cognitivo” (Ramalho & Saunders, p.12).

Uma alimentação muito restrita não é recomendada, a redução de peso deve ser atingida por meio de mudanças progressivas nos hábitos alimentares. O sujeito deve seguir

informações nutricionais corretas, com flexibilidade para se livrar do pensamento “tudo ou nada”. O tratamento dos transtornos alimentares deve ser realizado em conjunto com uma equipe multidisciplinar, sendo indispensável a envolvimento de psicólogos e outros profissionais, como: nutricionistas, psiquiatras e médicos clínico. A presença da família no tratamento é essencial para facilitar as mudanças (Duchesne & Almeida, 2002).

No ano de 1990 foi inaugurado o primeiro centro brasileiro multidisciplinar para o tratamento, ensino e pesquisa na área de transtornos do comportamento alimentar. O Programa chama-se AMBULIM e se localiza no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP). O programa conta com uma equipe multidisciplinar, incluindo atendimento médico, nutricional, familiar e psicológico (Conti et al., 2012).

### **Fundamentos básicos da terapia cognitivo comportamental**

A Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) foi criada por Aaron Beck por volta de 1960, trata-se de uma terapia focal, diretiva e estruturada, voltada para o aqui e agora, com início, meio e fim. Atualmente é indicada por ser cientificamente comprovada a sua eficácia para tratar diversos transtornos mentais. Pressupõe que, em transtornos mentais, o pensamento disfuncional é um componente essencial. A modificação de pensamentos disfuncionais leva à melhora sintomática dos transtornos, à modificação de crenças disfuncionais subjacentes e estabelece uma boa recuperação (Pereira & Rangé, 2011). O autor enfatiza que a terapia cognitiva identifica e reestrutura três níveis de cognição: pensamentos automáticos, crenças intermediárias e crenças nucleares. Os pensamentos automáticos são o nível de cognição mais fáceis de identificar, são acompanhados de uma emoção negativa que antecede as mais variadas situações do dia a dia, e podem ser mais facilmente identificados pelo paciente. As crenças intermediárias ou subjacentes são o segundo nível de cognição: são as regras, suposições e atitudes que influenciam a maneira como a pessoa se comporta. E as crenças nucleares ou centrais, são o mais profundo nível de cognições criado por Beck e surge com as experiências infantis. São mais difíceis de serem acessadas e modificadas. Trata-se de verdades absolutas, e imutáveis sobre o que o sujeito pensa sobre si (Pereira & Rangé, 2011).

Ao longo dos anos a TCC vem sendo testada e até 2013, mais de 500 estudos científicos, através de ensaios clínicos controlados randomizados mostraram a eficácia dessa teoria. 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).

Os pensamentos automáticos 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, desempenha uma função significativa no desencadeamento de um possível transtorno psiquiátrico. Essas crenças podem contribuir nas distorções e rigidez, tornando-se disfuncional, e conseqüentemente provocando comportamentos disfuncionais (Conti et al., 2012).

É essencial que os pacientes entendam a comunicação entre pensamentos, emoções e comportamentos, dessa forma, serão capazes de identificar suas reações, determinando mudança. Com a evolução dos pacientes, é possível responder às influências do ambiente e modificar os padrões emocionais quanto ao ato de comer e o modo de encarar o peso e a forma física (Conti et al., 2012).

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 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).

A TCC propõe que seja realizado um automonitoramento, isto é, um registro de comportamentos, pensamentos, sentimentos e situações relevantes, essa tarefa tem como objetivo, 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, porque anteriormente parecia ser automático e fora do seu próprio controle (Barlow, 2016).

De acordo com 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 recaída.

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.

### **Intervenções da terapia cognitivo comportamental no tratamento da anorexia nervosa**

Para apresentar as intervenções no tratamento da anorexia nervosa é fundamental descrever as contribuições nos transtornos alimentares como um todo, sendo eles, a pica, o transtorno de ruminação, o transtorno alimentar restritivo/evitativo, a bulimia nervosa, transtorno de compulsão alimentar e a anorexia nervosa.

Para o tratamento dos transtornos alimentares, a terapia cognitivo comportamental baseia-se em técnicas para a redução da ansiedade, administração do próprio comportamento e manipulação de cognições desadaptadas. Sujeitos com TA podem se beneficiar com o tratamento da TCC, porque, os comportamentos como jejuns ou vômitos são fatores centrais dessas doenças sendo capaz de ser controlados. O propósito do tratamento é fazer o paciente averiguar a validade de suas crenças e mudar comportamentos disfuncionais. Os processos cognitivos mais comuns nestas condições (abstração seletiva, supergeneralização, magnificação, pensamento dicotômico, personalização e pensamento supersticioso) são examinados cautelosamente, no intuito de modificar os pensamentos automáticos (Oliveira & Deiro, 2013).

Conforme Duchesne e Almeida (2002, p.49):

As estratégias sugeridas para o tratamento da AN objetivam a diminuição da restrição alimentar e da frequência de atividade física, facilitando o aumento do peso; a diminuição do distúrbio da imagem corporal; a modificação do sistema disfuncional de crenças associadas à aparência, peso e alimentação e o aumento da autoestima.

Um dos maiores sofrimentos de um paciente com anorexia nervosa é relacionado ao distúrbio de imagem corporal. Uma das técnicas que pode ser utilizada pela TCC, é solicitar

ao paciente para que desenhe como percebe seu próprio corpo frente a um espelho. Após, o terapeuta desenha o corpo do paciente para que ele consiga observar a divergência entre os desenhos. Essa técnica visa reduzir a ansiedade relacionada a aparência, e ensinar o paciente a lidar com eventuais imperfeições físicas (Oliveira & Deiro, 2013).

Murphy e colaboradores em Moreira, Boff, Pessa, Oliveira e Neufeld (2017), elaboraram um tratamento denominado “terapia cognitivo-comportamental potencializada” (tradução livre de “Enhanced” Cognitive Behavioral Therapy [CBT-E]). A CBT-E foi desenvolvida para uso no tratamento de pacientes adultos com qualquer TA, sendo recomendado em torno de quarenta sessões para pacientes com AN.

A primeira etapa da CBT-E envolve aproximadamente oito sessões e o objetivo desse momento é estimular o engajamento ao tratamento e à mudança, psicoeducar o paciente sobre o tratamento e o transtorno e introduzir a pesagem semanal e a alimentação regular. O objetivo principal da pesagem, é psicoeducar sobre o peso corporal, abordando os princípios físicos de sua regulação. O automonitoramento também é adotado nessas sessões iniciais, se estendendo na maior parte do tratamento (Moreira et al., 2017).

A segunda etapa envolve duas sessões, tendo como propósito, revisar o processo, com o intuito de identificar obstáculos para a mudança e os problemas que ainda existem (Moreira et al., 2017).

Seguindo com a ideia Moreira et al., (2017), a terceira etapa consiste em acessar os mecanismos que mantêm o TA do paciente. Geralmente, essa fase dura oito sessões. O terapeuta auxilia o paciente a perceber como ele se avalia, mostrando a importância atribuída ao corpo e à alimentação. O paciente deve compreender os problemas relacionados a essa crença inadequada. Com base nisso, devem ser identificadas as principais distorções cognitivas, especialmente a desconsideração de qualidades positivas e a supervalorização de aspectos negativos. Com a aplicação da reestruturação cognitiva, os pacientes podem ser beneficiados, alcançando uma visão mais equilibrada de sua autoestima.

Em casos mais graves, intervenções comportamentais também são indicadas, como por exemplo, técnicas de confrontação. Ou seja, na presença de pensamentos automáticos irracionais como “Após esta refeição, com certeza engordei uns três quilos, posso ver!”, o terapeuta pode instruir o paciente a se pesar após as refeições, desta forma, alcançando uma evidência contrária ao seu pensamento disfuncional (Moreira et al., 2017).

E para finalizar, a quarta etapa consiste em um programa de prevenção a recaídas por meio de antecipação e preparação para o enfrentamento de situações estressoras que provocavam os padrões disfuncionais. Essa estratégia consiste em identificar os fatores de

risco, buscar estratégias para preveni-los e especificar como agir durante uma recaída (Moreira et al., 2017).

Mas além do desenvolvimento adequado de um plano de tratamento, a TCC considera a qualidade de uma terapêutica, que conforme Beck (2013), alguns pacientes têm certa resistência em confiar e trabalhar com o seu terapeuta, por isso, é muito importante se esforçar para demonstrar todos os preceitos básicos em uma situação de aconselhamento: afeto, empatia, atenção e competência. Também é importante solicitar um *feedback* ao final de cada sessão, para certificar-se de que a sessão foi positiva ou não.

Mudanças nos hábitos alimentares em pacientes com transtornos alimentares podem ser complexos, uma vez que, podem ser alterados devido a eventos externos e humor. O objetivo da TCC é ajudar os pacientes a lidar com eventos estressores sem influenciar sua alimentação (Barlow, 2016). Nesse processo, é fundamental que o profissional entenda que a mudança é lenta e respeite os limites apresentados pelo paciente, compreendendo sua resistência como parte do tratamento. As metas devem ser praticáveis, com pequenas alterações, desde que essa situação não traga risco a vida do indivíduo (Moreira et al., 2017).

Conforme Moreira, et al (2017, p.165):

É necessário que o profissional conduza um treino de habilidades sociais específico aos déficits de habilidade de cada paciente. É comum que os pacientes com TAs, especialmente aqueles com AN, apresentem dificuldades em expressar pensamentos e sentimentos, iniciar, manter e encerrar conversação, fazer e recusar pedidos, responder a críticas, fazer e receber elogios e defender seus direitos e opiniões. O desenvolvimento dessas habilidades favorece a modificação comportamental nas relações interpessoais, o cultivo de crenças de autoeficácia e o aumento da autoestima.

Outro ponto importante para o tratamento dos transtornos alimentares, é a abordagem familiar, com enfoque cognitivo-comportamental, visto que, essa ação é imprescindível para constituir as metas de longo prazo. De acordo com Bowers et al em Moreira et al (2017), desde a primeira etapa do tratamento, deve ser destacado o trabalho com os familiares. É importante que o terapeuta identifique as crenças disfuncionais que os pais podem transmitir para o paciente e que levem a práticas parentais mal-adaptativas, como tentativas coercitivas e controladoras para fazer o paciente se alimentar.

Inicialmente, é realizado uma busca pela identificação de conflitos familiares que podem estar contribuindo para o transtorno alimentar, bem como a identificação de regras na família. A etapa seguinte é voltada para a psicoeducação da família sobre o transtorno alimentar e a terapia cognitivo comportamental, mostrando que trata-se de uma doença e desfazer ideias erradas em relação ao transtorno. E por fim, assim como realizado com o

paciente, é necessário fazer o processo de reestruturação cognitiva com a família também (Canals, Figueiredo, Kuhn & Argimon, 2009).

A revisão de literatura permitiu uma aproximação do tema, sem, no entanto, esgotá-lo, razão pela qual a investigação continuará por meio do método detalhado a seguir.

## MÉTODO

### **Delineamento**

Este trabalho foi baseado em um delineamento qualitativo, de cunho exploratório e interpretativo. O método qualitativo é muito pertinente quando se trata do estudo das relações sociais, devido a ampliação das esferas da vida, e essa ampliação requer um olhar para o estudo empírico das questões (Flick, 2009). E a pesquisa exploratória tem como objetivo ampliar as perspectivas de investigação sobre determinado assunto, facilitar a delimitação do tema de trabalho, estabelecer os objetivos ou elaborar as hipóteses de uma pesquisa. Por meio das pesquisas exploratórias se analisa a possibilidade de desempenhar uma boa pesquisa sobre determinado assunto (Andrade, 2010). Já a pesquisa interpretativa é indicada quando tema a ser trabalhado possui um vasto material bibliográfico e quando as técnicas de coletas de dados e/ou instrumentos já foram testados e validados em outras investigações. Tem como objetivo aprofundar a investigação de um determinado fenômeno e utilizar uma vertente teórica para analisar/interpretar um conjunto de dados.

### **Fonte**

A fonte utilizada foi o artefato cultural “O mínimo para viver”, dirigido por Marti Noxon, produção de Karina Miller, Bonnie Curtis, Julie Lynn, roteiro de Marti Noxon, o filme conta com a atriz Lily Collins, teve seu lançamento no ano de 2017. Retrata a história de Ellen, uma jovem de 20 anos com anorexia nervosa, obcecada por contagem de calorias, exercícios físicos, e acredita estar no controle de tudo. Ellen atingiu um nível de magreza extremamente preocupante. Passou por diversos médicos e internações, mas, ainda assim, não conseguiu vencer a doença. Após muita insistência da família, a moça vai em uma consulta com um novo terapeuta, o qual tem uma conversa muito franca e que parece causar algum efeito em Ellen, pois ela concorda com uma nova internação. Chegando ao lugar onde ficará internada, Ellen conhece outras pessoas que passam por distúrbios alimentares também e todos buscam vencer os desafios dia após dia, com um passo de cada vez (Miller, Curtis, Lynn & Noxon, 2017).

### **Instrumento**

Devido a necessidade de um instrumento para alcançar os objetivos propostos, foi elaborado uma tabela. Nesta, constam as três categorias e seis cenas escolhidas para auxiliar no processo de interpretação, deixando o material mais claro e organizado.

**Procedimentos**

Primeiramente o filme foi assistido diversas vezes, para fazer a definição das cenas que seriam utilizadas correspondentes às categorias propostas. Em seguida, foi realizada a transcrição, categorização e análise das mesmas de acordo com a análise de conteúdo de Laville e Dionne.

**Referencial de análise**

O referencial de análise foi baseado na análise de conteúdo de Laville e Dionne (1999), onde inicialmente é realizado uma organização do material, em seguida o material é descrito acompanhado de notas sobre a fonte e um breve relato de seu conteúdo. A função, é auxiliar o pesquisador a encontrar rapidamente o material. “O princípio da análise de conteúdo: consiste em desmontar a estrutura e os elementos desse conteúdo para esclarecer suas diferentes características e extrair sua significação” (Laville & Dionne,1999, p.214).

O recorte dos conteúdos ocorreu por meio de um modelo aberto com categorias a posteriori, ou seja, “as categorias não são fixas no início, mas tomam forma no curso da própria análise” (Laville & Dionne,1999, p.219), sendo elas: Conceituação da anorexia nervosa, fundamentos da terapia cognitivo comportamental e intervenções da terapia cognitivo comportamental.

Como análise de conteúdo foi adotada uma modalidade de cunho qualitativo, não havendo regras definidas, o que não significa que o procedimento seja aleatório e subjetivo, pelo contrário, é necessário certificar-se de que ela siga sendo estruturada e sistemática. A estratégia utilizada como modo de interpretação foi o emparelhamento, para relacionar as informações investigadas a um modelo teórico com a finalidade de compará-los. Em seguida, deve-se verificar se há relação entre essa construção teórica e a condição observável, comparar seu modelo lógico ao que aparece no objeto de sua análise (Laville & Dionne,1999).

## RESULTADOS

A seguir segue uma tabela com as categorias e suas respectivas cenas e na sequência uma discussão teórica sobre as mesmas. Para cada uma das cenas foi atribuído um nome que caracterizasse o foco da cena. Ressalta-se que a numeração das cenas não segue a ordem cronológica do artefato cultural.

Tabela 1

Categorias de análise e cenas do artefato cultural

CATEGORIAS	CENAS
1. Conceituação da anorexia nervosa	1- Sintomas 2- Controle
2. Fundamentos da terapia cognitivo comportamental	3- Aliança terapêutica 4- Psicoeducação
3. Intervenções da terapia cognitivo comportamental	5- Tarefas e recompensas 6- Terapia familiar

Fonte: Lilian Müller

### **Categoria 1: Conceituação da anorexia nervosa**

#### Cena 1 - Sintomas (13:28 a 13:37)

Terapeuta: “Você faz muitos abdominais! ”

Paciente: “Nem tantos assim! ”

Terapeuta: “Não foi uma pergunta, foi assim que você fez esses machucados nas costas”.

#### Cena 2 - Controle (08:45 a 08:55)

Paciente: “Pelo menos eu economizo grana, não preciso de muito pra encher o meu estômago, eu tenho tudo sob controle, não vai acontecer nada comigo”

### **Categoria 2: Fundamentos da terapia cognitivo comportamental**

#### Cena 3 - Aliança terapêutica (55:20 a 55:35)

Terapeuta: “E que showzinho foi aquele (se referindo sobre a terapia em família que tiveram no dia anterior)? ”

Paciente: “Foi exatamente o que a minha irmã me falou”.

Terapeuta: “Eu gosto dela”.

Paciente: “É, eu também, a gente se dá muito bem”.

Terapeuta: “Dá pra ver, ela foi a única a dizer alguma coisa sem ser totalmente egoísta. Mas eu vou ser honesto com você. Não gosto muito do seu nome”.

Paciente: “O que? ”

Terapeuta: “Ellen não combina com você, é muito antiquado”.

Paciente: “Sabe que eu nunca gostei também? ”

Terapeuta: “Então muda. Fala para as pessoas te chamarem por outro nome, se quiser legalizar, você pode preencher um formulário na internet em 10 minutos. Eu pensei em Ely. (ela balança a cabeça de forma negativa) Você não gostou né? Então, Ellai!” (Ela sorri e demonstra interesse. Na cena seguinte ela chega no quarto e se apresenta para o Lucky como Ellai).

### **Categoria 3: Intervenções da terapia cognitivo comportamental**

#### Cena 4 - Psicoeducação (14:10 a 15:15)

Terapeuta: “Quando foi sua última menstruação? ”

Paciente: “Nossa, eu acho que faz...”

Terapeuta: “Faz bastante tempo”.

Paciente: “Eu não me sinto nada doente sabia? Se eu quero ser magra, isso não é bom pra saúde? Eu vou viver mais do que os outros”.

Terapeuta: “Você gosta disso (apontando para os braços dela)? ”

Paciente: “Dos pelos? ”

Terapeuta: “Melanugo! Seu corpo tenta te manter aquecida produzindo mais pelo, mas você sabe disso, não é? Falo com crianças iguais a você todos os dias. Então eu sei que vocês sempre pensam que sabem de tudo. Você não está magra. Você assusta as pessoas. E eu aposto que gosta disso. Mas, nesse ritmo, um dia não vai mais acordar. E eu não vou tratar se você não quiser continuar viva. Se você quiser que eu te ajude, vai ter que aceitar algumas condições”.

#### Cena 5 - Tarefas e recompensas (22:44 a 23:20)

Lucky: “Nos reunimos aqui (apontando para uma sala) para o circo dos horrores, bom, é como eu chamo a terapia em grupo”.

Paciente: “O que é esse negócio de nível? ”

Lucky: “São ganhos por bom comportamento, tipo como quando você era criança e tinha tarefas. Então as tarefas te dão pontos? Entre outras coisas... Sim! E eles podem dar ou tirar se quiserem, se conseguir o bastante, o seu nível sobe. Você conquista privilégios, tipo, você pode sair sozinha da casa”.

Cena 6 - Terapia familiar (30:38 a 31:00)

Terapeuta: “A sua família virá para uma sessão em grupo amanhã à noite, eu faço isso com os pacientes novos, se for produtivo podemos fazer mais vezes”.

## DISCUSSÃO

Essa discussão visa fazer uma interpretação das cenas descritas, correspondentes às respectivas categorias, podendo articular com novos conteúdos ou com referências já expostas na revisão de literatura sobre a Terapia Cognitivo Comportamental. O filme retrata a história de Ellen, uma jovem de 20 anos com anorexia nervosa. Ellen atingiu um nível de magreza extremamente preocupante. Passou por diversos médicos e internações e após muita insistência da família, a moça vai em uma consulta com um novo terapeuta, o qual tem uma conversa muito franca e que parece causar algum efeito em Ellen, pois ela concorda com uma nova internação. Chegando ao lugar onde ficará internada, Ellen conhece outras pessoas que passam por distúrbios alimentares também e todos buscam vencer os desafios dia após dia, com um passo de cada vez.

Nas cenas escolhidas correspondente a categoria 1- conceituação da anorexia nervosa, é possível identificar os sinais e sintomas compatíveis com anorexia nervosa, ou seja, na cena 1 (Sintomas), o terapeuta afirma que Ellen faz muitos abdominais, e a paciente por sua vez, tenta rebater dizendo que não são tantos assim. Conforme já exposto na revisão de literatura, o indivíduo não percebe o problema, pois acha normal controlar a alimentação e tende a esconder essas atitudes da família e amigos. De acordo com Teixeira, Costa, Matsudo e Cordás (2009), 80% dos pacientes com diagnóstico de anorexia nervosa praticam exercício físico de forma compulsiva em algum momento de sua história clínica, com o objetivo de controlar o peso. Os indivíduos utilizam o exercício físico de modo quantitativo (“excessivo”) e qualitativo (“compulsivo”), ou seja, o elemento quantitativo, corresponde à frequência, à duração e à intensidade do exercício e o elemento qualitativo é caracterizado pela existência de troca de outras atividades de lazer ou familiares por uma agenda rígida, em que o indivíduo não se permite dias sem exercício.

Da mesma forma, na cena 2 (Controle), em uma das frases da paciente para o terapeuta, ela tenta justificar seus comportamentos, alegando que está economizando dinheiro, que não precisa de muito para encher seu estômago, que tem tudo sob controle e ainda afirma que nada de ruim vai acontecer. Essas atitudes reforçam o diagnóstico de um paciente com anorexia nervosa, ficando nítido a intenção de minimizar a gravidade do seu problema. De acordo com Oliveira e Deiro (2013), a magreza para pacientes com anorexia nervosa está relacionada ao autocontrole, superioridade e competência, estando associada à autoestima. No início, o ato de fazer dieta é aprovado pela sociedade e pelas pessoas próximas. Em seguida, a experiência de possuir comando sobre o corpo e sobre a alimentação é reforçada positivamente por um sentimento de conquista. Diante disso,

também é possível identificar uma das crenças disfuncionais da paciente, onde ela afirma ser econômica, ao invés de reconhecer sua doença. Conforme já evidenciado na revisão de literatura, a TCC ensina os pacientes a identificar, avaliar e responder aos seus pensamentos e crenças disfuncionais.

Dando sequência a discussão das categorias, avança-se para a categoria 2 - Fundamentos da terapia cognitivo comportamental. Ainda sobre a categoria 2, na cena 3 (Aliança terapêutica), em uma das sessões o terapeuta e Ellen conversam sobre a terapia em família que tiveram no dia anterior. Ele utiliza estratégias para se aliar ao vocabulário da paciente, se referindo a irmã dela, que é uma pessoa que ela gosta, para conseguir estabelecer um vínculo. Beck (2013) afirma que alguns pacientes tem certa resistência em confiar e trabalhar com o seu terapeuta, por isso, é muito importante se esforçar para demonstrar todos os preceitos básicos em uma situação de aconselhamento: afeto, empatia, atenção e competência. Nesse caso, é possível reiterar o 2º princípio básico da TCC, o qual requer uma aliança terapêutica sólida para o progresso dos atendimentos.

Na categoria 3 - Intervenções da terapia cognitivo comportamental, a cena 4 (psicoeducação) o terapeuta questiona quando foi a última menstruação da paciente e dá sequência afirmando que faz bastante tempo. Ellen tenta contestar dizendo que não sente-se doente e defende a ideia de que ser magra é bom para a saúde e vai viver mais do que as outras pessoas. Em seguida, o terapeuta segura o braço da paciente e aponta para os melanugos, fazendo uma breve explicação do que se trata. Nesse momento, ele foi extremamente enfático e incisivo, dizendo que ela não está magra e sim, que assusta as pessoas. Afirmou que se ela continuasse daquela forma, um dia não iria mais acordar e que só iria ajudá-la se quisesse continuar vida, e ainda assim, aceitando algumas condições propostas por ele. Diante dessa cena, foi possível identificar mais um dos princípios da Terapia Cognitivo Comportamental. Conforme já exposto no decorrer do trabalho, um dos princípios da TCC, é que ela é educativa e tem como objetivo ensinar o paciente a ser seu próprio terapeuta (Beck, 2013). Complementando o que já foi descrito, Lemes e Ondere Neto (2017) afirmam que “a psicoeducação é uma técnica que relaciona os instrumentos psicológicos e pedagógicos com objetivo de ensinar o paciente e os cuidadores sobre a patologia física e/ou psíquica, bem como sobre seu tratamento. Assim, é possível desenvolver um trabalho de prevenção e de conscientização em saúde”.

Na cena 5 (Tarefas e recompensas), merece destaque, o momento em que Ellen chega na casa onde ficaria internada e um dos colegas chamado Lucky, apresenta o espaço para ela. No decorrer da apresentação, ele menciona os ganhos por bom comportamento e as tarefas que valem pontos, sendo possível subir de nível e conquistar “privilégios” dentro da

casa. Segundo Wright, Basco e Thase (2008), as tarefas servem para desenvolver habilidades em terapia cognitivo comportamental para lidar com problemas em situações reais e podem fazer parte de todas as etapas do tratamento. Portanto, ela pode ser atribuída desde a primeira sessão, o que já comunica ao cliente que o processo terapêutico é colaborativo, e que ele tem um papel fundamental no processo de mudança.

Em relação à cena 6 (Terapia familiar), ressalta-se o momento em que o terapeuta entra no quarto de Ellen para informá-la que no dia seguinte sua família viria para uma terapia em grupo e que isso era um procedimento padrão para os pacientes novos, podendo se manter, caso as sessões fossem produtivas. Conforme já descrito na revisão de literatura, a presença da família no tratamento é essencial para facilitar as mudanças (Duchesne & Almeida, 2002). A abordagem familiar, com enfoque cognitivo comportamental, é imprescindível para constituir as metas de longo prazo. Inicialmente, é realizado uma busca pela identificação de conflitos familiares que podem estar contribuindo para o transtorno alimentar, bem como a identificação de regras na família. A etapa seguinte é voltada para a psicoeducação da família sobre o transtorno alimentar e a terapia cognitivo comportamental, mostrando que trata-se de uma doença e desfazer ideias erradas em relação ao transtorno. E por fim, assim como realizado com o paciente, é necessário fazer o processo de reestruturação cognitiva com a família também (Canals, Figueiredo, Kuhn & Argimon, 2009).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do desenvolvimento deste trabalho foi possível compreender o conceito de anorexia nervosa e as contribuições da terapia cognitivo comportamental no tratamento deste transtorno, atingindo-se, portanto, os objetivos propostos por ocasião da elaboração do projeto do trabalho de conclusão de curso. Ao descrever anorexia nervosa, percebeu-se que envolve um aglomerado de sinais e sintomas como alerta, sendo eles, perda de peso rápida, ausência ou alteração da menstruação em meninas e mulheres (amenorreia) e diminuição da libido em homens, cabelo fino aparecendo no rosto e no corpo (melanugo), preocupação excessiva com a alimentação, corpo e peso, exercício físico em excesso, entre outros.

A partir dos dados obtidos, pode-se concluir que é indispensável o tratamento multidisciplinar, envolvendo o trabalho de psicólogo, nutricionista e educador físico. O trabalho deve iniciar através de uma conscientização, por meio de psicoeducação, reeducação alimentar e exercícios físicos, todos estes, acompanhados de um profissional da área. O objetivo inicial deve focar em recuperar os quilos perdidos em função do transtorno e da baixa ingestão de calorias dos meses anteriores através de uma reeducação alimentar. Essa recuperação precisa ocorrer em um ritmo seguro de forma que o paciente recupere a sua saúde e em conjunto trabalhar a questão da autoimagem e autoestima. Hoje se fala também em Educação Interprofissional (EIP), ou seja, não se trata apenas de trabalhar em equipe, mas também aprender, possibilitando melhorar os resultados do tratamento.

O artefato cultural escolhido foi pertinente para a realização deste trabalho, mostrando questões importantes e delicadas sobre os transtornos alimentares. Salienta-se que, a maior parte da literatura aponta que esse transtorno atinge principalmente as mulheres e o filme rompe esse paradigma, mostrando também a história de um dos pacientes, do sexo masculino. Dessa forma, colabora na conscientização do tratamento aos homens, que podem desenvolver o transtorno com a mesma gravidade.

Apesar de todas as vantagens obtidas com a escolha desse filme, ainda assim, é possível afirmar que trata-se de um artefato com conteúdos discutíveis, visto que, nem tudo que aparece no filme se efetivaria na vida real. Por exemplo, a gravidez de uma das meninas internadas na clínica com um grau avançado de anorexia nervosa, de acordo com o nível da doença, seria praticamente impossível isso acontecer. Outro fato, é a aproximação entre a protagonista e Lucky, o menino que demonstra interesse sexual por ela. Isso porque, a falta da libido também é algo comum na anorexia nervosa. Da mesma forma, uma das cenas mais surpreendente acontece no final do filme, onde Ellen resolve retomar o tratamento por conta própria e voltar para a clínica. Esse seria outro fato improvável, uma vez que, os pacientes

não reconhecem seus sintomas como problemas, e suas participações em terapia são predominantemente involuntárias, sendo portanto, necessário a iniciativa de um terceiro para realizar a internação.

O artefato cultural abordou o assunto sem contemplar o sucesso do tratamento, pois, o filme termina na cena em que a paciente resolve voltar para a clínica e dessa forma, não se sabe se ela realmente aderiu ao tratamento ou não.

Outro ponto importante de ser mencionado, é o fato de que em nenhum momento do filme o terapeuta se apresenta como psicólogo e tampouco menciona-se a terapia cognitivo comportamental. Essas foram interpretações realizadas durante o processo de construção do trabalho. Foi possível observar que durante o tratamento, o terapeuta se apoiou na construção da autoconfiança, propôs tarefas e recompensas e trabalhou com a psicoeducação, algumas das técnicas utilizadas na terapia cognitivo comportamental.

Diante dos elementos observados no filme, é possível acrescentar que esse trabalho poderia ser compreendido sob uma óptica de outra perspectiva teórica, como por exemplo, a psicanálise, citando os mecanismos de defesa utilizados pela paciente, e também levar em consideração as questões não resolvidas no seu passado. Seria importante dar uma atenção especial ao paralelo simbólico sobre a alimentação e as primeiras relações significativas com a mãe. O alimento afetivo lhe foi negado durante seu desenvolvimento inicial. Ao final, a própria mãe de Ellen revela que não a amamentou, não a alimentou com afeto e que sofreu com depressão pós-parto.

Durante a construção deste trabalho foi possível perceber que o tratamento da anorexia nervosa exige muita persistência do profissional que trabalha com isso, visto que, as recaídas são frequentes. Além disso, uma das críticas ao filme é o fato de apresentar cenas com comportamentos frequentes de quem tem o transtorno, no intuito de perder peso e esconder dos familiares. Tal circunstâncias podem apontar para duas direções, alertar para esses sinais, mas também estimular as pessoas para esse transtorno.

No decorrer desse processo participei de um cine debate, com uma psicóloga especialista em terapia cognitivo comportamental e em transtornos alimentares, que exibiu o filme “o mínimo para viver”. Foi uma oportunidade de confirmar o alinhamento entre a escolha do filme e o tema, colaborando ainda mais para o desenvolvimento deste trabalho.

E para finalizar, é importante comentar sobre a frase de Carl G. Jung exposta na epígrafe: “Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas. Mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana”. A psicologia é composta por várias vertentes e apesar do autor ser considerado o pai da psicologia analítica, essa frase tem coerência e deve-

se levar em consideração, pois, tudo que a psicologia pode auxiliar as pessoas, é válido. Até porque, seu princípio básico é a busca do bem-estar e da saúde mental das pessoas.

## REFERÊNCIAS

- Alvarenga, M, Scagliusi, F.B e Philippi, S.T. (2011). *Nutrição e transtornos alimentares*. [Versão Eletrônica]. (1 ed.). São Paulo: Manole.
- Alves, E. Vasconcelos, F.A.G. Calvo, M.C.M. Neves, J. (2008). Prevalência de sintomas de anorexia nervosa e insatisfação com a imagem corporal em adolescentes do sexo feminino do Município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. *Caderno Saúde Pública*. 24(3) 503-512. Acesso em 03 de outubro, 2018 de <https://www.scielo.org/pdf/csp/2008.v24n3/503-512/pt>
- Andrade, M.M. (2010). (10 ed.). São Paulo: Editora Atlas S.A.
- APA (American Psychiatric Association) (2014). 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.
- Beck, J. S. (2013). *Terapia Cognitivo Comportamental: teoria e prática*. [Versão Eletrônica]. (2. ed). Porto Alegre: Artmed.
- Barlow, D.W. (2016). *Manual clínico dos transtornos psicológicos: tratamento passo a passo*. [Versão Eletrônica] (5 ed.) Porto Alegre: Artmed.
- Borges, N. J., Sicchieri, J. M., Ribeiro, R. P., Marchini, J. S., & Santos, J. E. (2006). Transtornos alimentares - Quadro Clínico. *Medicina (Ribeirão Preto. Online)*, 39(3), 340-348. Acesso em 31 de outubro, 2018, de <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v39i3p340-348>
- 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 7 de novembro, 2018, de <https://seer.imed.edu.br/index.php/revistapsico/article/view/10>
- 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 2 de outubro, 2018, de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo\\_saude/anorexia\\_bulimia\\_corpo\\_perfeito\\_morte.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/anorexia_bulimia_corpo_perfeito_morte.pdf)
- Duchesne, M. & Almeida, P. E. M. (2002). Terapia cognitivo comportamental dos transtornos alimentares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(3), 49-53. Acesso em 26 de setembro, 2018, de <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v24s3/13972.pdf>.

- Fleitlich, B.W., Larino, M.A., Cobelo, A. & Cordás, T.A., (2000). Anorexia nervosa na adolescência. *Jornal de Pediatria*, 76(3), 323-329. Acesso em 2 de outubro, 2018, de <http://www.jped.com.br/conteudo/00-76-s323/port.pdf>
- Flick, U. (2009). *Introdução a pesquisa qualitativa*. [Versão Eletrônica]. (3 ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Laville, C. & Dionne, J. (1999). *A construção do saber*. (H. Monteiro & F. Settineri, Trad.). (32 ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Lemes, C. B., & Ondere Neto, J. (2017). Aplicações da psicoeducação no contexto da saúde. *Temas em Psicologia*, 25(1), 17-28. Acesso em 21 de abril, 2019 de <https://dx.doi.org/10.9788/TP2017.1-02>
- Martins, M.C.T., Alvarenga, M.S., Vargas, S.V.A., Sato, K. S.C.J., Scagliusi, F.B. (2011). Ortorexia nervosa: reflexões sobre um novo conceito. *Revista de nutrição*, 24(2), 345-357. Acesso em 1 de outubro, 2018, de <http://www.scielo.br/pdf/rn/v24n2/a15v24n2.pdf>
- Miller, K. Curtis, B. Lynn, J. (produtores) & Noxon, P. (Diretor). (2017). *O mínimo para viver* [filme]. EUA: Mockingbird Pictures.
- Moreira, G. S X. Boff, R. M. Pessa, R. P. Oliveira M. S. & Neufeld, C. B. (2017). *Terapia cognitivo comportamental para adolescentes: uma perspectiva transdiagnóstica e desenvolvimental*. Neufeld, C. B. (Org). [Versão Eletrônica]. (1 ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Morgan, C.M, Vecchiatti, I.R & Negrão, A.B. (2002). Etiologia dos transtornos alimentares: Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais culturais. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 24(3), 18-23. Acesso em 29 de outubro, 2018, de <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v24s3/13966.pdf>
- Oliveira, L.L. & Deiro, C. P. (2013). Terapia Cognitivo-Comportamental para Transtornos Alimentares: A Visão de Psicoterapeutas sobre o Tratamento. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 14(1), 36-49. Acesso em 3 de outubro, 2018, de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtcc/v15n1/v15n1a04.pdf>
- Pereira, P. M. L., Carmo, C. C. & Cândido, A. P. C., (2016). Identificação da insatisfação corporal e comportamentos favoráveis ao desenvolvimento de transtornos alimentares em adolescentes de uma escola pública. *Revista Adolescência & Saúde*. Acesso em 3 de julho, 2019, de <http://www.adolescenciaesaude.com/>
- 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.

- Ramalho, R. A. & Saunders, C. (2000). O papel da educação nutricional a educação no combate às carências nutricionais. *Revista de Nutrição*, 13(1), 11-16. Acesso em 20 de setembro, 2018, de <http://www.scielo.br/pdf/rn/v13n1/7918.pdf>
- Saikali, C. J.; Soubhia, C. S.; Scalfaro, B.M.; Cordás, T.A. (2004) Imagem corporal nos transtornos alimentares. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31(4), 164-166. Acesso em 10 de novembro, 2018 de <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v31n4/22401.pdf>
- Teixeira, P.C., Costa, R.F., Matsudo, S.M.M. & Cordás, T.A. (2009). A prática de exercícios físicos em pacientes com transtornos alimentares. *Revista de psiquiatria clínica*. 36(4), 145.-152. Acesso em 21 de abril, 2019, de <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v36n4/a04v36n4.pdf>
- Wright, J. H., Basco, M. R & Thase, M. E (2008). *Aprendendo a terapia cognitivo comportamental*. (M. G. Armando, Trad.). [Versão Eletrônica]. Porto Alegre: Artmed.