



## A ANOREXIA NERVOSA PELO VIÉS DA TEORIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

PEREIRA, Andréia Melo<sup>1</sup>  
SILVA JUNIOR, Sérgio Caetano da <sup>2</sup>

### RESUMO

O presente artigo aborda o Transtorno Alimentar especificando a Anorexia Nervosa, caracterizando a mesma com base no DSM-5, citando não somente o ato de não se alimentar de forma nutricional, mas também as consequências psicológicas deste transtorno bem como suas comorbidades. Dando enfoque a Teoria Cognitivo-Comportamental como forma de tratamento, que durante pesquisa consta não ser de total eficácia no tratamento, por motivo de recaídas. Porém pode-se caracterizar o transtorno demonstrando seus sintomas e consequências para com as vivências do indivíduo.

Palavras chave: Anorexia Nervosa. Teoria Cognitiva Comportamental. Transtorno Alimentar.

### ABSTRACT

The article deals with eating disorder by specifying anorexia nervosa, characterizing it based on the DSM-5, citing not only the act of not eating as a nutritional form, but also the psychological consequences that come in comorbidity with it. Focusing on cognitive behavioral theory for treatment, which during research appears to be not fully effective in treatment due to relapses. However, the disorder can be characterized by showing its symptoms and consequences for the individual's experiences.

Keywords: Anorexia Nervosa. Cognitive Behavior Theory. Eating disorder.

### 1 INTRODUÇÃO

Historicamente, “os transtornos alimentares são síndromes comportamentais cujos critérios diagnósticos têm sido amplamente estudados nos últimos 30 anos” (BORGES; CLAUDINO, 2002 p.7). Com maior ocorrência em jovens adultos de ambos os sexos, podendo causar consequências psicológicas, biológicas, sociais e incidências da patologia e mortes. Tal transtorno mais banal são a Anorexia e a Bulimia, dependem dos sintomas apresentados.

---

<sup>1</sup> Discentes do curso de Psicologia da Faculdade de Ensino Superior e Formação Integral – FAEF  
E-mail: [andreiamelopereira22@gmail.com](mailto:andreiamelopereira22@gmail.com)

<sup>2</sup> Docente do curso de Psicologia da Faculdade de Ensino Superior e Formação Integral - FAEF  
E-mail: [falecom@sergio.net](mailto:falecom@sergio.net)

A Anorexia Nervosa foi a primeira a receber classificação e a ter critérios diagnósticos na década de 70. Sendo descrita a priori no início do século XIX, apesar de existir casos anteriores (CORDÁS; CLAUDINO, 2002). Os critérios para o estabelecimento de um diagnóstico de Anorexia Nervosa foram publicados pela primeira vez por Feighner e colaboradores, 1972. Porém a anorexia nervosa (AN), ou ato de jejuar (anteriormente) existe há vários séculos, fazendo-nos pensar se realmente é uma patologia atual ou se é uma auto expressão de outras culturas e indivíduos de outras épocas.

Segundo Weinberg (2005) as “santas anoréxicas” eram as santas do século XIII, que enjeitavam os alimentos totalmente, se tornando uma epidemia na época de vivência de Santa Catarina de Siena. Que era acompanhada de auto insuficiência, insatisfação consigo próprio, distorções cognitivas, rigidez no comportamento e perfeccionismo. Bell (1985) relata o caso de Santa Catarina de Siena, que é um dos casos mais conhecidos, onde a mesma da início a restrição alimentar após morte de irmã e de planos futuros de casamento, sendo na época algo para liberar o corpo e alcançar a espiritualidade.

Segundo o DSM-5 há dois tipos de AN:

Tipo restritivo (F50. 01), caracterizado por não haver episódios recorrentes de compulsão alimentar ou comportamentos purgativos ou compensatórios, tais como vômitos e uso de laxantes e diuréticos de forma induzida e indevida. A redução do peso está associada à dieta, jejum ou realização de exercícios físicos excessivos. O outro tipo é a compulsão alimentar purgativa (F50. 02), em que há a presença de episódios recorrentes de compulsão alimentar purgativa (ou seja, após a compulsão alimentar, lança mão de vômitos ou outras substâncias que incitam a eliminação calórica do alimento). É sabido que muitos pacientes podem transitar por esses subtipos. Devido a isso, é importante informar, no momento do diagnóstico, o subtipo atual a partir dos sintomas apresentados no presente momento, mesmo que historicamente estivesse em outro subtipo. (APA, 2014, p.339)

O medo agudo de ganho de peso ou de engordar, assim encontrando-se abaixo do peso, é um dos critérios diagnósticos para AN; juntamente com delimitação calórica ingerida, para suas necessidades, diminuindo o peso nas circunstâncias de gênero, idade e no curso da saúde física, acompanhados por inquietação na vivência do próprio peso ou forma corporal. (APA, 2014)

Além destes critérios, temos também uma “Nota para codificação: O código da CID-9-MC para anorexia nervosa é 307.1, atribuído independentemente do subtipo. O código da CID-10-MC depende do subtipo” (APA, 2014, p. 339).

Tais subtipos são divididos em restritivo, compulsão alimentar purgativa, sendo o restritivo com episódios não recorrentes relacionados à compulsão alimentar ou a comportamentos purgativos e a compulsão alimentar purgativa são episódios recorrentes de tais comportamentos.

A partir do DSM-5 (APA, 2014) o tipo de compulsão purgativa, faz com que os indivíduos com AN, adquiram hiperfagia e se purga por vômito induzidos, enemas, diuréticos, laxantes; porem alguns não exibem a hiperfagia, mas se purgam frequentemente após pequenas porções de alimentos.

A alternância entre os subtipos ao longo do curso do transtorno não é incomum; portanto, a descrição do subtipo deverá ser usada para indicar os sintomas atuais, e não o curso longitudinal. (APA, 2014, p. 339)

Portanto uma das características da AN é o medo exacerbado de ganho de peso, comportamentos que nos interferem, restrição resistente da ingestão calórica, percepção perturbada da forma e peso.

Ainda de acordo com DSM-5 (APA, 2014) o proposito do peso se diverge entre os indivíduos, que a priori foram diferentes em relação à magreza ou peso abaixo do normal.

O índice de massa corporal (IMC; calculado como o peso em quilogramas dividido pela altura em m<sup>2</sup>) é uma medida útil para determinar o peso corporal em relação à altura. Para adultos, um IMC de 18,5 kg/m<sup>2</sup> tem sido empregado pelos Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como o limite inferior de peso corporal normal. Dessa forma, a maioria dos adultos com um IMC igual ou acima de 18,5 kg/m não seria considerada como com baixo peso corporal. Por sua vez, um IMC inferior a 17,0 kg/m tem sido considerado pela OMS como indicativo de magreza moderada ou grave; portanto, um indivíduo com um IMC inferior a 17,0 kg/m<sup>2</sup> provavelmente seria considerado com um peso significativamente baixo. Um adulto com um IMC entre 17,0 e 18,5 kg/m<sup>2</sup>, ou até mesmo acima de 18,5 kg/m<sup>2</sup>, poderia ser considerado com um peso significativamente baixo se a história clínica ou outras informações fisiológicas corroborarem tal julgamento (APA, 2014, p.340)

No critério C o indivíduo com o transtorno visualiza sua forma corporal distorcida, se sentindo acima do peso, percebendo-se magras porem ainda se preocupam

com algumas partes do corpo, pesando-se frequentemente, medindo repetidas vezes partes do corpo e observando espelho frequentemente para checar possíveis “gorduras”.

Fator raro é o indivíduo procurar ajuda profissional por si mesmo, tende haver apoio familiar para tal situação ocorrer. (APA, 2014.)

Indivíduos com essa patologia apresentam características exacerbadas de perda de peso, irritabilidade, isolamento sociais, diminuição da libido, insônia entre outros, questão em comorbidade com transtorno depressivo. (APA, 2014.)

Alguns comportamentos de cunho obsessivo-compulsivo para a AN estão relacionados diretamente a não alimentação, havendo preocupação com os alimentos; alguns indivíduos colecionam receitas e armazenam comida. Sem uma ligação com o peso e a forma corporal, torna-se um diagnóstico adicional, o transtorno obsessivos-compulsivo. (APA, 2014)

Outros aspectos ligados à AN é a angustia de se alimentar em publico, pensamentos fechados, ser socialmente limitado espontaneamente, sem expressão emocional tornando-se contido. Outros subgrupos exageram nas atividades físicas, juntamente de medicamentos com aumento ou diminuição de dosagens.

De acordo com DSM-5(APA, 2014) o transtorno se inicia geralmente na adolescência se estendendo para a vida adulta, estando associado a eventos estressores. Alguns indivíduos apresentam episódios que recorrem após melhora, outro é necessário o uso de hospitalização, a mortalidade esta ligada a complicações clinicas decorrentes do transtorno ou do suicídio.

Alguns fatores de riscos indicam as variáveis para o transtorno, sendo eles temperamentais, ambientais, genéticos e fisiológicos. (APA, 2014)

Os indivíduos que na infância apresentaram algum traço obsessivo, ansiedade tem risco maior de desenvolver a anorexia (temperamentais). (APA, 2014)

Historia e cultura do individuo influenciam para o desenvolvimento do transtorno, juntamente com profissões que idealizam a magreza tem grande importância para o desenvolvimento do mesmo (ambientais). (APA, 2014)

Em parentes que tiveram o transtorno a risco maior de prevalência usando do fator genético, acompanhados de indivíduos com anorexia pode-se ocorrer transtornos bipolares e depressivos juntamente de seus parentes de primeiro grau (genéticos e

fisiológicos). Outros fatores físicos vão desde a ausência da menstruação até constipação, dor abdominal, intolerância ao frio entre outros. (APA, 2014)

De acordo com DSM-5.

O risco de suicídio é elevado na anorexia nervosa, com taxas de 12 por 100.000 por ano. A avaliação abrangente de indivíduos com anorexia nervosa deve incluir a determinação de ideação e comportamentos suicidas, bem como de outros fatores de risco para suicídio, incluindo história de tentativa (s) de suicídio. (APA, 2014, p. 343)

Indivíduos com anorexia podem ser ativos socialmente e profissionalmente, porém alguns são limitados na função social.

## **2. DESENVOLVIMENTO**

Para Fairburn, Phil e Beglin (1990) a Teoria Cognitiva Comportamental (TCC) é mais popular e aceitável aos rumos que as doenças tomam, em se tratando de transtornos alimentares. Sendo para Duchesne e Almeida (2002) o tratamento mais aceitável e um dos principais

A TCC é uma abordagem de intervenção semiestruturada, objetiva, que busca identificar e corrigir as condições que favorecem o desenvolvimento e manutenção das alterações cognitivas e comportamentais. Para este referencial, o sistema de crenças de um indivíduo exerce papel determinante em seus sentimentos e comportamentos (DUCHESNE; ALMEIDA, 2002, p.38).

Para Fairburn (1991) que foi um dos defensores do modelo cognitivo-comportamental, essa abordagem faz relação com pensamento, emoção e comportamento, para que mude os comportamentos disfuncionais, examinando a validade de suas crenças.

Em geral, em vez de perceber que são as regras que estão distorcidas e considerar outras situações em que demonstram bom autocontrole, atribuem as falhas de autocontrole a deficiências pessoais, reforçando, então, a baixa autoestima (Fairburn, 1991, p.39).

Entretanto na TCC a angústia que pode ser uma das alterações da cognição é essencial ao tratamento. Ao perder peso o indivíduo alivia sua angústia e inquietação, para assim obter controle sobre si e sobre os outros (WHITE; FREEMAN, 2003).

Para esses indivíduos a magreza está associada ao autocontrole, competência e superioridade, sendo ligada diretamente à autoestima. Ao mesmo tempo e perante a sociedade fazer dieta é uma coisa banal, porém ao exercer tamanha conquista se torna uma

experiência de exercer controle sobre seu corpo e sobre a alimentação, sendo reforçada pelo sentimento de conquista, controle e sucesso, reforçando assim a si mesmo. Destacando também a visão dos indivíduos que para tal a “magreza”(esquema cognitivo) é a solução de seus problemas, tornando-se pessoas com o humor deprimido e com sentimento de vergonha acompanhado de fracasso, associados aos episódios de comer compulsivamente (FAIRBUN et.al 1997).

Na psicologia clínica a área da TCC tem aumentado o seu reconhecimento e eficácia. (DOBSON; SCHERRER, 2004).

Pesquisas apontam a eficácia, porem com maior investigação, obtendo alguns resultados positivos relacionados à anorexia, alguns dos quais são o aumento do peso, redução do pensamento disfuncional acerca do peso e da comida, melhora no funcionamento sexual, sintomas depressivos também com melhora, aumento de adesão ao tratamento nutricional e clinico e redução de recaídas (DUCHESNE, 2007).

Knapp (2004) afirma que para a anorexia nervosa a terapia se estende de um a dois anos e com sequência de períodos de nutrição em meio hospitalar. É necessário identificar às áreas deficientes ligadas as dificuldades interpessoais e de padrões alimentares restritivos, a qual a AN forma uma solução de problemas desajustadas desenvolvendo novas habilidades para o mesmo, sendo dividido em quatro estágios; sendo eles, no primeiro foco a avaliação detalhada dos sintomas relacionados à alimentação (fobia de comida, sintomas alimentares e a função positiva da anorexia), abordando as dificuldades interpessoais através da formulação do esquema cognitivo, e das deficiências nas resoluções dos problemas e na identificação dos elementos reforçadores, na substituição da dieta restritiva e na recuperação do peso com em média quatorze sessões; no segundo foco resolver problemas sociais e no medo de ganhar peso ligado a tratar as dificuldades interpessoais; no terceiro o paciente prepara-se para a autonomia, discutindo possíveis dificuldades para prevenir recaídas, usando-se de quatro sessões, tratando do final do tratamento três sessões mensais.

Segundo Schuler-Ruther e colaboradores (2012) a forma com maior eficácia de tratamento para AN é a terapia familiar para crianças e adolescentes. Focando na comunicação, e na influencia dos familiares perante o comportamento alimentar adequado, juntamente com o ganho de peso. Portanto dá-se foco a interações sociais

com pessoas significativas, conseqüentemente treinar as habilidades sociais de forma velada.

Em crianças maiores e adultos se torna difícil às formas de tratamento, confirmando em pesquisas que com adolescentes maiores de 17 anos não apresenta total eficácia. (WILDES; MARCUS, 2011).

Para prevenção a recaídas a TCC é a de maior utilidade para recuperação do peso saudável, porém a mesma na forma ativa do transtorno não provou ser um tratamento totalmente eficaz, na situação de baixo peso e restrição alimentar elevada (WILDES; MARCUS, 2011).

Pelas suas recaídas o tratamento se torna malsucedido frequentemente (SCHULTE-RUTHER et al.2012).

É comum no transtorno a alexitimia (dificuldade de descrever emoções e sensações corporais) não sendo uma comorbidade, que segundo pesquisas equivale a 50% ou mais de frequência nos indivíduos com o transtorno. (BEADLE et al.,2013)

## **2.1 Material e métodos**

O presente trabalho trata-se de um estudo que elucida os autores e suas pesquisas bibliográficas, visando à interpretação a partir dos mesmos. Levando-se em conta a credibilidade, confiabilidade, explicitação da metodologia e a relevância das questões. Fez se uso de pesquisa bibliográfica mediante material e busca teórica usando de Pepsic, Google Acadêmico, Scielo e na quinta edição do Manual Diagnóstico estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-5).

## **3 CONCLUSÃO**

O presente trabalho tem o objetivo de compreender o transtorno, diante da visão da TCC, mostrando a capacidade de regularizar as emoções, mediante pensamentos, emoções e comportamentos. Caracterizando o transtorno e algumas de suas

comorbidades referentes não somente a alimentação, dando ênfase a alguns fatores de risco ambientais, genéticos e fisiológicos.

Relatando que a AN, não é uma alteração contemporânea, pois a priori foi descoberta há séculos passados, voltando à atualidade por circunstâncias diferentes, que antes considerado espiritual hoje é patologia.

Sendo reconhecida como restritivo e purgativo, descrevendo sua propriedade perante o indivíduo, dando relevância ao ato de comer e se purgar, sendo este um dos tipos da AN.

Propõe o transtorno e algumas formas para tratamento seguindo a TCC, mostrando que nesta patologia torna-se com pouca eficácia no momento ativo da mesma, por motivos das recaídas, elucidando que a família é de grande importância para o tratamento e para que auxiliem nas recaídas, que sem o apoio familiar é quase impossível obter total êxito sobre a mesma.

## **REFERÊNCIAS**

APPOLINÁRIO, J.C.; CLAUDINO, A.M. Transtornos alimentares. Revista Brasileira de Psiquiatria, vol22. S.2. São Paulo, 2000.

BANDEIRA. R.G.; OLIVEIRA, C.T. Tratamento da anorexia nervosa nas terapias cognitivo-comportamentais de terceira geração. Revista Brasileira de Teoria Cognitiva. Vol1. No2. Rio de Janeiro, 2015. Pepsic.

BEADLE, JN, PARADISO, S., SALERNO, A. e MCCORMICK LM (2013). Alexitimia, empatia emocional e auto-regulação na Anorexia Nervosa. Annals of Clinical Psychiatry, 25 (2), 107-120.



BITTENCOURT, L. J e ALMEIDA, R.A. Transtornos alimentares: patologia ou estilo de vida? *Psicologia e Sociedade*, 2013.p.220-229.

BORGES, M.B; CLAUDINO, A.M. Critérios diagnósticos para transtornos alimentares: conceitos em evolução. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2002.p.7-12.

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA-UNICEUB. Faculdade de ciências da educação e saúde. Curso de nutrição. A influência de dietas restritivas nos diversos transtornos alimentares em mulheres jovens. Brasília, 2006.

CORDÁS, T.A; CLAUDINO, A.M. Transtornos alimentares: fundamentos históricos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. Vol24. suppl3. São Paulo, 2002.

CORDÁS, T.A. Transtornos alimentares: classificação diagnóstica, *Rev. Bras. Psiqu. Clin*, 31; 154-157p. 2004

CORDÁS, T.A; MUNOZ, P.A; WEINBERG, CYBELLE. Santa Rosa de Lima: uma santa anoréxica na América latina. *Rev.Psiqui. RS*.2005.p.51-56.

DEIVO, C.P.; OLIVEIRA, L.L. Terapia cognitivo-comportamental para transtornos alimentares: a visão de psicoterapeutas sobre o tratamento. Vol14, n1, 2013,36-39p.

DOBSON, K. S. & SCHERRER, M. C. (2004). História e futuro das terapias cognitivas comportamentais. Em: P. Knapp (Org.) *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica* (pp. 42-57). Porto Alegre: Artmed.

DUCHESNE, M.; ALMEIDA, P. E. M. Terapia cognitivo-comportamental dos transtornos alimentares. *Rev. Bras. Psiquiatr*. São Paulo, v. 24, supl. 3, p. 49-53, dez. 2002.

FAIRBURN, C.G; PHILL, M. e BEGLIN, S.J. Estudos da epidemiologia da bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1990. P.401-108.

FRANCES, A et al. DSM-5. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, 5ª edição, Porto Alegre, 2014.

FINGER, I.R.; OLIVEIRA, M.S. (org.) A prática da terapia cognitivo-comportamental nos transtornos alimentares e obesidade. Editora Sinopsys, 2016.

KOSZENIEWSKI, D.D; FREITAS, F.S; BORTOLOTTI, R.R. Terapia cognitivo-comportamental dos transtornos alimentares: anorexia nervosa e bulimia nervosa.

LIMA, N.L; ROSA, C.O. B; ROSA, J.F.V. Identificação de fatores de predisposição aos transtornos alimentares: Anorexia e bulimia em adolescentes de Belo Horizonte. Vol.12, n2. Rio de Janeiro, 2012.

MORGAN, C.M.; VECCHIATTI, I.R. e NEGRÃO, A.B. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais. Disponível em: <http://portaleducao.com.br/>. Acesso: 09 janeiro 2019.

OLIVEIRA, L.L; DEIRO, C.P. Terapia Cognitivo-Comportamental para transtornos alimentares: a visão de psicoterapeutas sobre o tratamento. volXIV, n1, 36-49. Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 2013, scielo.

PEIXOTO, A.L. Transtornos alimentares. Entenda os aspectos que envolvem essa patologia e suas implicações nutricionais. 1ª edição, 2012.

RANGÉ, B.P; FALCONE, E.M. O; SARDINHA, A. História e Panorama atual das terapias cognitivas no Brasil. Rev. Bras. Ter. Cogn. V.3. N.2. Rio de Janeiro. 2007, pepsic.

REIS, D. Neuropsicologia teoria e prática-2a.-Daniel Fuentes. artmed, 2014.

SCHMIDT. E; MATA. G.F. Anorexia Nervosa: uma revisão. Fractal. Ver. Psicol. Vol.20. N2. Rio de Janeiro. Julho/dezembro, 2008.

SHULTER-RÜTHER, M et al .Teoria da mente e do cérebro na anorexia nervosa :relação com o resultado do tratamento.2012.p.832-841.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Anorexia nervosa na adolescência. Jornal de pediatria, 2000.

VILELA e SOUZA. Familiares de pessoas diagnosticadas com transtornos alimentares: participação em atendimento grupal, vol28, n3, 325-334p, 2012.

WILDES JE, & MARCUS, MD (2011). Desenvolvimento de terapia comportamental de aceitação de emoções para anorexia nervosa: uma série de casos. O International Journal of Eating Disorders, 44 (5), 421-427.

WHITE, J.R; FREEMAN, A.S. Terapia Cognitivo-Comportamental em grupo para população e problemas específicos. Roca, 2003.