



**ANÁLISE DA IMPORTÂNCIA DO PAPEL DO PSICÓLOGO NO TRATAMENTO  
DE TRANSTORNOS ALIMENTARES EM ESTUDANTES DE 13 A 18 ANOS**

RITTI, Fabiola Turella<sup>1</sup>  
PRANDO, Graziela Betoni<sup>2</sup>  
SASSO, Cintya Valentini<sup>3</sup>  
ANTONIETO, Vinicius<sup>4</sup>

*"Meu único objetivo é ajudar as pessoas que precisam, ser uma porta-voz deste problema para que as pessoas saibam que ele existe [...], porque falta muita informação"*  
Anahí Giovanna Puente Portilla

**RESUMO:** O presente artigo desenvolve uma análise o papel do psicólogo no tratamento de Transtornos Alimentares e mostrar a sua importância especificamente com estudantes de 13 a 18 anos. Tem-se, como objetivo de pesquisa, apresentar a importância do papel do psicólogo frente ao tratamento de Transtornos Alimentares e como este auxilia na recuperação em estudantes de 13 a 18 anos. A metodologia utilizada, para a realização deste artigo, consiste na pesquisa bibliográfica bem como a pesquisa de campo, com base em respostas dadas pelos estudantes delimitados acima. Referente à temática abordada e com base nessa pesquisa pode observar-se que é cada vez mais crescente a visibilidade social referente aos Transtornos Alimentares que estão associados principalmente aos aspectos sociocultural, embora não se deva descartar os fatores biológicos, psicológicos e familiares. E com isso, é imprescindível o acompanhamento do psicólogo, tendo em vista que a psicoterapia é o tratamento e/ou auxílio para todos os tipos de Transtornos Alimentares.

**Palavras-chave:** Anorexia, Bulimia, Psicólogo, Transtornos, Alimentação.

**ABSTRACT:** This article develops an analysis of the role of the psychologist in the treatment of Eating Disorders and shows its importance, specifically, with students aged 13 to 18 years. It has, as a goal of research, present the importance of the role of the psychologist in the treatment of Eating Disorders and how this aids recovery in students aged 13 to 18 years. The methodology used to carry out this article, consists of the bibliographical research as well as the field research, based on the answers given by the students delimited above. Regarding the topic addressed and based on this research, it can be observed that it is increasing social visibility regarding the Eating Disorders that are associated mainly to sociocultural aspects, although biological, psychological and relatives. And with that, it is essential the monitoring of the psychologist, considering that psychotherapy is the treatment and/or help for all types of Eating Disorders.

**Keywords:** Anorexia, Bulimia, Psychologist, Disorders, Feeding.

## **1 INTRODUÇÃO**

É cada vez mais crescente a visibilidade social referente aos Transtornos Alimentares (TAs), que se destacam pelo aumento significativo de casos e por sua relevância clínica. Os

---

<sup>1</sup> Aluna concluinte do Ensino Médio do Colégio Estadual Sananduva. E-mail [fabiola-tritti@educar.rs.gov.br](mailto:fabiola-tritti@educar.rs.gov.br)

<sup>2</sup> Professora orientadora. E-mail, [graziela-bprando@educar.rs.gov.br](mailto:graziela-bprando@educar.rs.gov.br)

<sup>3</sup> Psicóloga orientadora. E-mail [cintyavalentini@yahoo.com.br](mailto:cintyavalentini@yahoo.com.br)

<sup>4</sup> Estudante de Letras – Português e Inglês no Instituto de Desenvolvimento Educacional do Alto Uruguai (Unideau) de Getúlio Vargas orientador. E-mail, [vinicciusantonieto@gmail.com](mailto:vinicciusantonieto@gmail.com)



Transtornos Alimentares estão associados principalmente aos aspectos sociocultural, embora não se deva descartar os fatores biológicos, psicológicos e familiares. Portanto, é imprescindível o acompanhamento do psicólogo, tendo em vista que a psicoterapia é o tratamento e/ou auxílio para todos os tipos de Transtornos Alimentares. Deste modo, busca-se analisar a importância do papel do psicólogo frente ao tratamento de Transtornos Alimentares em estudantes de 13 a 18 anos.

A presente pesquisa justifica-se pelo fato de haver escassez de informação na área da saúde e uma visão distorcida da comunidade referente aos transtornos alimentares, por isso é de fundamental importância o auxílio psicológico. Tendo em vista que o trabalho do psicólogo, por meio da psicoterapia, existe a partir do momento onde há uma queixa de sofrimento do paciente, isso é muito importante e ainda mais quando se fala sobre transtornos alimentares, porque pessoas com transtornos alimentares raramente admitem que "tem" algo de errado com elas.

Portanto, no âmbito da saúde, é indispensável o auxílio psicológico àqueles que possuem transtornos alimentares, bem como suas famílias, sendo que a intervenção do psicólogo visa ainda resgatar os sentimentos de confiança, competência pessoal e esperança de melhora, através de um vínculo terapêutico empático, cuidadoso e profissional.

Com base na temática acima apresentada, o artigo se divide em seções e subseções que na primeira parte, com o embasamento bibliográfico, em suma, mostra o que são os Transtornos Alimentares e as modalidades mais utilizadas pelos psicólogos no tratamento. Na sequência será apresentada a pesquisa de campo realizada. E por fim, serão retratados todos os resultados obtidos com tal pesquisa.

## **2 DESENVOLVIMENTO**

Neste item será apresentado os Transtornos Alimentares bem como seus critérios de diagnósticos e um breve histórico, em seguida as terapias mais utilizadas pelos psicólogos no tratamento dos Transtornos Alimentares bem como sua atuação nos pacientes



## 2.1 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1.1 Introdução aos Transtornos Alimentares.

Os Transtornos Alimentares (TA) são síndromes comportamentais que possuem critérios diagnósticos determinados pela DSM-V (APA-1994) e CID-10 (OMS-1993).

Os transtornos alimentares caracterizam-se por alterações de comportamento alimentar e com etiopatogenia multifatorial, incluindo fatores predisponentes: biológicos, psicológicos, culturais, familiares e genéticos que interagem entre si de modo complexo; fatores precipitantes: dietas restritivas, sentimento de insegurança e insatisfação; e fatores mantenedores: alterações neuroendócrinas e neurais, distorção da imagem e esquema corporal e alterações psicológicas (MORGAN; VECCHIATTI; NEGRÃO, 2002).

“Logo, os transtornos alimentares envolvem um distúrbio alimentar ou do comportamento relacionado à alimentação que altera o consumo ou ingestão dos alimentos e prejudica a saúde física e/ou funcionamento psicossocial” (ATTIA; WALSH; 2020).

#### 2.1.1.1 Descrição dos Transtornos Alimentares segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais - DSM-V

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais - DSM-V. 2014, “fazem parte do grupo de transtornos alimentares: a Pica, o Transtorno de Ruminação, o Transtorno Alimentar Restritivo/Imitativo, a Anorexia Nervosa, a Bulimia Nervosa e o Transtorno de Compulsão Alimentar. Mostra-se a seguir uma descrição breve de cada um desses transtornos.”

A Pica caracteriza-se pela ingestão de substâncias sem qualquer conteúdo nutricional de forma persistente por pelo menos um mês. As substâncias ingeridas costumam variar com a idade e disponibilidade e podem ser as mais diversas; e o comportamento não pode ser explicado por alguma prática culturalmente aceita ou pela exploração de objetos com a boca acidentalmente ingeridos. Além disso, geralmente não há aversão a alimentos em geral, e o comportamento pode estar relacionado a outros transtornos mentais.

O Transtorno de Ruminação caracteriza-se pela regurgitação do alimento depois de ingerido repetidamente. O alimento, nesse transtorno, pode estar parcialmente digerido, depois voltar à boca sem náusea aparente, nojo ou ânsia de vômito. Além de ter que acontecer



repetidamente, para ser considerado o Transtorno de Ruminação, os comportamentos não podem ser melhor explicados por condições gastrointestinais.

O Transtorno Alimentar Restritivo/ Evitativo é caracterizado principalmente pela esquivia ou restrição da ingestão alimentar, gerando a não satisfação das demandas nutricionais do indivíduo que, conseqüentemente, levam ao peso inadequado, deficiência nutricional, dependência de alimentação enteral, e/ou alterações no funcionamento psicossocial. Neste caso, não se pode ter um transtorno mental ou outra condição médica, prática culturalmente aceita ou aspecto desenvolvimental que explique o comportamento.

A Anorexia Nervosa caracteriza-se por restrição de ingestão calórica necessária de acordo com o esperado para o desenvolvimento; medo intenso de ganhar peso ou engordar, mesmo quando o peso já está baixo; e perturbação na forma como se experiencia o próprio peso, no auto avaliação do corpo e na imagem corporal.

A Bulimia Nervosa pode ser definida segundo três características principais, sendo elas: episódios recorrentes de compulsão alimentar; comportamentos compensatórios inapropriados recorrentes para impedir o ganho de peso; e auto avaliação indevidamente influenciada pela forma e pelo peso corporal.

O Transtorno de Compulsão Alimentar define-se por episódios de ingestão de alimentos em quantidades maiores do que o esperado em um espaço curto de tempo, acompanhados de uma sensação de falta de controle. Nesses casos, o contexto é importante para considerar se a ingestão excessiva se dá por um transtorno ou por uma ocasião aceitável (como em festas, por exemplo).

#### 2.1.1.2 Breve histórico sobre os Transtornos Alimentares.

Os Transtornos Alimentares, mais especificamente a Anorexia e Bulimia, existem desde a idade média persistindo até os dias atuais, infelizmente mesmo sendo uma doença antiga, há muita pouca informação e conhecimento à comunidade sobre o assunto

Uma breve revisão histórica comprova a existência dessas patologias ao longo dos anos e retoma a discussão psicopatológica entre a doença e a cultura.



## 2.1.1.2.1 Breve histórico sobre anorexia.

Segundo o dicionário, anorexia significa: distúrbio alimentar que causa uma perda de peso anormal, ocasionada por uma dieta rigorosa que, feita por quem tem um medo mórbido de engordar, pode apresentar bulimia, indução de vômito após as refeições.

“Etimologicamente, o termo anorexia deriva do grego "an-", deficiência ou ausência de, e "orexis", apetite [...] as primeiras referências a essa condição surgem com o termo *fastidium* em fontes latinas da época de Cícero (106-43 aC.) e vários textos do século XVI.” (CORDÁS; CLAUDINO, 2002).

Durante a idade média, as práticas de jejum foram entendidas como estados de possessão demoníaca ou milagres divinos. Em seu livro "*Holy Anorexia*", Bell relata a conduta anoréxica realizada por 260 santas italianas (que viveram entre 1200 e 1600) supostamente em resposta à estrutura social patriarcal que estavam submetidas, e conhecido como "anorexia sagrada". Pela supressão de necessidades físicas e sensações básicas (como cansaço, impulso sexual, fome e dor) elas pareciam liberar o corpo e alcançar metas espirituais superiores. Bastante conhecido é o caso de Santa Catarina de Siena que aos 15 anos, após a morte de sua irmã e diante de projetos futuros de casamento, iniciou restrição alimentar, preces e práticas de autoflagelamento, chegando a induzir vômito através de ervas e galhos na garganta quando forçada a alimentar-se. Catarina havia feito um voto de castidade quando ainda era criança. A inanição haveria gerado um estado psicológico de constante vigília e experiências místicas, vindo a falecer de desnutrição aos 32 anos. (BELL, 1985 apud CORDÁS; CLAUDINO, 2002).

“Embora não se possa afirmar que a atual concepção de anorexia nervosa esteja relacionada aos casos de "anorexia sagrada", por causa de documentação falha e incerteza referente às reais motivações, sentimentos e crenças das santas. ” (CORDÁS; CLAUDINO, 2002).

## 2.1.1.2.2 Breve histórico sobre bulimia.

Segundo o dicionário, bulimia significa: Distúrbio alimentar caracterizado pela ingestão excessiva de alimentos, pelo aumento exagerado de apetite e pelo sentimento de descontrole alimentar; as pessoas com bulimia comem em excesso e, geralmente após as refeições, induzem o vômito.



O termo “bulimia” remonta a Grécia Antiga, a palavra derivaria do termo grego “bous” (grande quantidade de) ou “boul” (boi) e “limos” (fome), caracterizado por fome raivosa ou fome tão grande a ponto de levar alguém a comer um boi. (CORDÁS; CLAUDINO, 2002).

O comportamento de induzir o vômito pode ser visto desde a antiguidade e observado como uma prática apreciada por muitos anos. Os egípcios antigos, por exemplo, vomitavam ou usavam laxativos por três dias seguidos a cada mês, em razão da crença de que todas as doenças eram originárias da comida. Do mesmo modo, Hipócrates aconselhava a indução do vômito como forma de prevenir doenças, recomendando o ato por dois dias consecutivos todo o mês (CORDÁS, 2004).

Segundo Cordás e Claudino (2002):

[...] Os romanos criaram o vomitorium, que lhes permitia alimentar-se em excesso durante os banquetes, e posteriormente vomitar em local reservado para esta finalidade, às vezes usando uma pena de ave para estimular o reflexo do vômito na garganta. Purgantes eram populares já na Idade Média. De fato, junto com os eméticos (medicamentos para induzir o vômito) dominaram o arsenal terapêutico por muitos anos, sendo tudo o que um médico podia prescrever na época, prática que foi violentamente satirizada por Molière em suas peças.

## 2.1.2 Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC).

A Terapia Cognitivo Comportamental 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. (BECK, 2013).

“As bases teóricas das terapias cognitivo-comportamentais passaram a ser desenvolvidas no início do século XX com o surgimento do evolucionismo de Darwin e de uma crescente realização de estudos empíricos sobre o comportamento. ” (BAHLS; NAVOLAR, 2004).

“Na década de 70 houve um grande desenvolvimento e reconhecimento da terapia comportamental devido ao surgimento de técnicas novas especialmente no tratamento de fobias, obsessões e disfunções sexuais” (LIMA; WIELENSKA, 1993 apud BAHLS; NAVOLAR, 2004).

Segundo Beck (2013) “ [...] Até o momento, mais de 500 estudos científicos demonstraram a eficácia da terapia cognitivo-comportamental para uma ampla gama de



transtornos psiquiátricos, problemas psicológicos e problemas médicos com componentes psicólogos. ”

## 2.1.2.1 O que é a Terapia Cognitivo-Comportamental

“A terapia cognitivo-comportamental (TCC) é uma intervenção semiestruturada, objetiva e orientada para metas, que aborda fatores cognitivos, emocionais e comportamentais no tratamento dos transtornos psiquiátricos. ” (DUCHESNE; ALMEIDA, 2003).

Portanto, a TCC é uma abordagem da psicoterapia baseada na combinação de conceitos do Behaviorismo radical com teorias cognitivas. A Terapia Cognitivo Comportamental compreende a maneira como o ser humano interpreta os acontecimentos e como aquilo nos afeta, e não os acontecimentos em si. Portanto, é a forma como cada pessoa vê, sente e pensa com relação à uma situação que causa desconforto, dor, incômodo, tristeza ou qualquer outra sensação negativa. (OLIVEIRA; DEIRO, 2013).

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 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 cognitiva comportamental usa uma variedade de técnicas para mudar o pensamento, o humor e o comportamento.



## 2.1.2.2 A utilização da Terapia Cognitivo Comportamental no tratamento de Transtornos Alimentares.

“Embora a terapia deva se adequar a cada indivíduo, existem determinados princípios que estão presentes na terapia cognitivo-comportamental para todos os pacientes” (BECK, 2013).

Para os transtornos alimentares, os programas de tratamento da TCC baseiam-se principalmente nas técnicas para a redução da ansiedade e auto manejo do comportamento. Na TCC os componentes comportamentais dos transtornos alimentares recebem maior ênfase no tratamento. Isto ocorre porque as perturbações comportamentais são fatores centrais dessas doenças que devem ser controladas. (CHANNON; WARDLE, 1994 apud OLIVEIRA; DEIRO, 2013).

Atualmente, as estratégias sugeridas pela TCC para o tratamento dos transtornos alimentares têm como objetivo a diminuição da restrição alimentar, da compulsão alimentar, dos episódios bulímicos e da frequência de atividade física, 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. (DUCHESNE; ALMEIDA, 2003).

Duchesne e Almeida (2003) ainda afirmam que, a rotina de exercícios físicos exaustivos deve ser incentivada de forma gradativa, em função do papel que exerce na manutenção dos comportamentos disfuncionais. Assim, o paciente é orientado a se envolver em situações que possam caber com a prática de exercícios, principalmente as atividades que permitem o desenvolvimento de relações interpessoais.

A TCC pressupõe que o sistema de crenças da pessoa do modo como ela percebe e avalia a sua experiência e o mundo que a cerca, desempenha um papel significativo no possível desenvolvimento dos transtornos. Esse sistema de crenças pode repercutir na incorporação de distorções e rigidez. Como um exemplo, a presença de um conjunto de crenças distorcidas que associam magreza à competência, à superioridade e ao sucesso. (CONTI et al., 2012).

Oliveira e Deiro (2013), observam que:

Essa panóplia de crenças é perpetuada por várias tendências disfuncionais de raciocínio. Uma das tendências frequentemente encontradas nos pacientes é a de atentar seletivamente para os subsídios que confirmam suas crenças, ignorando ou distorcendo as que se contrapõem a elas. Tal tendência é uma das responsáveis pela manutenção do sistema de crenças, pois os dados que poderiam questioná-las são



desconsiderados. Esta situação pode ser agravada pelo fato de que, à medida que o transtorno alimentar se desenvolve, os pacientes podem se tornar progressivamente isolados do convívio social.

Mas o tratamento dos transtornos alimentares não se deve dar somente através da Terapia Cognitivo-Comportamental. Nessas doenças a equipe interdisciplinar é indispensável devido à possível necessidade de hospitalização, ganho urgente de peso e/ou problemas físicos causados pela restrição ou pelas orgias alimentares e purgações. (OLIVEIRA; DEIRO, 2013).

### 2.1.3 Terapia Familiar.

“A terapia familiar nasceu na década de 1950, cresceu nos anos de 1960 e ficou adulta na década de 1970. A onda inicial de entusiasmo por tratar a família como uma unidade foi seguida por uma crescente diversificação de escolas, todas competindo pelo monopólio da verdade e pelo mercado de serviços.” (NICHOLS; SCHWARTZ, 2007).

Ela evoluiu a partir de uma diversidade de influências tendo recebido contribuições de diferentes áreas do conhecimento. Desde o início da criação da psicanálise, Freud considerou e ressaltou em seus estudos as relações familiares, nota-se isso em sua obra: "Fragmento da Análise de um Caso de Histeria" (1905), onde ele afirma que devesse prestar tanto atenção às condições humanas e sociais do paciente quanto aos dados somáticos e aos sintomas patológicos, ressaltando que o interesse do psicanalista deve dirigir-se sobretudo para as relações familiares dos pacientes. (CARNEIRO, 1996).

Nichols e Schwartz (2007), afirmam que:

Os terapeutas familiares nos dizem que a família é mais do que uma coleção de indivíduos separados: é um sistema, um todo orgânico cujas partes funcionam de uma maneira que transcende suas características separadas. Todavia, mesmo como membros de sistemas familiares, não deixamos de ser indivíduos, com corações, mentes e desejos próprios. Embora seja possível compreender uma pessoa sem levar em conta seu contexto social, especialmente a família, é enganador limitar o foco à superfície das interações – ao comportamento social separado da experiência interna.

Segundo os mesmos autores, Nichols e Schwartz (2007) “A terapia familiar muitas vezes é mal compreendida como apenas mais uma variação de psicoterapia, na qual a família inteira é levada a tratamento. É isso, claro, mas o mais importante é que envolve uma maneira nova de pensar sobre o comportamento humano [...]”



### 2.1.3.1 A utilização da Terapia Familiar em casos de pacientes com Transtornos Alimentares.

“A influência do ambiente familiar sobre os transtornos alimentares é uma das dimensões mais valorizadas desde que essas enfermidades foram descritas, sendo que fatores familiares podem contribuir tanto para o desencadeamento como para a manutenção do transtorno”. (OLIVEIRA; SANTOS, 2006, p.354).

A abordagem familiar, com enfoque cognitivo-comportamental, levando em conta suas características e proposições básicas, apresenta uma indicação precisa para o tratamento das famílias com paciente que sofre de transtorno alimentar. O estilo e o conteúdo de uma abordagem cognitiva à terapia familiar podem se sobrepor consideravelmente a outras estratégias de intervenção familiar; entretanto, o diferencial está no plano de tratamento estruturado e na participação ativa, tanto por parte do terapeuta quanto por parte da família. (BECK; ALFORD, 2000).

Segundo Oliveira e Santos (2006, p.354):

Alguns autores descrevem a existência de um padrão de confusão das fronteiras que definem os subsistemas familiares (parental, filial). Esse padrão seria marcado pela ausência generalizada de limites entre gerações e pessoas dos diferentes subsistemas, faltando o senso de identidade e individualidade dos membros familiares, que apresentariam padrões inadequados de relacionamento interpessoal. Tais famílias exibiram uma harmonia aparente que, na verdade, ocultaria graves conflitos subjacentes.

Um estudo realizado no Centro Médico da Universidade de Chicago (University of Chicago Medical Center) (2010, tradução nossa), utilizando a abordagem Maudsley para adolescentes, mostrou resultados efetivos no tratamento com terapia familiar em comparação com terapia individual em pacientes com anorexia nervosa. Cerca de um quarto dos indivíduos tiveram remissão total dos sintomas na última fase do tratamento e 60% não tiveram recaída após um ano.

“O método Maudsley, também conhecido como family based treatment (FBT), é um programa estruturado que envolve os familiares de adolescentes ao longo de três fases de tratamento. “ (ZYLBERKAN, 2013).

Segundo o Manual Maudsley (2016, tradução nossa), contém as orientações a serem seguidas pelos terapeutas na condução da FBT, sendo dividido em três fases. Na primeira fase, a família é auxiliada a ganhar controle imediato sobre o problema do controle de peso,



orientando sobre os riscos e consequências da desnutrição. Essa fase enfatiza a construção de uma forte aliança parental, encorajando esforços de suporte de outros membros e permitindo à família trabalhar em colaboração para promover a restauração de peso do seu filho com anorexia nervosa, (também inclui um tópico relacionado à alimentação em família, no qual os pais e cuidadores são encorajados a serem firmes, porém gentis, em fazer com que seu filho coma adequadamente). Na segunda fase, assim que as demandas de alimentação são aceitas, o controle é gradualmente devolvido ao adolescente, os pais são orientados a permitir escolhas nas refeições e lanches, e outras questões do funcionamento familiar começam a ser abordadas. Na terceira fase, o foco encontra-se no estabelecimento de uma identidade saudável do adolescente depois que o jejum termina, e a restauração do peso é alcançada. Nessa etapa, o foco muda para ajudar o adolescente a negociar tarefas normais de desenvolvimento e os pais a estabelecer limites apropriados para a independência iminente do seu filho.

Segundo Dáquer, Duchesne e Simão (2019):

Estudos mostram eficácia da FBT em pacientes jovens, provavelmente devido a um maior envolvimento dos pacientes com a família e ascendência/autoridade dos pais nessa faixa etária. Após a saída da internação ou mesmo em tratamento ambulatorial, quando os pacientes ganham peso, há um aumento significativo da ansiedade e desconforto corporal, e a família, devidamente orientada, pode dar suporte necessário para que o paciente atravessasse esse período e não recaia na perda de peso vertiginosa e recusa alimentar. A família também deve ser orientada a apoiar o paciente ao longo do tratamento e protegê-lo de outros membros da família estendida e amigos/conhecidos que costumam fazer comentários inapropriados sobre o peso e a forma corporal, mesmo com a intenção de ajudar e/ou elogiar.

“A terapia de família é um recurso terapêutico com o objetivo central de melhorar as relações e conflitos existentes, promovendo, deste modo, a melhora do prognóstico do transtorno alimentar. [...]” (CANALS et al., 2009).

## **2.1.4 A atuação do psicólogo em pacientes que apresentam sintomas de Transtornos Alimentares**

O tratamento psicológico tem como base auxiliar o indivíduo a lidar com seu sofrimento emocional. O sofrimento pode ser causado por não saber lidar com os mecanismos de defesa saudáveis, gerando mecanismos de defesas problemáticos que comprometam o funcionamento da personalidade (OLIVEIRA; SANTOS, 2006).



Esta veracidade é comprovada por Diniz e Lima (2017, p.219):

O tratamento de pacientes com transtornos alimentares constitui-se em um grande desafio para os profissionais da área da saúde em geral, pois requerem a atenção de uma equipe multiprofissional. Dada a complexidade com que se apresentam e da multiplicidade de áreas do comportamento humano que são afetadas (física, psicológica, social, cultural e econômica), essas síndromes psicossomáticas multifatoriais dificilmente podem ser tratadas por um profissional isoladamente

Segundo Barbosa et al. [2019?]. Para que a finalidade do tratamento seja eficaz, os psicólogos precisam desconstruir as crenças que o paciente tem sobre seu corpo e, juntamente com a terapia individual, deve-se utilizar a terapia familiar, na qual os psicólogos deixam os pais assumirem o comando dos padrões alimentares do paciente. Indivíduos em casos de desnutrição grave podem ser internados para que haja supervisão diuturna, até que haja melhoria e continuação do tratamento em casa.

Os pacientes com transtornos alimentares diagnosticados precocemente têm melhores condições para o manejo clínico e o prognóstico dessas condições. Assim, a utilização da abordagem terapêutica assertiva é essencial para um prognóstico dessa condição clínica. Fazer o paciente entender que sua crença é destrutiva e aceitar que precisa cuidar-se é a parte mais importante e difícil do tratamento. Com isso o paciente começa a desenvolver o autor respeito e uma percepção de suas necessidades psicológicas. Destacando-se que existe uma importância para o acompanhamento psicológico, não somente durante o tratamento do transtorno, mas também durante o tempo necessário para o paciente entender suas necessidades emocionais. (DINIZ; LIMA, 2017, p.220).

“As psicoterapias são consideradas práticas de atenção psicológica que visam a auxiliar o indivíduo a lidar com seu sofrimento emocional. [...] resultante da dificuldade em recrutar mecanismos de defesa saudáveis diante dos conflitos psíquicos, o que pode gerar padrões adaptativos problemáticos [...].” (SCORSOLINI-COMIN; SANTOS, 2012).

Embora a psicoterapia seja um procedimento relativamente novo, deve ser destacado que as psicoterapias são atuações sistemáticas e cientificamente fundamentadas, cuja inscrição histórica é um tanto recente, já que remonta a pouco mais de um século.



2.1.4.1 Construindo o que é ser uma pessoa com Transtornos Alimentares e como relacionar-se com esta segundo um estudo de grupo realizado por Scorsolini-Comin; Souza e Santos.

Segundo Scorsolini-Comin, Souza e Santos (2010, 468). “[...] a concepção dialógica contém a ideia da relatividade da autoria individual e, por conseguinte, o destaque do caráter coletivo e social da produção de discursos [...]”.

Em seguida, segue alguns depoimentos feitos por essas pessoas que participaram do estudo.

Com certeza. Eu acho que ninguém melhor para compreender o que é essa doença, o que você sente, o que você passa, do que a pessoa que tem a mesma coisa. Não é qualquer pessoa que te escuta e que te entende. Não é qualquer pessoa que vai te escutar e vai falar: “eu sei o que você está passando”, porque as pessoas te olham e falam assim: “ai, isso aí é só você ter força de vontade, isso aí é só se controlar, isso você consegue, você consegue”. Mas não é assim. (Catarina). (p.470).

Para Olívia, sua visão é semelhante a citada acima, onde ela confirma existir um altruísmo que quem vê a doença de fora “As pessoas aí fora geralmente não entendem, não têm noção do que é. ... A pessoa tem uma noção de fora, do lado de fora do problema. Então não é a mesma coisa ” (p. 471)

A construção de uma identidade anoréxica ou bulímica parece nascer do olhar de estranhamento das pessoas “lá de fora”, que não possuem a mesma visão de mundo peculiar a essas pacientes e que, por viverem essa condição de exterioridade em relação ao seu modo de olhar a vida, não conseguem entender como alguém pode deixar de comer ou, então, vomitar o que come. (p.471).

Para Bethânia, tornou-se difícil falar sobre o transtorno:

Então é um mundo só nosso, totalmente escondido, pai e mãe não sabe. Quando descobrem, parece que a gente levou uma facada pelas costas e eles acabam não entendendo o que a gente sente. Para eles é difícil, mas para a gente... Eles têm que ver que para a gente também é difícil comer, se alimentar. A gente vê a comida não com tanto prazer igual eles veem. [...]. (p.471)

A experiência de sentirem-se diferentes parece ser confirmada por meio do olhar das pessoas com quem convive cotidianamente. Se por um lado esse sentir-se diferente leva à convicção de que se é uma pessoa única e incomparável, funcionando como suporte identitário,



por outro lado promove um sentimento de exclusão e desamparo, uma vez que se sentem deslocadas em um mundo que não oferece um lugar seguro para acolhê-las. (p.471).

Nota-se, por fim, a veracidade dos Transtornos Alimentares, tendo em vista que muitas vezes são, como citado acima, “romantizado” pelas pessoas de convívio cotidiano, tabus são postos em cima destes pacientes, dificultando assim o seu tratamento bem como reabilitação.

## 2.2 METODOLOGIA

Ao definir o método a ser utilizado, se traça caminhos, seleciona e levanta fontes de pesquisa e informações. A metodologia de pesquisa é sobre realizar uma busca cautelosa e rigorosa de materiais, para buscar assim resultados benéficos ao fim da pesquisa.

Pois segundo Praça (2015), a metodologia científica proporciona uma compreensão e análise do mundo através da construção do conhecimento, conhecimento que só acontece quando o estudante transita pelos caminhos do saber. Pode-se relacionar então metodologia com o “caminho de estudo a ser percorrido” e ciência com “o saber alcançado”.

“A pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. [...]” (GIL, 2008, p.50). Logo, a pesquisa a ser realizada será a pesquisa bibliográfica juntamente com a pesquisa de campo que segundo o mesmo autor (2008, p.57), os estudos de campo procuram muito mais o aprofundamento das questões propostas, sendo assim, o planejamento do estudo de campo apresenta uma maior flexibilidade, podendo ocorrer mesmo que seus objetivos sejam reformulados ao longo do processo de pesquisa, no estudo de campo estuda-se um único grupo.

Tendo isso em mente, a metodologia utilizada na realização deste artigo foi a pesquisa de campo, que se trata de um questionário pessoal, respeitoso e não agressivo, com perguntas diretas e simples que mostram a porcentagem de estudantes de 13 a 18 anos que têm/tiveram Transtornos Alimentares e/ou que conhecem alguém que tem/teve Transtornos Alimentares e a importância bem como a falta de um psicólogo no tratamento.

O questionário utilizou-se da rede “Google Formulários” e ficou 5 dias no ar, foi liberado no dia 11 de setembro de 2021 e tirado do ar no dia 15 de setembro de 2021 para sua catalogação.



## 2.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

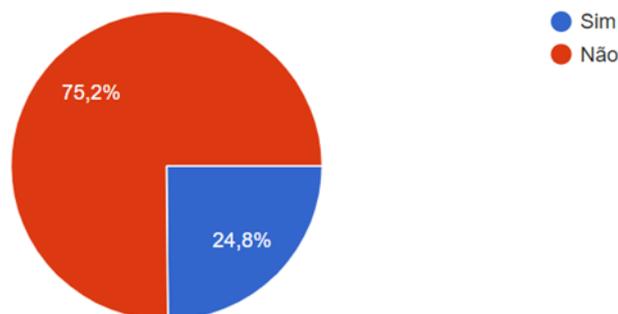
Após 3 dias desde a liberação do formulário, obteve-se 161 respostas, dentre as perguntas, houve duas que foram determinantes para a realização do artigo, sendo elas: “Você já teve ou tem algum Transtorno Alimentar?” e “Você conhece alguém que teve ou tem Transtorno Alimentar?“, onde houve a colaboração de 40 e 80 pessoas sucessivamente. A grande maioria dos estudantes envolvidos nessa pesquisa encontram-se na faixa etária de 17 a 18 anos, mais especificamente 52,2%, seguido por estudantes de 15 a 16 anos que correspondem a 41% e estudantes de 13 a 14 anos que correspondem a 6,8%.

### 2.3.1 Relação com os Transtornos Alimentares

No gráfico a seguir nota-se, como já citado acima, que 24,8% dos estudantes possuem Transtornos Alimentares, que equivale a 40 pessoas, números relativamente elevados e que serão trabalhados neste primeiro momento.

Você já teve ou tem algum Transtorno Alimentar?

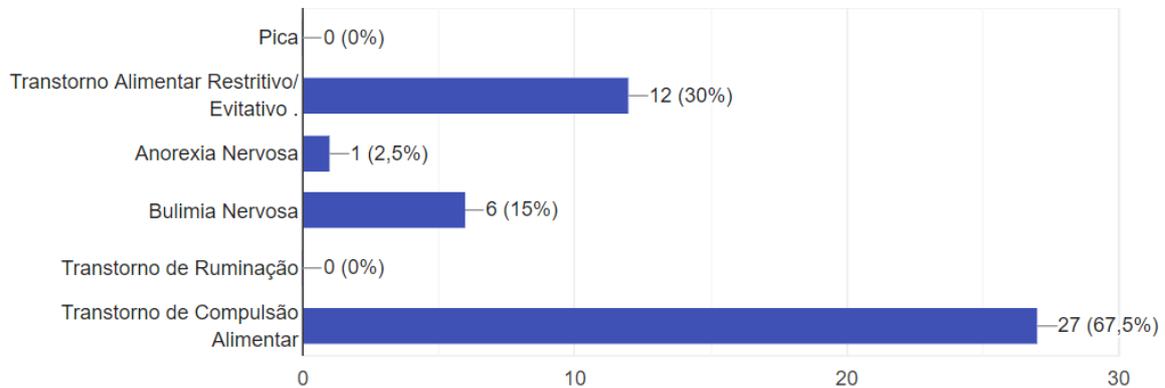
161 respostas



Ao serem questionados sobre quais Transtornos Alimentares já tiveram contato, percebe-se que na frente tem-se o Transtorno de Compulsão Alimentar com 67,5% seguido pelos demais.

Quais destes Transtornos Alimentares você já teve?

40 respostas



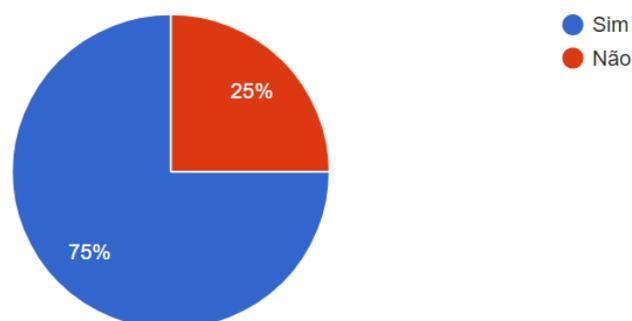
### 2.3.2 Participação do Psicólogo no tratamento

Ao serem questionados se já haviam consultado um psicólogo, somente 40% dos estudantes responderam que sim, dados que perturbam ao ver que menos da metade destes pacientes tiveram contato com um profissional para ajuda-los.

Em relação as pessoas que responderam que sim, a pesquisa foi mais a fundo ao perguntar para eles sobre a eficácia deste profissional com o tratamento, após obter os dados, nota-se que 75% dos pacientes estão satisfeitos com o atendimento, como mostra o gráfico a

O atendimento com um profissional na área da psicologia foi eficiente no tratamento?

16 respostas



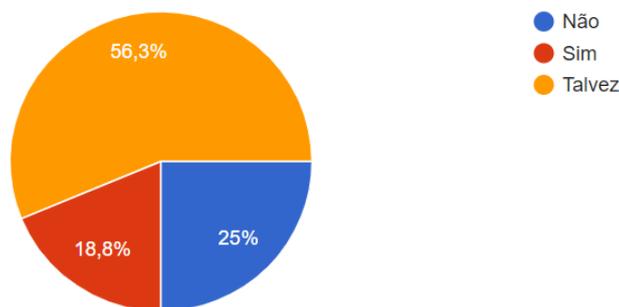
baixo, levando em consideração que cada profissional é único e aborda o tratamento por diferentes visões.



Em seguida a estas pessoas foram perguntadas se sabiam dizer se houve a utilização da Terapia Cognitivo Comportamental no tratamento bem como a utilização da Terapia Familiar, o resultado da pesquisa mostra-se, sucessivamente, nos gráficos a seguir.

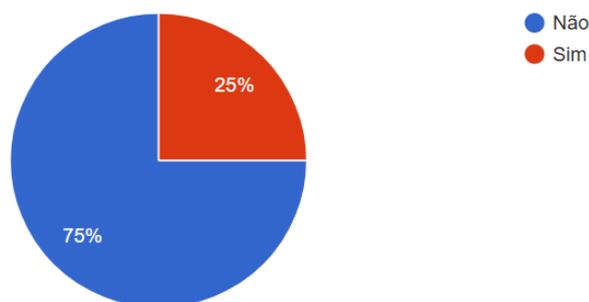
Sabe dizer se houve a utilização da Terapia Cognitivo Comportamental no tratamento dos Transtornos Alimentares.

16 respostas



Sabe dizer se houve a utilização da Terapia Familiar no tratamento dos Transtornos Alimentares.

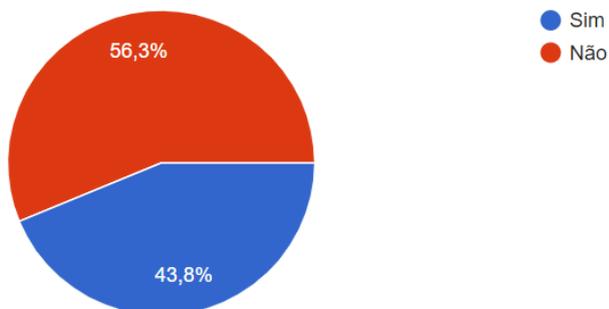
16 respostas



No presente gráfico nota-se que 43,8% dos estudantes tiveram contato com outros profissionais da área da saúde para um melhor tratamento de Transtornos Alimentares, tendo em vista que requerer a atenção de uma equipe multiprofissional pela multiplicidade de áreas do comportamento humano que são afetadas.

Além do atendimento com o Psicólogo, você teve atendimento com outros profissionais da saúde? (como um nutricionista)

16 respostas



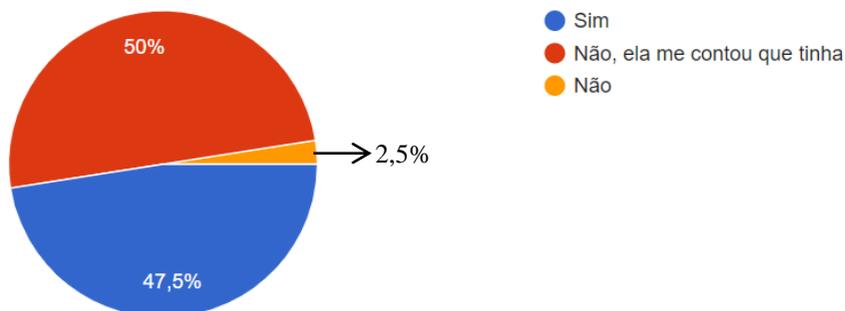
### 2.3.3 Convívio com pessoas que têm Transtornos Alimentares

Ao perguntar para 161 pessoas se elas têm o conhecimento de alguém de seu convívio que possuem Transtornos Alimentares, 49,7% respondeu que sim, correspondendo a 80 pessoas, estas que responderam às perguntas a seguir.

No gráfico a seguir é notório perceber que 52,5% dos estudantes não perceberam sintomas nestes pacientes, dados que seriam diferentes caso houvesse um maior debate do tema em âmbito escolar.

Você percebeu por sintomas no dia a dia que essa pessoa passava por algum Transtorno Alimentar?

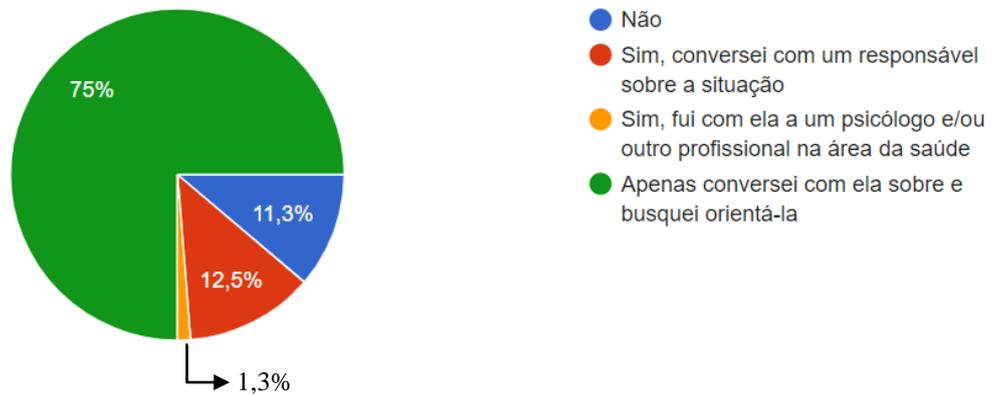
80 respostas



No presente gráfico comprova-se a falta de informação para com estes estudantes, que não souberam a forma mais correta de ajudar estas pessoas e orientá-las para um profissional que pudesse tratar o caso.

Ao ter o conhecimento que essa pessoa estava passando por algum Transtorno Alimentar, buscou ajudá-la?

80 respostas



### 3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a apresentação e a análise dos resultados obtidos com a pesquisa realizada, conclui-se que o psicólogo tem uma peça fundamental no Tratamento de Transtornos Alimentares e que sua delimitação em estudantes de 13 a 18 anos, comprova-se uma lacuna na sociedade onde estes possuem os sintomas bem como o conhecimento de portar estas doenças, porém a falta de informação bem como direcionamento correto, trouxe dados espantosos.

Seguindo o referencial teórico é importante frisar que os Transtornos alimentares estão presentes a muitas décadas na sociedade e juntamente com eles têm-se tabus envolvidos, tabus que devem ser erradicados para assim haver melhores informações referente aos Transtornos Alimentares bem como a importância do psicólogo neste tratamento, profissão que também tem sido satirizada por muitas gerações.

A pesquisa pode trazer uma prudência ao falar sobre este tema que deve ser mais abordado em no âmbito social, principalmente escolar, bem como uma prudência ao falar com o paciente e sua família, conforme citado no referencial teórico. Os Transtornos Alimentares são doenças que podem matar e seu tratamento com um profissional capacitado é fundamental para sua reabilitação.



## REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. Disponível em: <http://www.niip.com.br/wp-content/uploads/2018/06/Manual-Diagnostico-e-Estatistico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5-1-pdf.pdf>. Acesso em: 5 jun. 2021.

ATTIA, Evelyn; WALSH, B. Timothy. **Introdução aos transtornos alimentares**. Manual MSD Versão para Profissionais de Saúde. 2020. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/transtornos-psiQUI%20A1tricos/transtornos-alimentares/introdu%20A7%20A3o-aos-transtornos-alimentares>. Acesso em: 10 jun. 2021

BAHLS, Saint Clair; NAVOLAR, Ariana Basseti Borba. **Terapia cognitivo-comportamentais: Conceitos e pressupostos teóricos**. 2004. Disponível em: <http://files.personapsicologia.webnode.com/200000093-024d10346f/Terapias%20Cognitivo-comportamentais.pdf>. Acesso em: 7 jul. 2021.

BARBOSA, Aline L. P et al. **Psicologia e transtornos alimentares: produção científica sobre anorexia e bulimia nervosa**. [2019?]. Disponível em: <http://repositorio.aee.edu.br/bitstream/aee/1061/1/Psicologia%20e%20Transtornos%20Alimentares-Produ%20a7%20a3o%20Cient%20adfica%20sobre%20Anorexia%20e%20Bulimia%20Nervosa.pdf>. Acesso em: 19 jun 2021.

BECK, Judith S. **Terapia Cognitivo-Comportamental Teoria e Prática**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. Disponível em: <http://www.adventista.edu.br/source2019/psicologia/Judith-Beck.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2021.

BECK, Aeron T.; ALFORD, Brad A. **O poder integrador da Terapia Cognitiva**. Porto Alegre: Artmed, 2000. Disponível em: [https://stream2.docero.com.br/pdf\\_dummy/eyJpZCI6IjUzNzY5NyIsIm5hbWUiOiJCRUNLLCBBLiBUOyBBTEZPUkQsIEEuIEluIE8gUG9kZlIzIGSW50ZWdyYWRvciBkYSBUZXJhcGhhIENvZ25pdGl2YS4iLCJleHRlbnNpb24iOiJwZGYiLCJjaGVja3N1bV9pZCI6IjUzMjZODYifQ,,?](https://stream2.docero.com.br/pdf_dummy/eyJpZCI6IjUzNzY5NyIsIm5hbWUiOiJCRUNLLCBBLiBUOyBBTEZPUkQsIEEuIEluIE8gUG9kZlIzIGSW50ZWdyYWRvciBkYSBUZXJhcGhhIENvZ25pdGl2YS4iLCJleHRlbnNpb24iOiJwZGYiLCJjaGVja3N1bV9pZCI6IjUzMjZODYifQ,,?). Acesso em: 15 jul. 2021.

CANALS, Aneron de Avila et al. **Terapia Cognitivo-Comportamental nos transtornos alimentares: uma abordagem familiar para intervenção em crise**. Revista de Psicologia da IMED, Passo Fundo, 2009. Disponível em: <http://seer.imed.edu.br/index.php/revistapsico/article/view/10/11>. Acesso em: 19 jul. 2021.

CARNEIRO, Terezinha Féres. **Terapia familiar: Das divergências às possibilidades de articulação dos diferentes enfoques**. 1996. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/n3QX3LRFz7ssGpnQM5Nv4DG/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 10 jul. 2021.



CONTI, Maria Aparecida et al. **Anorexia e bulimia – corpo perfeito versus morte**. 2012.

Disponível em:

[https://bvmsms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo\\_saude/anorexia\\_bulimia\\_corpo\\_perfeito\\_morte.pdf](https://bvmsms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/anorexia_bulimia_corpo_perfeito_morte.pdf). Acesso em: 12 jul. 2021.

CORDÁS, Táki Athanássios. **Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico**. 2004.

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/bPfnNKhn5PKQGkfGJd3cmwx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 jun. 2021.

CORDÁS, Táki Athanássios; CLAUDINO, Angélica de Medeiros. **Transtornos alimentares: fundamentos históricos**. 2002. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbp/a/H3sFffd7QgwYcCSBfWb766b/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 5 jun. 2021.

DÁQUER, Adriana F. C.; DUCHESNE, Monica; SIMÃO, Cristiane. **A importância da abordagem familiar no tratamento dos transtornos alimentares**. Debates em Psiquiatria, São Paulo, 2019. Disponível em: <https://revistardp.org.br/revista/article/view/53>. Acesso em: 12 jul. 2021.

DINIZ, Neyanne Otaviano; LIMA, Deyseane Maria Araújo. **A atuação do psicólogo no atendimento a pacientes com transtorno alimentar de bulimia nervosa**. 2017. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/rh/article/view/7478>. Acesso em: 7 jul. 2021.

DUCHESNE, Mônica; ALMEIDA, Paola Espósito de Moraes. **Terapia cognitivo-comportamental dos transtornos alimentares**. 2003. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbp/a/CJKXBkfr6wBxGV4t7zL4w9J/?lang=pt#>. Acesso em: 22 jun. 2021.

EISLER, Ivan et al. **Maudsley Service Manual for Child and Adolescent Eating Disorders**. 2016. Disponível em: <https://mccaed.slam.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/11/Maudsley-Service-Manual-for-Child-and-Adolescent-Eating-Disorders-July-2016.pdf>.

Disponível em: <https://mccaed.slam.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/11/Maudsley-Service-Manual-for-Child-and-Adolescent-Eating-Disorders-July-2016.pdf>.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Atlas S.A, 2008. Disponível em: <https://ayanrafael.files.wordpress.com/2011/08/gil-a-c-mc3a9todos-e-tc3a9cnicas-de-pesquisa-social.pdf>. Acesso em: 05 ago. 2021.

MORGAN, Christina M; VECCHIATTI, Ilka Ramalho; NEGRÃO, André Brooking.

**Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais**.

2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462002000700005>. Acesso em: 20 jun. 2021.

NICHOLS, Michael P; SCHWARTZ, Richard C. **Terapia Familiar**

**CONCEITOS E MÉTODOS**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. Disponível em:

<https://www.eecarvalhosenne.com.br/wp-content/uploads/2020/10/Terapia-Familiar-Conceitos-e-Metodos.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2021.



OLIVEIRA, Letícia Langlois; DEIRO, Carolina Peixoto. **Terapia Cognitivo-Comportamental para Transtornos Alimentares: A Visão de Psicoterapeutas sobre o Tratamento.** Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, [S. l.], v. 15, n. 1, p. 36-49, 2013. Disponível em:  
<http://rbtcc.webhostusp.sti.usp.br/index.php/RBTCC/article/view/565>. Acesso em: 20 jun. 2021.

OLIVEIRA, Érika Arantes de; SANTOS, Manuel Antônio dos. **PERFIL PSICOLÓGICO DE PACIENTES COM ANOREXIA E BULIMIA NERVOSAS: A ÓTICA DO PSICODIAGNÓSTICO.** Medicina (Ribeirão Preto), 2006. Disponível em:  
<https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/391>. Acesso em: 12 jul. 2021.

PRAÇA, Fabíola Silva Garcia. **METODOLOGIA DA PESQUISA CIENTÍFICA: ORGANIZAÇÃO ESTRUTURAL E OS DESAFIOS PARA REDIGIR O TRABALHO DE CONCLUSÃO.** 2015. Disponível em:  
[http://uniesp.edu.br/sites/\\_biblioteca/revistas/20170627112856.pdf](http://uniesp.edu.br/sites/_biblioteca/revistas/20170627112856.pdf). Acesso em: 05 ago. 2021.

SCORSOLINI-COMIN, Fabio; SANTOS, Manoel Antônio dos. **Psicoterapia como estratégia de tratamento dos transtornos alimentares: análise crítica do conhecimento produzido.** 2012. v. 29. Estudos de Psicologia (Campinas). Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/estpsi/a/wcXjBFcpT9bCVpzBrgz3jCQ/?lang=pt#>. Acesso em: 18 jul. 2021.

SCORSOLINI-COMIN, Fabio; SOUZA Laura Vilela e; SANTOS Manoel Antônio dos. **A construção de si em um grupo de apoio para pessoas com transtornos alimentares.** 2010. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/estpsi/a/86vXgyJJCQXCGtvQqKLTb7B/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 ago. 2021.

University of Chicago Medical Center. **Tratamento familiar considerado mais eficaz para pacientes com anorexia nervosa:** Primeiro ensaio clínico randomizado para comparar tratamentos; mãe do paciente: "Funciona". 2010. Disponível em:  
<https://www.uchicagomedicine.org/forefront/news/family-based-treatment-found-most-effective-for-anorexia-nervosa-patients>. Acesso em: 18 jul. 2021.

ZYLBERKAN, Caroline Wajss. **Terapia familiar no tratamento de pacientes com transtorno alimentar: um estudo de caso.** 2013. 177f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo PUC-SP, São Paulo. Disponível em:  
<https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/15325/1/Caroline%20Wajss%20Zylberkan.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2021.