

A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL E SEUS EFEITOS NO TRATAMENTO DOS TRANSTORNOS DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR

**Thomé Eliziário Tavares Filho¹
Paula Mitoso da Silva Magalhães²
Bruno Mendes Tavares³**

RESUMO

O objetivo geral desta pesquisa é discutir as principais técnicas cognitivas e comportamentais utilizadas no tratamento dos transtornos alimentares. Para isso, foi necessário realizar um estudo sobre os transtornos alimentares, caracterizar a obesidade, a bulimia e a anorexia, e verificar, à luz da literatura, a aplicabilidade da Terapia Cognitivo-Comportamental no tratamento dos transtornos alimentares. Em decorrência dos seus aspectos multidimensionais, várias abordagens terapêuticas são utilizadas e existe uma tendência à integração de métodos psicoterápicos e farmacológicos. Atualmente, as técnicas cognitivas e comportamentais estão sendo utilizadas como estratégias eficazes na melhora dos quadros clínicos da obesidade, da bulimia e da anorexia nervosa.

Palavras-chave: Terapia cognitivo-comportamental, tratamento, transtornos alimentares.

COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY AND ITS EFFECTS OVER EATING DISORDERS

ABSTRACT

The general objective of this monograph was to discuss the major cognitive and behavioral techniques used in the treatment of eating disorders. To this end, it was necessary to complete a study on eating disorders; characterize the obesity, bulimia and anorexia and check in the light of literature the applicability of cognitive-behavioral therapy in the treatment of eating disorders. As a result of the multidimensional aspect of these disorders, several therapeutic approaches are used and there is a trend toward integration of psychotherapeutic and pharmacological methods. Currently, cognitive and behavioral techniques are being used as effective strategies in the improvement of the clinical obesity, the bulimia and nervous anorexia.

Key words: Cognitive-behavioral therapy, treatment, disorders food.

¹ Psicanalista e Doutor em Psicologia, pela Universidade de Santiago de Compostela, da Espanha. Professor Associado III da carreira do Magistério Superior da Universidade Federal do Amazonas, lotado no Departamento de Teorias e Fundamentos da Faculdade de Educação.

² Psicóloga, Especialista em Terapia Cognitiva Comportamental.

³ Nutricionista, Mestre em Nutrição pela UFRJ, Professor Assistente I da carreira do Magistério Superior da Universidade Federal do Amazonas, lotado no Instituto de Saúde e Biotecnologia.

Introdução

O objeto deste estudo são os transtornos do comportamento alimentar, ou simplesmente, transtornos alimentares (TA). De forma simples, pode-se destacar que os TA são desvios do comportamento alimentar que podem levar ao emagrecimento extremo, também conhecido como caquexia, ou à obesidade, dentre outros problemas físicos e psicológicos.

Trata-se de um estudo exploratório de caráter bibliográfico, a fim de encontrar respostas e possíveis evidências da importância da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) no tratamento destes desvios de comportamento, bem como lançar um olhar sobre a anorexia e a bulimia enquanto uma forma reativa de lidar com a obesidade. Fatores biológicos, culturais e experiências pessoais contribuem para a obesidade, para a bulimia e para a anorexia nervosa. É importante ainda destacar que nesta pesquisa não há uma preocupação em concordar ou discordar dos estudos, discorrendo apenas sobre a aplicabilidade da TCC no tratamento dos transtornos do comportamento alimentar na literatura especializada.

Podemos observar que, como consequência da obesidade, da bulimia e da anorexia nervosa, aumentam as patologias associadas com estes transtornos. Em paralelo, cresce cada vez mais a importância do conceito da qualidade de vida. Sem dúvida, todos querem aumentar seu tempo de vida, porém com qualidade.

E neste contexto, a TCC visa à identificação e à correção das condições que favorecem o desenvolvimento e manutenção das alterações cognitivas e comportamentais que caracterizam os casos clínicos de obesidade, da bulimia e da anorexia nervosa. É importante para os profissionais de psicologia que lidam com estes tipos de desvios de comportamento compreender a natureza destes problemas para conseguir desenvolver intervenções eficazes nestes casos clínicos.

1. Uma Visão Geral dos Transtornos Alimentares

1.1. Conceito de Obesidade

Atualmente, a obesidade é considerada uma doença crônica e corresponde, atualmente, a uma epidemia global. No Brasil, estudos demonstram um aumento na velocidade de crescimento da obesidade, determinando grande impacto na saúde pública. Segundo Halpern (2006), a obesidade é definida como um excesso de tecido adiposo no organismo. Tal excesso dá-se, segundo conceito generalizado, por uma ingestão calórica que sobrepassa o gasto calórico.

De acordo com Malheiros e Freitas Júnior (2006), o sobrepeso e a obesidade vêm com uma tendência de aumento em países ricos e em desenvolvimento. No Brasil, a prevalência de obesidade aumentou muito na última década, em especial para o sexo feminino, chegando a 13,3%; a taxa de ascensão da obesidade no Brasil é de 0,36 pontos percentuais ao ano para a população feminina e de 0,20 pontos percentuais ao ano para a população masculina.

Segundo Mancini (2003), a obesidade acarreta um risco aumentado de inúmeras doenças crônicas, tais como: diabete melito, dislipidemia, doenças cardio e cerebrovascular, alterações da coagulação, doenças articulares degenerativas, neoplasias

estrogênio-dependentes, neoplasia de vesícula biliar, esteatose hepática com ou sem cirrose, apnéia do sono, etc. Pacientes com obesidade mórbida têm esse risco magnificado, com aumento expressivo da mortalidade (250% em relação a pacientes não obesos).

Segundo Dalgalarro (2008), o obeso é um indivíduo que recorre à comida como forma de compensação do afeto que carece e que sente que nunca o recebe de forma adequada. Outro aspecto seria a utilização da obesidade como defesa contra a depressão, ou como busca mágica de força e potência, ou como forma de distanciar-se dos outros. Deve ser, entretanto, enfatizado que tais mecanismos, embora encontrados em alguns indivíduos obesos, não podem ser generalizados. Geralmente, as pessoas obesas comem excessivamente quando se sentem mal emocionalmente. No entanto, é importante salientar que pessoas não-obesas também o fazem. De modo geral, os obesos têm uma auto-estima baixa, tem problemas com auto-imagem e sentem seus corpos feios e acham que as outras pessoas os encaram com desprezo e rejeição.

1.2. Bulimia Nervosa (BN)

Segundo o DSM-IV (American Psychiatric Association, 2002), a bulimia nervosa (BN) caracteriza-se por: a) Episódios de “Binge-eating” recorrentes; b) Empenho recorrente em comportamentos compensatórios inadequados para prevenir o ganho de peso, tais como: vômitos auto-induzidos; uso inadequado de laxantes, diuréticos, enemas ou outros medicamentos; dieta restritiva, jejum ou exercícios excessivos. c) Os episódios de “Binge-eating” e comportamentos compensatórios inadequados devem ambos ocorrer, em média, pelo menos duas vezes por semana durante três meses; d) A auto-avaliação é inadequadamente influenciada pelo peso e formato corporal; e) O distúrbio não ocorre exclusivamente durante episódios de Anorexia Nervosa. O episódio de compulsão alimentar é o sintoma principal e costuma surgir no decorrer de uma dieta para emagrecer. No início, pode se achar relacionado à fome, mas posteriormente, quando o ciclo compulsão alimentar-purgação já está instalado, ocorre em todo tipo de situação que gera sentimentos negativos (frustração, tristeza, ansiedade, tédio, solidão). Inclui um aspecto comportamental objetivo que seria comer uma quantidade de comida considerada exagerada se comparada ao que uma pessoa comeria em condições normais; e um componente subjetivo que é a sensação de total falta de controle sobre o seu próprio comportamento. Estes episódios ocorrem às escondidas na grande maioria das vezes e são acompanhados de sentimentos de intensa vergonha, culpa e desejos de autopunição (Appolinário & Claudino, 2000).

Os indivíduos bulímicos apresentam episódios durante os quais sentem um desejo excessivo e incontrolável de ingerir alimentos. Nesses episódios, que podem ocorrer várias vezes por dia, podem ser ingeridas até mais do que 10.000 Kcal. Durante estes episódios, os bulímicos relatam um sentimento de falta de controle sobre o comportamento alimentar. Sob a ótica do bulímico nem todos os episódios de compulsão alimentar envolvem comer grandes quantidades de alimentos. Neste sentido, pode-se conceituar como um episódio de compulsão alimentar a ingestão de qualquer alimento percebido como muito calórico, mesmo em pequena quantidade. Ao avaliar um episódio de compulsão alimentar, deve-se considerar o contexto em que a alimentação ocorreu, tais como o que seria visto como consumo excessivo em uma refeição típica poderia ser considerado normal durante uma festa (Duchesne e Appolinário, 2008; APA, 2002).

O episódio de compulsão alimentar é normalmente desencadeado por estados de humor disfóricos e estados ansiosos. Ele pode proporcionar distração de pensamentos desagradáveis, constituindo-se em uma forma de se dar prazer, mesmo que de curta duração, reduzir sentimentos de tédio e solidão, ou proporcionar alívio do rigor e da monotonia da dieta rígida. Os bulímicos têm preocupação excessiva com o formato corporal, além de a perda de peso não produzir sensação de magreza suficiente. Os episódios de compulsão alimentar aumentam o pavor mórbido de engordar, o que faz com que os bulímicos também coloquem para si mesmas um limiar de peso abaixo do que seria saudável (Duchesne & Appolinário, 2008).

De acordo com dados publicados no DSM-IV, (APA, 2002) e no CID-10 (Organização Mundial da Saúde, 1993), a bulimia nervosa ocasiona alterações cardiovasculares, gastrintestinais, hidroeletrólíticas e metabólicas. Os vômitos, por exemplo, podem ocasionar desgaste do esmalte dentário, hipertrofia das glândulas salivares e cicatrizes no dorso da mão. A bulimia nervosa geralmente inicia na adolescência. Há maior prevalência em mulheres (mais de 90%) das classes média e alta, sendo mais freqüente na raça branca. Pessoas com profissões ou atividades que valorizam a magreza, como modelos, bailarinos e atletas, são mais suscetíveis a tais transtornos. Os indivíduos portadores de bulimia nervosa tipicamente envergonham-se de seus problemas alimentares e procuram ocultar seus sintomas. Há um sentimento de falta de controle. O comer compulsivo é um quadro próximo à bulimia, mas dela se diferencia pela ausência dos vômitos e purgações auto-induzidos e por marcante sentimento de culpa ou desconforto após haver comido uma quantidade muito exagerada de alimentos em um curto período de tempo (Dalgalarrondo, 2008).

1.3. Anorexia Nervosa (AN)

A anorexia nervosa é um transtorno alimentar caracterizado pela recusa do indivíduo em manter um peso adequado para a sua estatura, medo intenso de ganhar peso e uma distorção da imagem corporal, além de negação da própria condição patológica (Alves, Vasconcelos, Calvo & Neves, 2008).

De acordo com o DSM-IV (APA, 2002), a anorexia nervosa (AN) caracteriza-se por: a) Recusa em manter o peso mínimo normal adequado à idade e à altura ou acima deste; b) Medo intenso de ganhar peso ou de se tornar gordo, mesmo com peso inferior ao esperado; c) Perturbação no modo de vivenciar o peso, tamanho ou forma corporal. O peso ou formato corporal exercem influência indevida na autoavaliação ou há negação da seriedade do baixo peso corrente; d) Nas mulheres pós-menarca, ocorre amenorréia, isto é, a ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos, quando é esperado ocorrer o contrário.

As pessoas com a anorexia nervosa apresentam um medo intenso de engordar, que persiste como uma idéia sobrevalorada, associado a uma preferência pela magreza extrema. Apresentam um distúrbio da imagem corporal que faz com que se percebam como mais gordas do que realmente são. Esse distúrbio ocasiona uma insatisfação da pessoa anoréxica com sua aparência, apesar do emagrecimento, fixando suas metas de peso em níveis cada vez mais baixos (APA, 2002).

Dalgalarrondo (2008) destaca que do ponto de vista psicopatológico, o que é característico da anorexia nervosa é a distorção da imagem corporal. Embora esteja magro, o indivíduo anoréxico percebe-se gordo e sente que algumas partes de seu corpo, estão “muito gordas”. O pavor de engordar persiste como uma idéia permanente, mesmo

o indivíduo estando com o seu peso bem abaixo do normal. No que se refere à abordagem farmacoterápica, Duchesne e Appolinário (2008) destacam que na AN, a terapêutica medicamentosa tem um papel limitado, sendo utilizada basicamente em função dos quadros psiquiátricos associados ou no tratamento dos episódios de compulsão alimentar que também podem ocorrer na AN. Os inibidores seletivos de recaptção da serotonina (ISRS) têm sido os antidepressivos mais estudados no tratamento da AN. Uma melhora da depressão, dos pensamentos obsessivos e da ansiedade são alguns dos sintomas que podem responder aos ISRS (por exemplo, fluoxetina) conforme se avança na recuperação ponderal. Entretanto, a pesquisa sobre a eficácia desses agentes na AN encontra-se ainda em fase embrionária, baseando-se em observações clínicas isoladas, relatos de casos e estudos abertos.

2. A Aplicabilidade da Terapia Cognitivo-Comportamental no Tratamento da Obesidade, da Bulimia e da Anorexia

A TCC é uma das principais correntes psicoterapêuticas que privilegia um trabalho direto no campo alimentar e sobre as causas que fazem com que o distúrbio permaneça. Na prática é proposto um contrato terapêutico no qual o indivíduo se propõe seguir o programa de tratamento, em grupo restrito ou em terapia individual.

Historicamente, o tratamento de pessoas com transtornos alimentares mudou de foco: da supervisão médica de reposição do peso, para a introdução das primeiras variantes de psicoterapia psicodinâmica no século XX e, mais tarde, para o desenvolvimento de técnicas específicas e tratamentos voltados para a redução dos sintomas, como a terapia cognitivo-comportamental (TCC). Em paralelo ao desenvolvimento das técnicas psicoterápicas, ocorreu o uso de tratamentos farmacológicos, conforme a disponibilização destes de forma mais ampla na clínica psiquiátrica (Bacaltchuk e Hay, 2004).

Nunes e Abuchaim (2008) destacam que a TCC nos transtornos alimentares foi inicialmente proposta por Fairburn em 1981. Inicialmente, o objetivo da técnica é auxiliar a paciente a estabelecer um controle comportamental sobre seu hábito alimentar para então ajudá-la a modificar suas atitudes anormais em relação à alimentação, ao peso e à forma corporal. Posteriormente o foco será a aquisição de habilidades em resolver problemas e a manutenção dos progressos adquiridos ao longo do tratamento.

Na literatura há uma variabilidade nos componentes específicos da TCC, entretanto, em geral, o tratamento inicia com ênfase no controle da conduta alimentar alterada, prescrição de um esquema alimentar e a tentativa de utilização de uma lista de comportamentos alternativos. Também é importante, no início do tratamento, informar ao paciente e seus familiares a respeito da doença e de seus riscos. Ao longo do processo, a terapia envolve uma reestruturação cognitiva, por meio da correção das crenças e distorções que os pacientes têm em relação ao peso e à forma corporal (Nunes e Abuchaim, 2008).

De acordo com Wright et al. (2008), a TCC tornou-se aceita como um dos métodos principais de tratamento para transtornos alimentares. Estudos controlados de bulimia nervosa e transtorno de compulsão alimentar encontraram fortes evidências da sua eficácia. Em vários estudos, descobriu-se que a TCC tem efeitos adicionais quando

aplicada em combinação com medicações antidepressivas, mas a efetividade da TCC para anorexia nervosa ainda não foi estabelecida. O modelo de TCC para tratar transtornos alimentares baseia-se na noção de que crenças disfuncionais sobre a magreza e a insatisfação com a forma e o peso corporais norteiam e mantêm o comportamento alimentar anormal e as características associadas, como purgação e abuso de laxantes, diuréticos e remédios para emagrecer.

Bacaltchuk e Hay (2004) esclarecem que programas de TCC com base em manuais foram desenvolvidos e já foram ou estão sendo avaliados para tratamento da AN e da BN, apresentando os seguintes protocolos: a) Bulimia Nervosa – Na BN, os objetivos da TCC visam tratar os sintomas comportamentais (ataques bulímicos e comportamentos compensatórios), substituir o padrão de restrição alimentar por um padrão mais adequado e modificar os pensamentos disfuncionais e os sentimentos negativos relacionados ao peso e à forma do corpo, o perfeccionismo excessivo e o pensamento dicotômico. O tratamento é conduzido ao longo de 20 sessões (seis meses), em média. O programa tem quatro estágios: o primeiro, psicoeducativo, envolve informações sobre transtornos alimentares com episódios bulímicos, compulsão alimentar, suas conseqüências médicas, pesquisas relevantes e conhecimento atual sobre as hipóteses etiológicas e tratamentos, incluindo uma introdução à visão cognitiva da manutenção da BN. Em geral, isso pode ser feito em uma sessão. O segundo estágio, de monitoramento dos comportamentos alimentares, tem uma duração média de duas sessões. No terceiro, com duração de cerca de seis a oito sessões, ocorre à introdução de estratégias comportamentais para prevenir os episódios de compulsão alimentar e os comportamentos extremos para controle do peso e promover o autocontrole, com treinamento e técnicas para solução de problemas. Finalmente o quarto estágio, de desafio cognitivo e reestruturação das atitudes alimentares disfuncionais, ocorre em geral ao longo de oito sessões. As últimas sessões visam a estabelecer um plano para prevenção de recaídas e manutenção do tratamento (Bacaltchuk & Hay, 2004). b) Anorexia Nervosa - Diferente da BN, a terapia é conduzida ao longo de um a dois anos e freqüentemente inclui um período de reabilitação nutricional em meio hospitalar. Ao contrário da BN, não há, até o momento, evidências suficientes disponíveis sobre a efetividade da TCC para AN. Garnere Garfinkel em 1997 apud Bacaltchuk e Hay (2004) descreveram um programa de TCC de três estágios que, em primeiro lugar, avalia e foca a natureza egossintônica da AN. Isso inclui o aumento da motivação para mudança, a formulação da função psicológica da AN para a pessoa, a prescrição de objetivos de peso e a normalização dos padrões alimentares. A segunda fase envolve o desafio de crenças disfuncionais sobre a comida, as questões relativas ao peso e à forma do corpo, os padrões alimentares e a auto-estima. A fase final identifica sinais e fatores de recaída e estratégias para preveni-las.

Bacaltchuk e Hay (2004) propuseram uma abordagem mais específica, focalizando a necessidade extrema de autocontrole por meio do controle do peso, tendo como alvo o uso da comida, da forma e do peso como índices de autovalorização, a necessidade de autocontrole excessivo em geral e o uso de comportamentos alterados para controlar o peso, incluindo checagem constante do corpo e comportamentos semelhantes. De acordo com os autores ora citados, o foco primário da TCC no tratamento da AN é ajudar o paciente a alcançar e manter padrões alimentares e de peso normais. O tratamento da restrição alimentar como uma fobia de comida baseia-se no pressuposto de que o medo de comer é ativado por crenças e pensamentos distorcidos

sobre comida e peso. Evitar alimentar-se normalmente reduz o medo de engordar. A restrição alimentar é muito gratificante e tem um efeito positivo sobre a auto-estima.

A terapia é estruturada em quatro estágios. O primeiro, de aproximadamente 14 sessões, tem como foco: (a) a avaliação detalhada da fobia de comida, dos sintomas alimentares e da função positiva da anorexia; (b) a formulação do esquema cognitivo abordando as dificuldades interpessoais, as deficiências na resolução de problemas e na identificação de elementos que reforçam a fobia de comida; e (c) a recuperação do peso e/ou a substituição das dietas restritivas por padrões alimentares mais normais. O foco do segundo estágio, também de aproximadamente 14 sessões, é o tratamento das dificuldades interpessoais e o aumento das habilidades para resolver problemas sociais. A ênfase no tratamento da fobia de comida e no medo de ganhar peso continua neste estágio. O terceiro estágio consiste de seis sessões e prepara o paciente para um funcionamento autônomo. São discutidas as técnicas para enfrentar futuras dificuldades e para manter expectativas razoáveis, objetivando a prevenção de recaídas. O quarto e último estágio consiste de sessões mensais em um período de três meses e trata de questões relacionadas ao final do tratamento (Bacalchuk & Hay, 2004). É importante salientar que ao longo do tratamento com a TCC, o paciente deve tornar-se um bom identificador de tendências disfuncionais de raciocínio e das situações em que estas prejudicam sua capacidade de interpretar informações de forma correta. O paciente deve aprender as linhas de questionamento mais eficazes para si e praticá-las, usando suas novas percepções em resposta aos antigos pensamentos disfuncionais.

Considerações Finais

Ao final deste estudo, podemos destacar que os objetivos propostos foram alcançados e durante a pesquisa bibliográfica, pôde-se comprovar a hipótese de que as técnicas cognitivas e comportamentais estão sendo utilizadas como estratégias eficazes na melhora dos quadros clínicos da obesidade, da bulimia e da anorexia nervosa. No entanto, faz-se mister salientar que se trata de uma pesquisa inicial, logo, para um adequado aprofundamento do assunto, muitas obras, tanto da área de medicina, como da área da psicologia devem ser consultadas. O presente estudo não pretendeu inferir conclusões definitivas sobre o tema, pois se tem consciência de que a questão da aplicabilidade da Terapia Cognitivo-Comportamental no tratamento dos transtornos do comportamento alimentar é complexa, e que uma monografia de revisão não contempla o assunto em todas as suas particularidades.

No contexto do tratamento da obesidade, da bulimia e da anorexia nervosa, somente uma real mudança nos hábitos alimentares, bem como nos comportamentais, pode levar ao sucesso da terapia como a manutenção do peso ideal e, conseqüentemente, a uma melhor qualidade de vida. O tratamento por meio da TCC permite também que os indivíduos obesos, bulímicos e anoréxicos, possam resgatar uma convivência social saudável. A auto-estima após o tratamento eleva-se e para os que a haviam perdido, ela se restaura em decorrência dos benefícios advindos do tratamento. Tanto a obesidade, como a bulimia e a anorexia nervosa, tornaram-se sérios problemas de saúde pública, e seu controle deveria ser prioridade dos órgãos responsáveis, com campanhas de esclarecimento e orientação. Deve-se orientar a população sobre os perigos e o tratamento destes transtornos, levando-se em consideração a experiência

peçoal e particular de cada um. Em decorrência do aspecto multidimensional destes transtornos, várias abordagens terapêuticas são utilizadas e existe uma tendência à integração de métodos psicoterápicos e farmacológicos.

A abordagem psicoterápica da obesidade, da bulimia e da anorexia nervosa, pode ser individual, em grupo, familiar e costuma incluir uma combinação de técnicas psicoeducacionais, cognitivo-comportamentais e psicodinâmicas. Quaisquer que sejam as abordagens psicoterápicas escolhidas, os pacientes devem ter acompanhamento clínico adequado. Como muito freqüentemente se constata na psicologia, algumas modalidades terapêuticas dão melhores resultados do que outras, sem que os profissionais sejam verdadeiramente capazes de dizer o que nas diferentes perspectivas faz a diferença. No entanto, em matéria do tratamento da obesidade, bulimia e anorexia por meio da TCC, alguns pontos podem ser destacados. Na perspectiva da TCC, as regras de modificação do comportamento alimentar são, sobretudo, um meio para o indivíduo se provar que não está totalmente à mercê dos processos externos, mas que têm influência no seu comportamento. A TCC permite-lhe precisar os seus modos de pensar e as suas emoções com as suas próprias condutas.

Para finalizar, pode-se destacar que os estudos sobre a aplicabilidade da TCC no tratamento dos transtornos do comportamento alimentar estão sob contínuos aprimoramentos. Logo, estes estudos, seja em nível de graduação ou especialização, deveriam ser mais explorados e constituem-se em um campo fértil para futuras pesquisas. As instituições de ensino superior, por serem instituições privilegiadas na elaboração e produção do conhecimento, têm responsabilidade e função social frente ao quadro de obesidade, bulimia e anorexia que se apresenta e que requer envolvimento na solução de problemas. O presente estudo pode ser fonte de referência e consulta para o prosseguimento de outros estudos, que venham suscitar novos debates sobre este tema.

Referências Bibliográficas

- Appolinário, J.C., Claudino, A.M. (2000). Transtornos alimentares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22 (Supl II), 28-31.
- 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. *Cadernos de Saúde Pública*, 24 (3), 503-512.
- Apfeldorfer, G. (1997). *Anorexia, Bulimia e Obesidade*. Lisboa: Instituto Piaget.
- American Psychiatric Association, APA (2002). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais .DSM-IV-TR* (4ª ed. rev.) Porto Alegre: Artmed.
- Bacaltchuk, J., Hay, P.J. (2004). Terapia cognitivo-comportamental dos transtornos alimentares. In: Knapp, P. et al. *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica*. Porto Alegre: Artmed.
- Dalgalarrodo, P. (2008). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. 2. Ed. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Duchesne, M., Appolinário, J. Tratamento dos transtornos alimentares. In: Rangé, B. (Org.). (2008) *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. 2 Ed. Porto Alegre: Artmed.
- Fernandes, C.A.M., Rodrigues, A.P.C., Nozaki, V.T., Marcon, S. S. (2007). Fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares: um estudo em universitárias de uma instituição de ensino particular. *Arq. Ciênc. Saúde Unipar*, 11 (1), 33-38.
- Hay, P.J. (2002). Epidemiologia dos transtornos alimentares: estado atual e desenvolvimentos futuros. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (Supl III), 13-7.
- Halpern, A. Fisiopatologia da Obesidade. In: Garrido, J. (2006) *Cirurgia da Obesidade*. São Paulo: Atheneu.
- Malheiros, C.A., Freitas, J., Wilson, R. Obesidade no Brasil e no Mundo. In: Garrido, J. (2006). *Cirurgia da Obesidade*. São Paulo: Atheneu.
- Mancini, M.C. Noções Fundamentais Diagnóstico e Classificação da Obesidade. In: Garrido, J. (2006). *Cirurgia da Obesidade*. São Paulo: Atheneu.
- Nunes, M.A., Abuchaim, A.L. Abordagens Psicoterápicas nos Transtornos Alimentares. In: Cordioli, A. (2008). *Psicoterapias: abordagens atuais*. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Organização Mundial da Saúde, OMS (1993). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Pinzon, V., Nogueira, F.C. (2004). Epidemiologia, curso e evolução dos transtornos alimentares. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31 (4), 158-160.
- Wright, J.H. et al. (2008). *Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: um guia ilustrado*. Porto Alegre: Artmed.

Endereço para correspondência:

Dr. Thomé Eliziário Tavares Filho.

Rua Castro Alves, 99 Aleixo.

69060-040 Manaus, Amazonas, Brasil.

E-mail: thometavares@hotmail.com

Homepage: www.professorthometavares.com.br

Recebido em: 16/12/2009.

Aceito para publicação em: 10/02/2010.