

FACULDADE LABORO  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM NUTRIÇÃO CLÍNICA FUNCIONAL E  
FITOTERAPIA

**GRAZIELE ANDRADE BARBOSA**

**A IMPORTÂNCIA DA NUTRIÇÃO COMPORTAMENTAL FRENTE AOS  
TRANSTORNOS ALIMENTARES: UMA REVISÃO NARRATIVA**

Brasília  
2022

**GRAZIELE ANDRADE BARBOSA**

**A IMPORTÂNCIA DA NUTRIÇÃO COMPORTAMENTAL FRENTE AOS  
TRANSTORNOS ALIMENTARES: UMA REVISÃO NARRATIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Especialização em Nutrição Clínica  
Funcional e Fitoterapia, da Faculdade Laboro, para  
obtenção do título de Especialista.

Orientador (a) Prof. (a):

Brasília

2022

**FICHA CATALOGRÁFICA  
(DEIXAR EM BRANCO)**

**GRAZIELE ANDRADE BARBOSA**

**A IMPORTÂNCIA DA NUTRIÇÃO COMPORTAMENTAL FRENTE AOS  
TRANSTORNOS ALIMENTARES: UMA REVISÃO NARRATIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Especialização em Nutrição Clínica  
Funcional e Fitoterapia, da Faculdade Laboro, para  
obtenção do título de Especialista.

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Prof. (a) Dra. Iolanda**

Doutora em  
Universidade

---

**EXAMINADOR 1**

---

**EXAMINADOR 2**

# A IMPORTÂNCIA DA NUTRIÇÃO COMPORTAMENTAL FRENTE AOS TRANSTORNOS ALIMENTARES: UMA REVISÃO NARRATIVA

GRAZIELE ANDRADE BARBOSA<sup>1</sup>

## RESUMO

**Objetivo:** Realizar uma revisão narrativa sobre transtornos alimentares e sua relação com a nutrição comportamental. **Métodos:** Trata-se de uma revisão narrativa que se deu por meio da seleção de artigos científicos nas bases de dados Google Acadêmico, Pubmed e Science Direct nos períodos entre 2016 e 2021 utilizando os seguintes descritores em português e em inglês: transtornos alimentares; pica, transtorno de ruminação, transtorno alimentar restritivo/evitativo, anorexia nervosa, bulimia nervosa, transtorno de compulsão alimentar, complicações médicas, risco nutricional, tratamento, nutrição comportamental, técnicas de nutrição comportamental, entrevista motivacional, comer intuitivo, comer com atenção plena e terapia cognitivo comportamental. **Resultados:** Esta revisão pontuou uma série de estudos a respeito da eficácia de três de quatro abordagens (Terapia Cognitivo Comportamental; Comer com Atenção Plena ou *Mindful Eating* e Comer Intuitivo) dentro da nutrição comportamental para o tratamento de Transtorno alimentar restritivo/evitativo; Anorexia Nervosa; Bulimia Nervosa e Transtorno de Compulsão Alimentar. **Conclusão:** Na literatura revisada para elaboração deste trabalho, dos artigos analisados, foi demonstrado que dentro da nutrição comportamental três de quatro abordagens (Terapia Cognitivo Comportamental; Comer com Atenção Plena ou *Mindful Eating* e Comer Intuitivo) foram importantes positivamente para o tratamento de quatro (Transtorno alimentar restritivo/evitativo; Anorexia Nervosa; Bulimia Nervosa e Transtorno de Compulsão Alimentar) dos seis transtornos alimentares descritos no DSM-5. Para os demais transtornos alimentares e abordagens utilizadas pela nutrição comportamental não foram encontrados artigos científicos que relacionassem os assuntos. Sugere-se que novas pesquisas sejam realizadas por se tratar de um assunto pouco explorado e com pouco material científico publicado.

**Palavras chave:** transtornos alimentares; pica, transtorno de ruminação, transtorno alimentar restritivo/evitativo, anorexia nervosa, bulimia nervosa, transtorno de

compulsão alimentar, complicações médicas, risco nutricional, tratamento, nutrição comportamental, técnicas de nutrição comportamental, entrevista motivacional, comer intuitivo, comer com atenção plena e terapia cognitivo comportamental.

## **THE IMPORTANCE OF BEHAVIORAL NUTRITION IN THE FACE OF EATING DISORDERS: A NARRATIVE REVIEW**

### **ABSTRACT**

**Objective:** To carry out a narrative review on eating disorders and their relationship with behavioral nutrition. **Methods:** This is a narrative review with selection of scientific articles in the Google Scholar, Pubmed, and Science Direct databases between 2016 and 2021. The following descriptors in Portuguese and English were used: eating disorders, pica, rumination disorder, restrictive/avoidant eating disorder, anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating disorder, medical complications, nutritional risk, treatment, behavioral nutrition, behavioral nutrition techniques, motivational interviewing, intuitive eating, mindful eating, and cognitive therapy behavioral. **Results:** This review scored several studies regarding the effectiveness of three of four approaches (Cognitive Behavioral Therapy; Mindful Eating and Intuitive Eating) within behavioral nutrition for the treatment of Restrictive/Avoidant Eating disorder, Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, and Binge Eating Disorder. **Conclusion:** In the reviewed literature, it was shown that within behavioral nutrition, three of four approaches were positively crucial for the treatment of four (Restrictive/Avoidant Eating Disorder; Anorexia Nervosa; Bulimia Nervosa and Binge Eating Disorder) of the six eating disorders described in the DSM-5. For the other eating disorders and approaches used by behavioral nutrition, no scientific articles were found that related the subjects. New research should be carried out because it is a little-explored subject with scarce scientific literature.

**Keywords:** eating disorders; pica, rumination disorder, restrictive/avoidant eating disorder, anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating disorder, medical complications, nutritional risk, treatment, behavioral nutrition, behavioral nutrition techniques, motivational interviewing, intuitive eating, mindful eating, and cognitive behavioral therapy.

-----

<sup>1</sup>Especialização em Nutrição Clínica pela Faculdade Laboro, 2022.

## 1 INTRODUÇÃO

O sobrepeso e a obesidade são um problema de saúde pública que contribuem para o desenvolvimento de transtornos alimentares. Atrelado a isso nos deparamos com a busca pelo chamado “corpo perfeito” que leva a essa população a procurar dietas restritivas e fórmulas mágicas para a rápida perda de peso (ANDRADE *et al.*, 2021).

Transtornos alimentares são síndromes psiquiátricas que afetam o comportamento alimentar levando a crenças distorcidas e disfuncionais sobre o próprio corpo, peso, alimentação e valor de si próprio. O início dos transtornos alimentares é comum entre os períodos da infância e adolescência causando pensamentos obsessivos, distorções na autoimagem e emoções além de interferências na vida escolar, qualidade de vida, desenvolvimento e crescimento (CAMARGOS; LOPES; BERNARDINO, 2020).

São doenças de causas múltiplas e por isso se necessita de uma equipe multiprofissional para o tratamento composta por médicos, educadores físicos, enfermeiros, nutricionistas, fonoaudiólogos, psicólogos, psiquiatras e outros. O Manual diagnóstico e Estatístico de Transtorno Mentais (DSM-5) descreve critérios diagnósticos para seis transtornos alimentares: pica, transtorno de ruminação, transtorno alimentar restritivo/evitativo, anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno de compulsão alimentar (PIRES; LAPORT, 2019; APA, 2014).

Como alterações no comportamento alimentar se ligam intimamente com os transtornos alimentares a nutrição comportamental vem sendo estudada como uma abordagem de tratamento diferente que se utiliza de métodos científicos que trazem consigo técnicas (entrevista motivacional, comer intuitivo ou *Intuitive Eating*, comer com atenção plena também chamado de *Mindful Eating* e a terapia cognitivo comportamental) com ferramentas para se alcançar a mudança no comportamento alimentar (ALVARENGA *et al.*, 2019).

Além disso a nutrição comportamental também promove um relacionamento sadio das pessoas com o alimento utilizando fisiologia, vida sociocultural e emocional do sujeito resgatando o prazer em comer e como consequência os benefícios que o alimento produz no organismo (ALVARENGA *et al.*, 2019).

Trata-se de uma revisão narrativa que se deu por meio da seleção de artigos científicos nas bases de dados google acadêmico, pubmed e science direct nos períodos entre 2016 e 2021 utilizando as seguintes palavras chaves em português e em inglês: transtornos alimentares; pica, transtorno de ruminação, transtorno alimentar restritivo/evitativo, anorexia nervosa, bulimia nervosa, transtorno de compulsão alimentar, complicações médicas, risco nutricional, tratamento, nutrição comportamental, técnicas de nutrição comportamental, entrevista motivacional, comer intuitivo, comer com atenção plena e terapia cognitivo comportamental.

Neste contexto, o objetivo foi realizar uma pesquisa sobre transtornos alimentares e sua relação com a nutrição comportamental. Para alcançar o objetivo proposto, utilizou-se os seguintes caminhos: identificar quais são os transtornos alimentares reconhecidos pela literatura; descrever os transtornos alimentares; investigar quais são os tratamentos base para transtornos alimentares e relatar os tipos de tratamentos existentes dentro da nutrição comportamental para os transtornos alimentares.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

Os transtornos alimentares são doenças graves com conturbações no comportamento alimentar peso e forma corporal. Frequente em adolescentes e adultos jovens, podendo levar a múltiplas complicações médicas e psiquiátricas provocando um impacto severo na qualidade de vida do ser humano (GALMICHE; DÉCHELLOTTE; LAMBERT; TAVOLACCI, 2019). O quadro abaixo mostra os artigos selecionados para a elaboração desse trabalho de conclusão de curso.

<b>Nome do(s) Autor(es) do artigo</b>	<b>Nome do Artigo</b>	<b>Palavras Chaves</b>	<b>Ano de publicação</b>	<b>Fonte de busca</b>
<b>1 AKGUL, Hilal</b>	<b>Case: pica eating matchstick and its chronic gis effects</b>	<b>Pica and eating disorder</b>	<b>2020</b>	<b>ScienceDirect</b>
<b>2 ALCKMIN-CARVALHOA, Felipe; PEREIRAB, Rodrigo;</b>	<b>Cognitive-Behavioral Therapy for chronic and severe bulimia</b>	<b>Terapia cognitivo comportamental e bulimia nervosa</b>	<b>2019</b>	<b>Google acadêmico</b>

<b>RAFIH-FERREIRAC, Renatha El; MELOD, Márcia Helena da Silva</b>	<b>nervosa: Case Study</b>			
<b>3 BOHON, Cara.</b>	<b>Binge Eating Disorder in Children and Adolescents.</b>	<b>Binge eating disorder</b>	<b>2019</b>	<b>ScienceDirect</b>
<b>4 CAMARGOS; LOPES; BERNARDINO</b>	<b>Terapia cognitivo comportamental multicomponent e para adolescentes com transtorno alimentar: um estudo de caso</b>	<b>Transtornos alimentares</b>	<b>2020</b>	<b>Google Acadêmico</b>
<b>5 CASS, Kamila et al.</b>	<b>Medical Complications of Anorexia Nervosa</b>	<b>Anorexia nervosa</b>	<b>2020</b>	<b>ScienceDirect</b>
<b>6 CASTILLO; WEISELBERG</b>	<b>Bulimia Nervosa/Purging Disorder</b>	<b>Bulimia Nervosa</b>	<b>2017</b>	<b>ScienceDirect</b>
<b>7 CATÃO, Larissa Gomes; TAVARES, Renata Leite</b>	<b>Técnicas de Nutrição Comportamental no Tratamento dos Transtornos Alimentares</b>	<b>Nutrição comportamental e transtorno alimentar</b>	<b>2017</b>	<b>Google Acadêmico</b>
<b>8 CHAHUAN, J; RAY, P.; MONROY, H.</b>	<b>Síndrome de ruminación: Artículo de revisión</b>	<b>Rumination Syndrome</b>	<b>2021</b>	<b>ScienceDirect</b>
<b>9 CROW, Scott J.</b>	<b>Pharmacologic Treatment of Eating Disorders</b>	<b>Treatment and eating disorder and bulimia nervosa</b>	<b>2019</b>	<b>PubMed</b>

10 Dalle Grave R, Conti M, Calugi S.	Effectiveness of intensive cognitive behavioral therapy in adolescents and adults with anorexia nervosa	Eating disorder and cognitive behavioral therapy and anorexia nervosa	2020	PubMed
11 DANTAS, Andressa Emanuelle Cardoso <i>et al.</i>	Mindfulness como terapêutica nos distúrbios alimentares: uma revisão integrativa de literatura / mindfulness as therapeutic in eating disorders	Mindfulness e transtorno alimentar	2021	Google Acadêmico
12 DAVIS, Emily; STONE, Elizabeth L.	Avoidant Restrictive Food Intake Disorder—More Than Just Picky Eating: a case discussion and literature review	Avoidant restrictive food intake	2020	ScienceDirect
13 Erika Nyman-Carlsson, Claes Norring, Ingemar Engström, Sanna Aila Gustafsson, Karolin Lindberg, Gunilla Paulson-Karlsson & Lauri Nevenon	Individual cognitive behavioral therapy and combined family/individual therapy for young adults with Anorexia nervosa: A randomized controlled trial, Psychotherapy	Eating disorder and cognitive behavioral therapy and anorexia nervosa	2019	PubMed
14 FEILLET, F. <i>et al.</i>	Nutritional risks of ARFID	Avoidant restrictive food	2019	ScienceDirect

	(avoidant restrictive food intake disorders) and related behavior	intake and nutritional risks		
15 GIBSON; WORKMAN; MEHLER	Medical Complications of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa	Medical complication; eating disorders; bulimia nervosa	2019	ScienceDirect
15 GOLDSTEIN; GVION	Socio-demographic and psychological risk factors for suicidal behavior among individuals with anorexia and bulimia nervosa: a systematic review	Eating disorders; bulimia nervosa; suicide	2019	ScienceDirect
16 GOSSEAUME, Camille; DICEMBRE, Marika; BEMER, Pauline; MELCHIOR, Jean-Claude; HANACHI, Mouna	Somatic complications and nutritional management of anorexia nervosa.	Anorexia nervosa and nutritional risks	2019	ScienceDirect
17 GUERDJIKO; MORI; CASUTO; MCELROY	Update on Binge Eating Disorder	Binge eating disorder; Female binge eating; Treatment; Gender; Sex differences; Eating dysregulation	2019	ScienceDirect
18 GRAVE, Riccardo Dalle; SARTIRANA,	Treatment of Eating Disorders in Adults Versus Adolescents:	Treatment and bulimia nervosa	2021	ScienceDirect

<b>Massimiliano ; SERMATTEI, Selvaggia; CALUGI, Simona.</b>	<b>similarities and differences</b>			
<b>19 HALLAND, Magnus; PANDOLFINO, John; BARBA, Elizabeth.</b>	<b>Diagnosis and Treatment of Ruminaton Syndrome.</b>	<b>Rumination Syndrome</b>	<b>2018</b>	<b>PubMed</b>
<b>20 HARTMANN, Andrea S.</b>	<b>Pica behaviors in a German community-based online adolescent and adult sample: an examination of substances, triggers, and associated pathology</b>	<b>Pica disorder</b>	<b>2019</b>	<b>PubMed</b>
<b>21 HARTMANN, Andrea S.; POULAIN, Tanja; VOGEL, Mandy; HIEMISCH, Andreas; KIESS, Wieland; HILBERT, Anja</b>	<b>Prevalence of pica and rumination behaviors in German children aged 7–14 and their associations with feeding, eating, and general psychopathology: a population-based study.</b>	<b>Eating disorder and Pica</b>	<b>2018</b>	<b>PubMed</b>
<b>22 KATZMAN, Debra K.; NORRIS, Mark L.; ZUCKER, Nancy.</b>	<b>Avoidant Restrictive Food Intake Disorder</b>	<b>Avoidant restrictive food intake disorder</b>	<b>2019</b>	<b>ScienceDirect</b>

23 LEUNG, Alexander K.C.; HON, Kam Lun	Pica: a common condition that is commonly missed - an update review.	Pica Disorder	2019	PubMed
24 MITCHELL, James E.; PETERSON, Carol B.	Anorexia Nervosa.	Anorexia nervosa and nutritional risks	2020	PubMed
25 MURRAY, Helen B.; THOMAS, Jennifer J.; HINZ, Andreas; MUNSCH, Simone; HILBERT, Anja.	Prevalence in primary school youth of pica and rumination behavior: the understudied feeding disorders	Pica Disorder	2018	PubMed
26 Pinto-Gouveia J, Carvalho S A, Palmeira L, Castilho P, Duarte C, Ferreira C, Duarte J, Cunha M, Matos M, Costa J.	BEfree: A new psychological program for binge eating that integrates psychoeducation, mindfulness, and compassion.	Mindfulness e transtorno alimentar	2017	Google Acadêmico
27 PIRES; LAPORT	Transtornos alimentares e as contribuições da terapia cognitivo comportamental para tratamento	Transtornos alimentares	2019	Google Acadêmico
28 P. Scott Richards, Sabree Crowton, Michael E. Berrett, Melissa H. Smith &	Can patients with eating disorders learn to eat intuitively? A 2-year pilot study	Eating disorder and intuitive eating and anorexia nervosa	2017	PubMed

Kimberly Passmore				
29 RODRÍGUEZ; LIANES	Comentarios sobre aspectos clínicos y epidemiológicos del trastorno por atracón	Binge eating disorder; epidemiology	2018	ScienceDirect
30 STUNKARD	Eating patterns and obesity	Binge eating disorder	1959	Google Acadêmico
31 THOMAS, Jennifer J. <i>et al.</i>	Cognitive-behavioral therapy for avoidant/restrictive food intake disorder: Feasibility, acceptability, and proof-of-concept for children and adolescents	Eating disorder and cognitive behavioral therapy and avoidant restrictive food intake disorder	2020	PubMed
32 THOMAS, Jennifer J. <i>et al.</i>	Cognitive-behavioral therapy for adults with avoidant/restrictive food intake disorder.	eating disorder and cognitive behavioral therapy and avoidant restrictive food intake disorder	2021	ScienceDirect
33 TREASURE; DUARTE; SCHMIDT	Eating disorders	Bulimia nervosa	2020	ScienceDirect
34 VACHHANI, Herit; RIBEIRO, Bruno de Souza; SCHEY, Ron.	Rumination Syndrome: recognition and treatment.	Rumination Syndrome	2020	PubMed

<b>35 WADE, Tracey D.</b>	<b>Recent Research on Bulimia Nervosa</b>	<b>Binge eating disorder</b>	<b>2018</b>	<b>ScienceDire ct</b>
<b>36 WASSENAA; FRIEDMA; MEHLER</b>	<b>Medical Complications of Binge Eating Disorder</b>	<b>Binge eating disorder</b>	<b>2019</b>	<b>ScienceDire ct</b>

## 2.1 Transtornos alimentares

Transtornos alimentares são doenças psiquiátricas graves que acometem aspectos relacionados a saúde física ou funcionamento psicossocial de um indivíduo com quadros persistentes de perturbações no comportamento alimentar (CAMARGOS; LOPES; BERNARDINO, 2020). De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais de 2014 (DSM-5), são considerados como transtornos alimentares: pica, transtorno de ruminação, transtorno alimentar restritivo/evitativo, anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno de compulsão alimentar (APA, 2014).

## 2.2 Pica

Pica é caracterizada pela ingestão de uma ou mais substâncias sem um conteúdo nutricional mínimo (itens não nutritivos e não alimentares); sua ocorrência deve ser inadequada ao nível de desenvolvimento do indivíduo e não pode fazer parte de uma prática culturalmente aceita. As substâncias não nutritivas e não alimentares variam e podem incluir papel, sabão, tecido, cabelo, terra, giz, talco, cola, pedra e detergente (LEUNG; HON, 2019; APA, 2014).

O DSM-5 apresenta alguns fatores de risco que podem aumentar o risco para o desenvolvimento de pica como negligência, falta de supervisão e atraso no desenvolvimento (APA, 2014). Akgul (2020) relata que abuso sexual, violência e baixo nível socioeconômico devem ser investigados como causa para o transtorno de pica no entanto afirma que mais pesquisas são necessárias para saber quais são de fato as principais causas de pica.

Devido ao comportamento alimentar de pacientes com transtorno de pica ser indesejável socialmente, muitas vezes, ocorre isolamento social prejudicando o

convívio em público. A idade mínima sugerida para o diagnóstico é de dois anos de idade mas a condição de pica pode ocorrer não somente na infância mas também na adolescência e fase adulta e ainda pode estar associada a outros transtornos mentais como transtorno do desenvolvimento intelectual, transtorno do espectro autista e esquizofrenia (HARTMANN *et. al.*, 2018; LEUNG; HON, 2019).

Sobre a epidemiologia de pica Hartmann (2019) descreveu que 69,23% (n= 54) dos participantes ingeriam pelo menos uma substância não nutritiva e não alimentar como unha, cera de ouvido, cabelo, pele, fezes, urina, vômito, papel, terra, argila, cinzas, sabão, ossos e laminas de barbear. Em outro artigo Hartmann (2018) a prevalência de pica em crianças e adolescentes alemãs de sete a quatorze anos foi de 4,48%. Já em estudo conduzido por Murray et al. (2018) na Suíça, 10% de 1.430 apresentaram comportamentos de pica.

As complicações que o transtorno de pica pode causar para a saúde são abrasão dentaria, cárie, erosão e eventual perda dentaria, envenenamento por metais pesados, parasitose, obstrução intestinal, sangramento intestinal causado por perfuração de objetos pontiagudos, vômito, dor abdominal, constipação, anemia e deficiência de zinco (AKGUL, 2020; LEUNG; HON, 2019).

### **2.3 Transtorno de ruminação**

O transtorno de ruminação consiste, de maneira repetitiva, na volta do alimento parcialmente digerido do esôfago para a boca para ser remastigado e engolido novamente ou cuspidado, ocorrendo na ausência de náusea, ânsia de vômito ou nojo (VACHHANI; RIBEIRO; SCHEY, 2020).

Devido ao constrangimento causado pela regurgitação os pacientes são levados a restringirem atividades sociais de seu cotidiano como ir à escola, restaurantes, trabalho ou até mesmo evitam alimentar-se antes de comparecer a elas. De acordo com o DSM-5 o distúrbio pode ser diagnosticado durante toda a vida e os fatores de risco predisponentes para o transtorno de ruminação são problemas psicossociais como negligência e situações estressantes da vida assim como problemas na relação entre pais e filhos (CHAHUAN; REY; MONRROY, 2021; APA, 2014).

As características diagnósticas do transtorno acontecem várias vezes por semana por um período mínimo de um mês e não são causadas por condições

gastrointestinais como refluxo gastroesofágico e estenose no piloro por exemplo. A prevalência para o transtorno de ruminação em adultos é 0,8% e 0,9% na Austrália e no México respectivamente, e para crianças 1,49% em um estudo na feito na Alemanha (TREASURE; DUARTE; SCHIMIDT, 2020; HALLAND; PANDOLFINO; BARBA, 2018).

A fisiopatologia que explica a regurgitação não está definida de maneira clara, mas acredita-se que ocorra por meio da combinação do aumento da pressão intra-abdominal com pressão intratorácica negativa e contração dos músculos intercostais e abdominais anteriores que permite que o bolo alimentar reflua do esôfago pra a cavidade orofaríngea. As complicações associadas ao transtorno de ruminação são erosões dentárias encontrada em crianças e perda de peso em adolescentes e adultos. Se o comprometimento nutricional chegar a ser grave a jejunostomia é usada para recuperar o estado nutricional dos pacientes (CHAHUAN; REY; MONRROY, 2021).

#### **2.4 Transtorno restritivo/evitativo**

O transtorno alimentar restritivo/evitativo é um transtorno onde existe falta aparente de interesse na alimentação ou em alimentos; esquiva justificada pelas características sensoriais do alimento e preocupação acerca de consequências aversivas alimentar (TREASURE; DUARTE; SCHMIDT, 2020).

Para ser diagnosticado com transtorno alimentar restritivo/evitativo é preciso atender as seguintes características diagnósticas: esquiva ou a restrição da ingestão alimentar manifestada por fracasso clinicamente significativo em satisfazer as demandas de nutrição ou ingestão energética insuficiente, por meio da ingestão oral de alimentos, e a um ou mais dos seguintes aspectos: perda de peso significativa; deficiência nutricional significativa ou impacto relacionado a saúde; dependência de nutrição enteral ou suplementos orais ou interferência marcante no funcionamento psicossocial que se define como a incapacidade de participar de atividades sociais normais, tais como fazer refeições com outras pessoas ou manter relacionamentos em decorrência da doença. A prevalência desse transtorno em crianças varia de 3% a 23% e em mulheres entre 14 e 50 anos 11% (DAVIS; STONE, 2020; KATZMAN; NORRIS; ZUCKER, 2018).

O transtorno alimentar restritivo/evitativo pode apresentar-se concomitantemente com alguns outros transtornos mentais como o transtorno do apego reativo, anorexia nervosa, transtorno espectro autista, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno do espectro da esquizofrenia e transtorno de ansiedade social (fobia social) se todos os critérios forem satisfeitos e a perturbação alimentar demandar atenção clínica específica (APA, 2014).

Feillet *et al.*, 2019 e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-V de 2014 apontam alguns fatores que podem levar ao desenvolvimento de transtorno alimentar restritivo/evitativo ou aumentar o risco de comportamentos alimentares comuns ao transtorno como a pressão dos pais para comer, dificuldades emocionais, transtorno de ansiedade, transtorno do espectro autista, transtorno obsessivo compulsivo, transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, sensibilidade extrema a características sensoriais (cor, cheiro, textura, temperatura ou sabor) dos alimentos e experiências traumáticas vivenciadas enquanto se está comendo como engasgo /sufocamento e vômitos repetidos.

Em relação aos impactos que o transtorno alimentar restritivo/evitativo proporciona para a saúde Davis e Stone (2020), Katzman, Norris e Zucker (2018) e Feillet *et al.* (2019) citaram perda de peso, comprometimento no crescimento e desenvolvimento, anemia, deficiência de vitaminas A, D, E, K, C, B9, B12, deficiência de minerais ferro, cálcio, fosfato, magnésio e zinco, diarreia, fezes amolecidas, disfunções hepática e cardíaca.

## **2.5 Anorexia nervosa**

A anorexia nervosa é um transtorno alimentar caracterizado por uma redução severa da ingestão alimentar resultando em perda de peso grave levando assim a um estado nutricional de desnutrição marasmática onde inicialmente há o consumo de reserva muscular e posteriormente a utilização de reserva adiposa para sustentar o fornecimento de energia. Devido ao medo intenso de engordar, os anoréxicos empreendem manobras como jejuns prolongados, vômitos auto induzidos, atividade física em excesso e uso indevido de laxantes e diuréticos para evitar o ganho de peso. Além disso, apresentam uma perturbação na percepção da própria forma corporal e peso, ou seja, eles se veem muito diferentes do que realmente são. Apresenta uma prevalência de até 4% durante a vida e tem uma duração média de

seis anos na população de adolescentes e jovens do sexo feminino além de uma taxa de mortalidade de 5,6% a cada década (GOSSEAUME *et al.*, 2019; APA, 2014; MITCHELL; PETERSON, 2020; CASS *et al.*, 2020).

Esse transtorno subdivide-se em tipo restritivo onde durante três meses a perda de peso foi causada essencialmente por meio de dieta, jejum, e/ou exercício físico em excesso (sem compulsão alimentar e purgação) e em tipo compulsão alimentar purgativa onde pelo mesmo período de tempo do anterior, o indivíduo, depois de um episódio de compulsão alimentar faz uso de métodos purgativos. Porém, pode ocorrer ainda que aqueles com o segundo subtipo não apresentem episódios de compulsão, mas purguem de maneira regular depois do consumo de pequenas quantidades de alimentos (APA, 2014).

A etiologia da anorexia nervosa engloba fatores biológicos como traços obsessivos compulsivo, suscetibilidade comportamental à desregulação do apetite, vulnerabilidade metabólica, influencias ambientais no período perinatal, fatores psicológicos como ansiedade, depressão, perturbação da imagem corporal e traços de personalidade (perfeccionismo), fatores psicossociais como problemas alimentares dos pais, bullying, exposição à traumas, cultura (industrializada/ocidental) e idealização de magreza e fatores comportamentais como controle excessivo de peso e alimentação, isolamento social causado pela angústia de em determinado momento ter que se alimentar em locais públicos e qualidade de vida física e mental prejudicadas (TREASURE; DUARTE; SCHMIDT, 2020).

O comprometimento nutricional devido a desnutrição marasmática e aos métodos purgativos empregados resultam em complicações como imunodeficiência, suscetibilidade a infecções, hipotireoidismo, pele seca escamosa, queda de cabelo, desmineralização óssea, hipercolesterolemia, osteoporose, tontura, dispneia, deficiência de vitamina D, B1, B12, B9, deficiência de selênio, potássio, magnésio, cálcio e sódio, insuficiência cardíaca, hipotensão, bradicardia, cardiomiopatia, arritmia, insuficiência hepática, enzimas hepáticas aumentadas, cálculo renal, injúria renal aguda, níveis baixos de estrogênio e testosterona, amenorreia, infertilidade, disfagia, queimaduras gástricas, saciedade precoce, distensão abdominal, retardo do esvaziamento gástrico, constipação, diminuição da motilidade intestinal, epistaxe (sangramento nasal causado pelo aumento da pressão que pode ocorrer durante o vômito que causa a ruptura de vasos sanguíneos), mucosite oral, queilite (inflamação dos lábios), a laringe e as cordas vocais podem também ser afetadas pela exposição

continua ao ácido estomacal causando infamações, dor de garganta, pneumonia por aspiração devido a fraqueza orofaríngea e refluxo gastroesofágico provocando sérias complicações como adenocarcinoma esofágico (GOSSEAUME *et al.*, 2019; TREASURE; DUARTE; SCHMIDT, 2020; CASS *et al.*, 2020; MITCHELL; PETERSON, 2020; GUIBSON; WORKMAN; MELHER, 2019).

## 2.6 Bulimia nervosa

O DSM-5 caracteriza a bulimia nervosa como um transtorno alimentar que começa na adolescência ou na idade adulta jovem e geralmente são pessoas que se encontram dentro da faixa normal de peso ou com sobrepeso de acordo com o IMC. Possui três aspectos essenciais para qualificar seu diagnóstico: compulsão alimentar e comportamentos purgativos que devem ocorrer minimamente uma vez por semana durante três meses além de uma auto avaliação indevidamente influenciada pela forma e pelo peso corporais (PIRES; LAPORT, 2019).

A etiologia da bulimia nervosa envolve fatores biológicos como predisposição genética e suscetibilidade comportamental à desregulação do apetite, fatores psicológicos como distúrbio de imagem corporal, depressão e problemas de cognição social e evitação emocional, fatores psicossociais como idealização de magreza, bullying, exposição a traumas como abuso sexual e negligência na infância e por último, fatores comportamentais como isolamento social e perfeccionismo (TREASURE; DUARTE; SCHMIDT, 2020). Em pesquisa realizada por Goldstein e Gvion (2019) encontrou-se relação entre comportamento suicida e fatores de risco, abuso sexual e negligência na infância, depressão, e regulação emocional deficiente em pessoas que sofrem de bulimia nervosa.

Já a prevalência estimada para bulimia ao longo da vida é de 1,5% para mulheres e 0,5% para homens, outro dado importante é a prevalência de comportamento suicida não fatal ou seja, tentativa e ideação em indivíduos com bulimia varia entre 15% a 40% e para adolescentes com bulimia têm risco aumentado para ideação de suicídio (5.93%), tentativa (6.56%) e multiplas tentativas (5.64%) (GUERDJIKOVA; MORI; CASUTO; MCELROY, 2019; WADE, 2018).

A compulsão alimentar que se refere a ingestão de uma grande quantidade de alimentos, em menos de duas horas, muito superior ao que a maioria das pessoas costumaria ingerir sob circunstâncias semelhantes é usada como alívio emocional na

bulimia pelos mesmo motivos encontrados no transtorno de compulsão alimentar com a diferença de que entre os episódios de compulsão alimentar, os bulímicos costumam restringir seu consumo calórico total e optam, de preferência, por alimentos hipocalóricos (“dietéticos”), ao mesmo tempo que evitam alimentos dito como engordantes ou com potencial para desencadear compulsão alimentar e de que para se verem livres da culpa, depois da compulsão, fazem uso de métodos purgativos sendo os mais comuns vômitos auto induzidos, jejum, exercícios físico em excesso e uso abusivo de laxantes e diuréticos (WADE, 2018; APA, 2014).

Os pacientes com bulimia nervosa sentem vergonha de suas ações e por isso praticam a compulsão alimentar e os métodos purgativos em segredo, geralmente antes dos pais ou qualquer outra pessoa que faça parte de seu cotidiano retornar para casa depois de um dia de trabalho por exemplo (CASTILLO; WEISELBERG, 2017).

As complicações médicas e outras consequências, encontradas na bulimia nervosa estão diretamente relacionadas aos métodos compensatórios inadequados usados. Os vômitos auto induzidos, por exemplo, provocam alcalose hipoclorêmica, hipocalemia (queda dos níveis de potássio) levando ao desenvolvimento de arritmia cardíaca, perda permanente do esmalte dental, epistaxe (sangramento nasal causado pelo aumento da pressão que pode ocorrer durante o vômito que causa a ruptura de vasos sanguíneos), perimíolise (forma de erosão dental caracterizada pela desmineralização do tecido dental), mucosite oral, queilite (inflamação dos lábios) voz rouca, tosse crônica, sialadenose (aumento das glândulas salivares especificamente as parótidas), ruptura esofágica, prolapso retal (protusão indolor do reto pelo ânus), hemorroida, convulsão, morte e disfagia (dificuldade para engolir), dispepsia (indigestão, gases, saciedade precoce, empachamento pós prandial, sensação de corrosão interna ou queimação), a laringe e as cordas vocais podem também ser afetadas pela exposição contínua ao ácido estomacal causando infamações, dor de garganta, espessamento da superfície dorsal dos nós dos dedos com lesões, calos ou cicatrizes no dorso das mãos, pneumonia por aspiração devido a fraqueza orofaríngea e refluxo gastroesofágico provocando sérias complicações como adenocarcinoma esofágico. O uso abusivo de laxantes provoca prolapso retal, diarreia, hemorroidas, hemorragia retal, constipação severa além de prejudicar o funcionamento do sistema renina angiotensina aldosterona e a interrupção do uso pode causar edemas e as duas condições levam ao ganho de peso por isso pacientes com transtornos alimentares têm dificuldades em interromper o uso crônico de

laxantes (GIBSON; WORKMAN; MEHLER, 2019; TREASURE; DUARTE; SCHIMIDT, 2020; CASTILLO; WEISELBERG, 2017).

## **2.7 Transtorno de compulsão alimentar**

O transtorno de compulsão alimentar foi descrito pela primeira vez por Abert Stunkard em 1959 como sendo a ingestão de grandes quantidades de alimento em espaço de curto de tempo, acompanhado geralmente por um extremo desconforto e autocondenação (STUNKARD, 1959). Atualmente o DSM-5 (2014) descreve, de forma um pouco mais detalhada, que o transtorno de compulsão alimentar é distúrbio alimentar grave em que episódios de compulsão alimentar ocorrem no mínimo uma vez por semana durante 3 meses (APA, 2014).

Um episódio de compulsão alimentar seria o consumo exagerado de alimentos, sendo superior ao que a maioria da pessoas costumaria ingerir, em um intervalo de tempo de duas horas ou menos, até se sentir desconfortavelmente cheio, ou quando alguém interrompe. O nível de gravidade pode alterar-se de acordo com a frequência, podendo levar até a quatorze ou mais episódios por semana (GUERDJIKOVA; MORI; CASUTO; MCELROY, 2019; APA, 2014).

Neste contexto o episódio de compulsão alimentar é usado como um alívio para gatilhos psicológicos (afeto negativo, estressores pessoais, restrições dietéticas, bullying, sentimentos negativos de si sobre a forma e peso corporal, abuso sexual e outros) que o antecedem, porém após o término do mesmo o indivíduo é tomado por uma profunda tristeza e culpa por não conseguiu controlar sua forma e sua forma de comer (APA, 2014; RODRÍGUEZ; LIANES, 2018).

O transtorno de compulsão alimentar é o transtorno alimentar mais comum e um problema mundial de saúde pública com uma prevalência de 2 a 5% na população geral gerando problemas de autorrejeição, de relacionamento com a família, amigos, cônjuges e dificuldades no ambiente de trabalho e complicações médicas como resistência à insulina, níveis elevados de hemoglobina glicada, hipertensão, risco aumentado de desenvolver diabetes mellitus tipo dois, refluxo gastroesofágico, disfagia, dor abdominal, constipação, diarreia e deficiências nutricionais por conta do alto consumo de alimentos ricos em carboidratos simples, gorduras saturadas e pobre em proteína vitaminas e minerais e além disso o transtorno de compulsão alimentar está interligado a um maior risco de ganho de peso

e desenvolvimento de obesidade (RODRÍGUEZ; LIANES, 2018; APA, 2014; WASSENNAR; FRIEDMAN; MEHLER, 2019).

O crescimento da obesidade e do sobrepeso trazem consigo crescentes preocupações por parte da população em obter o controle de peso aderindo à práticas de dietas com severas limitações alimentares que estão associadas com o desenvolvimento de compulsão alimentar (ANDRADE *et al.*, 2021). A prevalência de transtorno de compulsão alimentar foi de 6% entre crianças e adolescentes obesos com idades entre 9 e 16 anos da unidade de pediatria do Hospital General em Valência na Espanha e em um outro estudo 71% dos adultos com transtorno de compulsão alimentar tinham IMC > que 30Kg/m<sup>2</sup> e mais de 25% das crianças e dos adolescentes obesos e com sobrepeso apresentaram compulsão alimentar (RODRÍGUEZ; LIANES, 2018; WASSENNAR; FRIEDMAN; MEHLER, 2019).

## **2.8 Tratamentos**

### **2.8.1 Pica**

Para o tratamento do transtorno de pica existem relatos na literatura de que os inibidores seletivos da receptação de serotonina se mostrou eficaz na opção de um tratamento farmacológico. Em relação a tratamento psicoterápico o aconselhamento familiar é uma opção, por meio de intervenções psicossociais, ambientais e comportamentais seguindo um planejamento e uma comunicação eficaz onde o objetivo é eliminar os estressores durante a infância e construir um desenvolvimento neuropsicológico saudável nos pacientes. Uma outra opção descrita é a terapia comportamental em crianças com deficiência mental reduzindo a gravidade do transtorno em 80% dos casos (LEUNG; HON, 2019; AKGUL, 2020).

### **2.8.2 Transtorno de ruminação**

O foco do tratamento do transtorno de ruminação é o aumento do esfíncter esofágico inferior ou a redução da pressão gástrica provocada pela contração da musculatura da parede abdominal. A técnica terapêutica utilizada para tal objetivo é a respiração diafragmática onde o paciente é instruído a colocar uma mão no abdome e outra no tórax. Em seguida o paciente inspira lentamente pelo nariz fazendo com

que apenas a mão que está sobre o abdome suba e a que está sobre o tórax permaneça imóvel e por fim ele expira lentamente pela boca repetindo o processo de seis a oito vezes por minuto após as refeições durante um total de tempo de dez a quinze minutos por dia (CHAHUAN; REY; MONRROY, 2021).

Já dentro da farmacologia o uso de Baclofeno é remendado para diminuir os episódios de ruminação com uma dose inicial de 5mg a 10mg antes de dormir podendo evoluir para 10 mg três vezes ao dia mediante monitoramento médico. Após o uso de Baclofeno 63% dos pacientes relataram melhoras dos sintomas em comparação com 26% usando placebo durante o mesmo tempo. Uma outra opção de farmaco que também demonstrou efeito positivo foi o antipsicótico Levosulpirida melhorando em 38% os episódios de ruminação em combinação com psicoterapia (VACHHANI; RIBEIRO; SCHEY, 2020).

### **2.8.3 Transtorno restritivo/evitativo**

O tratamento para transtorno alimentar restritivo/evitativo inclui a combinação de farmacoterapia, psicoterapia e acompanhamento nutricional que podem ser implementados tanto em regime ambulatorial quanto hospitalar a depender da gravidade do transtorno em cada paciente. Em caso de hospitalização por desnutrição grave o uso de suplemento nutricional deve ser oferecido primeiro e depois a sonda nasogástrica entra em ação para ajudar na recuperação do estado nutricional. Devido a ansiedade, restrições e aversões alimentares presentes no transtorno alimentar restritivo/evitativo aqueles alimentos considerados problemáticos devem ser gradativamente inseridos na nova rotina alimentar dos indivíduos (FEILLET *et al.*, 2019).

Em relação a farmacoterapia estudos apontam alguns fármacos antipsicóticos para o tratamento do transtorno alimentar restritivo/evitativo que demonstraram resultados positivos como a olanzapina que estimula o apetite e o ganho de peso, ajuda na ansiedade e depressão; a mirtazapina auxiliando na ansiedade associada a engasgo e/ou vômito e depressão; e a buspíridona que também auxilia na ansiedade associada a engasgo e/ou vômito (DAVIS; STONE, 2020).

A psicoterapia é apontada como o principal tratamento de transtorno alimentar restritivo/evitativo, e acordo com Davis e Stone (2020) as opções de

psicoterapia incluem: Análise Comportamental Aplicada (ABA), Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), Terapia de Exposição, bem como Tratamento Familiar (FBT) e Terapia para os Cuidadores de alguém com ARFID. Essas terapias podem ser implementadas tanto em regime de internação como em ambulatório.

Análise Comportamental Aplicada (ABA) que se aplicada na casa dos pacientes proporciona maiores benefícios propõe que o ambiente onde eles se encontram sejam modificados para que assim possam ser capazes de realizar sozinhos a tarefa desejada que é comer. A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é conduzida por um psicólogo e foca em ajudar o paciente a lidar com sua ansiedade. A Terapia de Exposição faz com que o indivíduo seja exposto a novos alimentos e se dê a chance de experimentá-los (DAVIS; STONE, 2020).

Já a Terapia familiar é moldada de acordo com a dinâmica de cada família mas não deixa de colocar às necessidades do paciente em primeiro lugar. O psicólogo conduz a terapia mostrando e ensinado para as famílias sobre os sintomas e o melhor método de gerenciamento para cada um objetivando a diminuição da ansiedade em relação a comida gerada pelo transtorno. Melhores resultados são fornecidos quando os familiares demonstram empatia e imparcialidade ao longo de todo o processo (DAVIS; STONE, 2020).

#### **2.8.4 Anorexia nervosa**

Na anorexia nervosa antes de se iniciar um tratamento psicológico adequado é necessário que ocorra a estabilização do peso nos pacientes. Para pacientes internados devido à desnutrição grave as complicações médicas não se resolvem facilmente sem uma adequada recuperação do peso. O nutricionista tem o papel de recuperar o estado nutricional do paciente com segurança fornecendo aconselhamentos e apoio emocional durante todo o processo (GOSSEAUME *et al.*, 2019; CASS *et al.*, 2020).

Pacientes com anorexia devem ser monitorados de perto para que não ocorra síndrome da realimentação monitorando-se sempre os níveis de fósforo. Durante as primeiras tentativas de se realimentar o paciente é comum que se apresente hipoglicemia em jejum e hipoglicemia pós-prandial devido a não se estar secretando insulina normalmente (CASS *et al.*, 2020).

As calorias iniciais oferecidas na terapia nutricional de acordo com as diretrizes do Instituto Nacional de Saúde e Excelência Clínica é de no máximo 10 Kcal/Kg aumentando de 200-400 Kcal a cada 2-4 dias até que seja adequada para manutenção de peso saudável. Devido à desnutrição pode-se desenvolver disfagia e caso a alimentação esteja acontecendo por via oral é necessário fazer uma modificação na consistência dos alimentos para melhor aceitação do paciente além disso a gastroparesia também é muito comum optando-se por alimentos com um baixo teor de fibras, macios e de fácil digestão e três refeições e três lanches por dia para auxiliar com a saciedade precoce (CASS *et al.*, 2020).

A fisioterapia é muito importante também durante o manejo da anorexia nervosa em pessoas hospitalizadas pois auxilia no comprometimento musculoesquelético, sarcopenia, fraqueza funcional e falta de equilíbrio evitando quedas constantes (CASS *et al.*, 2020).

Pra crianças e adolescente o tratamento psicológico baseado na família é recomendado durante seis a doze meses em três fases. A fase um consiste nos pais na ação de promotores de comportamentos alimentares saudáveis para recuperação do peso de seus filhos em vez ficarem com sentimento de culpa. A segunda fase consiste em devolver a autonomia alimentar para o paciente e sua família e por fim na terceira fase propõe-se melhorar a comunicação e a independência da família. E de acordo com os autores esta forma de terapia baseada na família mostrou melhores resultados do que outros tratamentos no período de um ano (MITCHELL; PETERSON, 2020).

Ainda de acordo com os mesmos autores as drogas psicoativas não apresentam efeito positivo no tratamento da anorexia nervosa e quando usados em conjunto com psicoterapias não são mais eficientes do que as psicoterapias por si só na melhora dos sintomas do transtorno (MITCHELL; PETERSON, 2020).

### **2.8.5 Bulimia nervosa**

De acordo com Crow (2019) a fluoxetina foi o primeiro medicamento aprovado pelo *Food and Drug Administration* (FDA) para uso no tratamento de bulimia nervosa (dose inicial de 20mg) seguida depois por outros que também demonstraram efetividade como a fluvoxamina, citalopram, sertralina, amitriptilina, imipramina, desipramina, trazodone, fenelzina, topiramato. Para o tratamento psicológico Grave *et*

*al.*, (2021) e Treasure, Duarte e Schmidt (2020) recomendam a terapia cognitivo comportamental tanto para adultos quanto para adolescentes promovendo uma melhora com vinte sessões em dois terços dos paciente com bulimia nervosa em comparação com outras abordagens de psicoterapia como a psicoterapia psicanalítica e a terapia familiar.

### **2.8.6 Transtorno de compulsão alimentar**

O tratamento para transtorno de compulsão alimentar inclui a psicoterapia cognitivo-comportamental, a terapia interpessoal e a terapia comportamental dialética além do uso de Dimesilato de Lisdexanfetamina (LDX) dosado a 50 mg ou 70 mg para intensidade moderada a grave do transtorno, ambos os tratamento mostraram-se positivos em reduzir significativamente os sintomas de compulsão alimentar (GUERDJIKOVA; MORI; CASUTO; MCELROY, 2019; WASSENAAR; FRIEDMAN; MEHLER, 2019; BOHON, 2019).

## **2.9 Nutrição comportamental e transtornos alimentares**

### **2.9.1 Nutrição comportamental**

A nutrição comportamental se intitula como uma abordagem científica inovadora englobando olhares sociológicos sociais, culturais e emocionais do universo que é a alimentação, promovendo mudanças no relacionamento do nutricionista com o paciente (CATÃO; TAVARES, 2017).

A nutrição comportamental para melhor cumprir seu papel trabalha então, com os seguintes princípios: **ser inclusiva** ou seja ao de qualquer profissional pode inovar sua prática em nutrição; **ampliar o modo atuação do nutricionista** usando técnicas que não se aprende na graduação; **acreditar que todos os alimentos merecem seu espaço em uma alimentação saudável** respeitando os aspectos fisiológicos, culturais e emocionais da alimentação de cada indivíduo; **manter a abordagem biopsicossocial** com o olhar de que a saúde depende muito mais de comportamentos saudáveis do que de um peso corporal imposto socialmente (ALVARENGA *et al.*, 2019).

O nutricionista que escolhe trabalhar com o nutrição comportamental é denominado terapeuta nutricional. Ele auxilia seus pacientes a gerenciarem as emoções, um dos fatores que interferem, no comportamento e nas atitudes alimentares. E para que o paciente se sinta motivado a realizar o processo de mudança em seu comportamento alimentar o terapeuta nutricional se utiliza de técnicas como “Entrevista Motivacional”, “Comer Intuitivo”, “Comer com atenção Plena ou *Mindful Eating*” e a “Terapia Cognitivo Comportamental” (ALVARENGA et al., 2019).

### **2.9.2 Transtorno alimentar restritivo/evitativo, anorexia nervosa, bulimia nervosa e Terapia Cognitivo Comportamental**

A Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) é uma intervenção psicoterápica que pode ser direcionada como tratamento de diversos distúrbios psiquiátricos incluindo os transtornos alimentares. Essa intervenção busca identificar e minimizar a disfuncionalidade da cognição (maneira como uma pessoa pensa) presente nos transtornos alimentares influenciando negativamente as emoções os pensamentos e comportamentos gerando respostas psicológicas como imagem corporal distorcida, compulsão alimentar, restrição alimentar severa, uso abusivo de medicamentos, comportamentos purgativos e etc.

Em relação a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) e o Transtorno Alimentar Restritivo/Evitativo Thomas *et al.* (2020) realizaram uma pesquisa em crianças e adolescentes de 10 a 17 anos com Transtorno Alimentar Restritivo/Evitativo (TARE) onde implementaram a Terapia Cognitivo Comportamental com o objetivo de ajudar os pacientes a atingir um peso saudável, resolver deficiências nutricionais, aumentar a variedade de alimentos e reduzir o comprometimento psicossocial. Após a intervenção 70% dos pacientes não preenchem mais os critérios diagnósticos para TARE e além disso pacientes e pais relataram melhorias significativas como a incorporação de novos alimentos e ganho de peso significativo. Em outro estudo também de Thomas *et al.* (2021) utilizando a mesma intervenção citada acima em um público alvo diferente agora, com adultos de 18 a 23 anos onde 47% dos pacientes participantes ao final do estudo não preencheram mais os critérios diagnósticos para TARE. Apesar dos resultados promissores os pesquisadores de ambos os estudos

relataram que mais pesquisas são necessárias para replicar e estender os resultados encontrados por eles.

Para anorexia nervosa e Terapia Cognitivo Comportamental (TCC), Grave, Conti e Calugi (2020) avaliaram adolescentes e adultos com anorexia entre 13 e 19 anos de idade de uma Unidade de Transtorno Alimentar do Sistema Nacional de Saúde Italiano em Guarda Verona e concluíram que após 60 semanas de tratamento usando a TCC 93,7% e 87,3% dos adolescentes e adultos respectivamente tiveram um bom resultado de IMC ou seja ganharam peso e que desde o início até o final do tratamento os pacientes já não preenchiam mais os critérios diagnósticos para anorexia e melhoraram o comprometimento clínico.

Outro estudo relacionando TCC e anorexia nervosa foi o de Carlsson *et al.* 2019 que avaliaram a TCC em pacientes adultos jovens com anorexia com duração de 18 meses e dividida em 4 fases: 1ª fase consistindo em 8 sessões 2x por semana: motivação p/ mudança educando o paciente sobre TA e NA e suas consequências físicas, mentais e emocionais p/ ajudar o paciente a alcançar hábitos alimentares saudáveis e regulares e iniciar um ganho de peso; 2ª fase, 3 sessões semanais para recapitular a fase 1 e planejar a fase seguinte; 3ª fase, 43 sessões no total 1x por semana com foco em continuar a ter uma alimentação regular e a exploração dos obstáculos ganho de peso, fatores de manutenção, como insatisfação corporal e regras alimentares, perfeccionismo clínico, baixa autoestima, intolerância ao humor e dificuldades interpessoais e 4ª fase envolvendo seis sessões, uma a cada duas semanas, com foco na estabilização da alimentação e do peso, prevenção de recaídas e avaliação do tratamento. Observando após a pesquisa que os participantes melhoraram o peso, os sintomas específicos de anorexia nervosa e taxa de remissão (nenhum dos critérios diagnósticos foi mais preenchido) relativamente alta.

Alckimin-Carvalho *et al.* (2019) realizaram um estudo de caso no Laboratório de Terapia Comportamental do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo entre março e dezembro de 2017 com uma mulher negra, 38 anos, com bulimia nervosa. Após um episódio de vômito com sangue e descobrir que sua filha mais velha estava também apresentando comportamentos relacionados a transtornos alimentares ela decidiu buscar tratamento. O processo de psicoterapia foi estruturado em 6 meses com um total de 20 sessões conduzidas por um psicólogo clínico especialista em transtornos alimentares. Os dados foram acessados em 4 momentos: pré-tratamento, durante o tratamento, pós-tratamento e em período de segmento de

2 meses. O tratamento produziu efeitos positivos durante seis meses da pesquisa e após dois meses do término do tratamento, incluindo normalização do padrão alimentar, eliminação dos comportamentos de restrição alimentar, compulsão alimentar e redução significativa de comportamentos purgativos compensatórios.

### **2.9.3 Compulsão alimentar e comer com atenção plena (Mindful Eating)**

Mindful Eating é uma experiência que engaja todas as partes do nosso ser - corpo, mente e coração – na escolha e preparo da comida bem como no ato de come-la, mantendo o foco no momento atual, sem julgamento ou críticas às sensações físicas e emocionais despertadas durante o ato de comer. Prática que auxilia na libertação de pensamentos automáticos e disfuncionais, hábitos e padrões nocivos à saúde e minimiza gatilhos emocionais relacionados à alimentação proporcionando uma relação saudável que atenta aos sinais internos do corpo (DANTAS *et al.*, 2021).

Pinto-Gouveia *et al.* (2016) testaram a eficácia de um programa psicológico para tratamento do transtorno de compulsão alimentar chamado *BeFree* que se baseia em psicoeducação, atenção plena e compaixão. O recrutamento foi feito a partir de pacientes do Serviço de Endocrinologia do Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra em Portugal sendo os critérios de inclusão ser mulher entre 18 e 55 anos de idade e ter diagnóstico de transtorno de compulsão alimentar.

O *BeFree* consistiu em um total de 12 sessões com duração de 2h e 30 min cada para um grupo de 10-15 participantes conduzidos por 3 psicólogos clínicos comportamentais cognitivos. Ao final os autores puderam concluir que o programa demonstrou diminuições significativas na psicopatologia alimentar, compulsão alimentar, vergonha externa e autocrítica além de uma melhora na qualidade de vida.

### **2.9.4 Bulimia nervosa, anorexia nervosa e comer intuitivo (Intuitive Eating)**

O Comer Intuitivo ou *Intuitive Eating* é um conceito criado por Evelyn Tribole e Elyse Resch e usado pela nutrição comportamental com o propósito de ensinar as pessoas a criarem uma relação de bem com a comida por meio do conhecimento de seus próprios corpos e na confiança em si mesmas. Para sua finalidade o comer intuitivo se baseia em três pilares: 1 permissão incondicional para comer; 2 comer

para atender as necessidades fisiológicas e não emocionais e 3 apoiar-se nos sinais de fome e saciedade para determinar o que, quanto e quando comer, e dez princípios: 1 rejeitar a mentalidade de dieta; 2 honrar a fome; 3 fazer as pazes com a comida; 4 desafiar o policial alimentar; 5 sentir a saciedade; 6 descobrir o fator satisfação; 7 lidar com as emoções sem usar a comida; 8 respeitar o próprio corpo; 9 exercitar-se sentindo a diferença e 10 honrar a saúde (praticar uma “nutrição gentil”). Logo ao encontrarem a sintonia entre a comida a mente e o corpo as pessoas desenvolvem a habilidade de saber reconhecer e respeitar as sensações corporais como fome, saciedade e emoções de uma forma mais gentil e assim atenderem suas necessidades fisiológicas de maneira mais saudável (ALVARENGA et al., 2019).

Richards *et al.*, 2017 realizaram uma pesquisa durante dois anos com 120 mulheres que se tratavam no *Center fo Change* licalizado nos EUA sendo que 39% e 30% delas tinha anorexia e bulimia nervosa respectivamente para saber se pessoas com transtorno alimentar poderiam aprender e se beneficiar da técnica Comer Intuitivo. A coleta de dados e o os ensinamentos sobre o comer intuitivo começaram somente após a estabilização do quadro clínico das pacientes (estabilização médica, restauração do peso, controle dos sintomas e normalização da ingestão alimentar) com a realização de aulas semanais de nutrição durante os horários de lanche, almoço e jantar em um restaurante próximo ao Center for Change para que os pacientes pudessem praticar e revisar sobre o que é o comer intuitivo e os princípios que o regem. Ao longo desse processo, os pacientes foram monitorados de perto para avaliar a integração dos princípios alimentares intuitivos.

Após a aplicação da pesquisa as pacientes com transtornos alimentares (bulimia e anorexia), quando ensinadas, puderam aprender sobre comportamentos e atitudes alimentares intuitivos enquanto estiveram em programa de tratamento de transtornos alimentares em regime de internação e em residências e ao final do estudo foram capazes de aplicar esse conhecimento e desenvolver uma maior confiança na capacidade de seus corpos em perceber os sinais de fome e saciedade e em estabelecer atitudes mais conscientes e saudáveis em relação à alimentação (RICHARDS et al., 2017).

### **3 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Na literatura revisada para elaboração deste trabalho, dos artigos analisados, foi demonstrado que dentro da nutrição comportamental três de quatro abordagens (Terapia Cognitivo Comportamental; Comer com Atenção Plena ou *Mindful Eating* e Comer Intuitivo) foram importantes positivamente para o tratamento de quatro (Transtorno alimentar restritivo/evitativo; Anorexia Nervosa; Bulimia Nervosa e Transtorno de Compulsão Alimentar) dos seis transtornos alimentares descritos no DSM-5. Para os demais transtornos alimentares e abordagens utilizadas pela nutrição comportamental não foram encontrados artigos científicos que relacionassem os assuntos. Sugere-se que novas pesquisas sejam realizadas por se tratar de um assunto pouco explorado e com pouco material científico publicado.

## REFERÊNCIAS

- AKGUL, Hilal. Case: pica eating matchstick and its chronic gis effects. **International Journal Of Surgery Open**, [S.L.], v. 27, p. 184-187, 2020. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijso.2020.11.010>.
- ALCKMIN-CARVALHOA, Felipe; PEREIRAB, Rodrigo; RAFIHI-FERREIRAC, Renatha El; MELOD, Márcia Helena da Silva Cognitive-Behavioral Therapy for chronic and severe bulimia nervosa: Case Study. **Rev. Bras. Psicoter**, v. 21, n. 1, p. 85-98, Abril. 2019.
- ALVARENGA, Marle et al., **Nutrição Comportamental**. 2 ed. Barueri: Manole, 2019.
- ANDRADE, Cháritas de Almeida *et al.* Restrictive diets and risk of development of food compulsion adolescents. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 7, n. 5, p. 50918-50928, may. 2021.
- ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-V. 5ª 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: 11/08/21
- BOHON, Cara. Binge Eating Disorder in Children and Adolescents. **Child And Adolescent Psychiatric Clinics Of North America**, v. 28, n. 4, p. 549-555, out. 2019. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chc.2019.05.003>.
- CAMARGOS, Samara Pereira da Silva; LOPES, Renata Ferrarez Fernandes; BERNARDINO, Leonardo Gomes. Terapia cognitivo comportamental multicomponente para adolescentes com transtorno alimentar: um estudo de caso. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 2, n. 16, p. 114-121, 2020.
- CASS, Kamila *et al.* Medical Complications of Anorexia. **Psychosomatics**, v. 61, issue 6, p. 625-631, Nov./Dez., 2020.

CASTILLO, Marigold; WEISELBERG, Eric. Bulimia Nervosa/Purging Disorder. **Current Problems In Pediatric And Adolescent Health Care**, v. 47, n. 4, p. 85-94, Abr. 2017. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cppeds.2017.02.004>.

CATÃO, Larissa Gomes; TAVARES, Renata Leite. Técnicas de Nutrição Comportamental no Tratamento dos Transtornos Alimentares. **Revista Campo do Saber**, v. 3, n. 1 p. 244-261, Jan/Jun. 2017.

CHAHUAN, J; RAY, P.; MONRROY, H. Síndrome de ruminación: Artículo de revisión. **Revista de gastroenterología de México**, v. 86, issue 2, p. 163-171, Abr. 2021. Elsevier BV. <https://doi.org/10.1016/j.rgmxen.2020.11.001>

CROW, Scott J.. Pharmacologic Treatment of Eating Disorders. **Psychiatric Clinics Of North America**, v. 42, n. 2, p. 253-262, Jun. 2019. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psc.2019.01.007>.

Dalle Grave R, Conti M, Calugi S. Effectiveness of intensive cognitive behavioral therapy in adolescents and adults with anorexia nervosa. **Int J Eat Disord**. 2020; 11. <https://doi.org/10.1002/eat.23337>.

DANTAS, Andressa Emanuelle Cardoso *et al*. Mindfulness como terapêutica nos distúrbios alimentares: uma revisão integrativa de literatura / mindfulness as therapeutic in eating disorders. **Brazilian Journal Of Health Review**, v. 4, n. 2, p. 9076-9093, 21 abr. 2021. South Florida Publishing LLC. <http://dx.doi.org/10.34119/bjhrv4n2-413>.

DAVIS, Emily; STONE, Elizabeth L. Avoidant Restrictive Food Intake Disorder—More Than Just Picky Eating: a case discussion and literature review. **The Journal For Nurse Practitioners**, v. 16, n. 10, p. 713-717, Nov. 2020. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nurpra.2020.08.011>.

Erika Nyman-Carlsson, Claes Norring, Ingemar Engström, Sanna Aila Gustafsson, Karolin Lindberg, Gunilla Paulson-Karlsson & Lauri Nevonen (2019): Individual cognitive behavioral therapy and combined family/individual therapy for young adults with Anorexia nervosa: A randomized controlled trial, *Psychotherapy Research*, DOI: 10.1080/10503307.2019.1686190

FEILLET, F. *et al*. Nutritional risks of ARFID (avoidant restrictive food intake disorders) and related behavior. **Archives de Pédiatrie**, v. 26, n. 7, p. 437-441, Out. 2019. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.arcped.2019.08.005>.

GALMICHE, Marie; DÉCHELOTTE, Pierre; LAMBERT, Grégory; TAVOLACCI, Marie Pierre. Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: a systematic literature review. **The American Journal Of Clinical Nutrition**, v. 109, p. 1402-1413, May, 2019.

GIBSON, Dennis; WORKMAN, Cassandra; MEHLER, Philip S. Medical Complications of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. **Psychiatric Clinics Of**

**North America**, v. 42, n. 2, p. 263-274, Jun. 2019. Elsevier BV.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.psc.2019.01.009>.

GOLDSTEIN, Amit; GVION, Yari. Socio-demographic and psychological risk factors for suicidal behavior among individuals with anorexia and bulimia nervosa: a systematic review. **Journal Of Affective Disorders**, v. 245, p. 1149-1167, Fev. 2019. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.015>.

GOSSEAUME, Camille; DICEMBRE, Marika; BEMER, Pauline; MELCHIOR, Jean-Claude; HANACHI, Mouna. Somatic complications and nutritional management of anorexia nervosa. **Clinical Nutrition Experimental**, v. 28, p. 2-10, dez. 2019. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.yclnex.2019.09.001>.

GRAVE, Riccardo Dalle; SARTIRANA, Massimiliano; SERMATTEI, Selvaggia; CALUGI, Simona. Treatment of Eating Disorders in Adults Versus Adolescents: similarities and differences. **Clinical Therapeutics**, v. 43, n. 1, p. 70-84, Jan. 2021. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.clinthera.2020.10.015>.

GUERDJIKOVA, Anna I.; MORI, Nicole; CASUTO, Leah. S.; MCELROY, Susan. L. Update on Binge Eating Disorder. **Medical Clinics Of North America**, v. 103, n. 4, p. 669-680, Jul. 2019. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.mcna.2019.02.003>.

HALLAND, Magnus; PANDOLFINO, John; BARBA, Elizabeth. Diagnosis and Treatment of Rumination Syndrome. **Clinical Gastroenterology And Hepatology**, v. 16, n. 10, p. 1549-1555, out. 2018. Elsevier BV.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.cgh.2018.05.049>.

HARTMANN, Andrea S.. Pica behaviors in a German community-based online adolescent and adult sample: an examination of substances, triggers, and associated pathology. **Eating And Weight Disorders - Studies On Anorexia, Bulimia And Obesity**, [S.L.], v. 25, n. 3, p. 811-815, 23 abr. 2019. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s40519-019-00693-w>.

HARTMANN, Andrea S.; POULAIN, Tanja; VOGEL, Mandy; HIEMISCH, Andreas; KIESS, Wieland; HILBERT, Anja. Prevalence of pica and rumination behaviors in German children aged 7–14 and their associations with feeding, eating, and general psychopathology: a population-based study. **European Child & Adolescent Psychiatry**, [S.L.], v. 27, n. 11, p. 1499-1508, 19 abr. 2018. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s00787-018-1153-9>

KATZMAN, Debra K.; NORRIS, Mark L.; ZUCKER, Nancy. Avoidant Restrictive Food Intake Disorder. **Psychiatric Clinics Of North America**, v. 42, n. 1, p. 45-57, mar. 2019. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psc.2018.10.003>.

LEUNG, Alexander K.C.; HON, Kam Lun. Pica: a common condition that is commonly missed - an update review. **Current Pediatric Reviews**, v. 15, n. 3, p. 164-169, 9 Dez. 2019. Bentham Science Publishers Ltd..  
<http://dx.doi.org/10.2174/1573396315666190313163530>

MITCHELL, James E.; PETERSON, Carol B.. Anorexia Nervosa. **The New England Journal Of Medicine**, v. 382, p. 1343-51, Abr. 2020.

MURRAY, Helen B.; THOMAS, Jennifer J.; HINZ, Andreas; MUNSCH, Simone; HILBERT, Anja. Prevalence in primary school youth of pica and rumination behavior: the understudied feeding disorders. **International Journal Of Eating Disorders**, [S.L.], v. 51, n. 8, p. 994-998, ago. 2018. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1002/eat.22898>.

Pinto-Gouveia J, Carvalho S A, Palmeira L, Castilho P, Duarte C, Ferreira C, Duarte J, Cunha M, Matos M, Costa J. BEfree: A new psychological program for binge eating that integrates psychoeducation, mindfulness, and compassion. *Clin Psychol Psychother*. 2017. doi: 10.1002/ cpp.2072

PIRES, Juliene Avila; LAPORT, Tamires Jordão. Transtornos alimentares e as contribuições da terapia cognitivo comportamental para o tratamento. **Revista Mosaico**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 10, p. 116-123, Jul./Dez., 2019.

P. Scott Richards, Sabree Crowton, Michael E. Berrett, Melissa H. Smith & Kimberly Passmore (2017) Can patients with eating disorders learn to eat intuitively? A 2-year pilot study, *Eating Disorders*, 25:2, 99-113, DOI: 10.1080/10640266.2017.1279907

RODRÍGUEZ, José. H.; LIANES, Loraine. L. Comentarios sobre aspectos clínicos y epidemiológicos del trastorno por atracón. **Revista Cubana de Endocrinología**, v.29, n. 2, 2018.

STUNKARD, A. J Eating patterns and obesity. **The Psychiatric Quarterly**, v. 33, n. 2, p 284-295, 1959.

THOMAS, Jennifer J. *et al*. Cognitive-behavioral therapy for avoidant/restrictive food intake disorder: Feasibility, acceptability, and proof-of-concept for children and adolescents. **Int J Of Eat Disod**. 2020; 1-11.

THOMAS, Jennifer J. *et al*. Cognitive-behavioral therapy for adults with avoidant/restrictive food intake disorder. **Journal Of Behavioral And Cognitive Therapy**, Boston, v. 31, p. 47-55, 2021.

TREASURE, Janet; DUARTE, Tiago Antunes; SCHMIDT, Ulrike. Eating disorders. **The Lancet**, Londres, v. 395, p. 899-911, Mar., 2020.

VACHHANI, Herit; RIBEIRO, Bruno de Souza; SCHEY, Ron. Rumination Syndrome: recognition and treatment. **Current Treatment Options In Gastroenterology**, v. 18, n. 1, p. 60-68, Jan. 2020. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s11938-020-00272-4>.

WADE, Tracey D. Recent Research on Bulimia Nervosa. **Psychiatric Clinics Of North America**, v. 42, n. 1, p. 21-32, mar. 2019. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psc.2018.10.002>

WASSENAAR, Elizabeth; FRIEDMAN, Julie; MEHLER, Philip S. Medical Complications of Binge Eating Disorder. **Psychiatric Clinics Of North America**, v.

42, n. 2, p. 275-286, Jun. 2019. Elsevier BV.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.psc.2019.01.010>.