



RESUMO DE AULA · AULA LIVRE

Tratamento dos transtornos alimentares

Por que os casos vão aumentar, o que separa transtorno alimentar de comer transtornado, e o que um tratamento bem feito pode e não pode prometer.

PROFESSOR E PSICÓLOGO CLÍNICO

Júlio Gonçalves

MSc · CRP 12/17614

Aprenda muito mais na

Comunidade Lógica Psicológica

Uma comunidade para quem quer:

- Ψ **Aprofundar o raciocínio clínico** com conteúdos que unem ciência, processos e análise funcional.
- Ψ **Estruturar uma prática ética e coerente**, com pensamento crítico e evidências atualizadas.
- Ψ **Desenvolver o self clínico** por meio de supervisão, leituras guiadas e construção em rede.

[Clique aqui e saiba mais](#)



O ESSENCIAL

- Ψ **Os casos estão voltando a crescer.** A oscilação dos padrões estéticos e a difusão de medicamentos para emagrecer têm sido acompanhadas de aumento na busca por tratamento.
- Ψ **Entre o diagnóstico e a normalidade há um território enorme.** O *comer transtornado* — sofrimento e prejuízo sem preencher todos os critérios — é o que mais aparece no consultório.
- Ψ **A distorção da imagem corporal é o critério que separa.** Sem ela, o quadro pode ser outro: obsessivo, psicótico, gastrointestinal. Investigue antes de aceitar o diagnóstico que chegou pronto.
- Ψ **O modelo transdiagnóstico organiza o tratamento em torno de quatro processos:** perfeccionismo clínico, imagem corporal e autoestima, dificuldades interpessoais e regulação emocional.
- Ψ **Prevenção de recaída não é possibilidade — é certeza.** Trabalhe desde o início, e não como tópico final que sobra para a última sessão.

Por que estudar isso agora

A aula abre com um recado direto a quem atende: **estudem transtornos alimentares**. A demanda vai aparecer no consultório, se já não estiver aparecendo.

O argumento é histórico. Nas últimas duas décadas o padrão estético oscilou — da magreza extrema do início dos anos 2000, para a valorização da musculatura, e de volta à magreza nos últimos anos, agora impulsionada pela difusão de medicamentos para emagrecer. Cada virada tem correspondência clínica, e a atual vem acompanhada de **aumento na procura por tratamento**.

O ambiente digital funciona como vetor. Comunidades que exaltam a magreza e incentivam a restrição migraram dos blogs dos anos 2000 para as redes de vídeo curto — com público majoritariamente adolescente, e com adultos em posição de influência afirmando que magreza é sinônimo de beleza, de sucesso e de felicidade.

Um caso que ilustra a urgência

Foi relatada, sem identificação, a internação de uma adolescente por anorexia em quadro grave, com previsão de permanência longa e escolarização feita dentro do hospital. Não é caso raro nem distante — é o tipo de situação que chega a partir da escola, da família ou do pediatra, e para a qual o psicólogo clínico precisa estar preparado.

Transtorno alimentar × comer transtornado

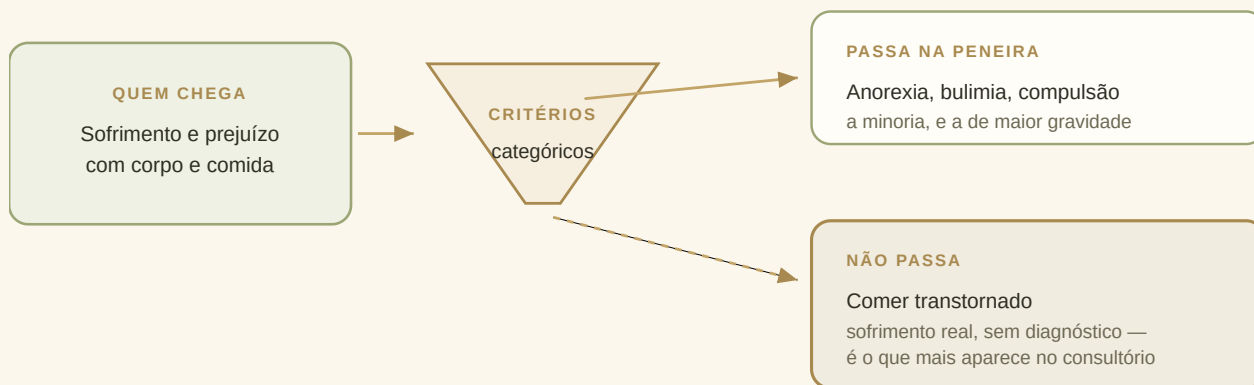
A distinção mais útil da aula, e a que mais muda a prática.

- Ψ **Transtornos alimentares** — anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno da compulsão alimentar. Ligados à imagem corporal, ao peso e à dieta.
- Ψ **Transtornos da alimentação** — ruminação, transtorno alimentar restritivo/evitativo, pica. Não estão ligados à imagem corporal, e por isso a área os trata como categoria distinta, ainda que o manual os reúna no mesmo capítulo.
- Ψ **Comer transtornado** — sofrimento e prejuízo relacionados ao corpo e à comida **sem preencher todos os critérios** de nenhum transtorno. Formalmente entra como transtorno alimentar não especificado.

A metáfora da peneira

Os critérios do manual para transtornos alimentares são **categóricos** — uma peneira fechada. Só passa quem tem gravidade. O resultado prático é que **a maior parte das pessoas que procura o consultório sofrendo com o corpo e com a comida não passa nessa peneira** — e fica no território do comer transtornado, que não é diagnóstico e nem por isso é pouco.

A peneira dos critérios



Os critérios são categóricos: só passa quem tem gravidade. Não passar não significa não precisar de tratamento — significa que o diagnóstico não descreve aquele sofrimento.

Estimativas citadas em aula sugerem que uma parcela expressiva das mulheres apresente algum grau de comer transtornado. Não há estudos de prevalência confiáveis, justamente porque não é categoria diagnóstica — o que é, em si, parte do problema.

Foi levantada também uma crítica cultural: o uso de medicamentos para emagrecer sem indicação, e a apropriação de condições clínicas como justificativa estética. Alguém visivelmente magra que toma medicação para emagrecer ainda mais, com um discurso técnico para explicar a escolha,

provavelmente não tem transtorno alimentar diagnosticável — mas é candidata a comer transtornado, e o discurso não deve encerrar a investigação.

Os três quadros, e o que os separa

Anorexia nervosa

Restrição da ingestão energética que leva a peso significativamente baixo para idade, sexo e estágio de desenvolvimento; **medo intenso de ganhar peso**; e perturbação na forma como a pessoa vivencia o próprio peso e a forma corporal. O baixo peso é critério necessário — sem ele, o caso vai para transtorno não especificado, ainda que todo o resto esteja presente.

Dois subtipos: **restritivo** e **purgativo**. E uma observação de nomenclatura: “nervosa” vem de terminologia do século XIX; não há ausência de apetite — há **recusa alimentar apesar da fome**.

Bulimia nervosa

Episódios recorrentes de compulsão alimentar seguidos de **comportamentos compensatórios**, com preocupação com peso e forma corporal. O peso costuma estar na faixa normal ou acima — **não há critério de peso**, e é justamente isso que a separa da anorexia de subtipo purgativo.

Transtorno da compulsão alimentar

Episódios de compulsão **sem** comportamentos compensatórios. Culpa, vergonha, desconforto físico e tristeza aparecem — mas não há tentativa de “desfazer” o episódio. Foi o último dos três a ser reconhecido formalmente como diagnóstico, o que ajuda a explicar por que ainda é o menos conhecido.

Como se define um episódio de compulsão

Consumo, em intervalo curto, de quantidade de alimento claramente maior do que a maioria das pessoas consumiria em circunstâncias semelhantes, **acompanhado de sensação de perda de controle** e, em geral, de culpa intensa.

Os dois elementos são necessários. Comer muito num rodízio ou numa ceia, com prazer e na companhia de outros, não é episódio de compulsão. Comer sozinho, escondido, seguido de culpa e de vontade de sumir, provavelmente é.

A gravidade dos três quadros é graduada no manual — por faixas de índice de massa corporal na anorexia, e por frequência semanal dos comportamentos na bulimia e na compulsão. Os limiares estão no DSM-5–TR e não são reproduzidos aqui.

O argumento pelo espectro

Os autores do modelo transdiagnóstico defendem que os transtornos alimentares deveriam ser tratados como **espectro**, e não como três categorias estanques. O argumento é a trajetória de vida: é comum a mesma pessoa transitar entre os diagnósticos ao longo dos anos — restrição na adolescência, métodos compensatórios na vida adulta jovem, compulsão sem compensação mais tarde. Quem atende adultos ouve essa história com frequência.

A lógica da anorexia, e o diagnóstico diferencial

A anorexia inverte uma lógica que parece óbvia. Compulsão alimentar é compreensível por analogia — todo mundo já comeu demais alguma vez. Já a escolha de **não comer tendo fome intensa e comida disponível**, sustentada até o mal-estar físico, escapa à experiência comum.

É por isso que a reestruturação cognitiva clássica costuma emperrar: a crença não cede a evidência. Ela funciona como **ideia sobrevalorada** — uma ideia prevalente que move o comportamento —, e diferentemente do que ocorre no TOC, quase sempre **sem insight**. A paciente não reconhece o baixo peso nem a gravidade do próprio comportamento.

Historicamente se acreditou que o quadro pertencesse ao espectro da psicose, justamente pela rigidez da ideia. Hoje se sabe que não — embora antipsicóticos possam ser recurso farmacológico, por reduzirem a intensidade da ideia sobrevalorada e, em alguns casos, por efeito sobre o apetite.

O critério que faz o diagnóstico diferencial

A **perturbação da imagem corporal** é o que separa anorexia e bulimia de outros quadros. Foi relatado o caso, desidentificado, de uma adolescente encaminhada com diagnóstico de anorexia que restringia drasticamente a alimentação — mas por **medo de contaminação**, não por medo de engordar. Perguntada diretamente, dizia estar satisfeita com o próprio corpo. O quadro era outro.

A regra prática: paciente que restringe ou purga **sem** preocupação com peso e forma corporal exige investigação de outra hipótese — obsessiva, psicótica, gastrointestinal. Não aceite o diagnóstico que chegou pronto no encaminhamento.

Há ainda um sinal comportamental observável e útil: quem tem incômodo com o próprio corpo **esconde o corpo** — roupas largas, mangas compridas, agasalho em dia quente. Quem gosta do próprio corpo não o esconde. Não é critério diagnóstico, mas é dado clínico que raramente mente.

Sobre a mortalidade

Uma precisão que vale fazer

Foi dito em aula que a anorexia é o transtorno mental que mais mata, com taxa de mortalidade que chegaria a 10%. O ponto de fundo está correto e é grave: a anorexia tem **a maior mortalidade entre os transtornos mentais**, e mata tanto por complicações clínicas da desnutrição quanto por suicídio.

A cifra de 10%, porém, vem de estudos mais antigos. A síntese contemporânea expressa o risco como **razão de mortalidade padronizada** — cerca de seis vezes a mortalidade esperada para a idade (Arcelus et al., 2011). É menos impactante como número e mais defensável como afirmação, o que importa quando se ensina.

Comorbidades a rastrear

- Ψ **Depressão e ansiedade** — tão frequentes que o rastreio deve ser automático diante de qualquer um dos três diagnósticos.
- Ψ **Transtornos de personalidade**, em parcela expressiva dos casos, com destaque para o quadro *borderline* — em que a instabilidade da imagem de si favorece a convergência.
- Ψ **Uso indevido de substâncias**, com atenção particular a estimulantes prescritos para outras finalidades, usados pelo efeito sobre o apetite.

Sobre esse último ponto, a aula trouxe um relato desidentificado de desfecho catastrófico: uma pessoa próxima que combinou jejum, estimulante anoréxico e álcool, sofreu evento cardíaco grave e ficou com sequelas neurológicas permanentes. O uso desses recursos não é excentricidade adolescente — é risco de morte.

O modelo transdiagnóstico: quatro processos

O tratamento apresentado como padrão de referência é o modelo transdiagnóstico desenvolvido por Fairburn e Cooper — terapia cognitivo-comportamental que trata **independentemente do diagnóstico**, por atuar sobre processos comuns aos três quadros.

Os quatro processos do modelo transdiagnóstico

1 · PERFECCIONISMO CLÍNICO

Controlar tudo — e o peso é a única variável que parece perfeitamente controlável

2 · IMAGEM E AUTOESTIMA

Insatisfação, baixa autoestima e distorção da percepção do corpo

3 · DIFICULDADES INTERPESSOAIS

Um comentário casual sobre o corpo pode desencadear um dia inteiro de restrição ou compensação

4 · REGULAÇÃO EMOCIONAL

Comida regula todo mundo. Vira problema quando generaliza — e o alvo é ampliar o repertório

O modelo trata independentemente do diagnóstico porque atua sobre processos comuns aos três quadros. É a mesma lógica transdiagnóstica da jornada, aplicada a este domínio.

1. Perfeccionismo clínico

Presente sobretudo na anorexia e na bulimia, e também em boa parte dos casos de compulsão — em que a busca por alimentação perfeita produz restrição e, depois, descontrole.

A descoberta que organiza o quadro

Apessoa perfeccionista quer controlar tudo, e a vida não colabora. Mas há **uma variável que parece perfeitamente controlável**: o próprio peso. A relação entre o que se ingere e o que a balança mostra é imediata e aritmética — e essa previsibilidade fascina.

Entender isso muda a conduta: não se está diante de vaidade, e sim de alguém que encontrou, num terreno de descontrole generalizado, o único lugar onde sente domínio. Tirar esse controle sem oferecer outro é pedir muito.

2. Imagem corporal e autoestima

Insatisfação com a imagem, baixa autoestima e distorção na percepção do próprio corpo.

3. Dificuldades interpessoais

São pacientes muito afetados pela percepção alheia. E há um agravante cultural nomeado com clareza: **no Brasil se comenta o corpo dos outros com naturalidade** — inclusive o de crianças e adolescentes. Um comentário casual sobre o corpo pode desencadear um dia inteiro de restrição, compensação ou exercício excessivo.

Por isso a **psicoeducação familiar** é parte do tratamento — não a terapia familiar sistêmica, mas o trabalho de orientar a família para que não reforce o transtorno com a melhor das intenções.

4. Regulação emocional

A comida é a principal fonte de regulação emocional das pessoas em geral, com ou sem transtorno — e isso é aprendido cedo, quando se oferece algo gostoso para consolar uma criança. Não é problema em si. Vira problema quando **generaliza**: qualquer desconforto passa a pedir comida.

O objetivo do tratamento é **ampliar o repertório**, para que a regulação não dependa exclusivamente da alimentação.

Fases do tratamento, alta e expectativas

Engajamento e formulação

A primeira fase é a mais difícil, sobretudo na anorexia: a paciente acredita que não tem problema, que está bem, e vê o terapeuta como **mais alguém tentando sabotar o projeto de emagrecer**. Construir aliança aqui é pré-requisito, não etapa.

Segue-se a formulação colaborativa, com psicoeducação sobre mecanismos concretos — por exemplo, que passar o dia sem comer aumenta a chance de episódio compulsivo à noite, ou que o vômito autoinduzido não elimina o que foi ingerido, porque a absorção começa antes do estômago.

Estabilização da alimentação

O objetivo central não é ganhar nem perder peso — é **regularidade**. Sai o ciclo de restrição seguida de excesso, entra um padrão estável. Em alguns casos isso implica ganho de peso; em outros, não.

Estabilizar não significa comer mais: significa comer de forma mais previsível.

Automonitoramento

Componente da TCC clássica, com a mesma lógica do registro de pensamentos: não é para durar a vida inteira em papel, é para ser **incorporado**. Serve tanto ao tratamento quanto à manutenção dos ganhos.

O tema é controverso — há divergência entre profissionais quanto a incluir o acompanhamento de peso, dado que qualquer medida disponível na prática é imprecisa. A discussão existe e deve ser feita caso a caso, com a equipe.

Critérios de alta

Diferentemente de outros quadros, aqui os critérios de alta são **objetivos**. Na bulimia, a interrupção completa dos comportamentos compensatórios é condição mínima. Na anorexia, atingir peso adequado para idade e estatura e sustentar um padrão alimentar regular.

A expectativa que precisa ser alinhada

Um tratamento bem feito **não transforma alguém com anorexia grave em alguém despreocupado com comida**. O que ele faz é tirar a pessoa da inanição e levá-la a um comer estruturado — que pode continuar sendo bastante controlado.

Isso precisa ser dito ao paciente, à família e a si mesmo. Expectativa desalinhada produz sensação de fracasso num tratamento que está funcionando.

Distorção da imagem: conviver, não zerar

A distorção acompanha o paciente e provavelmente **não será eliminada** — até porque não é zero nem em quem não tem transtorno. A demonstração usada em aula foi eloquente: quase todos já se viram num vídeo inesperado e levaram um susto, porque o que se vê no espelho é a **representação mental** do próprio corpo, não o corpo.

Daí a conduta: estabelecer **critérios objetivos externos** — o caimento de uma peça de roupa, por exemplo — em vez de depender da percepção visual diante do espelho.

Prevenção de recaída, desde o início

O ponto mais enfático do encerramento: em transtornos alimentares, recaída **não é possibilidade, é certeza**. Vai haver um evento de vida — um casamento, uma pressão estética, um período difícil — em que o comportamento antigo se apresentará como solução.

Por isso a prevenção de recaída não pode ser o tópico esquecido das últimas sessões. Ela é trabalhada desde o começo, e o paciente precisa sair sabendo manejar o momento em que isso acontecer.

O debate sobre a Terapia Baseada em Processos

A última parte do encontro foi uma discussão franca sobre a TBP, e vale registrá-la inteira porque é rara — duas pessoas discordando sobre ideias, sem transformar isso em disputa pessoal.

A posição da convidada

- Ψ **Falta base empírica própria.** Há um ensaio clínico em andamento, ainda sem resultados publicados. Enquanto isso, a afirmação de superioridade sobre os modelos atuais não está demonstrada.
- Ψ **O problema não é a proposta, é o uso.** A preocupação declarada não é com o modelo, e sim com o que se fará dele — a mesma lógica da peneira: ela não é boa nem ruim, depende de como se usa.
- Ψ **Individualizar dificulta mensurar.** Quanto mais idiográfico o tratamento, mais difícil avaliá-lo pelos métodos disponíveis, que se baseiam em médias e desvios. O risco é a ciência ser flexibilizada para acomodar a proposta.

Ψ **O contexto brasileiro agrava.** Num país onde o letramento científico é frágil e a prática baseada em evidências ainda não amadureceu, a individualização proposta corre o risco de virar “vale tudo”. A ressalva que ela fez questão de registrar: nada disso é rejeição ao modelo, que considera interessante. É exigência de dados — e a mesma que faria a qualquer outra proposta, incluindo as que já usa.

A posição do mediador

- Ψ **A TBP não substitui modelo estrutural nem diagnóstico.** Ela oferece um **modelo de raciocínio clínico**, e o raciocínio precisa de uma base empírica por trás — diagnóstica, transdiagnóstica ou psicopatológica.
- Ψ **As técnicas não são novas.** Tudo o que a TBP utiliza já é empiricamente sustentado por outros modelos, o que reduz o que precisaria ser testado do zero.
- Ψ **O problema é a dicotomia.** “Fim do diagnóstico” é leitura equivocada, e nasce da mesma dificuldade que produz outras falsas oposições no campo.

Onde a evidência está hoje, para este domínio

Vale acrescentar o que a discussão não explicitou. Para transtornos alimentares especificamente, o suporte empírico mais forte continua sendo a **TCC transdiagnóstica** em adultos (Fairburn et al., 2009) e o **tratamento baseado na família** em adolescentes (Lock & Le Grange, 2013), ambos recomendados em diretrizes internacionais (NICE, 2017).

Isso não invalida o uso da TBP como organizador de raciocínio — é exatamente o que se defendeu na discussão. Mas define o lugar de cada coisa: **o raciocínio pode ser processual; o tratamento indicado permanece o que tem ensaio por trás.**

Houve ainda uma crítica de forma, apresentada como opinião pessoal e acompanhada de reconhecimento explícito da contribuição do autor: a de que a TBP organiza e renomeia, em linguagem mais complexa, conceitos que já existiam. É uma crítica que se faz a várias sínteses influentes na história do campo, e que não decide a questão empírica — mas ajuda a ler o modelo com menos deslumbramento.

O que fica do formato da discussão

Um ponto foi feito por ambos e vale para além do tema: **discordar de uma ideia não é atacar quem a defende**. No ambiente acadêmico, arguição dura sobre um trabalho é procedimento, não hostilidade — e quem não passou por esse ambiente costuma ler a divergência como conflito pessoal. Manter espaços onde se pode discordar tecnicamente é condição para a área crescer.

Referências

1. American Psychiatric Association. (2022). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR* (5ª ed., texto revisado). Artmed.
2. Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J., & Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: A meta-analysis of 36 studies. *Archives of General Psychiatry*, 68(7), 724–731.
3. Cassin, S. E., & von Ranson, K. M. (2005). Personality and eating disorders: A decade in review. *Clinical Psychology Review*, 25(7), 895–916.
4. Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. Guilford Press.
5. Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509–528.
6. Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., et al. (2009). Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: A two-site trial with 60-week follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 166(3), 311–319.
7. Hayes, S. C., Hofmann, S. G., & Ciarrochi, J. (2020). A process-based approach to psychological diagnosis and treatment. *Clinical Psychology Review*, 82, 101908.
8. Holland, G., & Tiggemann, M. (2016). A systematic review of the impact of the use of social networking sites on body image and disordered eating outcomes. *Body Image*, 17, 100–110.
9. Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61(3), 348–358.
10. Lock, J., & Le Grange, D. (2013). *Treatment manual for anorexia nervosa: A family-based approach* (2ª ed.). Guilford Press.
11. National Institute for Health and Care Excellence. (2017). *Eating disorders: Recognition and treatment* (NICE guideline NG69).
12. Shafran, R., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2002). Clinical perfectionism: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 40(7), 773–791.
13. Sullivan, P. F. (1995). Mortality in anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 152(7), 1073–1074.

NOTA DE MÉTODO

Material de estudo dirigido a psicólogos. Os casos citados em aula estão desidentificados, incluindo o relato de desfecho catastrófico associado a uso de anorexígeno, apresentado sem nome de substância nem detalhes do episódio.

Omissões deliberadas. Não foram reproduzidos: pontos de corte de IMC e limiares de gravidade, a operacionalização calórica de episódio compulsivo, nomes comerciais de medicamentos usados como método compensatório ou anorexígeno, protocolos de pesagem, números de refeições como critério de alta, e a descrição passo a passo de como a restrição é ocultada da família. Todo esse conteúdo está disponível no DSM-5-TR e na literatura técnica para quem precisa dele profissionalmente; num material aberto, funcionaria como instrução operacional para quem está adoecendo. Nenhum ponto do raciocínio clínico se perde com a omissão — apenas o detalhe que não é necessário para aprender.

Uma precisão empírica. A afirmação de mortalidade de até 10% na anorexia vem de estudos mais antigos; a síntese contemporânea expressa o risco como razão de mortalidade padronizada, cerca de seis vezes a esperada para a idade (Arcelus et al., 2011). O ponto de fundo — maior mortalidade entre os transtornos mentais — permanece.

Um acréscimo ao debate final. Para transtornos alimentares especificamente, o suporte empírico mais forte segue sendo a TCC transdiagnóstica em adultos e o tratamento baseado na família em adolescentes, ambos recomendados em diretrizes internacionais. Isso não contradiz o argumento de que a TBP opera como modelo de raciocínio; delimita o lugar de cada coisa.

Corrigi artefatos de transcrição em nomes próprios: *Famborn* → **Fairburn**; *ara Cooper* → **Zafra Cooper**; *Reis* → **Hayes**; *Hoffman* → **Hofmann**. Os assuntos operacionais e as conversas laterais do encontro foram omitidos. As referências foram acrescentadas para dar respaldo formal a afirmações feitas sem citação explícita; nenhuma citação foi construída para preencher lacuna.

Levar para a prática

Marque conforme experimentar em sessão — e salve o PDF para acompanhar.

Investiguei a preocupação com peso e forma corporal antes de aceitar um diagnóstico que chegou pronto.

Rastreei depressão e ansiedade em todo paciente que preencheu critérios para os três quadros.

Investiguei uso de substâncias com efeito sobre o apetite.

Considere o território do comer transtornado em vez de descartar quem não preenche critérios.

Olhei os quatro processos do modelo transdiagnóstico, e não só o comportamento alimentar.

Fiz psicoeducação com a família sobre comentários a respeito do corpo.

Alinhei expectativas de tratamento com paciente e família — inclusive sobre o que não vai mudar.

Comecei a trabalhar prevenção de recaída desde as primeiras sessões.

Estabeleci critérios objetivos de alta, e não apenas impressão clínica.

MINHAS ANOTAÇÕES — O QUE LEVO PARA A CLÍNICA

Para revisar — resposta

Responda com suas palavras. O PDF guarda o que você escrever. O gabarito está na página seguinte — responda antes de consultar.

1. Qual a diferença prática entre transtorno alimentar e comer transtornado? Que paciente seu está no segundo grupo?

2. Por que a distorção da imagem corporal é o critério que decide o diagnóstico diferencial?

3. Explique, com suas palavras, por que a reestruturação cognitiva clássica costuma emperrar na anorexia.

4. Descreva os quatro processos do modelo transdiagnóstico usando um caso seu.

5. Como você abordaria a família de um paciente sobre comentários a respeito do corpo?

6. Que expectativa de tratamento você precisaria alinhar hoje com um paciente seu — e o que ele espera que não vai acontecer?

7. Como você trabalharia prevenção de recaída desde a terceira sessão, e não na última?

8. Onde você situa a TBP: raciocínio clínico ou tratamento? O que muda na sua prática conforme a resposta?

Gabarito

Comentários para conferência. Nas perguntas de aplicação pessoal não há resposta certa — o que se oferece são critérios para avaliar a própria resposta.

1. Qual a diferença prática entre transtorno alimentar e comer transtornado? Que paciente seu está no segundo grupo?

COMENTÁRIO

Transtorno alimentar é o quadro que preenche **todos** os critérios do manual — anorexia, bulimia ou compulsão. Comer transtornado é sofrimento e prejuízo reais relacionados ao corpo e à comida **sem** preencher todos os critérios; formalmente entra como transtorno alimentar não especificado. A consequência prática é a que importa: como os critérios são categóricos, a maior parte de quem procura o consultório sofrendo com corpo e comida **não passa na peneira** — e não passar não significa não precisar de tratamento.

2. Por que a distorção da imagem corporal é o critério que decide o diagnóstico diferencial?

COMENTÁRIO

Porque é o critério que separa restrição e purgação motivadas por medo de engordar de restrição e purgação motivadas por outra coisa. Sem perturbação na forma como a pessoa vivencia o próprio peso e a forma corporal, a hipótese passa a ser outra — obsessiva, psicótica, gastrointestinal. Foi exatamente o que ocorreu no caso citado em aula: restrição intensa por medo de contaminação, com satisfação declarada com o próprio corpo. O diagnóstico que chega pronto no encaminhamento precisa ser reinvestigado por esse critério.

3. Explique, com suas palavras, por que a reestruturação cognitiva clássica costuma emperrar na anorexia.

COMENTÁRIO

Porque a crença não funciona como pensamento automático passível de exame de evidências: funciona como **ideia sobrevalorada** — ideia prevalente que move o comportamento — e, diferentemente do que ocorre no TOC, quase sempre **sem insight**. A paciente não reconhece o baixo peso nem a gravidade do próprio comportamento, de modo que confrontar com dados (peso, comparação com terceiros) não produz reestruturação e tende a desgastar o vínculo. O trabalho passa antes por engajamento, psicoeducação e estabilização.

4. Descreva os quatro processos do modelo transdiagnóstico usando um caso seu.

COMENTÁRIO

Os quatro: **perfeccionismo clínico** (controle absoluto, com o peso eleito como a única variável plenamente controlável); **imagem corporal e autoestima** (insatisfação, distorção, baixa autoestima); **dificuldades interpessoais** (sensibilidade à percepção alheia, agravada pelo hábito cultural de comentar corpos, com psicoeducação familiar como parte do tratamento); e **regulação emocional** (comida como principal via de regulação, aprendida cedo, que vira problema quando generaliza). Uma boa resposta identifica os quatro **no seu caso** e diz qual está mais ativo.

5. Como você abordaria a família de um paciente sobre comentários a respeito do corpo?

CRITÉRIOS

Não há resposta certa. Uma boa resposta contempla: tratar a psicoeducação familiar como **parte do tratamento**, e não como conversa avulsa; abordar sem culpabilizar, já que a família costuma reforçar o transtorno com a melhor das intenções; ser concreta sobre o que muda no dia a dia (comentários sobre corpo, inclusive elogios e emagrecimento); e prever o que fazer quando alguém de fora do núcleo fizer o comentário.

6. Que expectativa de tratamento você precisaria alinhar hoje com um paciente seu — e o que ele espera que não vai acontecer?

CRITÉRIOS

Não há resposta certa. Uma boa resposta nomeia **o que não vai acontecer**: tratamento bem feito de anorexia grave não produz alguém despreocupado com comida — leva da inanição a um comer estruturado, que pode seguir bastante controlado. Deve considerar também a distorção da imagem, que provavelmente não será eliminada, e a substituição do espelho por critérios objetivos externos. E deve incluir o alinhamento com a família, não só com o paciente.

7. Como você trabalharia prevenção de recaída desde a terceira sessão, e não na última?

CRITÉRIOS

Não há resposta certa. Uma boa resposta parte da premissa da aula — recaída é **certeza**, não possibilidade — e descreve trabalho contínuo, não um módulo final: mapear com o paciente os eventos de vida que funcionarão como gatilho, ensaiar o que fazer quando o comportamento antigo se apresentar como solução, e deixar isso registrado enquanto ele está bem. Também vale explicitar que recair não significa que o tratamento falhou.

8. Onde você situa a TBP: raciocínio clínico ou tratamento? O que muda na sua prática conforme a resposta?

CRITÉRIOS

Não há resposta certa, e é a pergunta mais aberta do material. Uma boa resposta distingue **raciocínio clínico** de **tratamento indicado**: a TBP pode organizar a leitura do caso, e para transtornos alimentares o suporte empírico mais forte segue sendo a TCC transdiagnóstica em adultos e o tratamento baseado na família em adolescentes. Uma resposta honesta também reconhece o ponto da convidada — a ausência de ensaios concluídos — sem transformá-lo em rejeição do modelo.