

Terapia familiar Analítico-Comportamental para Anorexia Nervosa na adolescência: estudo de caso

Analytical-Behavioral Family Therapy for Anorexia Nervosa in adolescence: case study

Terapia analítico-conductual familiar para Anorexia Nervosa en la adolescencia: estudio de caso

Felipe Alckmin-Carvalho¹, Márcia Helena da Silva Melo¹

[1] Universidade de São Paulo; São Paulo | **Título abreviado:** Terapia Analítico-Comportamental para Anorexia Nervosa | **Endereço para correspondência:** Felipe Alckmin-Carvalho – Departamento de Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia - Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, Brasil. Av. Professor Mello Moraes, 1721, Cidade Universitária, CEP 05508-030, Prédio F, Sala 19 | **Email:** felipealckminc@gmail.com | doi: <http://doi.org/10.18761/PAC.2021.jul111>

Resumo: O objetivo no presente estudo foi apresentar o processo e os resultados de uma intervenção psicoterápica familiar de orientação analítico-comportamental para o tratamento de uma paciente adolescente de 12 anos, com diagnóstico de Anorexia Nervosa (AN). O processo de psicoterapia durou seis meses. Foram realizadas 25 sessões com a adolescente e seus pais. O tratamento envolveu construção de análises funcionais para identificação e manejo dos determinantes dos comportamentos com função de perder peso, psicoeducação, automonitoramento, dessensibilização sistemática, clarificação de regras associadas ao corpo e à alimentação, biblioterapia e treinamento de habilidades socioemocionais e educativas. Instrumentos utilizados no início, ao final do tratamento e em seguimento: avaliação antropométrica, Questionário de Exame para Transtornos Alimentares, para avaliar a gravidade do transtorno alimentar e Inventário de Autoavaliação para Adolescentes, para avaliar problemas emocionais/comportamentais. A paciente iniciou o tratamento com baixo peso e amenorreia. Ao final do tratamento estava eutrófica e com menstruação regular. Permaneceu eutrófica e com status menstrual regular em seguimento. Tanto a gravidade da AN quanto os indicadores de problemas emocionais/comportamentais foram reduzidos pós-intervenção, e nova redução foi verificada em seguimento. Há indícios de que o tratamento tenha produzido efeitos positivos, tanto em termos de recuperação ponderal quanto em termos de psicopatologia alimentar e outros problemas associados.

Palavras-chave: Anorexia Nervosa; Adolescência; Terapia Analítico-Comportamental; Família; Psicoterapia.

Abstract: The aim of this study was to present the process and results of family behavior analytic therapy for the treatment of a 12 years old teenager patient with Anorexia Nervosa (AN). The process of psychotherapy lasted six months. There were 25 sessions with the teenager and her parents. The treatment involved the construction of functional analyzes to identify and manage the determinants of behaviors with the function of losing weight, psychoeducation, self-monitoring, systematic desensitization, clarification of rules associated with body and eating, bibliotherapy and socio-emotional and educational skills training. Instruments used at the beginning, at the end of treatment and at follow-up: anthropometric assessment, Eating Disorder Examination Questionnaire, to assess the severity of eating disorder and Youth Self-Report, to assess emotional/behavioral problems. The patient started treatment with low weight and amenorrheic. At the end of the treatment, she was eutrophic and with regular menstruation. She remained eutrophic and had regular menstrual status at follow-up. Both the AN severity and the indicators of emotional/behavioral problems were reduced post-intervention, and a further reduction was observed at follow-up. There is indication that the treatment may have positive effects, both in terms of weight recovery and in terms of eating psychopathology and other associated problems.

Keywords: Anorexia Nervosa; Adolescence; Analytical-Behavioral Therapy; Family; Psychotherapy.

Resumen: El objetivo de este estudio fue presentar el proceso y resultados de la Terapia Familiar Analítico-Conductual para el tratamiento de un paciente adolescente de 12 años con Anorexia Nervosa (AN). El proceso de psicoterapia duró seis meses. Hubo 25 sesiones con la adolescente y sus padres. El tratamiento implicó la construcción de análisis funcionales para identificar y manejar los determinantes de conductas con función de adelgazamiento, psicoeducación, autocontrol, desensibilización sistemática, clarificación de reglas asociadas al cuerpo y la alimentación, biblioterapia y formación en habilidades socioemocionales y educativas. Instrumentos utilizados al inicio, al final del tratamiento y en el seguimiento: evaluación antropométrica, Cuestionario de examen del trastorno alimentario, para evaluar la gravedad del trastorno alimentario y Autoinforme del joven, para evaluar problemas emocionales / conductuales. La paciente inició tratamiento con bajo peso y amenorrea. Al final del tratamiento estaba eutrófica y con menstruación regular. Permaneció eutrófica y tuvo un estado menstrual regular durante el seguimiento. Tanto la gravedad de la AN como los indicadores de problemas emocionales / conductuales se redujeron después de la intervención, y se observó una reducción adicional durante el seguimiento. Hay indicios de que el tratamiento ha tenido efectos positivos, tanto en la recuperación de peso como en la psicopatología alimentaria y otros problemas asociados.

Palabras clave: Anorexia Nerviosa; Adolescencia; Terapia analítico-conductual; Familia; Psicoterapia.

Introdução

A Anorexia Nervosa (AN) é um transtorno alimentar grave, associado às mais elevadas taxas de mortalidade entre todos os transtornos psiquiátricos (Arcelus et al., 2011; Button, Chadalavada, & Palmer, 2010; Franko et al., 2013). Caracteriza-se pela significativa perda de peso produzida por meio de restrição alimentar autoimposta e pela negação da gravidade do estado nutricional por parte do paciente. Além disso, essa condição é caracterizada pela influência indevida do peso na autoestima do indivíduo, pelo medo intenso de ganhar peso ou tornar-se obeso e pela distorção da imagem corporal (*American Psychiatric Association* [APA], 2013). Caracteriza-se também por alterações cognitivas e comportamentais, como pesar-se repetidas vezes, checar as medidas, calcular as calorias ingeridas ao longo do dia e restringir drasticamente o consumo de alimentos.

Indivíduos com AN podem apresentar complicações fisiológicas devidas aos danos decorrentes do baixo peso e da utilização de métodos compensatórios (purgativos), como indução de vômito e utilização de laxantes e diuréticos - comportamentos característicos da AN subtipo purgativo. Entre as alterações fisiológicas destacam-se: inanição, retardo no crescimento e desenvolvimento anormal, alterações no fluxo sanguíneo cerebral, alterações endócrinas, anemia, lesões no sistema gástrico, osteoporose, com possíveis danos permanentes, alterações hidroeletrólíticas (especialmente hipocalcemia, que pode levar à arritmia cardíaca e morte súbita), hipotermia, pielonefrite decorrente da baixa imunidade, bradicardia, erosão no esmalte dentário e infertilidade, mesmo após a normalização do peso (APA, 2013).

A presença de alterações nos hábitos alimentares também pode influenciar no comportamento, no desenvolvimento, na aprendizagem e no relacionamento social do indivíduo. Tirico, Stefano e Blay (2010) realizaram uma revisão sistemática sobre qualidade de vida entre pacientes com transtornos alimentares, analisando os resultados de 36 artigos. Os autores indicaram que a área mais prejudicada parece ser a das relações sociais. Pacientes com AN relatam mais solidão, baixa autoestima, isolamento e dificuldades para estabelecer e manter relações

amorosas e de amizade, quando comparados a controles sem o transtorno alimentar.

O tratamento de AN se configura como uma tarefa bastante complexa e onerosa (Paxton et al., 2012; Whiteford et al., 2013), exigindo equipe multidisciplinar mínima composta de médico psiquiatra, psicólogo e nutricionista (*National Institute for Health and Clinical Excellence* [NICE], 2017). O primeiro objetivo do tratamento é a recuperação nutricional, e, em casos de pacientes com AN subtipo purgativo, é importante interromper o ciclo de restrição-compulsão-purgação. Após a reestruturação do estado nutricional, faz-se necessário explorar as variáveis determinantes do comportamento alimentar alterado, como o funcionamento familiar, as características individuais e as variáveis culturais envolvidas na manutenção de comportamentos alimentares problemáticos. Essa é a etapa mais difícil e mais longa do tratamento de pacientes com AN. É nessa fase que o psicólogo clínico se insere mais fortemente.

Uma revisão sistemática recente apontou resultados modestos para tratamentos psicológicos manualizados, e ainda, que as intervenções familiares produzem desfechos mais favoráveis em casos de AN na infância e adolescência (Alckmin-Carvalho et al., 2018). O Family-Based Treatment (FBT) (Lock & Grange, 2015) é a modalidade de psicoterapia mais testada. Essa modalidade de psicoterapia tem como foco o manejo comportamental para a recuperação de peso, e não aborda os determinantes dos comportamentos alimentares alterados (Alckmin-Carvalho & Melo, 2018; Alckmin-Carvalho et al., 2018).

Embora seja considerada a modalidade de psicoterapia padrão ouro pelas diretrizes internacionais de tratamento de AN na infância e adolescência (NICE, 2017), uma revisão sistemática recente, em que foram avaliados 14 ensaios clínicos, reportou que os resultados do FBT são apenas modestos, produzindo melhoras significativas e sustentáveis em aproximadamente 50% dos pacientes que iniciaram tratamento (Alckmin-Carvalho et al., 2018).

A partir da perspectiva analítico-comportamental, amparada na filosofia do Behaviorismo Radical (Skinner, 1974), considera-se imprescindível identificar os determinantes antecedentes e consequentes dos comportamentos típicos da AN

(Skinner, 1989; Skinner, 2007). Em outras palavras, o manejo comportamental deve ser realizado a partir da compreensão da função dos comportamentos-alvo, e da avaliação dos determinantes filogenéticos, ontogenéticos e culturais (Alckmin-Carvalho, Rafihi-Ferreira, Rocha & Melo, 2020). Considera-se que essa medida tem potencial para aumentar a eficácia do tratamento e minimizar a chance de recaídas no futuro (Alckmin-Carvalho, 2018).

O objetivo deste estudo é apresentar o processo e os efeitos de uma intervenção psicoterápica familiar, de orientação analítico-comportamental, para o tratamento de uma adolescente com AN. Considera-se que o artigo pode ser útil em termos clínicos, para psicólogos, psiquiatras e outros profissionais da saúde que atuam na área de transtornos alimentares, na medida em que explora detalhadamente o processo de psicoterapia e a conduta do clínico, e também para pesquisadores, ao incentivar o desenvolvimento da área em futuros estudos.

Método

Delineamento

Trata-se de um estudo de caso apresentado de acordo com as diretrizes propostas por Kazdin (2011), com a finalidade de aumentar a validade interna da pesquisa, e, portanto, a qualidade da evidência científica produzida. Para tal, o seguinte estudo contou com avaliação de medidas objetivas (dados antropométricos), avaliação de medidas repetidas autorreferidas referentes à gravidade do transtorno alimentar e avaliação em pós-intervenção e em seguimento.

Local de realização do estudo e considerações éticas

O estudo foi realizado no Laboratório de Terapia Comportamental do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da instituição (CAAE: 67037317.3.00005561). A participante e seus pais receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os dados foram deformados com a finalidade de impossibilitar a identificação da paciente e de seus pais.

Instrumentos

1. Avaliação Antropométrica: foi realizada por uma nutricionista especialista em transtornos alimentares. Foram avaliados os indicadores de peso, estatura e IMC. O peso foi aferido por meio de uma balança digital, da marca Welmy, modelo W200 – A, com precisão de 100 gramas. As pesagens em pré-intervenção e pós-intervenção, bem como em período de seguimento, foram realizadas na mesma balança. Após o cálculo do IMC (peso (kg) / altura (m)²), foi realizada a classificação do percentil de acordo com a Curva de Crescimento desenvolvida pela OMS (2007) e o Z-score correspondente.

2. Eating Disorder Examination EDE-q (Fairburn & Beglin, 1994): trata-se de um questionário de autoperenchimento desenvolvido com base na entrevista clínica *Eating Disorder Examination*, considerada padrão ouro para a avaliação da gravidade do transtorno alimentar. O EDE-q é um questionário de 28 questões que avalia sintomas de transtornos alimentares, como restrição alimentar, compulsão, purgação, insatisfação e distorção de imagem corporal nas últimas quatro semanas. Quanto maior a pontuação, mais severo é considerado o transtorno alimentar. Embora o instrumento esteja traduzido e adaptado para a língua portuguesa, não há estudos nacionais apresentando evidências de validade para a população brasileira.

3. Inventário de Autoavaliação para Adolescentes entre 11 e 18 anos (YSR) (Achenbach & Rescorla, 2001): instrumento de autorrelato que avalia o funcionamento adaptativo e problemas de comportamento entre adolescentes. O inventário é dividido em duas partes: (1) funcionamento adaptativo, em que são avaliadas competências acadêmicas, em outras atividades e no relacionamento com os pares, e (2) problemas de comportamento, divididos em oito escalas de síndromes, a saber, ansiedade/depressão, retraimento/depressão, queixas somáticas, problemas de sociabilidade, problemas com o pensamento, problemas de atenção, violação de regras e comportamento agressivo. A soma das três primeiras escalas de problemas de comportamento gera a escala de internalização e a soma das duas últimas, a escala de externalização. A soma de todos os itens de problemas de comportamento gera

a escala total de problemas emocionais/comportamentais (TP). As questões se referem aos últimos seis meses e é possível responder 0=não é verdadeiro, 1=um pouco verdadeiro ou algumas vezes verdadeiro e 2=muito verdadeiro ou frequentemente verdadeiro. Os problemas de comportamento são classificados na faixa não clínica (<60), limítrofe (entre 60 e 63) e clínica (>60). Em pesquisas, escores limítrofes são incluídos na categoria clínica, de acordo com os autores do instrumento. Rocha (2012) apresentou evidências de validade do instrumento para a população brasileira.

Procedimentos

(1) Avaliação inicial: foi realizada em dois encontros, em que os pais e a adolescente estiveram presentes. O diagnóstico de AN foi realizado pelo pesquisador responsável, com base nos critérios diagnósticos descritos no DSM-5. Os pais preencheram um questionário sociodemográfico. A adolescente preencheu os seguintes instrumentos: EDE-q e YSR, além de ter sido submetida ao exame antropométrico realizado por uma nutricionista especialista em transtornos alimentares.

(2) Processo de psicoterapia: foi estruturado em seis meses, período no qual foram realizadas 25 sessões com a paciente e seus pais. O tratamento foi conduzido pelo primeiro autor, psicólogo clínico especialista em transtornos alimentares, doutor em psicologia clínica, sob supervisão do último autor. Os pais participaram de todas as etapas do processo de psicoterapia.

O primeiro passo para a formulação do caso foi a construção de análise funcional molar das variáveis determinantes dos comportamentos com função de perder peso. A análise funcional é a principal ferramenta do clínico de orientação analítico-comportamental para a formulação do caso, na medida em que a partir dela são explicitados os determinantes antecedentes e consequentes dos comportamentos-alvo.

No presente estudo as análises funcionais foram construídas e reformuladas a partir de entrevista clínica semiestruturada realizada com os pais, de entrevista clínica realizada com a paciente, da observação do comportamento de cada membro da família e de sua interação, ao longo dos encon-

tros, bem como a partir dos dados emergentes a cada encontro. Na intervenção analítico-comportamental não se utilizam protocolos desenvolvidos a priori. Portanto, embora algumas intervenções sejam padrão, no tratamento de AN, o manejo comportamental para recuperação de peso foi feito também a partir das particularidades do caso clínico em questão.

Ao longo do processo de psicoterapia foram utilizadas as seguintes técnicas/intervenções: psicoeducação, diário alimentar, identificação de regras e autorreglas associadas ao corpo, à comida e à alimentação, dessensibilização sistemática, biblioterapia e treinamento de habilidades socioemocionais e educativas. A seguir estão apresentadas resumidamente cada técnica/intervenção.

(a) *Psicoeducação:* descrição da anorexia nervosa, com ênfase em alterações cognitivas e comportamentais comuns ao quadro, apresentação dos fatores predisponentes, precipitantes e mantenedores da AN, informações sobre como a desnutrição afeta o funcionamento cerebral, e o papel dos pais no tratamento. Essa etapa contou com o livro intitulado: “Anorexia Nervosa na infância e adolescência: como a família pode ajudar”, desenvolvido pelo primeiro autor. A psicoeducação foi destinada aos pais e à adolescente e tinha como principal objetivo ajudar os pais a diferenciarem a AN do paciente, e incentivá-los a “desobedecer” a AN. Nessa fase explicita-se que não há remédio para AN, e que a terapêutica primordial, sobretudo no início do tratamento, é garantir a realimentação.

(b) *Diário Alimentar:* trata-se de uma técnica de automonitoramento, que foi utilizada para auxiliar na avaliação do padrão alimentar da participante. A paciente foi orientada a registrar dia, horário e local onde foi realizada cada refeição, o tipo e a quantidade de alimentos ingeridos. Ao lado, deveria marcar se houve ou não a ocorrência de indução de vômito desta refeição e pensamentos e sentimentos anteriores e posteriores. O diário alimentar foi avaliado a cada sessão, e a partir das informações disponibilizadas por esse instrumento foi possível avaliar explicitar padrões comportamentais e dificuldades, ao longo das semanas (como por exemplo, períodos em que a paciente costumava ficar mais angustiada,

momentos em que o monitoramento dos pais era imprescindível, entre outros) e manejá-las a contento.

(c) *Dessensibilização Sistemática* (Wolpe, 1967): teve como objetivo expor gradativamente a paciente ao contato com alimentos considerados perigosos ou proibidos. Foram combinados desafios semanais com a ajuda da paciente, que preencheu a uma escala de hierarquização de riscos, e iniciou o processo por desafios menos custosos. Essa intervenção foi realizada ao longo de todo o processo de psicoterapia e contou com a ajuda de uma nutricionista especialista em transtornos alimentares.

(d) *Identificação e problematização de regras e autorregras associadas ao corpo, à comida e à alimentação*: trata-se de um procedimento destinado à adolescente, com a finalidade de ajudá-la a identificar, externalizar e “desobedecer” às regras e autorregras formuladas sobre peso, alimentação e corpo. Alguns exemplos: “Se eu comer um prato de comida, ganharei um quilo”, “Se eu me permitir comer, não conseguirei mais parar” e “Alguns alimentos são perigosos”. Adicionalmente, a paciente foi estimulada a testar as contingências, ao invés de ficar sob controle exclusivo de suas regras e autorregras.

(e) *Biblioterapia*: o livro intitulado “O peso das dietas” (Deram, 2014) foi dado aos pais da adolescente. Foi pedido que eles lessem capítulos específicos a cada encontro, para que a temática fosse discutida em sessão. Trata-se de uma obra que explica, de modo acessível a leigos o ciclo de restrição alimentar, que favorece a ocorrência de compulsões e, conseqüentemente, de comportamentos compensatórios. Além disso, a autora explica como o corpo “entende” e reage a episódios prolongados de restrição alimentar, e de como as dietas restritivas, em longo prazo, podem prejudicar o organismo. A consequência é um paradoxo, pois pode produzir ganho de peso. Ademais, há dicas nutricionais que ajudam o paciente a escolher alimentos com mais qualidade, em vez de ter como foco os indicadores de gorduras e calorias.

(f) *Treinamento de habilidades socioemocionais e educativas*: intervenção destinada aos pais da ado-

lescente (sem a presença dela), em que foram utilizadas estratégias tanto psicoeducativas quanto psicoterápicas para estimular a aquisição de repertório de assertividade, afetividade, estabelecimento de limites e responsividade emocional (estilo parental autoritativo). Além disso, cuidou-se para que a paciente não obtivesse ganhos secundários à doença. Os pais foram convidados a se recordarem da própria adolescência e dos conflitos típicos relacionados à mudança corporal, a sensação de desajustamento e o medo das demandas da vida adulta. Essa atividade tinha como finalidade o desenvolvimento de repertório de empatia, e favorecer compaixão e aceitação das dificuldades da filha.

(3) Avaliação final e seguimento

Aconteceu em dois encontros, agendados uma semana após o do término tratamento. Nesses encontros, a adolescente preencheu o EDE-q, o YSR, além de ter sido submetida a avaliação antropométrica. A etapa de seguimento aconteceu três meses após o final do processo de psicoterapia, e a adolescente foi submetida à avaliação antropométrica e preencheu o EDE-q e o YSR novamente.

Resultados

Os resultados foram apresentados na seguinte ordem: apresentação do caso clínico, análise funcional do caso e manejo comportamental realizado a partir das hipóteses funcionais, evolução dos indicadores antropométricos, da gravidade do transtorno alimentar e dos indicadores de psicopatologia.

Apresentação do caso clínico

A família foi composta por Mayra, 12 anos, com diagnóstico de AN, subtipo restritivo (DSM-5), ensino fundamental incompleto; a mãe, Milena, 50 anos, veterinária; e o pai, Danilo, 41 anos, economista. A renda familiar, no início do tratamento, era de R\$ 25.000,00 (alta classe, de acordo com os critérios de renda da APEB, desde 2014). A família entrou em contato com o pesquisador responsável a partir da divulgação da pesquisa no Jornal da USP. Mayra já havia sido avaliada por um médico pediatra e por um psicólogo clínico porque os pais acreditavam que ela apresentava sintomas de de-

pressão, que explicariam a suposta falta de apetite reportada pela adolescente. Nenhum dos profissionais da saúde ou pais havia pensado na hipótese diagnóstica de transtorno alimentar.

A perda de peso e outros sintomas de AN começaram em maio de 2017, segundo relato dos pais, quando Mayra pesava 43,7kg e media 1,49 m (IMC=19,7; Z-score [IMC/Idade] = +0,48). Em quatro meses, a paciente perdeu 6,8 kg (15,56% de seu peso), sendo preenchido o critério A do DSM-5, de perda significativa de peso, que se deu por restrição alimentar autoimposta e por exercícios e atividades físicas em excesso. Mayra fazia *ballet* diversas vezes por semana e se exercitava fazendo longas caminhadas e abdominais, ao longo do dia e durante a noite.

Na entrevista inicial não foram verificados outros comportamentos compensatórios. Embora os pais soubessem de alguns dos sintomas mais externalizantes, como ler tabela nutricional de alimentos, recusar refeições, falar frequentemente sobre comida e peso e fazer exercícios físicos com frequência, não tinham conhecimento de comportamentos privados como se achar obesa, sentir culpa ao comer e ter vergonha de dizer que tem fome.

O início do tratamento foi em agosto de 2017. Foi recomendado que a paciente fosse atendida por uma nutricionista comportamental especialista em transtornos alimentares (TA) na infância e adolescência e que fosse avaliada por um médico psiquiatra infantil. Os pais prontamente atenderam às recomendações e essas duas modalidades de tratamento foram concomitantes ao atendimento psicológico da adolescente e de seus pais.

Mayra foi diagnosticada pela médica psiquiatra com Transtorno de Ansiedade Generalizada, comórbido ao transtorno alimentar. Para o tratamento dos sintomas de ansiedade, a paciente foi medicada com Cloridrato de Sertralina, 50 mg. Trata-se de um antidepressivo Inibidor Seletivo da Recaptação de Serotonina, que tem função de ansiolítico em doses baixas.

Manejo comportamental para recuperação de peso

O manejo comportamental com finalidade de recuperação de peso foi baseado em um material psicoeducativo desenvolvido para essa finalidade, em

que foram explicitadas a noção de comportamento operante, reforço e punição, operação motivadora e extinção operante, bem como orientações sobre como proceder em situações relacionadas à realimentação. Basicamente, a orientação foi de que Mayra estava, temporariamente, incapaz de escolher o que comer e em que momento se alimentar. Sendo assim, os pais deveriam ficar responsáveis pela realimentação, acompanhando Mayra, preparando sua comida nas seis refeições diárias e garantindo que a quantidade correta de cada alimento estava sendo ingerida.

A realimentação de Mayra foi bastante difícil e estressante para os pais e para a paciente, que ficava agitada e hostil, muitas vezes jogando a comida no chão, desconfiando das quantidades combinadas com a nutricionista ou se recusando a comer. Os pais foram orientados a permanecer na mesa até o término da refeição, e ficar na presença da filha uma hora após a refeição, para diminuir a probabilidade de indução de vômito. Em episódios pontuais Mayra chorava e se arranhava após a alimentação, e os pais foram orientados a conter esses episódios segurando a filha, apenas, sem tentar conversar nesse momento.

Foram orientados também a dormir, em rodízio, no quarto de Mayra, pois a paciente reportou que fazia abdominais durante a madrugada nos dias em que achava que tinha se alimentado demais. Para inibir comportamentos de checagem do corpo, os espelhos e as fitas métricas foram retirados da casa. Nos momentos em que a paciente tomava banho, um de seus pais foi orientado a permanecer com ela, também para reduzir a probabilidade de exercício físico.

Uma vez que a paciente apresentou ideação suicida nas primeiras semanas de tratamento, os pais foram orientados a retirar remédios, facas, cordas e outros objetos que pudessem ser utilizados para esse fim. Além disso, foram orientados a acompanhar Mayra em tempo integral, validando sua angústia e assegurando a ela que as primeiras semanas são as mais difíceis e que o desejo de morrer passaria. A partir da quarta semana não foram referidas ideações suicidas ou tentativas de suicídio.

Aos poucos, em psicoterapia e no acompanhamento nutricional, a paciente e seus pais começaram a se familiarizar com os comportamentos

típicos na AN, bem como a identificá-los e lutar contra eles. Essa separação “paciente versus AN” foi útil para diminuir a ansiedade dos pais no manejo comportamental, ao indicar que eles não deveriam “negociar com os comportamentos da AN”. Assim ficava menos difícil não atender aos pedidos de Mayra de comer menos, de exercitar, e outros tipos de barganhas.

Análise funcional dos determinantes dos comportamentos com função de perder peso

Durante as sessões iniciais de psicoterapia com os pais, foi verificado um padrão alimentar familiar bastante rígido, caracterizado pela proibição de alimentos considerados de alto teor calórico e clima de vigilância mútua quanto à alimentação de cada membro da família. Tanto Milena quanto Danilo seguiam modelos de dieta restritivas e faziam atividade física controlando o gasto calórico. Além disso, pesavam-se com frequência e falavam sobre peso, gordura, IMC, entre outros.

Os pais foram orientados a deixar de falar sobre dietas restritivas e evitarem tratar alimentos calóricos como “porcarias”. Foi abordada a culpa que os pais sentiam ao comerem alimentos não permitidos pela dieta, e indicado, em termos psicoeducativos, que as dietas restritivas, em longo prazo, tendem a produzir ganho de peso, além de sofrimento significativo. O livro intitulado “O Peso das Dietas” (Deram, 2014) foi dado ao casal, com a finalidade de explicitar a relação entre insatisfação corporal, engajamento em dietas restritivas e o surgimento de transtornos alimentares. Foi pedido aos pais que doassem a balança em que se pesavam e a balança em que pesavam alimentos, que estava sendo utilizada por Mayra.

Os pais foram convidados a avaliar e falar sobre a própria relação com o corpo e com a comida, e ambos concluíram que “a casa tinha um comer transtornado”. Foi sugerido que seria importante que eles mudassem, gradativamente, a forma como lidavam com a comida, e que o livro recomendado poderia ajudar. Adicionalmente, foram treinadas exposições graduais, de alimentos considerados perigosos, nos mesmos moldes do tratamento de dessensibilização sistemática de objetos fóbicos.

Foi verificado que muitas das consequências que selecionaram e que mantiveram o comportamento de restrição alimentar e exercício físico de Mayra (com finalidade de perder peso) tinham relação com a prática do *ballet*. Uma vez que os pais foram orientados a restringir qualquer atividade física de Mayra, a paciente deixou de frequentar as aulas de *ballet*. O pesquisador explicitou a possível relação entre a atividade e o adoecimento de Mayra. Danilo e Milena reportaram que a perda de peso da Mayra coincidiu com o início dessa atividade, reforçando essa hipótese funcional.

Foi abordado, em sessão com os pais e com a adolescente, que a restrição alimentar autoimposta de muitas alunas de *ballet*, motivada pela relação entre um corpo emagrecido e necessário para bom desempenho na atividade, era um fator de risco importante para o aparecimento de um transtorno alimentar. Mayra já havia percebido essa relação ao mencionar que as melhores bailarinas da classe eram diferentes dela:

“as melhores da sala não têm peito nem bunda”
(Mayra)

Foi recomendado a Mayra que deixasse o *ballet* e a paciente ficou bastante hostil, com o pesquisador e com os pais. O pesquisador frisou que quem tirara essa possibilidade dela foi o próprio transtorno alimentar, na medida em que a paciente ficou perigosamente desnutrida e impossibilitada de fazer qualquer atividade física. Ficou combinado que quando a paciente voltasse à normalidade de peso, poderia retomar o *ballet*, e, se tivesse alguma piora do quadro de AN, isso seria um sinal importante para que ela interrompesse a atividade por tempo indeterminado.

Quando perguntados, nas entrevistas iniciais, sobre suas hipóteses sobre o adoecimento de Mayra, tanto Milena quanto Danilo, embora não soubessem descrever a relação existente, mencionaram que o adoecimento aconteceu ao mesmo tempo em que Nathália, filha adotiva, chegou à casa. A hipótese de Danilo, ao explorar essa correlação, foi de que com a presença de Nathália tirou o foco do casal de Mayra, e que ela não soube lidar com menos atenção do que o habitual, ficando cada vez mais fechada e aparentemente deprimida. Essa hipótese foi corroborada por Mayra, em sessão pos-

terior, em que a adolescente falou que desde a chegada de Nathália, ela se sentia mais sozinha e com menos atenção dos pais. Disse ainda ter dificuldade de interação com a irmã adotiva.

O clínico validou os sentimentos de Mayra associados à chegada de uma irmã e às alterações na rotina que essa mudança produziu, e sugeriu que, com o baixo peso, ela tinha a atenção que queria dos pais. A paciente concordou. Conversaram, então, sobre outras formas menos custosas de mostrar que ela estava sentindo falta dos pais, como pedir a presença deles, sugerir atividades, pedir ajuda ou simplesmente dizer, quando sentisse vontade, que queria ficar com eles.

Tendo como hipótese que o adoecimento de Mayra estava sendo mantido, também, pela atenção dos pais direcionada a comportamentos associados ao quadro de AN (por exemplo, recusar comida nas refeições, medir-se ou pesar-se na presença dos pais, falar sobre como estava se sentindo obesa, entre outros), os pais foram orientados a ficar sensíveis e reforçarem diferencialmente comportamentos de Mayra de falar sobre a falta que sente dos pais, pedir ajuda e interagir de maneira prossocial com Nathália. Foram orientados também a fazer atividades dirigidas à Mayra, como jogar um jogo de tabuleiro ou baralho.

Adicionalmente, o pesquisador explicou como funciona o processo de extinção operante, quando há quebra de contingência de reforço, e o processo de explosão pós-extinção, para prevenir que os pais reforçassem, inadvertidamente, comportamentos-problema, após a quebra da contingência de reforço, que tenderiam a aumentar de frequência e variar em forma, antes de se extinguirem.

Foram verificadas, por meio dos instrumentos de avaliação psicológica empregados nas entrevistas iniciais, e ao longo das sessões, dificuldades de relacionamento entre Danilo e Milena, que ficaram em suspenso desde o adoecimento de Mayra. O pesquisador constatou que Mayra achava que os pais iriam se divorciar, pois havia presenciado brigas nas quais essa possibilidade foi ventilada. Considerou-se, então, a hipótese de que o adoecimento de Mayra poderia estar sendo mantido, também, pela impressão que a paciente tinha (e que reportou em terapia), de que desde que ela ficara doente, seus pais estavam mais unidos.

Os pais foram orientados a parar de discutir suas dificuldades na presença de Mayra. O pesquisador reportou aos pais sua impressão de que suas dificuldades conjugais estavam menos evidentes desde que Mayra adoeceu. Ambos concordaram e foi então sugerido que procurassem um terapeuta de casal, após a participação no processo de psicoterapia familiar.

Em uma das sessões Mayra falou, espontaneamente, sobre o medo de envelhecer e de se tornar uma adulta. Falou, ainda, de seu desejo de ser criança para sempre, ou no máximo, uma adolescente. A paciente reportou também que sentia que seu pai não queria que ela crescesse, e chorou. Foram explorados seus pensamentos e sentimentos sobre o tema, e Mayra revelou que soube que seu pai chorava a cada evolução que ela tinha. Em suas palavras:

“meu pai chorou quando minha mãe tirou aquela proteção do berço, porque eu não precisava mais, chorou quando comecei a andar sozinha e quando comecei a falar. Ele me fala que ser adulto é muito chato, que você não pode fazer o que quer, e que a melhor fase da vida é a infância.” (Mayra)

Considerou-se que Mayra pode ter criado uma regra segundo a qual se tornar um adulto poderia ser uma condição pré-aversiva. É possível que essa regra não tenha selecionado comportamentos associados à AN, mas que pudesse figurar entre os determinantes que mantiveram os comportamentos, na medida em que os pais a tratavam como se ela fosse uma criança mais nova, desde seu adoecimento, por exemplo, poupando-a de atividades de cuidar da casa, de ir à escola sozinha – todas atividades que ela não tinha condições físicas de fazer.

Quando o pesquisador trouxe o assunto em sessão com os pais, Danilo reconheceu que era difícil ver sua filha crescer, não porque não queria vê-la se desenvolvendo, mas porque achava que sua função como pai diminuiria e que Mayra sofreria como adulta. Diante desse contexto, foi explorado o que ele entendia sobre ser adulto e o porquê de sua dificuldade em ver sua Mayra crescer. O pesquisador sugeriu que Danilo achava difícil a vida de um homem adulto, e ele concordou. Reportou que

tem sentimentos de melancolia e de idealização do passado, desde muito cedo, após a morte de seu pai, quando ele tinha 19 anos e precisou de tratamento para depressão em diversos momentos de sua vida.

Foi pontuado que aquela era a história dele, e que a vida de um adulto pode ser tão boa ou até melhor que a infância, na medida em que o desenvolvimento neuropsicomotor e socioemocional permite maior autonomia. Adicionalmente, foi validada sua impressão de que todo desenvolvimento também implica perdas. O pesquisador sugeriu a Danilo que procurasse psicoterapia individual para abordar suas dificuldades, e enfatizou que cuidar de

suas dificuldades poderia ser, indiretamente, uma maneira de cuidar de sua filha, uma vez que com mais autoconhecimento ele poderia ser um modelo positivo para sua filha e aperfeiçoar e desenvolver repertório comportamental educativo adequado. Por fim, o pesquisador pontuou que os filhos, principalmente crianças e adolescentes, aprendem muito mais por modelo do que por instruções.

Embora não tenha sido uma recomendação do pesquisador, ao final do tratamento, os pais trocaram a escola de Mayra. A adolescente havia pedido a mudança aos pais e pesquisado espontaneamente escolas próximas à sua residência. Os pais atende-

Tabela 1 . Análise funcional molar dos comportamentos de atividade física, exercício físico e restrição alimentar de Mayra.

Antecedente	Resposta	Consequências	Efeitos
<ul style="list-style-type: none"> • Adoção de uma irmã -> privação de atenção • Comer transtornado¹ da família • Pais seguindo dietas restritivas • <i>Bullying</i> na escola relacionado ao sobrepeso. (colegas chamam Mayra de gorda, olham para seu prato e perguntam, com tom desdenhoso: “<i>Mayra, você vai comer tudo isso</i>”?) • Regra: “<i>para ser uma boa bailarina é preciso ser muito magra</i>” • Regra: “<i>as melhores bailarinas não têm peito nem bunda</i>” • Autorregra: “meu pai não quer que eu cresça”. • Pediatra indica restrição de açúcares e gorduras com a finalidade de postergar a puberdade. • Pais brigando e falando sobre divórcio na presença de Mayra. • Regra: “<i>só as pessoas com pouca força de vontade comem as coisas que querem</i>” 	<ul style="list-style-type: none"> • Restrição alimentar • Fazer exercício físico 	<ul style="list-style-type: none"> • Perda de peso (SR+/SR-) 	<p>Curto Prazo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Livrar-se das situações de bullying (SR-) • Livrar-se dos comentários sobre o tamanho do prato, na escola (SR-) • Elogios de colegas, pais, do professor de Ballet e do médico pediatra (SR+) • Ficar em conformidade com a regra sobre ser muito magra para ser uma boa bailarina (SR+) • Sensação de controle do corpo e da alimentação (SR+) • Evitar sensação de estar envelhecendo (SR-) • Atender à orientação médica de perder peso (SR+) • Atenção dos pais (SR+) • Evitar o divórcio dos pais (SR-) <p>Longo Prazo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desnutrição associada à anedonia e fadiga (SP+) • Ideias obsessivas sobre peso, forma, alimentação e comida (SP+) • Medo intenso de ganhar peso (SP+) • Isolamento social (SP-) • Sensação de perda de controle (SP+) • Restrição de liberdade (SP-)

Fonte: Elaborado pelos autores

1 Comer transtornado é um termo recente que descreve comportamentos alimentares característicos de transtornos alimentares (por exemplo, pular refeições, calcular as calorias das refeições, ter compulsões alimentares, evitar alimentos e grupo de alimentos considerados proibidos, apresentar medo intenso de ganhar peso ou perder o controle da alimentação, fazer jejum) que não se apresentam em frequência para satisfazer critérios diagnósticos para um transtorno alimentar, e nem prejudicam o funcionamento adaptativo do indivíduo de maneira pervasiva.

ram ao seu pedido, ao verificarem que o perfil da escola anterior acabava por reforçar as características de personalidade mais rígidas e perfeccionistas de Mayra. Na nova escola, a paciente não foi contestada sobre a alimentação e não houve nenhum tipo de hostilidade relacionada a peso e comida. Na Tabela 1 estão descritos os determinantes antecedentes e consequentes dos comportamentos de restrição alimentar e de realização de atividades e exercícios físicos com finalidade de perder peso.

Evolução dos indicadores antropométricos

Mayra iniciou o tratamento com 36,9kg (IMC=15,9; $Z\text{-score}$ [IMC/Idade]=-1,27). Devido à dificuldade de ganho de peso nas primeiras sessões e ao risco associado ao baixo peso, Mayra foi afastada das atividades escolares e ficou em regime de internação domiciliar, sempre supervisionada por um dos pais, que revezavam a tarefa de realimentá-la e de evitar exercícios e atividades físicas. A internação domiciliar foi realizada até o início de dezembro, quando a paciente voltou, gradativamente, às atividades escolares.

Mayra chegou ao final do tratamento eutrófica, com 43,5kg, havendo recuperado 6,4kg (IMC=18,34; $Z\text{-score}$ [IMC/Idade]=-0,21). No período de seguimento, a paciente recuperou mais 1,4kg (IMC=18,93; $Z\text{-score}$ [IMC/Idade]=+0,04),

permanecendo eutrófica. Desde o início da intervenção, foram recuperados 7,8kg. Foi verificada amenorreia secundária na avaliação inicial, e os ciclos menstruais estavam regulares ao final do tratamento e permaneceram estáveis no seguimento.

Severidade do Transtorno Alimentar

Com relação à gravidade das alterações cognitivas e comportamentais típicas do quadro de AN, conforme a Figura 1 ilustra, no início do tratamento, Mayra apresentava indicadores de psicopatologia alimentar bastante elevados em todas as subescalas. Esses escores, que podem variar de 0 a 6, estavam todos acima de 4, com exceção da subescala de preocupação com a comida. No entanto, é preciso analisar esse resultado com cautela, considerando que a preocupação com a comida era pequena, uma vez que a paciente era bem-sucedida na restrição alimentar e não ingeria alimentos considerados calóricos ou gordurosos.

Ao final do tratamento, houve redução expressiva da severidade do TA, com exceção dos escores de preocupação com a comida, que ficaram mais elevados. Isso pode ser explicado porque houve quebra da contingência de reforço negativo, segundo a qual, a resposta de restrição alimentar produzia alívio da preocupação com a comida. Em outras palavras, Mayra passou a ser supervisiona-

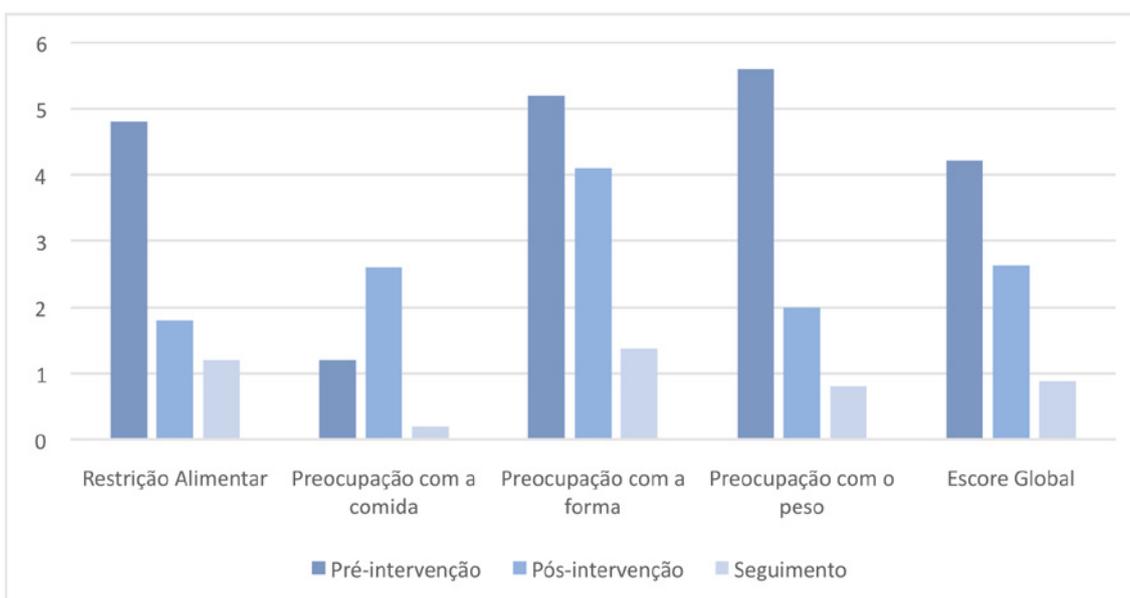


Figura 1. Alterações cognitivas e comportamentais associadas ao quadro de AN, avaliados pelo EDE.

Fonte: Elaborado pelos autores

da pelos pais e não conseguia mais se esquivar dos alimentos que considerava perigosos. Uma vez que a paciente voltou a comer, sua preocupação com a ingestão de alimentos, e com o possível ganho de peso associado, aumentou. Em período de seguimento, três meses após o término da intervenção, todas as subescalas diminuíram significativamente, sendo a maior delas a preocupação com a forma (1,37). Na Figura 1 estão descritos os indicadores de gravidade do transtorno alimentar nas três fases do tratamento. O eixo Y é composto pela pontuação no EDE-q, que poderia variar de 0 a 6 em cada subescala e no escore global.

Problema de Comportamento do adolescente (YSR)

No início do tratamento, Mayra apresentava problemas de comportamento internalizantes e totais em nível clínico. Após a intervenção esses indicadores se reduziram e, na etapa de seguimento, problemas de comportamento internalizantes, externalizantes e totais foram classificados no nível normal. Na Tabela 2 estão apresentados os escores brutos, ponderados, o percentil correspondente e a classificação dos escores, de acordo com a amostra normativa do instrumento.

Tabela 2. Problemas de comportamento internalizantes, externalizantes e totais nas diferentes etapas de avaliação.

		Pré-intervenção	Pós-intervenção	Seguimento
Internalizantes	Escore Bruto	34	20	18
	Escore Ponderado (T)	73	61	59
	Percentil	>98	87	81
	Classificação	Clínico	Limítrofe	Normal
Externalizantes	Escore Bruto	15	6	6
	Escore Ponderado (T)	60	46	46
	Percentil	84	34	34
	Classificação	Limítrofe	Normal	Normal
Totais	Escore Bruto	78	40	37
	Escore Ponderado (T)	66	53	51
	Percentil	95	62	54
	Classificação	Clínico	Normal	Normal

Fonte: Elaborado pelos autores

Conclusão

O objetivo nessa pesquisa foi apresentar o processo e os resultados de uma intervenção familiar, de orientação analítico-comportamental para o tratamento de um caso de AN na adolescência. Há indícios de que o tratamento tenha produzido resultados positivos em termos de recuperação nutricional (normalização do peso e status menstrual) quanto em termos de indicadores de psicopatologia alimentar e indicadores de psicopatologias.

A partir do processo de construção das análises funcionais, que nortearam a intervenção, foi possível ilustrar como a complexa interação entre variáveis dos níveis filogenético, ontogenético e cultural atua na seleção e manutenção de comportamentos associados ao quadro de AN, e de que modo essas variáveis podem ser manejadas pelo clínico, ao longo do processo de psicoterapia. Considera-se que o processo de psicoterapia analítico-Comportamen-

tal para o tratamento de AN é especialmente útil e eficaz, porque customiza a intervenção aos determinantes de cada caso, considerando a singularidade do processo de aprendizagem do sujeito em tratamento. A recuperação nutricional foi o primeiro objetivo do tratamento, no entanto, igualmente importante foi explorar os determinantes do transtorno alimentar desde as primeiras entrevistas com a paciente e seus pais.

Verificou-se a importância da inclusão da família no tratamento, tanto na etapa de recuperação de peso, quanto nas etapas posteriores, em que foram abordadas variáveis familiares de risco para AN, como o comer transtornado na família e ainda treinamento de habilidades socioemocionais e educativas dos pais. Adicionalmente, presenciar os padrões de interação entre os membros da família durante os atendimentos foi muito útil para a construção das análises funcionais.

Mesmo tendo atingido os objetivos propostos, algumas limitações do estudo devem ser listadas: os instrumentos de avaliação psicológica foram aplicados pelo clínico, e não por um pesquisador independente. Essa variável reduz a validade interna do estudo de caso na medida em que pode ter enviesado o preenchimento dos instrumentos de autorrelato por Mayra. O EDE-q, instrumento utilizado para a avaliação da severidade do transtorno alimentar, está traduzido para o português, mas até o momento, não há evidências de sua validade para a população brasileira.

O presente estudo é um dos primeiros publicados no Brasil com a finalidade de apresentar o processo e resultados de intervenção analítico-comportamental para o tratamento e AN na adolescência. Novos estudos de caso e coletâneas de caso são necessários para aumentar as possíveis evidências de eficácia dessa modalidade de tratamento.

Referências

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms and Profiles* [Manual]. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youths, and Families.
- Alckmin-Carvalho (2018), F. *Desenvolvimento e avaliação dos efeitos de uma intervenção psicoterápica destinada a adolescentes com anorexia nervosa e a seus pais: coletânea de casos*. [Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo].
- Alckmin-Carvalho, F., Rafihi-Ferreira, R., Rocha, M.M., & Melo, M. H. S. (2020). Compreensão Analítico-Comportamental da Anorexia Nervosa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 21(2), 423-434. DOI: <http://dx.doi.org/10.15309/20psd210217>
- Alckmin-Carvalho, F., Bergamo, J. V., Cobelo, A. W., Fabbri, A., Pinzon, V.D., & Melo, M. H. D. S (2018). Evidence-based psychotherapy for treatment of anorexia nervosa in children and adolescents: systematic review. *Archives of Clinical Psychiatry*, 45(2):41-48. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0101-60830000000154>
- Alckmin-Carvalho, F., & Melo, M. H. S. (2018). Anorexia Nervosa na adolescência: avaliação e tratamento sob a perspectiva analítico-comportamental. In A. K. C. R. de-Farias (Org.). *Clínica Analítico-Comportamental*. (p. 145-164). Porto Alegre: Artmed.
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5)* [manual]. Porto Alegre: Artmed.
- 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. DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.74
- Button, E. J., Chadalavada, B., & Palmer, R. L. (2010). Mortality and predictors of death in a cohort of patients presenting to an eating disorders service. *International Journal of Eating Disorders*, 43(5), 387-392. DOI: <https://doi.org/10.1002/eat.20715>

- Deram, S. (2014). *O peso das dietas. Emagreça de forma sustentável dizendo não às dietas*. São Paulo: Sensos.
- Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16(4), 363-370.
- Franko, D. L., Keshaviah, A., Eddy, K. T., Krishna, M., Davis, M. C., Keel, P. K., & Herzog, D. B. (2013). A longitudinal investigation of mortality in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 170(8), 917-925. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.12070868>
- Kazdin, A. E. (2011). *Single-case research designs: Methods for clinical and applied settings*. Oxford University Press.
- Lock, J., & Grange, D. (2015). *Treatment manual for anorexia nervosa: a family-based approach* [manual]. New York: The Guilford Press.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (2017). *Eating disorders: recognition and treatment NICE guideline NG69*. Recuperado de <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69/chapter/Recommendations>.
- Nery, L.B. & Fonseca, F. N. (2018). Análises funcionais moleculares e molares: um passo a passo. In A. K. C. R. Farias, L. B. Nery, & F. N. Fonseca. *Teoria e Formulação de Casos em Análise Comportamental Clínica*. Porto Alegre: Artmed.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2007). *Curvas de Crescimento da Organização Mundial da Saúde*. Recuperado de: <https://aps.saude.gov.br/ape/vigilanciaalimentar/curvascrescimento>
- Paxton, S. J., Hay, P., Touyz, S. W., Forbes, D., Madden, S., Girosi, F. et al. (2012). *Paying the price: the economic and social impact of eating disorders in Australia*. Barton, A.C.T.: Deloitte Access Economics. Recuperado de https://www.deloitteaccessconomics.com.au/uploads/File/Butterfly_Report_Paying%20the%20Price_online.pdf
- Rocha, M. M. (2012). *Autoavaliação de competências e problemas de comportamento entre adolescentes brasileiros: um estudo de validação do Inventário de Autoavaliação para Jovens (YSR/2001)*. [Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo].
- Skinner, B. F. (1974). *About behaviorism*. New York: Vintage Books Edition.
- Skinner, B. F. (1989). *Ciência e comportamento humano* (J. C. Todorov, & R. Azzi, Trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1953).
- Skinner, B. F. (2007). Seleção por consequências. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 9(1), 129-137. (Trabalho original publicado em 1981).
- Tirico, P. P., Stefano, S. C., & Blay, S. L. (2010). Qualidade de vida e transtornos alimentares: uma revisão sistemática. *Caderno de Saúde Pública*, 26(3), 431-449. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000300002>
- Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., & Vos, T. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 382(9904), 1575-1586. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61611-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61611-6)
- Wolpe, J. (1967). *The practice of behavior therapy*. 2nd ed. New York: Pergamon Press.

Informações do Artigo

Histórico do artigo:

Submetido em: 01/02/2021

Aceito em: 23/06/2021

Editora Associada: Jocelaine M. Silveira