PAULA CUNHA PEGADO DE SOUZA ARANHA VIEIRA

**Desenvolvimento, avaliação e manualização de um
programa piloto de tratamento cognitivo
comportamental para adolescentes brasileiros com
anorexia nervosa**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Ciências

Programa de Fisiopatologia Experimental

Orientadora: Profa. Dra. Bacy Fleitlich-Bilyk

(Versão corrigida. Resolução CoPGr 6018, de 03 de outubro de 2011.)

**SÃO PAULO
2017**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Vieira, Paula Cunha Pegado de Souza Aranha
Desenvolvimento, avaliação e manualização de um
programa piloto de tratamento cognitivo
comportamental para adolescentes brasileiros com
anorexia nervosa / Paula Cunha Pegado de Souza
Aranha Vieira. -- São Paulo, 2017.
Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo.
Programa de Fisiopatologia Experimental.
Orientadora: Bacy Fleitlich-Bilyk.

Descritores: 1.Terapia cognitiva 2.Terapia de
grupo 3.Anorexia nervosa 4.Adolescente 5.Terapia

USP/FM/DBD-490/17

À toda a família, com amor, em especial aos meus pais, irmãos e avós (in memoriam) que de formas tão diferentes entre si demonstraram seu amor e apoio, contribuindo de forma especial para a busca do meu propósito, para a minha formação, e para as minhas escolhas na vida.

Ao meu marido, a quem tanto amo e admiro, meu maior incentivador, pela parceria, por todo amor, apoio e por ser o meu maior exemplo, a pessoa mais amorosa, cuidadosa e sensata que conheço.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, gostaria de agradecer a Deus, por me sentir amada, pela alegria de poder trabalhar com o que amo e saber qual o meu propósito de vida, por ter a oportunidade de fazer diferença na vida de algumas pessoas, por colocar em meu caminho pessoas tão especiais e me fazer enfrentar o que é necessário para me tornar a pessoa que preciso ser. Acredito que esta é mais uma etapa a ser cumprida.

Minha gratidão à minha orientadora, Dra. Bacy Fleitlich-Bilyk, a quem admiro e tenho como exemplo, pela admirável clareza e inteligência ao discutir os casos clínicos, pelo cuidado com o sentimento do outro, pela partilha de conhecimentos, por todo apoio que recebi desde que cheguei à São Paulo e na realização deste trabalho. Muito obrigada por confiar em mim e acreditar no meu trabalho para realizarmos esse projeto juntas.

Ao meu marido, por estar ao meu lado me apoiando em todos os momentos, contribuindo de forma especial na realização deste trabalho.

A todas as psicólogas que fizeram parte da equipe de Terapia Cognitivo Comportamental durante esse projeto, sem as quais esse trabalho não seria possível. Danielle Leme, Francisca Carneiro, Patrícia Kypriotis e Priscila Camacho, obrigada pela parceria em todos os momentos na realização deste trabalho e pela amizade que espero levar para a vida toda.

À Dra. Marle Alvarenga, Dra. Cláudia Cozer e Dra. Paula Nunes, presentes na Banca de Qualificação, pelas contribuições oferecidas de forma cuidadosa para o aprimoramento deste trabalho.

Não posso deixar de agradecer à Dra. Vanessa Pinzon, Alícia Cobelo, Alessandra Fabri, bem como a todos da equipe do Programa de Atendimento, Ensino e Pesquisa em Transtornos Alimentares na Infância e Adolescência (PROTAD) que contribuíram para a realização deste trabalho.

Aos amigos, Mariana Barini de Santis, Priscila Koritar, Rafael Zeni, Felipe Alckmin e a todos os amigos que de alguma forma foram responsáveis também pela realização deste estudo, o meu muito obrigada.

Meu agradecimento especial aos pacientes e seus familiares que aceitaram participar deste estudo, que confiaram seu tratamento à equipe, aceitando compartilhar o que tem de mais valioso e doloroso, seu mundo particular, permeado pela anorexia nervosa.

Sendo assim, neste espaço, pequeno diante do que simboliza, gostaria de expressar minha gratidão e apreço a todos aqueles que de forma direta ou indireta, estiveram envolvidos em mais esta etapa na minha vida, na realização deste trabalho.

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Serviço de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*.

Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3ª ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentações; 2011.

Abreviatura dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

SUMÁRIO

Lista de abreviaturas e siglas

Lista de quadros

Lista de tabelas

Resumo

Abstract

1	INTRODUÇÃO	1
1.1	Revisão de Literatura	5
1.1.1	Anorexia nervosa - Aspectos conceituais e critérios diagnósticos	5
1.1.2	Apresentação da anorexia nervosa em adolescentes.....	8
1.1.3	Aspectos psicológicos, médicos e nutricionais.....	10
1.1.4	Epidemiologia.....	12
1.1.5	Tratamento.....	14
1.1.5.1	Terapia cognitivo comportamental - Aspectos históricos e conceituais	15
1.1.5.2	Terapia Cognitivo Comportamental no tratamento da anorexia nervosa.....	18
1.2	Justificativa do Estudo.....	24
1.3	Hipóteses.....	25
2	OBJETIVOS	27
2.1	Objetivo Principal.....	29
2.2	Objetivo Secundário	29
3	MÉTODOS.....	31
3.1	Desenho do Estudo	33
3.2	Local do Estudo.....	33
3.3	Autorização da Pesquisa	35
3.4	Fase I	35
3.4.1	Desenvolvimento do programa piloto de tratamento cognitivo comportamental.....	35
3.4.2	Procedimentos para o desenvolvimento do Programa Piloto de Terapia Cognitivo Comportamental	37
3.4.3	Conteúdo das sessões do Programa Piloto de Terapia Cognitivo Comportamental	38
3.4.4	Formato, duração e número de sessões.....	42
3.5	Fase II	43
3.5.1	Tratamento usual	43
3.5.2	Amostra do grupo intervenção	44
3.5.3	Amostra do grupo controle	45
3.5.4	Crítérios de inclusão.....	45
3.5.5	Crítérios de exclusão.....	46
3.5.6	Instrumentos de avaliação	47

3.5.7	Crêterios de avaliação dos resultados	49
3.5.8	Procedimentos	49
3.5.8.1	Treinamento dos profissionais	49
3.5.8.2	Procedimentos iniciais	50
3.5.8.3	Avaliações finais	51
3.5.9	Análise estatística	51
4	RESULTADOS	55
4.1	Descrição da Evolução dos Pacientes nos Grupos, Adesão ao Tratamento e Remissão ao Final dos Grupos	57
4.2	Análise Descritiva: Características clínicas e Sociodemográficas das Amostras dos Grupos Intervenção e Controle	59
4.3	Efeitos do tratamento em cada grupo nos diferentes momentos de avaliação e comparação de desempenho entre os grupos	64
4.3.1	Medidas de desfecho primário	64
4.3.2	Medidas de desfechos secundários	67
5	DISCUSSÃO	73
5.1	Aplicabilidade e Adesão	75
5.2	Desfechos Primários	76
5.3	Desfechos Secundários	78
5.4	Forças e Limitações do Estudo	80
5.5	Direcionamento para Pesquisas Futuras	82
5.6	Considerações Finais	83
6	CONCLUSÕES	85
7	ANEXOS	89
8	REFERÊNCIAS	129
	APÊNDICES	145

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
ACN	- Aconselhamento nutricional
AD	- Aconselhamento dietético
AMBULIM	- Ambulatório Especializado em Adultos com Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa
AN	- Anorexia nervosa
ANSOCQ	- Questionário dos Estágios de Mudança na Anorexia Nervosa
APA	- Associação Americana de Psiquiatria
BN	- Bulimia nervosa
CAPPesq	- Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa
CCEB	- Critério de Classificação Econômica Brasil
CGAS	- Escala de Funcionamento Global para Crianças
CID-10	- Classificação Internacional de Doenças
DAWBA	- Levantamento sobre o Desenvolvimento e Bem-estar de Crianças e Adolescentes
DP	- Desvio-padrão
DSM	- Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais
DSM-IV	- Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais, 4ª edição
DSM-V	- Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais, 5ª edição
EDE-Q	- Questionário de Exame para Transtornos Alimentares
ESMVA	- Escala Multidimensional de Satisfação de Vida Para Adolescentes
EUA	- Estados Unidos da América
GC	- Grupo controle
GI	- Grupo intervenção
GSC	- Gestão de suporte clínico

HC-FMUSP	- Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
IMC	- Índice de massa corporal
IPq	- Instituto de Psiquiatria
N	- Número de pacientes na população estudada
NICE	- <i>National Institute for Health and Clinical Excellence</i>
OMS	- Organização Mundial da Saúde
PI	- Psicoterapia Interpessoal
PROTAD	- Programa de Atendimento, Ensino e Pesquisa em Transtornos Alimentares na Infância e Adolescência
REDCap	- Captura Eletrônica de Dados de Pesquisa
RSES	- Escala de Autoestima de Rosenberg
SEPIA	- Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência
SP	- Estado de São Paulo
SPSS	- Pacote de software de análise estatística
SUS	- Sistema Único de Saúde
TA	- Transtornos alimentares
TAE	- Tratamento ambulatorial especializado
TAG	- Transtorno de ansiedade generalizada
TALE	- Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
TANE	- Transtorno alimentar não especificado
TC	- Terapia Cognitiva
TCC	- Terapia Cognitivo Comportamental
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TI	- Tratamento de internação
TOC	- Transtorno Obsessivo Compulsivo
TU	- Tratamento usual
TUG	- Tratamento usual geral

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Estudos randomizados que avaliaram a eficácia da Terapia Cognitiva (TC) e da Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) comparada a outras abordagens no tratamento específico de pacientes com Anorexia Nervosa (AN)	21
Quadro 2 - Estudos não randomizados que avaliaram a eficácia ou a viabilidade da Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) isolada no tratamento específico de pacientes com Anorexia Nervosa.....	22
Quadro 3 - Modelos de tratamento utilizados para o desenvolvimento do programa piloto de Terapia Cognitivo Comportamental (TCC).....	36
Quadro 4 - Sessões do programa piloto de Terapia Cognitivo Comportamental	41
Quadro 5 - Definição das variáveis avaliadas no estudo	47
Quadro 6 - Instrumentos de avaliação utilizados no estudo.....	48

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características clínicas na avaliação inicial da amostra total do estudo (grupo intervenção e grupo controle).....	61
Tabela 2 - Características clínicas na avaliação inicial dos pacientes que participaram do estudo comparativo entre grupo intervenção e grupo controle	62
Tabela 3 - Características clínicas e sociodemográficas na avaliação inicial dos grupos intervenção e controle	63
Tabela 4 - Resultados das avaliações das medidas de desfechos primários realizadas entre o início e o final dos grupos intervenção e controle.....	64
Tabela 5 - Resultados das avaliações das medidas de desfechos primários realizadas entre o final e o <i>follow-up</i> dos grupos intervenção e controle.....	65
Tabela 6 - Resultados das avaliações das medidas de desfechos primários realizadas entre o início e o <i>follow-up</i> dos grupos intervenção e controle.....	66
Tabela 7 - Resultados das avaliações das medidas de desfechos secundários realizadas entre o início e o final dos grupos intervenção e controle.....	68
Tabela 8 - Resultados das avaliações das medidas de desfechos secundários realizadas entre o final e o <i>follow-up</i> dos grupos intervenção e controle.....	69
Tabela 9 - Resultados das avaliações das medidas de desfechos secundários realizadas entre o início e o <i>follow-up</i> dos grupos intervenção e controle.....	70

RESUMO

Vieira PCPSA. *Desenvolvimento, avaliação e manualização de um programa piloto de tratamento cognitivo comportamental para adolescentes brasileiros com anorexia nervosa* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2017.

Introdução: A Anorexia Nervosa (AN) é um transtorno alimentar grave com altas taxas de morbimortalidade. O tratamento padrão para adolescentes com AN é baseado na inclusão da família e quanto mais precoce for o início em pacientes mais jovens, menor o risco de cronificação. Como o *Family based treatment* (FBT) pode não se adequar a todas as famílias ou pacientes, a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) pode ser uma alternativa, porém ainda apresenta dados insuficientes na literatura científica.

Objetivos: Desenvolver e avaliar os efeitos de um programa piloto de TCC em grupo no cuidado de adolescentes com AN. Desfechos primários: recuperação do peso, com base na adequação ou melhora do percentil esperado para a idade, de acordo com a curva de crescimento, e melhora dos sintomas, avaliada pelo Questionário de Exame para Transtornos Alimentares (*Eating Disorder Examination Questionnaire* [EDE-Q]). Desfechos secundários: funcionamento global avaliado pelo *Children Global Assessment of Functioning Scale* (CGAS), autoestima avaliada pelo *Rosenberg Self-Esteem Scale* (RSES), motivação medida através da *Anorexia Nervosa Stages of Change Questionnaire* (ANSOCQ) e satisfação de vida investigada pela Escala Multidimensional de Satisfação de Vida (ESMVA). **Método:** Ensaio clínico com 22 pacientes com AN (DSM IV) divididos em dois grupos: grupo intervenção (GI) (n=11; TCC, psiquiatria, nutrição e psicoeducativo familiar) e grupo controle GC (n=11; psiquiatria, nutrição e psicoeducativo familiar). Dados coletados antes dos grupos, ao final e seis meses após seu término. **Resultados:** Grupos homogêneos na linha de base, com exceção da medida de funcionamento global, superior no GI (p=0,024). Adesão de 91% no GI vs 54% no GC (Z=1,91; p=0,05). Todos os pacientes que concluíram o GI (n=10) e o GC (n=06) recuperaram peso e diminuíram sintomas de transtornos alimentares (TA). Embora apenas a subescala de restrição do EDE-Q tenha apresentado diferença estatisticamente significativa na comparação de desempenho entre GI e GC, no *follow-up* (W=6,19, p=0,012), a análise descritiva das médias de todas as

escalas do EDE-Q é inferior no GI, o que indica menor severidade de sintomas de transtorno alimentar nesse grupo. Nas medidas de desfechos secundários os dois grupos produziram efeitos positivos entre o início e o final e entre o início e o *follow-up*. GI se diferenciou do GC por produzir efeitos entre o final e o *follow-up*, com melhora significativa nas medidas de autoestima, motivação e nas dimensões da escala de satisfação de vida relacionadas ao “*self*” e à “não violência”, o que indica que continua produzindo efeitos, mesmo após o término do grupo, diminuindo o risco de recaídas. **Conclusão:** Os resultados sugerem que o programa de TCC em grupo foi aceito, produziu efeitos positivos e pode ser aplicado em adolescentes brasileiros com AN como coadjuvante no tratamento multidisciplinar para melhorar a adesão e evitar o risco de recaídas.

Descritores: terapia cognitiva; terapia de grupo; anorexia nervosa; adolescente; terapia

ABSTRACT

Vieira PCPSA. *A pilot program containing development, assessment and manualization of cognitive behavioral treatment for Brazilian adolescents with anorexia nervosa* [dissertation]. São Paulo "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo", 2017.

Introduction: Anorexia Nervosa (AN) is a severe eating disorder with high morbimortality rates. The standard treatment for adolescents with anorexia nervosa always includes the family. The earlier treatment is initiated, higher the chances of avoiding chronicity. Family based treatment (FBT) might not work for all families and cognitive behavioral therapy (CBT) becomes an alternative. However the scientific research investigating effectiveness of CBT for adolescents with anorexia nervosa still needs to develop further.

Objective: To develop and evaluate the effects of a pilot program of CBT in group when treating adolescents with AN. Primary outcomes: weight gain based on adjustment to or improvement of percentile for their age according to the growth curve, and improvement in symptoms assessed through Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q). Secondary outcomes: Global functioning assessed through the Children Global Assessment of Functioning Scale (CGAS), self-esteem through the Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES), motivation measure by the Anorexia Nervosa Stages of Change Questionnaire (ANSOCQ) and life satisfaction according to the Multidimensional Life Satisfaction Scale (ESMVA). **Method:** Clinical trial with 22 AN patients (DSM IV) divided into two groups: intervention group (IG) (n = 11; received CBT, psychiatric, nutritional and psychoeducational treatment) and control group (CG) (n = 11; received psychiatric, nutritional and psychoeducational treatment). Data collected at baseline, post-treatment and at a 6-month follow-up were analysed. **Results:** Homogeneous baseline groups, with the exception of the superior overall functioning measure in the IG (p=0,024). Adherence to treatment was 91% in the IG vs 54% in the CG (Z=1,91; p=0,05). All patients who completed the IG (n=10) and the CG (n=06) regained weight and decreased symptoms of eating disorders (ED). Although only the restriction subscale of the EDE-Q presented a statistically significant difference in the comparison between groups. At follow-up the descriptive analysis of the means of all scales of the EDE-Q were lower in the IG, which indicates a lower severity of eating disorder symptoms

($W=6,19$, $p=0,012$). The secondary outcomes showed that the two groups produced positive effects between baseline and post-treatment and between baseline and follow-up. IG differed from CG because it presented effects between the end and the follow-up, with significant improvement in measures of self-esteem, motivation and the dimensions “self” and “non-violence” at the life satisfaction scale, suggesting that IG might continue to show effects even after the end of treatment, possibly decreasing the risk of relapse.

Conclusion: The results suggest that the program of group CBT was accepted, produced positive effects and can be applied in Brazilian adolescents with AN, as a coadjuvant in a multidisciplinary approach to improve adherence and avoid the risk of relapse.

Descriptors: cognitive therapy; psychotherapy, group; anorexia nervosa; adolescent; therapy

1 INTRODUÇÃO

Esta dissertação tem como propósito apresentar os resultados de um programa piloto de Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) em grupo no tratamento de adolescentes com anorexia nervosa (AN), ao compará-lo a um grupo controle.

No estudo são apresentados os resultados do grupo intervenção (GI) e do grupo controle (GC). GI recebeu TCC em grupo e tratamento usual (TU) multidisciplinar, que incluiu acompanhamento médico, nutricional e psicoeducativo familiar. O grupo controle recebeu apenas o TU, sem intervenção psicológica.

Este estudo foi realizado no Programa de Atendimento, Ensino e Pesquisa de Transtornos Alimentares na Infância e Adolescência (PROTAD), no Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência (SEPIA) do Instituto de Psiquiatria (IPq) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP).

A TCC é um método de intervenção psicoterápico, diretivo, focado mais no presente, estruturado e com objetivos claros: identificação e análise dos fatores cognitivos e comportamentais que contribuem para o desenvolvimento e manutenção das alterações apresentadas pelos pacientes, no caso do estudo, adolescentes com AN.

No capítulo 1 é apresentada a revisão de literatura na qual foi fundamentado o desenvolvimento e manualização do programa. O capítulo

inicia com a abordagem dos aspectos conceituais e dos critérios diagnósticos, de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4ª edição (DSM-IV)¹, utilizado durante toda a avaliação dos pacientes e coleta de dados, desde o primeiro grupo. Os pacientes foram diagnosticados através da avaliação médica e do uso do instrumento de diagnóstico “Levantamento sobre o desenvolvimento e bem-estar de crianças e adolescentes” (*Development and Well-being Assessment* [DAWBA])², também na época baseado nos critérios da Classificação Internacional de Doenças (CID-10)³ e do DSM-IV¹. Os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, 5ª edição (DSM-V)⁴ serão comentados neste capítulo, porém, todos os resultados deste estudo foram baseados no DSM-IV¹ para que as medidas iniciais e finais fossem comparáveis. São abordados também neste capítulo aspectos clínicos e epidemiológicos da AN, bem como os relativos à TCC no tratamento dessa condição. A seguir, é apresentada uma investigação a respeito das referências utilizadas no desenvolvimento dos programas nos estudos randomizados sobre TCC comparada a outras abordagens. Por fim, é descrita a justificativa do estudo.

No capítulo 2 são descritos os objetivos e hipóteses para a realização do estudo.

No capítulo 3 é apresentado o método utilizado na primeira fase do estudo – de desenvolvimento de cada sessão do programa de TCC em grupo para adolescentes com AN, bem como o utilizado no estudo piloto, do grupo intervenção (TCC + TU) e do grupo controle (TU).

O capítulo 4 apresenta os resultados relativos à adesão e resposta ao tratamento, além da análise comparativa entre as variáveis avaliadas antes

do início dos grupos. A seguir, apresenta os resultados do GI e do GC, comparando as variáveis avaliadas antes do início dos grupos, no final e no *follow-up*, seis meses após o término dos grupos.

No capítulo 5 é apresentada a discussão dos resultados desse estudo, e a interlocução desses achados com a literatura pertinente.

O capítulo 6 finalmente apresenta a conclusão obtida a partir dos resultados deste estudo.

1.1 Revisão de Literatura

1.1.1 Anorexia nervosa - Aspectos conceituais e critérios diagnósticos

A anorexia nervosa é uma doença grave, responsável por apresentar uma das maiores taxas de mortalidade entre os transtornos psiquiátricos⁵. Mais frequente em mulheres, e com início típico na adolescência, é uma doença considerada de difícil tratamento⁶, associada a fatores de risco biológicos, psicológicos e sociais⁴.

A AN é classificada dentro da categoria dos transtornos alimentares (TA) no DSM-IV¹ e dos transtornos da alimentação na CID-10³. Os critérios diagnósticos da AN apresentados no DSM-IV¹, utilizados no estudo, incluem aspectos comportamentais, emocionais, cognitivos e fisiológicos. No critério “A”, há a recusa em manter o peso corporal dentro do mínimo adequado ou fracasso em manter o peso esperado (85% para idade e altura) na fase de crescimento e desenvolvimento. Essa recusa é verificada por meio de comportamentos que podem ser combinados, como restrição alimentar, prática de exercícios em excesso, vômitos auto-induzidos e abuso de

laxantes¹. Tais comportamentos, classificados em restritivos ou purgativos, são reflexo dos dois próximos critérios. No critério “B”, o medo de ganhar peso ou tornar-se obeso, mesmo abaixo do peso adequado, é vivenciado de maneira intensa na esfera emocional e potencializado pelo critério “C”, pela perturbação no modo de vivenciar o peso, tamanho e forma corporal. Nesse aspecto cognitivo, existe uma influência e um impacto dessa percepção na sua auto-avaliação e uma negação da gravidade do baixo peso. Todos esses fatores são refletidos no eixo hormonal evidenciado no critério “D” com a amenorreia (ausência de três ciclos menstruais consecutivos)¹.

O DSM-IV¹ inclui também uma categoria denominada Transtornos Alimentares não especificados (TANE), um grupo heterogêneo e inespecífico que inclui as formas parciais ou atípicas de AN e/ou bulimia nervosa (BN), porém sem preencher os critérios diagnósticos na sua totalidade¹. Contudo, com a revisão dos critérios diagnósticos no DSM-V⁴ muitos desses indivíduos foram redistribuídos a uma categoria específica, como a AN típica, e a uma nova categoria denominada “Outro Transtorno Alimentar Especificado”. Essa passa a ser utilizada quando há uma razão específica pela qual os critérios não satisfazem determinado transtorno alimentar (ex. AN atípica: paciente apresenta todos os critérios de AN, porém com peso normal), enquanto a categoria TANE passa a ser utilizada apenas nos casos em que o clínico opta por não especificar a razão pelos quais os critérios não são satisfeitos, ou por falta de informação adequada para o diagnóstico específico⁴.

O DSM-V⁴ esclarece, simplifica e amplifica o diagnóstico da AN típica. No critério “A” é enfatizada a importância do comportamento de restrição persistente da ingestão calórica para a perda de peso no diagnóstico da AN.

Além disso, exclui um limiar pré-definido de baixo peso. Desta forma, o critério de baixo peso que antes sugeria um parâmetro (abaixo de 85% do seu peso normal mínimo, adequado para idade e altura), passa a ser avaliado pelo clínico, bem como o grau de significância da perda. A avaliação inclui aspectos individuais, como idade, gênero, saúde física, constituição corporal, história clínica, ponderal e trajetória de desenvolvimento do indivíduo. Isso flexibiliza o critério e facilita a inclusão no diagnóstico. Outro critério modificado foi o “B”, “o medo intenso de ganhar peso ou de engordar” passou a ser substituído nos casos em que o indivíduo, mesmo com o peso baixo, insista em manter um comportamento que acarrete perda ou impeça o ganho de peso. No critério “C” não há grande mudança, apenas a troca da palavra “negação” por “ausência persistente de reconhecer a gravidade do baixo peso”. Por fim, o último critério, que seria o “D” “amenorreia” deixa de ser exigido, ampliando o alcance do diagnóstico de AN típica⁴. Dessa forma, pacientes com ciclos menstruais normais, que preenchiam os outros critérios, passam a ser classificadas com AN típica e não mais como TANE. Além disso, uniformiza o diagnóstico nos casos de pacientes do sexo masculino, mulheres pré-puberes, pós-menopausa e aquelas em uso de contraceptivos orais⁷.

No DSM-IV¹ e V⁴, a AN abrange dois subtipos: restritivo e purgativo, ou compulsão alimentar purgativa. O subtipo restritivo é identificado quando a perda de peso do indivíduo é alcançada essencialmente por meio de jejuns, dietas ou exercícios físicos, sem que haja purgações ou compulsões alimentares periódicas. O subtipo purgativo é caracterizado quando o indivíduo se envolve com regularidade em episódios de compulsão alimentar e/ou purgação, por meio do uso inadequado de laxantes, diuréticos, enemas

ou vômitos auto-induzidos. No DSM-V a regularidade é especificada, nos últimos três meses⁴.

A seleção dos pacientes incluídos neste estudo baseou-se nos critérios diagnósticos do DSM-IV¹. Entretanto, para as análises e resultados não será feita distinção entre os pacientes com anorexia nervosa ou anorexia nervosa atípica, nem entre pacientes com o tipo purgativo ou restritivo devido à perda de poder estatístico decorrente da divisão da reduzida amostra avaliada.

1.1.2 Apresentação da anorexia nervosa em adolescentes

A apresentação clínica da AN na infância e adolescência é semelhante à apresentada nos adultos, mas revela algumas diferenças na sua forma de expressão. A amenorreia secundária em mulheres adultas é um marco para o diagnóstico, apesar de não ser mais um critério. No entanto, em adolescentes pré-púberes, é observado um atraso no desenvolvimento sexual ou atraso na menarca (amenorreia primária)⁸.

Crianças e adolescentes podem relatar como forma de justificar a recusa alimentar, além do medo de engordar, sensação de saciedade, dor abdominal, náusea, dificuldade para engolir e perda de apetite^{3,9}. Deve-se ficar atento aos aspectos cognitivos, emocionais e comportamentais que são, em geral, semelhantes aos apresentados por adultos. Entre eles os mais comuns são: pensamentos característicos a respeito de peso e forma; crença de estarem gordos, mesmo apresentando baixo peso; preocupação excessiva com corpo, forma, comida e alimentação que compromete de forma significativa a sua

concentração; insatisfação com a sua aparência, medo acentuado de engordar; contagem de calorias, restrição de líquidos, além da dieta e envolvimento em comportamentos para o controle do peso⁸. Apresentam como estratégias comportamentais mais comuns para a perda e ou evitação de ganho de peso, o aumento excessivo da frequência de exercícios físicos na rua e em casa, por vezes realizados em segredo, durante a noite, e a auto-indução do vômito^{8,9}. Já, o abuso de laxantes, diuréticos e enemas não é tão comum como nos adultos, e quando utilizados, são por adolescentes mais velhos (a partir dos 15 a 16 anos), devido ao maior acesso e menor vigilância dos pais^{8,9}.

No critério B do DSM-V⁴ “medo intenso de ganhar peso ou de engordar”, a inclusão da alternativa de considerar um comportamento persistente que acarrete na perda ou impeça o ganho de peso possibilita que o diagnóstico de AN em adolescentes seja viabilizado também pela observação desses comportamentos por familiares, mesmo que o jovem negue o medo de ganhar peso.

Como as distorções cognitivas presentes na AN têm caráter egossintônico, pessoas com esse TA apresentam dificuldade de reconhecer que estão doentes, e, tampouco, de avaliar o nível de gravidade de sua condição⁸.

Além das consequências psicológicas e sociais acarretadas pela doença, que afetam a qualidade e satisfação de vida, estreitamente associadas à autoestima^{10,11}, o impacto da AN na saúde física desses jovens pode ser grave. Um conjunto de complicações médicas reflete na alta taxa de morbimortalidade vistas nesses pacientes¹². Tendem a estar relacionadas com

a gravidade da perda de peso e a intensidade e o modo da purgação. Em geral, pode afetar o eixo hormonal, como hipogonadismo hipogonadotrófico que reflete na amenorreia, atraso no crescimento e desenvolvimento, osteoporose e infertilidade¹². No sistema cardiovascular, como bradicardia, hipotensão, até arritmias cardíacas potencialmente fatais. No sistema gastrintestinal, como gastroparesia e a síndrome da artéria mesentérica superior que podem atrapalhar o início do tratamento¹². Importante ressaltar que o próprio tratamento pode ocasionar a síndrome da realimentação que pode causar fraqueza muscular e insuficiência cardíaca pela hipofosfatemia. Embora a maioria dessas complicações seja reversível, algumas permanecem mesmo após a normalização do peso corporal^{8,12}.

1.1.3 Aspectos psicológicos, médicos e nutricionais

A fase de transição entre a infância e a adolescência, que engloba a puberdade, é caracterizada por mudanças físicas, psicológicas e sociais de grande impacto na vida do indivíduo. Tais mudanças associadas à predisposição genética fazem com que esse período seja vulnerável para o desenvolvimento de transtornos alimentares, entre eles a AN. As alterações corporais provenientes da puberdade, conflitos pessoais e familiares, busca de uma identidade, maior suscetibilidade as pressões sociais (ex. culto a magreza, apelos da moda) e de seus pares são vivenciados mais intensamente nesse período. Portanto, torna-se importante que tais mudanças, entre elas as psicológicas, sejam estudadas para melhor compreensão da doença e do manejo no tratamento^{13,14}.

Os sinais e sintomas mais comuns, que podem preceder e/ou serem acentuados com a AN e com a desnutrição, envolvem aspectos cognitivos, emocionais, comportamentais e fisiológicos. Os indivíduos acometidos pela doença costumam apresentar pensamentos obsessivos associados à grande preocupação centrada em alimentos, forma corporal e peso, humor deprimido, maior irritabilidade, sentimentos de fracasso, angústia de alimentar-se em público, expressão emocional e espontaneidade social limitadas, forte anseio de controlar o seu próprio ambiente, isolamento social, comportamentos compulsivos relacionados também à alimentação, forma e corpo, insônia e diminuição da libido^{4,9}.

A presença seletiva de alguns sinais e sintomas, característicos de determinados transtornos – quando encontrados associados, e em grau, intensidade e frequência específicas - podem levar o médico a investigar o possível diagnóstico comórbido, quando a ocorrência não se limitar às questões alimentares. As comorbidades psiquiátricas podem impactar na evolução do TA e aumentar o tempo de tratamento, como evidenciado em pesquisa, na presença de transtorno de humor associado¹⁵. As comorbidades mais comuns, de acordo com estudo que avaliou adolescentes com AN são os transtornos de humor (60,4%), seguidos pelos transtornos de ansiedade (25,7%), sem incluir o transtorno obsessivo compulsivo (TOC) (16,8%), além do uso de substâncias (7,9%)¹⁶.

Um estudo de coorte longitudinal recente¹⁷, realizado na Suécia, apontou a sobreposição etiológica genética entre o TOC e a AN. Neste estudo foi identificado um risco 16 e 37 vezes maior de mulheres e homens com TOC,

respectivamente, apresentarem AN mais tarde. E um risco ainda maior de apresentarem TOC tardiamente, quando diagnosticados inicialmente com AN.

O tratamento nutricional nos pacientes com AN tem como objetivo promover a recuperação de peso de forma gradual, a adoção de hábitos nutricionais saudáveis e restabelecer as funções fisiológicas normais¹⁸. Do ponto de vista nutricional, a ausência de ganho de peso na infância e adolescência equivale à perda de peso em adultos⁸. Para esta faixa etária, o cálculo isolado do IMC, como é realizado em adultos, não é considerado um bom critério na avaliação do peso⁸. Desta forma, a análise da evolução do peso realizada considera o período anterior ao desenvolvimento dos sintomas da doença e o atual para avaliar a evolução do crescimento pôndero-estatural com base nos gráficos de crescimento, do IMC para a idade da Organização Mundial da Saúde (OMS), utilizados como referência¹⁹.

1.1.4 Epidemiologia

A prevalência de 12 meses de AN em adolescentes e jovens do sexo feminino, de acordo com a Associação Americana de Psiquiatria, é de aproximadamente 0,4%⁴ e na vida de 0,3%²⁰. Na idade adulta a prevalência é de 0,9% para mulheres e de 0,3%, entre homens²¹.

Um estudo de revisão recente sobre epidemiologia global dos TAs apontou a prevalência pontual de AN de <0,01% na África, 0,08% entre hispânicos/latinos nos Estados Unidos da América (EUA), 0,1% na América Latina, 0,43% no Japão e 1,05% na China²².

No Brasil não existem estudos epidemiológicos específicos sobre a prevalência de TA. Na cidade de Taubaté (SP), um estudo epidemiológico em uma amostra comunitária, realizado com 1251 crianças e adolescentes com idade entre sete e 14 anos, registrou uma prevalência de 12,7% de transtornos psiquiátricos²³. Nesta mesma amostra foi identificado um grupo de risco para o desenvolvimento de TA com uma prevalência de 1,4% de crianças e adolescentes que apresentaram um ou mais critérios diagnósticos de AN ou BN, de acordo com o DSM-IV²⁴.

A incidência é de oito casos para cada 100.000 habitantes por ano, e a proporção de ocorrência entre os sexos feminino e masculino pode variar de 6:1 a 10:1^{25,26}. Um estudo recente realizado com adolescentes brasileiros apontou uma proporção que variou de 11,8:1 (entre 2001 e 2007) a 3,5:1 (entre 2008 e 2014) entre os sexos feminino e masculino²⁷.

A taxa de mortalidade na população geral acometida pela AN está entre as maiores, se comparadas às apresentadas pelos outros transtornos mentais. Uma metanálise que incluiu 36 estudos identificou taxas de mortalidade de 5,86% para AN, comparado aos 2,8% e 2,5% em homens e mulheres com esquizofrenia, 1,9% e 2,1% com transtorno bipolar e 1,5% e 1,6% com transtorno depressivo, encontrados em estudos sobre os respectivos transtornos psiquiátricos, com tempo médio de acompanhamento de 12,82 anos⁵. O óbito geralmente ocorre em razão das complicações clínicas relativas ao transtorno e do suicídio⁴.

1.1.5 Tratamento

O tratamento da AN em crianças e adolescentes, de acordo com as diretrizes da Associação Americana de Psiquiatria (APA)²⁸, deve ser precoce, já que pacientes mais jovens, quando iniciam a intervenção adequada, apresentam maior índice de remissão total, evitando a cronificação da doença.

São marcadores de bom prognóstico para a manutenção do peso após o tratamento, a motivação para a mudança associada a atitudes alimentares mais adequadas²⁹, diminuição dos sintomas depressivos, índice de massa corporal e autoestima mais elevados no início do tratamento^{29,30}.

O envolvimento da família no tratamento de crianças e adolescentes é fundamental²⁸. Uma revisão sistemática recente³¹ apontou que o modelo de tratamento mais testado na infância e adolescência é a Terapia Baseada na Família³², sendo recomendado pelos guias de referência internacionais em saúde mental, como a *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE)³³. No entanto, os resultados nessa modalidade de tratamento são considerados modestos³¹.

O tratamento padrão recomendado para os TAs é a abordagem em equipe multidisciplinar, de acordo com as diretrizes da APA e da NICE^{28,33} e abrange reabilitação nutricional, acompanhamento psiquiátrico e intervenções psicoterápicas familiares e individuais de orientação psicodinâmica e cognitivo-comportamental²⁸.

1.1.5.1 Terapia cognitivo comportamental - Aspectos históricos e conceituais

Para uma melhor compreensão da evolução histórica das TCCs, foi proposta a divisão didática em três gerações ou “ondas”^{34,35}. As terapias comportamentais fazem parte da primeira geração, com início no começo do século XX; as TCCs fazem parte da segunda e tiveram início na década de 1960. As terapias da terceira geração, ou terapias contextuais por sua vez, tiveram início na década de 1990, integram técnicas das gerações anteriores, apresentam intervenções focadas na regulação emocional, retomam a importância da relação terapêutica e do contexto na formação de pensamentos e crenças. São exemplos de terapia da terceira geração, a Terapia do Esquema, a Terapia Comportamental Dialética, a Metacognitiva, a Terapia de Aceitação e Compromisso e a Terapia Focada na Compaixão. A maioria delas utiliza técnicas de meditação, como o *mindfulness*^{34,35}.

A TCC é uma integração entre Terapia Cognitiva e Terapia Comportamental. Aaron Beck, psicanalista por formação, entre 1959 e 1979 elaborou o modelo da Terapia Cognitiva. Albert Ellis, em 1962 desenvolveu a Terapia Racional Emotiva e Albert Bandura, entre 1969 e 1971, a partir da sua teoria da aprendizagem social, configurou o processo cognitivo como essencial na aquisição e na regulação do comportamento. Teorias comportamentais importantes, que enfatizavam o processo cognitivo, fortaleceram a Terapia Cognitiva, tais como a de D’Zurilla e Goldfried em 1971, com o treino em solução de problemas, a de Meichenbaum, em 1973, com o treino de inoculação do estresse, e a de Mahoney, em 1974, com a modificação cognitiva do comportamento³⁶.

As terapias da segunda geração, a Terapia Cognitiva e a Terapia Cognitivo Comportamental são as que possuem o maior número de estudos randomizados sobre o tratamento de pacientes com AN, avaliados em revisão sistemática recente³⁷ e por isso, serão foco deste estudo.

A Terapia Cognitiva foi criada na década de 1960 nos EUA por Aaron Beck, com base na observação de seus casos clínicos, estudos e experimentos sistemáticos, e na crença de que havia um transtorno de pensamento no núcleo dos transtornos psiquiátricos que influenciava a maneira como seus pacientes percebiam e interpretavam situações e experiências particulares³⁸. O autor percebeu que era possível reduzir os sintomas em um curto prazo, caso treinasse habilidades cognitivas nos pacientes, conduzindo-os a perceberem interpretações distorcidas, e apresentando alternativas mais prováveis e funcionais, com foco nos problemas presentes.

Um dos pressupostos básicos da Terapia Cognitiva é que os indivíduos, ao longo da vida, desenvolvem e mantêm crenças básicas, que interferem e influenciam na maneira como se percebem e como apreendem o mundo a sua volta^{38,39}.

A estrutura para a compreensão do paciente, por parte do terapeuta cognitivo, é obtida através de uma conceituação cognitiva. Esta conceituação começa a ser estudada e compreendida a partir da anamnese realizada inicialmente no paciente e continua sendo explorada até a última sessão terapêutica^{38,40}.

Beck³⁸ enfatiza que para dar início ao processo de formulação de um determinado caso, o terapeuta deve refletir sobre o possível diagnóstico do paciente, e se definido, quais são seus atuais problemas, como se desenvolveram e são mantidos, que crenças e pensamentos disfuncionais estão ligados a estes problemas e quais são suas reações fisiológicas, emocionais e comportamentais. A partir deste momento o terapeuta começa a levantar hipóteses, sobre o possível motivo deste paciente ter desenvolvido tal desordem psicológica. A partir do trabalho conjunto com os médicos, levanta quais fatores podem estar associados aos seus problemas atuais, como predisposições genéticas, experiências e aprendizados. Objetiva identificar suas crenças e pensamentos, mecanismos cognitivos, comportamentais e afetivos que criou para aprender a lidar com as suas crenças disfuncionais e sua maneira de se perceber, no passado e no momento atual, de perceber os outros, seu mundo e seu futuro. Também são levados em consideração os estressores envolvidos neste histórico que podem ter influenciado e interferido no desenvolvimento ou na resolução destes problemas. Ao longo deste processo, as hipóteses podem ser confirmadas, abandonadas ou modificadas, de acordo com as informações recebidas.

As TCCs, com destaque para a Terapia Cognitiva Beckiana, caracterizam-se por apresentar uma fundamentação teórica associada a uma ampla variedade de técnicas, consideradas eficazes no tratamento de diversos transtornos mentais, como depressão, ansiedade, transtorno do estresse pós-traumático, transtorno obsessivo compulsivo, fobias e

transtornos alimentares^{38,41}. A TCC utiliza técnicas cognitivas e comportamentais, e objetiva trabalhar aspectos dos pensamentos, das emoções, comportamentos e das relações interpessoais⁴². Apresenta eficácia na redução de sintomas de diversos transtornos, quando realizada isoladamente enquanto tratamento, bem como quando associada à medicação, além de contribuir para a prevenção da recaída e recidiva^{43,44}.

Estudos que utilizaram neuroimagem na investigação dos efeitos da TCC no tratamento de pacientes com transtornos de ansiedade revelaram sua capacidade de intervir em disfunções do sistema nervoso, na modificação dos circuitos neurais relacionados à regulação das emoções negativas e extinção do medo⁴⁵.

1.1.5.2 Terapia Cognitivo Comportamental no tratamento da anorexia nervosa

Os primeiros estudos sobre a aplicação da TCC no tratamento da AN datam de 1982, com Garner e Bemis⁴⁶, a partir da criação de um modelo de base cognitivo comportamental para o tratamento de adultos com AN, fundamentado na Terapia Cognitiva de Beck. Segundo eles, as crenças disfuncionais apresentadas pelos pacientes com AN podem explicar a manutenção da doença. Um paciente com AN com uma crença central de desvalor, e que em algum momento associou o seu valor a capacidade de controle do seu peso e da sua forma corporal pode assumir como crença intermediária, ou regra a ser seguida, que só tem valor na vida quem é magro e que por isso precisa ser magro, ou não se sentirá valorizado⁴⁷.

Seus pensamentos automáticos como “inútil”, “você não vale nada” ou “não serve para nada” refletirão essa crença, toda vez que sentir que fracassou no controle do seu próprio peso ou da sua forma corporal⁴⁷. Como consequência, a restrição alimentar e a evitação tornam-se hábitos enraizados, independentemente da situação em que foram originados⁴⁶⁻⁴⁸. Este modelo foi utilizado como base para o desenvolvimento e adaptação de tratamentos em ensaios clínicos randomizados^{49,50} e na elaboração do modelo transdiagnóstico, criado por Fairburn⁴² e Fairburn *et al.*⁵¹, para o tratamento comum dos TAs, baseado na teoria de que eles apresentam a mesma psicopatologia fundamental. Manifestam a mesma desordem nuclear de associar exclusivamente seu valor, à forma e peso que apresentam e à habilidade de controlá-los^{42,51,52}.

Apesar da indicação da TCC para o tratamento da AN²⁸, existem poucos estudos randomizados^{51,53} e pouca evidência de terapias especializadas eficazes utilizadas no seu tratamento^{28,54,55}. A razão da escassez de estudos sobre o tratamento da AN pode estar associada à baixa prevalência e às dificuldades inerentes à psicopatologia do transtorno, sua complexidade, severidade e complicações⁵⁶ que prejudicam a seleção, o tratamento e o acompanhamento destes pacientes nos estudos.

Os estudos randomizados disponíveis sobre o tratamento dos TAs são realizados, em sua maioria, em populações de pacientes adultos⁵⁷. Lock⁵⁸ registrou em 2009 que haviam somente seis ensaios clínicos randomizados sobre adolescentes com AN, evidenciando um atraso no desenvolvimento de abordagens que sejam baseadas em evidências para o

tratamento de TA nesta faixa etária. As intervenções sustentadas por estudos específicos são as baseadas na família, na terapia individual focada no adolescente e no desenvolvimento da TCC adaptada para esta faixa etária⁵⁸.

O Quadro 1 apresenta os dados dos principais ensaios clínicos randomizados a respeito da eficácia da TC e da TCC comparada a outras terapias no tratamento pacientes com AN.

O Quadro 2 apresenta os dados dos principais ensaios clínicos não randomizados que avaliaram a eficácia da TCC isolada no tratamento pacientes com AN.

Quadro 1 - Estudos randomizados que avaliaram a eficácia da Terapia Cognitiva (TC) e da Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) comparada a outras abordagens no tratamento específico de pacientes com Anorexia Nervosa (AN)

Estudo	Ano	Número de sujeitos (completaram)	Tipo de tratamento	Amostra	Formato de tratamento TCC	Resultados
Ball e Mitchell ⁶⁰	2004	25 (18)	TCC x TCF	Sexo feminino de 13 a 23 anos	Individual, ambulatorial e manualizado (TCC baseado no modelo de Garner e Bemis ⁴⁶). 21 a 25 sessões, duração 12 meses.	Não houve diferença significativa entre os grupos. Ambos os grupos obtiveram melhoras representativas ao longo do tempo, no que se refere a medidas de comportamentos alimentares, depressão, estado de ansiedade e autoestima.
Serfaty et al. ⁵⁹	1999	35 (23)	TC x AD	Ambos os sexos acima de 16 anos	Individual, ambulatorial e manualizado (não citou o modelo utilizado). 20 sessões, duração 6 meses.	Ao final dos 6 meses todos os pacientes do tratamento AD haviam desistido. Quanto aos da TC, foi observada significativa melhora ao longo do tempo, entre o início e o follow-up, no que se refere a medidas de IMC, comportamentos alimentares associados ao TA e depressão. 70% dos que completaram o tratamento não apresentavam mais critério diagnóstico para AN.
McIntosh et al. ⁵³	2005	56 (35)	TCC x PI x GSC	Sexo feminino de 17 e 40 anos	Individual, ambulatorial e manualizado (TCC baseado no modelo de Garner et al. ⁴⁷). 20 sessões, com duração 20 semanas.	Quanto à medida do resultado de desfecho primário, de avaliação global da AN, houve diferença, com destaque para o GSC, que foi superior à PI e à TCC. Não foi encontrada diferença entre PI e TCC. Quanto às medidas secundárias e terciárias, não foram encontradas diferenças significativas das medidas físicas, como peso, IMC e percentual de gordura entre as terapias no grupo total do estudo.
Gowers et al. ⁶⁰	2007	167 (107)	TI x TAE com TCC x TUG	Ambos os sexos de 12 a 18 anos	Individual, ambulatorial e manualizado (não citou o modelo utilizado como referência). 12 sessões, com duração 6 meses.	Não foram encontradas diferenças significativas entre os 3 grupos em nenhuma das variáveis. Nenhum dos dois grupos demonstrou superioridade sobre o TUG em termos de intenção de tratamento. Ao final dos 2 anos, um terço conseguiu se recuperar e um quarto ainda se apresentava com AN. Houve uma melhor adesão ao TAE (74,5%), comparada ao TUG (69,1%) e ao TI (49,1%).
Pike et al. ⁴⁹	2003	33 (30)	TCC x ACN	Sexo feminino de 18 e 45 anos	Individual, ambulatorial e manualizado (TCC baseado no modelo de Garner et al. ⁴⁷). 50 sessões, com duração 1 ano.	Os pacientes que receberam tratamento TCC apresentaram melhores resultados clínicos (17% no TCC apresentaram critérios de recuperação total e 0% no ACN), permaneceram mais tempo sem apresentar recaída (22% de recaída no TCC e 53% no ACN) e menor taxa de abandono (3 pacientes (20%) desistiram no início do tratamento ACN, nenhum desistiu no TCC).

ACN - Aconselhamento nutricional; AD - Aconselhamento dietético; GSC - Gestão de suporte clínico; IMC - Índice de massa corporal; AN - Anorexia nervosa; PI - Psicoterapia interpessoal; TA - Transtorno alimentar; TAE - Tratamento ambulatorial especializado; TC - Terapia Cognitiva; TCC - Terapia cognitivo comportamental; TCF - Terapia cognitiva comportamental; TI - Tratamento de internação; TUG - Tratamento usual geral.

Quadro 2 - Estudos não randomizados que avaliaram a eficácia ou a viabilidade da Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) isolada no tratamento específico de pacientes com Anorexia Nervosa

Estudo	Ano	Número de sujeitos (completaram)	Tipo de tratamento	Amostra	Formato de tratamento TCC	Resultados
Leung <i>et al.</i> ⁶¹	1999	30 (20)	TCC em grupo	sexo feminino 17 e 50 anos	Em grupo, ambulatorial e manualizado (TCC baseado no modelo de Garner e Bemis ⁴⁶) 10 sessões duração 4 meses	Não foram encontradas diferenças significativas em nenhuma medida relacionada a comportamentos e cognições do TA, comparando o pré e o pós tratamento.
Ricca <i>et al.</i> ⁶²	2010	53 (43)	TCC	sexo feminino 16 e 45 anos	Individual, ambulatorial e manualizado (TCC baseado no modelo de Garner <i>et al.</i> ⁴⁷) 40 sessões, duração mínima de 40 semanas	Dos que concluíram, 37% respondeu com melhora, não apresentando mais critérios diagnósticos para TA, 22% apresentava a doença na forma subclínica e 41% continuou apresentando critérios para AN. Entre o início e o final do tratamento foi observado aumento significativo do IMC, redução significativa nos escores relacionados a sintomatologia do TA (mantidos no <i>follow-up</i>) e nos escores relativos a depressão e a insatisfação corporal.
Fairburn <i>et al.</i> ⁶³	2013	99 (63)	TCC (Modelo transdiagnóstico)	ambos os sexos 18 a 65 anos	Individual, ambulatorial e manualizado (TCC para TA - baseado no modelo de Fairburn ⁴² e Fairburn <i>et al.</i> ⁵¹) 40 sessões.	Foi observada na amostra que completou o estudo melhora nas seguintes variáveis entre o início e o final do tratamento: aumento significativo do peso e redução significativa nos escores relacionados a características do TA.
Dalle Grave <i>et al.</i> ⁶⁴	2013	46	TCC (Modelo transdiagnóstico)	sexo feminino 13 a 17 anos	Individual, ambulatorial e manualizado (TCC para TA - baseado no modelo de Fairburn ⁴² e Fairburn <i>et al.</i> ⁵¹) 40 sessões individuais, 8 sessões conjuntas com pais e pacientes.	Foi observada na amostra que completou o estudo melhora nas seguintes variáveis entre o início e o final do tratamento: aumento significativo do peso (mantido no <i>follow-up</i>) e redução significativa nos escores relacionados ao TA e a psicopatologia geral (mantidos no <i>follow-up</i> , de forma parcial e total, respectivamente).

IMC - Índice de massa corporal; AN - Anorexia nervosa; TA - Transtorno alimentar; TCC - Terapia cognitivo comportamental

Foram encontrados e avaliados cinco estudos randomizados^{49,50,53,59,60} e outros quatro ensaios clínicos⁶¹⁻⁶⁴ que tiveram como objetivo avaliar a eficácia da TCC comparada a outras abordagens, ou a viabilidade da mesma isolada no tratamento específico de pacientes com AN.

Nos estudos randomizados, todos os programas de TCC foram manualizados, realizados em formato de atendimento individual e em regime ambulatorial. Somente um estudo não randomizado⁶¹ utilizou uma abordagem em grupo ambulatorial. No entanto, a duração da terapia foi de apenas 10 sessões, tempo considerado curto de tratamento para uma doença tão complexa quanto a AN, tendo sido o único a não apresentar melhora nos resultados da sintomatologia alimentar³⁷.

As evidências nos estudos randomizados^{49,60} sugerem que a TCC produz aumento da adesão ao tratamento, e consequente diminuição da taxa de abandono, ao compará-la a outras abordagens. Em um destes estudos⁶⁰ a taxa de adesão foi de 74,5% para o tratamento ambulatorial especializado, incluindo a TCC, versus 49,1% para a internação e 69,1% para o tratamento ambulatorial não especializado. No outro estudo⁴⁹ a taxa de abandono no tratamento com TCC foi de 0% comparada a 20% no aconselhamento dietético³⁷.

No entanto, embora a TCC esteja associada à melhora nas medidas de resultado em todos os estudos randomizados – como IMC, medidas relacionadas aos sintomas do TA, à psicopatologia geral, de funcionamento e medidas de humor – não apresenta resultados significativamente superiores às outras modalidades de tratamento comparadas nos estudos.

As modalidades de tratamento comparadas à TCC foram à Terapia Familiar Comportamental, Terapia Interpessoal, Gestão de Suporte Não Específico e Aconselhamento Dietético³⁷.

Considerando a necessidade, anteriormente citada, da TCC ser adaptada para o tratamento de adolescentes com AN, cabe ressaltar que somente dois estudos^{60,64} se dedicaram a investigar exclusivamente adolescentes em sua amostra. Outros dois estudos, incluíram-os junto à jovens e adultos.

1.2 Justificativa do Estudo

A AN é uma doença grave, com início típico na adolescência. A intervenção precoce e adequada pode evitar a cronificação da doença, elevando o índice de recuperação total²⁸.

A maior parte dos ensaios clínicos sobre o tratamento de pacientes com AN são realizados com adultos. Um número reduzido de estudos foi realizado, até o momento, com amostra exclusiva de adolescentes. Por exemplo, em território nacional, foi encontrado apenas um estudo publicado com essa faixa etária⁶⁵. Esse estudo foi um ensaio clínico preliminar com o objetivo de avaliar a Terapia Baseada na Família no tratamento de adolescentes com AN.

Dentre os tratamentos indicados pelas diretrizes internacionais^{28,33} além da Terapia Baseada na Família, está a TCC adaptada para esta faixa etária. No entanto, até a presente data, não foi encontrada na literatura publicação com uma versão manualizada de TCC para o tratamento em

grupo de adolescentes com AN e nenhum estudo que tenha testado os efeitos da TCC para essa condição, deixando evidente a necessidade de investimento em pesquisas com esse objetivo.

O programa piloto, caso produza efeitos na amostra avaliada, poderá ser replicado em ambulatórios especializados em TAs do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro. Essa medida pode melhor atender à demanda existente⁶⁶, que atualmente espera por tratamento, enquanto o quadro clínico se agrava.

1.3 Hipóteses

a) Um programa de TCC em grupo + TU pode apresentar melhores resultados se comparado ao TU (sem psicoterapia associada) no tratamento de adolescentes brasileiros com anorexia nervosa.

b) Um programa de TCC em grupo + TU pode apresentar resultados semelhantes ao TU (sem psicoterapia associada) no tratamento de adolescentes brasileiros com anorexia nervosa.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Principal

Desenvolver e avaliar os efeitos de um programa piloto manualizado de tratamento cognitivo comportamental em grupo para adolescentes brasileiros com AN.

2.2 Objetivo Secundário

Avaliar os efeitos do programa na evolução das medidas relacionadas ao funcionamento global, autoestima, satisfação de vida e motivação para o tratamento.

3 MÉTODOS

3.1 Desenho do Estudo

Trata-se de um ensaio clínico com o objetivo de avaliar os efeitos de um programa piloto de TCC em grupo, ao compara-lo a um GC com TU isolado no cuidado de adolescentes com AN.

Foi constituído de duas fases:

Fase I

- Delineamento das sessões do programa piloto de tratamento cognitivo comportamental.

Fase II

- Ensaio clínico com o objetivo de avaliar os efeitos de duas modalidades de tratamento: Programa piloto de TCC associado ao TU, e GC apenas com o TU.
- Desenvolvimento do manual do programa piloto de TCC.

3.2 Local do Estudo

O estudo foi desenvolvido no Programa de Atendimento, Ensino e Pesquisa em Transtornos Alimentares na Infância e Adolescência, em funcionamento junto ao Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência, no IPq-HC-FMUSP, na cidade de São Paulo.

Fundado em 2001, o PROTAD foi o primeiro serviço multidisciplinar no Brasil, no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, voltado para o tratamento especializado de crianças e adolescentes com TA. Foi implantado, após a percepção do aumento da demanda de tratamento para crianças e adolescentes com TAs, tendo como norteador das intervenções a literatura científica e a experiência clínica adquirida no Ambulatório Especializado em Adultos com Anorexia e Bulimia Nervosa (AMBULIM) e no SEPIA do IPq-HCFMUSP.

A equipe multidisciplinar é formada por psiquiatras, nutricionistas, psicólogos e enfermeira⁶⁶. As psicoterapias oferecidas, nas abordagens Psicodinâmica e Cognitivo Comportamental, são realizadas em grupo devido à alta demanda para tratamento, com fila de espera, e a limitada capacidade de atendimento⁶⁷.

Uma das fundadoras do PROTAD, a professora Dra. Bacy Fleitlich Bilyk, consciente da gravidade da AN, da presença comum de traços de personalidade do espectro obsessivo compulsivo e motivada pelos resultados obtidos com adolescentes com TOC, tratados através de um protocolo de TCC baseado no modelo de March e Mulle⁶⁸, idealizou, adaptou e desenvolveu um protocolo de 12 a 14 sessões para o tratamento de adolescentes com AN. Apesar dos resultados clínicos favoráveis, tal protocolo nunca foi testado. Com o passar dos anos houve necessidade de atualizar o protocolo existente, testá-lo e publicá-lo, tema tratado no estudo em questão.

3.3 Autorização da Pesquisa

O estudo apresentado foi aprovado pela Comissão de ética para análise de projetos de pesquisa (CAPPesq) da diretoria clínica do HC-FMUSP, conforme parecer nº 426683 e emenda 1.403.428 (Anexo A).

3.4 Fase I

O estudo foi constituído de duas fases. Na fase I foram delineadas as sessões para o desenvolvimento do Programa Piloto de TCC.

3.4.1 Desenvolvimento do programa piloto de tratamento cognitivo comportamental

O programa piloto de tratamento cognitivo comportamental utilizou como base o modelo e a experiência do PROTAD no tratamento cognitivo comportamental em grupo de adolescentes com AN e os modelos de Garner *et al.*⁴⁷ e Fairburn⁴². A TCC em grupo é uma das abordagens oferecidas no tratamento multidisciplinar do PROTAD desde 2001. Tinha duração de três meses, com 12 a 14 sessões, não manualizado, com resultados clínicos favoráveis, embora ainda não testados em ensaios clínicos.

Os modelos são apresentados no Quadro 3

Quadro 3 - Modelos de tratamento utilizados para o desenvolvimento do programa piloto de Terapia Cognitivo Comportamental (TCC)

Protocolo Original PROTAD (2001)	Garner <i>et al.</i> ⁴⁷	Fairburn ⁴²
<p>(3 meses - 12 a 14 sessões)</p> <p>Sessão 1 - Psicoeducativo sobre os transtornos alimentares. Sessão conjunta com os pais, envolvendo a família.</p> <p>Sessão 2 - Psicoeducativo sobre os transtornos alimentares com os pacientes.</p> <p>Sessão 3 - Pirâmide Alimentar.</p> <p>Sessão 4 - Diário alimentar.</p> <p>Sessão 5 - Teste de afetividade. Identificando as emoções que acompanham o transtorno alimentar.</p> <p>Sessão 6 - Teste de pensamentos. Identificando os pensamentos que acompanham o transtorno alimentar. Externalização da doença.</p> <p>Sessão 7 - Definição de Imagem corporal. Desenho do corpo. Reconhecendo a distorção da imagem corporal.</p> <p>Sessão 8 - Desenho do corpo. Reconhecendo a distorção da imagem corporal.</p> <p>Sessão 9 - Álbum de fotos. Antes do transtorno alimentar.</p> <p>Sessão 10 - Álbum de fotos. Durante o transtorno alimentar.</p> <p>Sessão 11 - Álbum de fotos. Depois do transtorno alimentar.</p> <p>Sessão 12 - Prevenção de recaídas. Planejando o futuro.</p> <p>Sessão 13 - Prevenção de recaídas. Planejando o futuro</p> <p>Sessão 14 - Encerramento.</p>	<p>Fase I - Aliança terapêutica e parâmetros do tratamento (1 mês - 8 sessões) Construção da aliança terapêutica, avaliação das características do transtorno alimentar, tratamento das complicações médicas, psicoeducação sobre a sintomatologia e a racionalidade cognitiva do tratamento, auto monitoramento, plano e orientação sobre a normalização do padrão alimentar, aumento da motivação, questionamento dos valores culturais sobre peso e forma, e envolvimento da família.</p> <p>Fase II - Mudança de crenças e ampliação do objetivo da terapia (1 ano) Manter o foco na recuperação de peso e normalização do padrão alimentar, nas recaídas, identificação de pensamentos, crenças e esquemas disfuncionais, reestruturação cognitiva, autoestima, foco interpessoal e envolvimento da família.</p> <p>Fase III - Prevenção de recaídas e finalização do tratamento (6 meses) Revisão do progresso, dos fundamentos para sua continuidade, das vulnerabilidades, sinais de recaída, e momento de retornar ao tratamento.</p>	<p>Versão Padrão - 20 sessões. Para pacientes com IMC acima de 17,5</p> <p>Fase I - Base para as futuras mudanças (1 mês - 8 sessões) Engajamento do paciente no tratamento e na mudança e desenvolvimento de uma formulação com as hipóteses dos processos relacionados à psicopatologia do paciente com o objetivo de psicoeducá-lo. Procedimentos a serem incorporados: pesagem na sessão e uma alimentação mais saudável e regular. Psicoeducação sobre peso, pesagem e variação de peso.</p> <p>Fases II e III (2 meses e meio – 10 sessões)</p> <p>Fase II - Fase de transição Avaliação do progresso alcançado pelo paciente (aplicação do EDE-Q). Atenção para as possíveis barreiras ao longo do processo de mudança e como alterá-las. Revisão e atualização da formulação, caso haja necessidade. Planejamento da próxima fase do tratamento</p> <p>Fase III - Parte principal do tratamento Levantamento dos principais mecanismos mantenedores do transtorno alimentar e atuação na modificação de tais mecanismos.</p> <p>Fase IV - Foco no futuro (3 sessões) Manutenção das mudanças alcançadas e redução dos riscos de recaída do paciente a longo prazo Versão Ampla (40 sessões. Para pacientes com IMC entre 15 e 17,5)</p> <p>Na versão ampla, além das 20 sessões, são apresentados ao paciente três módulos adicionais, caso haja necessidade (conforme avaliação do profissional) Cada um dos três módulos tem como objetivo trabalhar, respectivamente: o perfeccionismo, a baixa autoestima e as dificuldades interpessoais dos pacientes.</p>

3.4.2 Procedimentos para o desenvolvimento do Programa Piloto de Terapia Cognitivo Comportamental

Foi realizada uma revisão dos artigos publicados sobre estudos randomizados que avaliaram a eficácia da TCC no tratamento de adolescentes com anorexia nervosa e encontrados dois modelos de tratamento mais utilizados, descritos em dois livros^{42,47}. Foi realizado um grupo de estudos para a análise, compreensão da estrutura das diferentes fases de tratamento de cada modelo, levantamento das técnicas empregadas e desenvolvimento do programa, respeitando a proporção de tempo dedicado a cada fase do tratamento e adaptando a apresentação das técnicas para os adolescentes, incluindo ferramentas utilizadas no Brasil.

O programa foi desenvolvido a partir dos modelos propostos por Garner *et al.*⁴⁷ e Fairburn⁴², adaptado para o formato de grupo fechado, e incluiu 24 sessões, semanais, das quais uma foi realizada em conjunto com os pais e 23 com os adolescentes. As sessões foram conduzidas por duas psicoterapeutas especialistas em TCC, na presença de uma psicóloga que observou e anotou todo o processo.

O programa foi dividido em duas partes, o manual do terapeuta e o do paciente (Apêndices A e B) e objetiva principalmente o alívio dos sintomas do transtorno alimentar. No manual do terapeuta é apresentada toda a estrutura detalhada das sessões e seus objetivos ao longo do tratamento. Já no manual do paciente, são apresentadas as ilustrações e esquemas gráficos relativos às técnicas e estratégias que atendem aos objetivos propostos no manual do terapeuta.

As sessões seguiram a estrutura de organização proposta pela TCC, iniciando com a revisão do humor e da semana, revisão do tema proposto para a atividade que deveria ser realizada em casa, definição da agenda e condução do trabalho, finalizando com o resumo, *feedback* e tema proposto para a atividade de casa³⁸.

A adaptação do programa para os adolescentes utilizou como estratégias o emprego de ilustrações e esquemas gráficos para uma maior elucidação das técnicas, além da utilização, como estratégia comportamental, do sistema de recompensa por cada atividade realizada em casa e entregue na sessão seguinte. O paciente que realizava a atividade em casa recebia como reforço positivo um artigo de papelaria.

3.4.3 Conteúdo das sessões do Programa Piloto de Terapia Cognitivo Comportamental

O conteúdo das sessões foi adaptado para a faixa etária, conforme recomendação da APA²³ e dos autores dos modelos Garner *et al.*⁴⁷ e Fairburn⁴². Além das adaptações sugeridas, foram criadas ferramentas com o objetivo de trabalhar no grupo os principais pensamentos distorcidos e utilizadas ferramentas brasileiras para trabalhar os aspectos relacionados às emoções. Foram desenvolvidos óculos⁶⁹ artesanais para simbolizar as principais distorções cognitivas presentes em pacientes com AN^{42,47}, e também uma faixa de cabeça que os adolescentes deveriam usar quando identificassem pensamentos associados à AN (Apêndice C). Quanto às emoções, foram utilizadas estratégias de enfrentamento na modulação das

emoções, como o “baralho das emoções”⁷⁰ uma ferramenta formada por 42 cartas que contém desenhos com a expressão da emoção escrita em cada carta. Essa ferramenta tem sido utilizada no Brasil para auxiliar na identificação, aumento da consciência e expressão das emoções. Além do baralho, foi utilizado o “A.C.A.L.M.E.-S.E.”⁷¹, uma estratégia de oito passos que orienta o paciente a permanecer no presente, aceitando a sua ansiedade vivenciada no momento e assim reduzir o uso de estratégias de evitação emocional.

No início do programa, foi utilizada como ferramenta a entrevista motivacional, com o objetivo de despertar motivação nos pacientes para o tratamento. Os pacientes foram estimulados a compartilhar experiências a respeito dos seus ganhos e perdas com a AN e o quanto a doença interferia nos seus objetivos de vida.

Ao longo do programa foram utilizadas técnicas e estratégias como psicoeducação a respeito da AN e da TCC, da relação entre pensamentos, emoções e comportamentos, auto-monitoramento, reestruturação cognitiva, levantamento de qualidades e habilidades, educação afetiva, treino de modulação do humor, avaliação da distorção da autoimagem corporal, treino de habilidades sociais, treino de resolução de problemas, incremento de atividades prazerosas e prevenção de recaída.

A modificação da cognição, ou reestruturação cognitiva é um alvo central nos tratamentos que se baseiam na terapia cognitiva. A reestruturação cognitiva visa, através de questionamentos, alterar pensamentos disfuncionais, que no caso de pacientes com anorexia nervosa, costumam estar ligados a crenças de valor associadas à capacidade de controle do seu peso⁴⁷.

Para maior flexibilidade do programa as sessões oito a 19 foram divididas em temas. Podem ser realizadas na ordem que o profissional definir, tendo como critério a melhor adequação às necessidades do grupo naquele momento. Os temas podem ser prolongados ou repetidos por mais sessões, dependendo da demanda e do ritmo do grupo.

Os adolescentes foram incentivados ao longo de todo o tratamento, a aprender as técnicas com o intuito de tornarem-se seus próprios terapeutas, um dos principais objetivos da TCC ^{38,41}. Ao final do grupo puderam levar seus manuais com todas as estratégias e ferramentas aprendidas a fim de que pudessem revisá-los, caso fosse necessário, como estratégia de prevenção de recaídas.

No Quadro 4 são descritos os objetivos de cada sessão do programa.

Quadro 4 - Sessões do programa piloto de Terapia Cognitivo Comportamental

Programa piloto de TCC - 24 sessões
1. Psicoeducar pais e adolescentes a respeito do tratamento, da AN e da TCC.
2. Apresentar a equipe e estimular os adolescentes a se apresentarem no grupo. Promover a relação terapêutica, acolhimento, levantar expectativas, objetivos, regras do grupo e história de vida de cada paciente.
3. Psicoeducar a respeito da AN com foco nos prejuízos acarretados pela doença. Construir motivação: levantar objetivos e questionar se são possíveis com a AN. Clarificar vantagens e desvantagens da doença.
4. Psicoeducar a respeito da TCC. Diferenciar pensamentos, emoções e comportamentos. Montar o diagrama TCC e AN
5. Psicoeducar a respeito dos sentimentos, formas de expressão e manejo. Introduzir o auto monitoramento destacando a sua importância, apresentando o diário alimentar.
6. Psicoeducar a respeito dos pensamentos. Apresentar os pensamentos distorcidos mais comuns nos pacientes com AN. Introduzir a externalização da doença.
7. Psicoeducar a respeito dos comportamentos, orientados pelos pensamentos e sentimentos. Reforçar a importância de ficar atento às armadilhas presentes nos pensamentos distorcidos e nos pensamentos da AN.
8-19. Tema 1 - Avaliar a evolução no tratamento. Auxiliar os pacientes a rever todas as atividades realizadas por eles e avaliar seu progresso. Identificar as principais dificuldades e barreiras enfrentadas pelos pacientes no momento, que atrapalham o processo de mudança. Levantar as principais crenças associadas ao problema alimentar.
8-19. Tema 2 - Psicoeducar a respeito da sensação de sentir-se gordo(a). Identificar quais sentimentos e/ou sensações estão sendo experimentadas ao mesmo tempo e que podem ser confundidoras. Identificar quais pensamentos disfuncionais estão influenciando tais experiências.
8-19. Tema 3 - Provocar a reflexão dos pacientes para que identifiquem o seu método de auto avaliação e áreas da vida enfocadas no momento. Questionar a validade do seu sistema de auto avaliação, considerando os seus planos futuros.
8-19. Tema 4 - Estimular o autoconhecimento, levantando qualidades e habilidades (autoestima). Ampliar os seus interesses.
8-19. Tema 5 - Treinar a modulação do humor. Levantar quais estratégias utilizadas pelos pacientes para regular o seu estado emocional. Psicoeducar a respeito de estratégias funcionais para lidar com estados emocionais aversivos.
8-19. Tema 6 - Provocar a reflexão do grupo a respeito da autoimagem corporal imaginada e percebida em comparação à desenhada. Levantar as distorções antes e após a atividade.
8-19. Tema 7 - Treinar assertividade (habilidades sociais). Provocar a reflexão sobre os principais problemas de comunicação percebidos pelo grupo. Destacar os problemas de comunicação mais comuns. Treinar o grupo a se comunicar de uma maneira mais efetiva e funcional.
8-19. Tema 8 - Compreender o critério de auto avaliação estabelecido. Examinar e tentar identificar na "história da vida" situações que podem ter sido marcantes ao ponto de sensibilizar o paciente quanto à forma, alimentação e peso.
8-19. Tema 9 - Auxiliar os pacientes a reavaliar a forma como interpretam eventos internos e externos e suas crenças associadas à alimentação, forma e peso (reestruturação cognitiva).
20. Manter as mudanças. Levantar as mudanças alcançadas até o momento e as que fazem parte de um plano futuro. Provocar a reflexão sobre como manter tais mudanças e identificar estratégias de manutenção das mudanças.
21 e 22. Refletir sobre a importância de identificar os sinais de recaída da doença. Identificar os sinais que podem ser percebidos em cada paciente que evidenciam uma possível recaída (prevenção de recaídas).
23. Planejar o futuro, levantar os novos objetivos, com o término do tratamento psicoterápico. Provocar uma reflexão sobre as áreas da vida que os pacientes gostariam de dar um maior enfoque no futuro.
24. Revisar todo o conteúdo do tratamento, levantando os pontos identificados como mais importantes e úteis para os pacientes. Levantar pensamentos, emoções e preocupações acerca do término da psicoterapia. Lembrar que os veremos em 6 meses para que sejam reavaliados. Finalizar o tratamento psicoterápico.

AN - Anorexia nervosa; TCC - Terapia cognitivo comportamental.

3.4.4 Formato, duração e número de sessões

As sessões do GI, bem como as do GC foram realizadas no formato em grupo, uma vez por semana, com uma hora e meia de duração, todas as quartas-feiras, durante seis meses, totalizando 24 sessões. Os pacientes do GC não receberam intervenção psicoterápica, porém foram acompanhados por uma observadora e orientados a completar o diário alimentar relativo ao dia do grupo, durante a sessão, conforme orientação da sua nutricionista.

O número de sessões e o tempo de duração do GI (seis meses) foi determinado a partir de uma média, tendo como referência a duração do tratamento anterior de TCC em grupo (três meses) e o tempo médio de tratamento ambulatorial de pacientes com TA (nove meses), de acordo com a experiência clínica no PROTAD - observado no estudo de Pinzon¹⁵. A duração de seis meses, foi determinada baseada também na média do número de sessões nos últimos estudos randomizados que utilizaram a TCC no tratamento de pacientes com AN, que variaram de 21 a 25⁵⁰, 20^{53,59}, 10⁶¹, 40^{62,63}, até 50 sessões⁴⁹ nos estudos com amostras com idades variadas e 12⁶⁰ e 40⁶⁴ sessões nas amostras com adolescentes.

3.5 Fase II

Durante a primeira etapa da fase II foi realizado um ensaio clínico, no qual o GI recebeu o tratamento piloto de TCC associado ao TU. Na etapa seguinte da fase II, o GC recebeu apenas o TU.

3.5.1 Tratamento usual

O TU (geralmente oferecido em ambulatórios e clínicas não especializadas) neste caso foi executado por uma equipe multidisciplinar especializada no tratamento de TA na infância e adolescência, e, portanto originalmente envolvia abordagem de psicoterapia psicodinâmica em grupos, tanto para pacientes, quanto para mães. Porém, para os fins do presente estudo, optou-se por oferecer o que a grande maioria dos pacientes receberia em qualquer outro atendimento, que não fosse realizado pela equipe multidisciplinar em questão. Desta forma, TU foi utilizado como um grupo controle, a exemplo de outros estudos que utilizaram outras abordagens não psicoterápicas na comparação com a TCC⁴⁹ e a TC⁵⁹.

Procedimentos realizados no modelo TU para este estudo:

Atendimento psiquiátrico: no mínimo mensal, com a duração de 30 minutos, de forma individualizada com o paciente e com um ou ambos os pais. Durante o atendimento é realizada uma avaliação clínica quanto à identificação e manejo de sintomas da AN, e a presença de comorbidades psiquiátricas e seu tratamento com psicofármacos, quando necessário em cada caso.

Orientação nutricional: semanal, com duração de 20 minutos, de maneira individualizada com o paciente e com um ou ambos os pais.

Durante o atendimento são avaliados: o peso, as informações trazidas no diário alimentar, orientada dieta para uma realimentação gradativa, com o envolvimento direto do paciente e de seus responsáveis e orientados conceitos para uma alimentação saudável. A evolução do peso é aferida semanalmente por nutricionista da equipe.

Grupo psicoeducativo para as famílias: realizado uma vez por mês, totalizando seis encontros ao final dos seis meses de tratamento, com o objetivo de oferecer aos familiares dos pacientes informações relacionadas aos TAs e ao tratamento.

As reuniões com a equipe multidisciplinar responsável pelos atendimentos ocorrem semanalmente, quando são discutidas as condutas por uma equipe de supervisores, todos especialistas no tratamento de TA na infância e adolescência, incluindo psiquiatra, psicólogo, nutricionista e terapeuta familiar.

3.5.2 Amostra do grupo intervenção

Para o GI, 25 adolescentes foram recrutados para as triagens, que ocorreram durante um período de sete semanas, entre fevereiro e abril de 2015. Dos 25 recrutados, nove faltaram ou se recusaram a participar das triagens, três foram diagnosticados com outros transtornos e encaminhados para serviços especializados, dois foram internados antes do início do tratamento do PROTAD. Na primeira sessão do GI, um desistiu de participar e finalmente 10 iniciaram e finalizaram o tratamento.

3.5.3 Amostra do grupo controle

Para o GC, 23 pacientes foram convidados a participar das triagens, durante o período de oito semanas, entre os meses de fevereiro e abril de 2016. Destes, três faltaram às triagens, sete foram diagnosticados com outros transtornos, dois desistiram do tratamento antes do início do grupo, 10 foram diagnosticados com AN e um ficou interrogado o diagnóstico pois, embora apresentasse sintomas, não conseguiu relatar histórico prévio claro para avaliar a perda de peso. O grupo iniciou com 11 pacientes, dos quais quatro desistiram de participar e um foi internado, totalizando seis pacientes até o final do grupo controle (TU).

Em ambos os grupos (GI e GC), seus pais foram os responsáveis pela procura por atendimento no ambulatório do PROTAD, após a divulgação das vagas pelo departamento de imprensa do IPq-HC-FMUSP ou encaminhamento por profissionais e unidades de saúde.

Mesmo com a divulgação intensiva das vagas e de todos os esforços possíveis para alcançar um número maior de pacientes, não foi possível recrutar um número mais elevado de pacientes para a entrada simultânea dos pacientes nos dois grupos do estudo.

3.5.4 Critérios de inclusão

- a) Adolescentes de ambos os sexos, com idades entre 11 e 17 anos.
- b) Diagnosticados com AN típica ou atípica, de acordo com os critérios do DSM-IV¹.

- c) Com o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) próprio assinado e com autorização de um dos responsáveis legais para a participação na pesquisa, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) relativo aos responsáveis.
- d) Com perda de peso importante, marcada pela diminuição de ao menos um percentil abaixo do esperado para idade, com base na curva de índice de massa corporal (IMC) para a idade¹², comparado com o peso que o paciente apresentava antes do início da doença.

3.5.5 Critérios de exclusão

- a) Pacientes que em razão de complicações físicas do TA, precisassem ser internados.
- b) Com risco de suicídio (avaliado pelo médico).
- c) Com comorbidades psiquiátricas, no momento da primeira avaliação, prioritárias em relação ao TA em termos de tratamento.
- d) Diagnosticados com transtornos invasivos do desenvolvimento.
- e) Grávidas.

As variáveis avaliadas no estudo encontram-se descritas no Quadro 5.

Quadro 5 - Definição das variáveis avaliadas no estudo

Variável	Definição	Tipo de variável	Escala de avaliação/ Definição das categorias
Idade	Idade no início dos grupos	Contínua	Ano ou meses
Peso	Peso do paciente no início, fim e <i>follow-up</i> dos grupos	Contínua	Quilogramas (kg)
Estatura	Estatura do paciente no início, fim e <i>follow-up</i> dos grupos	Contínua	centímetros (cm)
IMC	IMC do paciente no início, fim e <i>follow-up</i> dos grupos	Contínua	kg/m ²
Etnia	Em que categoria o paciente se define	Categorial	Branca/Preta/Parda/Amarela (descendente)
Classe socioeconômica	Segundo o CCEB (categorias agrupadas em razão do tamanho restrito da amostra)	Categorial	A e B C e D E
Tipo de família	Com quem o paciente reside	Categorial	Tradicional = reside com ambos os pais Não tradicional = reside com um dos pais
Amenorreia	Ausência de 3 ciclos menstruais consecutivos	Categorial	Sim Não
Avaliação do transtorno alimentar e de comorbidades psiquiátricas	De acordo com o DAWBA	Categorial	Sim/Não AN típica AN atípica Depressão = episódio depressivo Ansiedade = TAG, Pânico, TOC, Fobia social
Sintoma do transtorno alimentar	Pontuação no EDE-Q no início, fim e <i>follow-up</i> dos grupos	Contínua	Pontuação média, que varia de 0-6 na avaliação global e nas subescalas
Avaliação do funcionamento global	Pontuação na escala CGAS no início e fim dos grupos	Contínua	0-100
Motivação	Pontuação na escala ANSOCQ no início, fim e <i>follow-up</i> dos grupos	Contínua	Pontuação média, que varia de 1-5 na escala de avaliação
Autoestima	Pontuação na escala RSES no início, fim e <i>follow-up</i> dos grupos	Contínua	Pontuação média que varia de 10-40 na escala de avaliação
Satisfação de vida	Pontuação na escala EMSVA no início, fim e <i>follow-up</i> dos grupos	Contínua	Pontuação média que varia de 1-5 na avaliação de 7 dimensões

ANSOCQ= Questionário dos estágios de mudança na anorexia nervosa; CCEB= Critério de classificação econômica Brasil; CGAS= Escala de funcionamento global para crianças; DAWBA=Levantamento sobre o desenvolvimento e bem-estar de crianças e adolescentes; EDE-Q= Questionário de exame para transtornos alimentares; EMSVA= Escala multidimensional de satisfação de vida para adolescentes; IMC - Índice de massa corporal; RSES= Escala de autoestima de Rosenberg; TAG - Transtorno de ansiedade generalizada; TOC - Transtorno obsessivo-compulsivo.

3.5.6 Instrumentos de avaliação

Os instrumentos foram escolhidos por serem os mais utilizados em publicações e/ou adequados para avaliar os desfechos em questão no estudo (Quadro 6).

Quadro 6 - Instrumentos de avaliação utilizados no estudo

Instrumento	Objetivo	Descrição
Questionário de exame para transtornos alimentares (EDE-Q) (Anexo B)	Avaliação da evolução dos sintomas do transtorno alimentar	Questionário de autoperenchimento com 28 perguntas que objetivam avaliar sintomas de transtornos alimentares associados a quatro subescalas: restrição, preocupação com o peso, com a forma do corpo e com a alimentação ⁷² . As opções de respostas variam de 0 a 6, de acordo com o número de dias ou de vezes nas últimas quatro semanas em que o paciente apresentou algum dos sintomas de transtorno alimentar. Embora este instrumento não seja validado para a população brasileira, as coordenadoras do PROTAD realizaram uma tradução para a língua portuguesa.
Entrevista psiquiátrica padronizada pelo PROTAD (Anexo C)	Avaliação da história clínica do paciente	Entrevista realizada pelo clínico que levanta os seguintes dados: peso, estatura, índice de massa corpórea, queixa principal, história da doença atual, história mórbida pregressa, do desenvolvimento, familiar, perfil psicossocial, exame físico, diagnóstico multiaxial, fatores predisponentes, precipitantes, perpetuantes e prognósticos.
Anamnese nutricional (Anexo D)	Avaliação nutricional	Anamnese padrão para levantamento da história clínica nutricional, do peso e padrão alimentar.
Levantamento sobre o desenvolvimento e bem-estar de crianças e adolescentes (DAWBA)	Avaliação do TA e de comorbidades	Conjunto de questionários e entrevistas que objetivam o diagnóstico de transtornos psiquiátricos na infância e adolescência, baseado nos critérios da CID-10 e do DSM-IV ^{2,23} . Versão brasileira disponível em: www.dawba.com .
Escala de funcionamento global para crianças (CGAS) (Anexo E)	Avaliação da evolução do funcionamento global	Escala para avaliação do funcionamento global de crianças e adolescentes abaixo de 18 anos, a partir de uma escala numérica de 1 a 100 ⁷³ , na qual o clínico atribui uma pontuação de acordo com a gravidade dos sintomas e do seu impacto na vida do adolescente, independente de diagnósticos psiquiátricos específicos. Neste estudo, a atribuição da pontuação foi realizada por um médico responsável pela avaliação inicial do paciente.
Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES) (Anexo F)	Avaliação da evolução da autoestima	Avaliação constituída por 10 afirmações que avaliam a autoestima global, a partir de um conjunto de atitudes positivas e/ou negativas, de aprovação e/ou desaprovação que o indivíduo apresenta a respeito de si mesmo ⁷⁴ . Trata-se de uma medida unidimensional e os itens são apresentados em uma escala com formato de resposta tipo Likert de quatro pontos, variando entre concordo totalmente, concordo, discordo e discordo totalmente. Não há ponto de corte, e resultado total varia de 10 a 40, aumentando em função do nível de autoestima. Adaptada e validada por Hutz ⁷⁵ e Zanon ^{75,76} .
Questionário dos estágios de mudança na Anorexia Nervosa (ANSOCQ) (Anexo G)	Avaliação da evolução do estágio de mudança	Questionário que objetiva avaliar em qual estágio de mudança, de acordo com os estágios apresentados por Prochaska (pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção), a pessoa se encontra quanto à sua disposição em mudar para alcançar melhoras no tratamento da AN ⁷⁷ . Foi realizada a tradução do instrumento por não existir versão validada para utilização no Brasil.
Escala Multidimensional de Satisfação de Vida para adolescentes (ESMVA) (Anexo H)	Avaliação da evolução da satisfação de vida	Escala composta por 52 itens, que objetiva avaliar a satisfação de vida do adolescente em 7 dimensões: família, Self, Escola, Self comparado, Não-violência, Autoeficácia e Amizade. O participante marca a opção de acordo com a intensidade com que se relaciona com cada item, tendo como opções de resposta: (1) nem um pouco, (2) bem pouco, (3) mais ou menos, (4) bastante, (5) muitíssimo. Teve validação preliminar ⁷⁸ . Na dimensão "família" descrevem relacionamentos familiares satisfatórios, ambiente familiar afetivo, harmônico e saudável; na dimensão "Self" descrevem características relacionadas à autoestima, bom-humor, capacidade de se relacionar, demonstrar seus sentimentos e satisfação quanto à diversão; na dimensão "escola" o foco é na importância atribuída à escola, os relacionamentos interpessoais, e o nível de satisfação com o ambiente; a dimensão "self comparado" refere-se à avaliação que o adolescente faz a respeito de si ao se comparar aos outros do seu grupo; a dimensão "Não violência" está relacionada ao desejo de não se envolver em situações como brigas e discussões, relacionadas a comportamentos agressivos; "autoeficácia" associada a competência e capacidade de realizar metas estabelecidas; e a dimensão "amizade" associada às relações e seu nível de satisfação com elas, lazer, diversão e apoio.
Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) (Anexo I)	Classificação da amostra em classes econômicas	Escala que objetiva classificar a população em classes econômicas, baseado no seu poder de compra. Desenvolvida pela ABEP ⁷⁹ .

ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa; ANSOCQ= Questionário dos estágios de mudança na anorexia nervosa; CGAS= Escala de funcionamento global para crianças; CID-10 - Classificação internacional de doenças; DAWBA=Levantamento sobre o desenvolvimento e bem-estar de crianças e adolescentes; DSM-IV - Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais, 4ª edição; EDE-Q= Questionário de exame para transtornos alimentares; ESMVA= Escala multidimensional de satisfação de vida para adolescentes; AN - Anorexia nervosa; PROTAD - Programa de atendimento, ensino e pesquisa em transtornos alimentares na infância e adolescência; RSES= Escala de autoestima de Rosenberg.

3.5.7 Critérios de avaliação dos resultados

Adotou-se como critério de remissão total: escore zero no EDE-Q e recuperação de peso de acordo com o percentil esperado para sexo e idade, entre 25 e 75 (ou retorno ao percentil que o paciente apresentava antes do TA, com exceção dos casos de obesidade prévia). O critério de remissão parcial foi adotado para os pacientes que recuperaram peso, mas que ainda apresentavam indicadores de psicopatologia alimentar (EDE-Q), ou pacientes com peso abaixo do percentil 25, ou abaixo do peso reportado antes do TA), mas com melhora dos indicadores de psicopatologia alimentar.

3.5.8 Procedimentos

3.5.8.1 Treinamento dos profissionais

A equipe multidisciplinar do PROTAD dedica-se ao trabalho voluntário durante as quartas-feiras, prestando atendimento especializado aos pacientes do IPq-HC-FMUSP, ampliando os conhecimentos na área através do estudo, da prática com os pacientes e profissionais, da interdisciplinaridade, da pesquisa e do treinamento de novos membros.

A autora, terapeuta do GI, em 2011 recebeu treinamento e participou como observadora de um grupo de pacientes que recebeu TCC no formato anterior ao desenvolvido nesta pesquisa no PROTAD. Desde o seu ingresso no mestrado dedicou-se ao estudo para o desenvolvimento das sessões do Programa Piloto de TCC, utilizado no estudo em questão. A equipe de terapeutas cognitivo comportamental que participou desse estudo é formada por quatro psicólogas, além da autora, todas com formação, especialização

ou experiência em TCC. Todas receberam seis meses de treinamento (de agosto de 2014 a fevereiro de 2015) e participaram das reuniões interdisciplinares de discussão de casos clínicos no PROTAD, do grupo de estudos sobre TA e TCC, do estudo aprofundado dos modelos utilizados nos estudos randomizados internacionais e do desenvolvimento e treinamento de aplicação das sessões do Programa Piloto de TCC.

3.5.8.2 Procedimentos iniciais

Após as triagens, durante os primeiros atendimentos com os médicos e nutricionistas, e antes do início dos Grupos GI e GC, os pacientes realizaram:

- Avaliação inicial composta por uma entrevista psiquiátrica padronizada pelo PROTAD com o adolescente e seus responsáveis, para avaliação da história clínica, exame do peso, estatura e exame físico.
- Avaliação nutricional realizada a partir de uma anamnese padrão e ratificação dos critérios de inclusão e exclusão.

Após essas avaliações os pacientes e seus responsáveis assinaram os termos de assentimento (Anexos J e K) e consentimento (Anexos L e M), respectivamente, e membros da equipe de pesquisa aplicaram as seguintes escalas nos adolescentes: DAWBA, EDE-Q, RSES, ANSCQ e ESMVA. O CGAS foi aplicado pelo médico residente em psiquiatria, após avaliação do paciente.

Os pais e pacientes foram recepcionados com uma palestra de boas-vindas, orientados sobre a organização dos atendimentos pela equipe

multidisciplinar e receberam um livreto de orientação aos pais. Trata-se de um guia de orientação para as famílias com explicações que foram avaliadas pelos pais como de fácil compreensão. Dentre os assuntos abordados estão a etiologia da AN, visando desculpabilizar os pais e fornecer ferramentas para o tratamento de forma prática e responsável, além de esclarecimentos sobre a fase da adolescência, aspectos médicos, psicológicos, nutricionais e dicas práticas para o manejo no dia a dia.

3.5.8.3 Avaliações finais

Ao final do GI e do GC e após seis meses, no *follow-up*, os pacientes foram submetidos aos instrumentos de avaliação: EDE-Q, RSES, ANSCQ e ESMVA. O instrumento CGAS foi aplicado somente na avaliação inicial e final. Não foi possível a sua aplicação no *follow-up* em razão da demanda de novos pacientes no ambulatório, atendidos pelos médicos residentes durante esse mesmo período.

3.5.9 Análise estatística

Os dados foram tratados na plataforma de *software Research Electronic Data Capture* Captura Eletronica de Dados de Pesquisa (REDCap)⁸⁰.

Para a análise estatística dos resultados foi utilizado o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS)⁸¹ versão 24.0 para Windows. Foram considerados significativos os resultados cujo valor *p* eram iguais ou inferiores a 5% ($p \leq 0,05$).

Foi realizada inicialmente uma análise descritiva das características clínicas e sócio demográficas da amostra total do estudo e dos grupos comparativos antes do início dos mesmos (T0). As variáveis quantitativas foram descritas através de médias, desvio-padrão (DP) e amplitude, considerando os valores mínimos e máximos. As variáveis qualitativas foram avaliadas através das distribuições de frequência.

A verificação de normalidade das variáveis foi feita por meio do teste de Shapiro-Wilk.

Os resultados do GI e do GC foram avaliados através de uma análise comparativa entre as variáveis estudadas antes do início (T0), após o tratamento (T1) e no *follow-up* (T2), realizada com base em testes não-paramétricos.

Foram comparados os resultados das medidas de desfechos primários, avaliados em cada paciente, antes (T0), ao final do tratamento (T1) e no *follow-up* (T2), como recuperação do peso, com base na adequação ou melhora do percentil esperado para a idade, de acordo com a curva de crescimento, do IMC para a idade¹⁹, e melhora da pontuação do EDE-Q, além das medidas de desfecho secundários relacionados aos instrumentos de avaliação do funcionamento global, da autoestima, motivação e satisfação de vida, citados no item “instrumentos”.

Para avaliar na linha de base a diferença entre os grupos intervenção e controle foram utilizados os testes Mann-Whitney e chi-quadrado para variáveis clínicas e categóricas, respectivamente.

O efeito de tratamento dentro dos grupos GI e GC para cada variável foi avaliado pelo teste de Wilcoxon.

Para avaliar a diferença de desempenho entre os grupos para cada variável foi utilizado uma análise de medidas repetidas não paramétricas com dois fatores.

Para calcular a diferença de adesão nos grupos foi utilizado o Teste Z para diferença de proporção em grupos independentes.

4 RESULTADOS

4.1 Descrição da Evolução dos Pacientes nos Grupos, Adesão ao Tratamento e Remissão ao Final dos Grupos

A Figura 1 representa o processo desde a admissão dos pacientes no GI e GC até o final do seguimento (*follow-up*) do estudo. Os resultados são apresentados em termos percentuais, considerando o número de pacientes que concluíram o GI e o GC, e quantos destes apresentaram remissão total ou parcial.

GC - Grupo controle; GI - Grupo intervenção

Figura 1 - Fluxograma de pacientes que participaram do grupo intervenção e do grupo controle

Dez pacientes completaram o GI e seis o GC, com duração de seis meses. Após o término do GI, 3 (30%) pacientes receberam alta no primeiro mês, 3 (30%) entre o terceiro e o sexto mês, 2 (20%) desistiram ou foram desligados por não adesão ao TU e 2 (20%) continuavam em tratamento no *follow-up*. Ao final do grupo controle, 2 (33,3%) pacientes do GC desistiram ou foram desligados no quarto mês por não adesão ao TU e 4 (66,7%) continuavam em tratamento no *follow-up*.

Adesão ao tratamento

Onze pacientes foram admitidos em cada um dos grupos, GI e GC. No GI, dos 11 pacientes que iniciaram o grupo, 10 (91%) permaneceram até o final. No GC, dos 11 que iniciaram, 6 (54%) permaneceram até o final, sendo essa diferença estatisticamente significativa ($Z=1,91$; $p=0,05$).

Remissão ao final do tratamento

Considerando que os critérios de remissão estabelecidos para o estudo foram baseados na recuperação do peso e melhora dos indicadores de psicopatologia, avaliados pela evolução dos sintomas no EDE-Q:

No final, apresentaram remissão total dos sintomas 2 (20%) pacientes do GI e 1 (16,7%) do GC ($Z=0,16$, $p=0,86$). Apresentaram remissão parcial 8 (80%) pacientes do GI e 5 (83,3%) do GC ($Z=-0,17$, $p=0,86$). Ao final, 10 (100%) pacientes do GI e 6 (100%) do GC encontrava-se entre os percentis 25-50 ou acima deles, tendo como referência o gráfico de crescimento de IMC por idade da OMS¹².

Remissão no *follow-up*

No *follow-up*, apresentaram remissão total 3 (30%) pacientes do GI e 1 (16,6%) do GC ($Z=0,59$, $p=0,54$). Nessa etapa 7 (70%) do GI apresentaram remissão parcial e 5 (83,3) do GC ($Z=-0,60$, $p=0,54$). Na etapa de seguimento, 7 (70%) pacientes do GI e 6 (100%) do GC encontravam-se entre os percentis 25-50 ($Z=-1,48$, $p=0,13$).

4.2 Análise Descritiva: Características clínicas e Sociodemográficas das Amostras dos Grupos Intervenção e Controle

A amostra do GI foi composta por 1 (10%) paciente do sexo masculino e 9 (90%) do feminino. No GC as 6 (100%) pacientes eram do sexo feminino. A idade média dos pacientes do GI foi de 14,80, e o do GC de 14 anos, sem diferença estatística significativa ($p=0,175$).

A maior parte da amostra foi composta por pacientes da etnia branca, representados por 70% no GI e 83,3% no GC ($p=0,551$), distribuídos entre as classes socioeconômicas A e B em 90% no GI e 83,3% no GC ($p=0,696$) e com configuração de família tradicional em 70% no GI e 66,7% no GC ($p=0,889$), sem diferença estatística significativa entre as medidas analisadas entre os grupos no início do tratamento.

O diagnóstico de depressão e ansiedade, enquanto diagnósticos comórbidos ao TA estiveram presentes em cerca de 60% dos casos. No GI, 20% dos pacientes receberam o diagnóstico comórbido de transtorno depressivo e 30% de ansiedade, sendo 20% TOC. Destes todos receberam conjuntamente tratamento com antidepressivos inibidores de recaptação de

serotonina em doses padrão e um paciente com TOC recebeu associado um neuroléptico. No GC, 33% recebeu o diagnóstico de depressão e 50% de ansiedade. Não foi encontrada diferença estatística significativa entre os grupos nas variáveis que avaliaram a presença de comorbidade, de depressão ($p=0,551$) e ansiedade ($p=0,424$).

São apresentadas nas Tabelas 1, 2 e 3 as características clínicas e sociodemográficas das amostras do GI e do GC. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas variáveis apresentadas abaixo no tempo inicial (T0) dos grupos, GI e GC, com exceção da escala CGAS. Nesse instrumento, o GI apresentou média mais elevada em comparação ao GC (53,05 vs 39,16; $p=0,024$). Essa diferença indica que os pacientes do GI apresentavam, em linha de base, um melhor funcionamento global.

Tabela 1 - Características clínicas na avaliação inicial da amostra total do estudo (grupo intervenção e grupo controle)

Variáveis	N	Média População total	Faixa de variação (Valor mínimo-máximo)	Desvio Padrão
Idade em anos	16	14,50	11,83-17,00	1,45
Idade em meses	16	174,06	142-204	17,46
Duração dos sintomas	16	10,25	3-24	5,72
Peso Inicial (kg)	16	45,5	31,0-55,3	6,0
Estatura Inicial (cm)	16	160	152-173	0,05
IMC inicial (kg/m ²)	16	17,60	13,42-20,02	1,74
Perda de Peso*	15	9,4	2,2-24	5,5
EDE-Q Global	16	3,74	0,21-5,55	1,62
Subescalas:				
Restrição	16	3,72	0,00-5,80	1,73
Preocupação com o peso	16	3,95	0,40-6,00	1,74
Preocupação com a alimentação	16	3,02	0,20-5,00	1,79
Preocupação com a forma	16	4,27	0,25-6,00	1,63
CGAS	16	47,8	35,5-85,5	13,55
Motivação	16	2,33	1,00-3,83	0,90
Autoestima	16	23,69	14-35	6,27
Satisfação de vida nas subescalas:				
Família	16	4,05	3,2-4,9	0,52
Self	16	2,90	1,33-4,33	0,86
Escola	16	3,56	1,33-5,0	1,12
Self comparado	16	2,64	1,17-4,67	1,18
Não violência	16	2,94	2,0-4,0	0,62
Auto eficácia	16	3,32	2,57-4,29	0,47
Amizade	16	3,68	2,38-4,88	0,82

Grupo Intervenção (GI) = [Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) + Tratamento Usual (TU)], Grupo controle (GC)= (TU).

IMC= índice de massa corporal, EDE-Q= Questionário de exame para transtornos alimentares, CGAS= Escala de funcionamento global para crianças.

*Um paciente não soube informar a perda de peso.

Tabela 2 - Características clínicas na avaliação inicial dos pacientes que participaram do estudo comparativo entre grupo intervenção e grupo controle

Variáveis	GI (N=10)			GC (N=06)			Mann-Whitney
	N	Média	DP	N	Média	DP	P-valor
Idade em anos	10	14,80	1,28	6	14	1,69	0,175
Idade em meses	10	177,7	15,43	6	168	20,39	0,175
Duração dos sintomas (meses)	10	12,3	6,39	6	6,83	1,47	0,127
Peso inicial (kg)	10	46,4	5,2	6	44,1	7,6	0,828
Estatura Inicial (cm)	10	162,1	5,6	6	157,8	4,8	0,158
IMC inicial (kg/m ²)	10	17,62	1,51	6	17,56	2,22	0,745
Perda de peso (kg)**	10	9,1	6,4	5	10,1	3,4	0,581
EDE-Q Global	10	3,25	1,83	6	4,56	0,75	0,159
EDE-Q nas subsecalas:							
Restrição	10	3,20	1,94	6	4,60	0,82	0,230
Preocupação com o peso	10	3,48	1,95	6	4,73	1,00	0,210
Preocupação com a forma	10	3,76	1,81	6	5,12	0,81	0,127
Preocupação com a alimentação	10	2,56	1,92	6	3,80	1,33	0,276
CGAS	10	53,05	14,18	6	39,16	6,66	0,024
Motivação	10	2,43	0,97	6	2,16	0,82	0,515
Autoestima	10	24,5	6,43	6	22,33	6,34	0,547
Satisfação de vida nas subsecalas:							
Família	10	4,13	0,43	6	3,91	0,66	0,663
Self	10	3,20	0,77	6	2,40	0,83	0,092
Escola	10	3,91	0,86	6	2,97	1,33	0,231
Self comparado	10	2,85	1,37	6	2,30	0,74	0,549
Não violência	10	2,88	0,67	6	3,05	0,58	0,663
Auto eficácia	10	3,37	0,50	6	3,23	0,43	0,623
Amizade	10	3,82	0,96	6	3,44	0,54	0,413

Grupo Intervenção (GI) = [Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) + Tratamento Usual (TU)], Grupo controle (GC) = (TU). IMC= índice de massa corporal, EDE-Q= Questionário de exame para transtornos alimentares; DP = Desvio padrão.

P≤0,05

Tabela 3 - Características clínicas e sociodemográficas na avaliação inicial dos grupos intervenção e controle

Variáveis	População Total (N=16)	GI (N=10)	GC (N=06)	Teste Qui- quadrado
	N (%)	N (%)	N (%)	P-valor
Etnia				
Branco	12 (75%)	7 (70%)	5 (83,30%)	0,551
Pardo	4 (25%)	3 (30%)	1 (16,70%)	
Classe Socioeconômica*				
A/B	14 (87,50%)	9 (90%)	5 (83,30%)	0,696
C/D	2 (12,50%)	1 (10%)	1 (16,70%)	
Tipo de família				
Tradicional	11 (68,75%)	7 (70%)	4 (66,70%)	0,889
Não tradicional	5 (31,25%)	3 (30%)	2 (33,30%)	
Comorbidades psiquiátricas**				
Ansiedade	6 (37,50%)	3 (30%)	3 (50%)	0,424
Depressão	4 (25%)	2 (20%)	2 (33,33%)	0,551
Amenorreia	13 (72,22%)	7 (70%)	5 (83,33%)	0,792

Grupo Intervenção (GI) = [Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) + Tratamento Usual (TU)], Grupo controle (GC) = (TU).

*Segundo Critério de classificação econômica Brasil (CCEB).

** Número de pacientes que apresentaram diagnóstico de uma ou mais comorbidades. 3 pacientes não completaram o DAWBA e as comorbidades foram investigadas exclusivamente por avaliação clínica.

DAWBA= Levantamento sobre o desenvolvimento e bem-estar de crianças e adolescentes. Conjunto de questionários e entrevistas que objetivam o diagnóstico de transtornos psiquiátricos na infância e adolescência baseado no DSM-IV e no CID-10.

4.3 Efeitos do tratamento em cada grupo nos diferentes momentos de avaliação e comparação de desempenho entre os grupos

4.3.1 Medidas de desfecho primário

A evolução das variáveis, peso, IMC e EDE-Q avaliados por meio de testes não paramétricos foi acompanhada durante os tempos de início (T0), final (T1) e *follow-up* (T2) nos 10 pacientes que completaram o GI e nos seis que completaram o GC.

As Tabelas 4, 5 e 6 apresentam os resultados das avaliações das medidas de desfecho primário do GI e do GC realizadas entre o início dos grupos (T0) e o final (T1); entre o final (T1) e o *follow-up* (T2); e entre o início (T0) e o *follow-up* (T2).

Tabela 4 - Resultados das avaliações das medidas de desfechos primários realizadas entre o início e o final dos grupos intervenção e controle

Variáveis	GI (n=10)		GC (n=6)		GI	GC	Interação
	Início (T0)	Final (T1)	Início (T0)	Final (T1)	T0-T1		GI vs GC
	M (DP)	M (DP)	M (DP)	M (DP)	P*	P*	P**
Peso (kg)	46,3 (5,2)	52,2 (5,7)	44,0 (7,6)	51,5 (9,2)	0,005	0,028	0,403
IMC (kg)	17,62 (1,51)	19,74 (1,27)	17,56 (2,22)	20,34 (2,59)	0,005	0,028	0,386
EDE Q Global	3,25 (1,83)	1,14 (1,53)	4,56 (0,75)	1,74 (1,57)	0,007	0,046	0,561
Subescalas:							
Restrição	3,20 (1,94)	0,56 (0,94)	4,60 (0,82)	0,70 (1,04)	0,007	0,028	0,234
Preocupação com o peso	3,48 (1,95)	1,32 (1,94)	4,73 (1,00)	2,10 (1,64)	0,014	0,028	0,591
Preocupação com a alimentação	2,56 (1,92)	0,86 (1,20)	3,80 (1,33)	1,46 (1,46)	0,018	0,074	0,585
Preocupação com a forma	3,76 (1,81)	1,83 (2,21)	5,12 (0,81)	2,71 (2,60)	0,036	0,075	0,678

Grupo Intervenção (GI) = [Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) + Tratamento Usual (TU)], Grupo controle (GC) = (TU).

IMC= índice de massa corporal, EDE-Q= Questionário de exame para transtornos alimentares; DP = Desvio padrão.

*Teste de Wilcoxon utilizado para a comparação das médias de cada variável antes e após o término de cada grupo.

** Teste de Wald para efeito de interação, para avaliar a diferença de desempenho entre os grupos intervenção e controle entre o início e o final dos grupos.

P≤0,05

Tabela 5 - Resultados das avaliações das medidas de desfechos primários realizadas entre o final e o *follow-up* dos grupos intervenção e controle

Variáveis	GI (n=10)		GC (n=6)		GI	GC	Interação
	Final (T1)	Follow-up (T2)	Final (T1)	Follow-up (T2)	T1-T2		GI vs GC
	M (DP)	M (DP)	M (DP)	M (DP)	P*	P*	P**
Peso (kg)	52,2 (5,7)	52,9 (7,5)	51,5 (9,2)	53,5 (10,8)	0,575	0,028	0,280
IMC (kg)	19,74 (1,27)	19,95 (2,00)	20,34 (2,59)	20,96 (3,27)	0,508	0,028	0,112
EDE Q Global	1,14 (1,53)	0,54 (1,38)	1,74 (1,57)	1,14 (1,67)	0,012	0,345	0,409
Subescalas:							
Restrição	0,56 (0,94)	0,30 (0,81)	0,70 (1,04)	0,93 (1,48)	0,026	0,414	0,012
Preocupação com o peso	1,32 (1,94)	0,70 (1,80)	2,10 (1,64)	1,30 (1,97)	0,072	0,344	0,573
Preocupação com a alimentação	0,86 (1,20)	0,44 (1,06)	1,46 (1,46)	0,73 (1,11)	0,016	0,131	0,952
Preocupação com a forma	1,83 (2,21)	0,75 (1,86)	2,71 (2,60)	1,62 (2,22)	0,018	0,345	0,248

Grupo Intervenção (GI) = [Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) + Tratamento Usual (TU)], Grupo controle (GC) = (TU).

IMC= índice de massa corporal, EDE-Q= Questionário de exame para transtornos alimentares; DP = Desvio padrão.

* Teste de Wilcoxon utilizado para a comparação das médias de cada variável entre o final do GI e do GC e o *follow-up*.

** Teste de Wald para efeito de interação, para avaliar a diferença de desempenho entre os grupos intervenção e controle entre o final e o *follow-up*.

P≤0,05

Tabela 6 - Resultados das avaliações das medidas de desfechos primários realizadas entre o início e o follow-up dos grupos intervenção e controle

Variáveis	GI (n=10)		GC (n=6)		GI	GC	Interação
	Início (T1)	Follow-up (T2)	Início (T1)	Follow-up (T2)	T0-T2		GI vs GC
	M (DP)	M (DP)	M (DP)	M (DP)	P*	P*	P**
Peso (kg)	46,3 (5,2)	52,9 (7,5)	44,0 (7,6)	53,5 (10,8)	0,007	0,028	0,659
IMC (kg)	17,62 (1,51)	19,95 (2,00)	17,56 (2,22)	20,96 (3,27)	0,007	0,028	0,914
EDE Q Global	3,25 (1,83)	0,54 (1,38)	4,56 (0,75)	1,14 (1,67)	0,005	0,028	0,923
Subescalas:							
Restrição	3,20 (1,94)	0,30 (0,81)	4,60 (0,82)	0,93 (1,48)	0,008	0,027	0,778
Preocupação com o peso	3,48 (1,95)	0,70 (1,80)	4,73 (1,00)	1,30 (1,97)	0,005	0,046	0,743
Preocupação com a alimentação	2,56 (1,92)	0,44 (1,06)	3,80 (1,33)	0,73 (1,11)	0,008	0,028	0,746
Preocupação com a forma	3,76 (1,81)	0,75 (1,86)	5,12 (0,81)	1,62 (2,22)	0,012	0,043	0,889

Grupo Intervenção (GI) = [Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) + Tratamento Usual (TU)], Grupo controle (GC) = (TU).

IMC= índice de massa corporal, EDE-Q= Questionário de exame para transtornos alimentares; DP = Desvio padrão.

* Teste de Wilcoxon utilizado para a comparação das médias de cada variável entre o início do GI e do GC e o *follow-up*.

** Teste de Wald para efeito de interação, para avaliar a diferença de desempenho entre os grupos intervenção e controle entre o início e o *follow-up*.

P≤0,05

Análise do Grupo Intervenção

Houve diferença estatisticamente significativa em todas as variáveis analisadas após o GI. O ganho de peso e variação de IMC médio se mantiveram no *follow-up*. Com exceção da subescala de preocupação com o peso, todas as variáveis investigadas pelo EDE-Q melhoraram no *follow-up*. Na análise entre o início do GI e o *follow-up*, houve diferença estatisticamente significativa em todas as variáveis analisadas.

Análise do Grupo Controle

No GC, ao final, também foram verificadas diferenças significativas no peso, IMC, e em todas as variáveis avaliadas pelo EDE-Q, com exceção das subescalas preocupação com a alimentação e com a forma. No *follow-up*, as médias de peso e IMC no GC foram estatisticamente superiores às verificadas após o final do grupo. Nenhuma diferença significativa foi verificada nas variáveis do EDE-Q. Na análise entre o início do GC e o *follow-up*, houve diferença estatisticamente significativa em todas as variáveis analisadas.

Análise do Grupo Intervenção comparado ao Grupo Controle

Ao final do tratamento não houve diferença estatisticamente significativa em nenhuma das variáveis investigadas. No *follow-up*, embora apenas a subescala de restrição do EDEq tenha apresentado diferença estatisticamente significativa na comparação entre GI e GC ($W=6,19$, $p=0,012$), a análise das médias de todas as escalas do EDE-Q é inferior no GI, o que indica menor severidade de sintomas de TA.

4.3.2 Medidas de desfechos secundários

As Tabelas 7, 8 e 9 apresentam os resultados das avaliações das medidas de desfechos secundários do GI e do GC realizadas entre o início dos grupos (T0) e o final (T1); entre o final (T1) e o *follow-up* (T2); e entre o início (T0) e o *follow-up* (T2).

Tabela 7 - Resultados das avaliações das medidas de desfechos secundários realizadas entre o início e o final dos grupos intervenção e controle

Variáveis	GI (n=10)		GC (n=6)		GI	GC	Interação
	Início (T0)	Final (T1)	Início (T0)	Final (T1)	T0-T1		GI vs GC
	M (DP)	M (DP)	M (DP)	M (DP)	P*	P*	P**
CGAS	53,05 (14,18)	68,8 (18,68)	39,16 (6,66)	52,91 (25,22)	0,022	0,463	0,755
Autoestima	24,50 (6,43)	28,20 (7,71)	22,33 (6,34)	27,67 (7,50)	0,185	0,043	0,812
Motivação	2,43 (0,97)	3,74 (1,05)	2,16 (0,82)	3,77 (1,39)	0,005	0,115	0,646
Dimensões da avaliação de Satisfação de Vida							
Família	4,13 (0,43)	4,43 (0,55)	3,91 (0,66)	4,00 (0,30)	0,168	0,916	0,175
Self	3,20 (0,77)	3,82 (0,85)	2,40 (0,83)	3,81 (1,08)	0,126	0,027	0,286
Escola	3,91 (0,86)	4,16 (0,67)	2,97 (1,33)	4,22 (0,80)	0,234	0,074	0,542
Self comparado	2,85 (1,37)	3,61 (1,18)	2,30 (0,74)	3,33 (0,83)	0,075	0,028	0,092
Não violência	2,88 (0,67)	3,56 (0,44)	3,05 (0,58)	3,16 (0,72)	0,010	0,588	0,200
Auto eficácia	3,37 (0,50)	3,70 (0,50)	3,23 (0,43)	3,92 (0,33)	0,102	0,039	0,143
Amizade	3,82 (0,96)	4,26 (0,61)	3,44 (0,54)	4,42 (0,51)	0,202	0,028	

Grupo Intervenção (GI) = [Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) + Tratamento Usual (TU)], Grupo controle (GC) = (TU).

CGAS= Escala de funcionamento global para crianças; DP = Desvio padrão.

* Teste de Wilcoxon utilizado para a comparação das médias de cada variável entre o início do GI e do GC e o follow-up. **P≤0,05**

** Teste de Wald para efeito de interação, para avaliar a diferença de desempenho entre os grupos intervenção e controle entre o início e o final dos grupos.

Tabela 8 - Resultados das avaliações das medidas de desfechos secundários realizadas entre o final e o *follow-up* dos grupos intervenção e controle

Variáveis	GI (n=10)		GC (n=6)		GI	GC	Interação
	Final (T1)	<i>Follow-up</i> (T2)	Final (T1)	<i>Follow-up</i> (T2)	T1-T2		GI vs GC
	M (DP)	M (DP)	M (DP)	M (DP)	P*	P*	P**
CGAS	68,8 (18,68)	.	52,91 (25,22)	.			
Autoestima	28,20 (7,71)	33,7 (6,56)	27,67 (7,50)	28,17 (8,54)	0,007	0,686	0,091
Motivação	3,74 (1,05)	4,36 (0,96)	3,77 (1,39)	4,26 (1,19)	0,011	0,104	0,675
Dimensões da avaliação de Satisfação de Vida							
Família	4,43 (0,55)	4,44 (0,57)	4,00 (0,30)	4,25 (0,38)	0,944	0,168	0,081
Self	3,82 (0,85)	4,36 (0,40)	3,81 (1,08)	3,72 (1,25)	0,044	0,916	0,125
Escola	4,16 (0,67)	4,44 (0,33)	4,22 (0,80)	4,5 (0,53)	0,135	0,343	0,968
Self comparado	3,61 (1,18)	4,16 (0,67)	3,33 (0,83)	3,36 (1,11)	0,092	0,752	0,436
Não violência	3,56 (0,44)	3,8 (0,33)	3,16 (0,72)	3,19 (0,67)	0,048	1,000	0,204
Auto eficácia	3,70 (0,50)	3,94 (0,30)	3,92 (0,33)	3,88 (0,58)	0,191	0,750	0,842
Amizade	4,26 (0,61)	4,41 (0,45)	4,42 (0,51)	4,21 (0,87)	0,172	0,500	0,601

Grupo Intervenção (GI) = [Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) + Tratamento Usual (TU)], Grupo controle (GC) = (TU).

CGAS= Escala de funcionamento global para crianças; DP = Desvio padrão.

* Teste de Wilcoxon utilizado para a comparação das médias de cada variável entre o início do GI e do GC e o *follow-up*. **P≤0,05**

** Teste de Wald para efeito de interação, para avaliar a diferença de desempenho entre os grupos intervenção e controle entre o final e o *follow-up* dos grupos.

Tabela 9 - Resultados das avaliações das medidas de desfechos secundários realizadas entre o início e o *follow-up* dos grupos intervenção e controle

Variáveis	GI (n=10)		GC (n=6)		GI	GC	Interação
	Início (T0)	Follow-up (T2)	Início (T0)	Follow-up (T2)	T0-T2		GI vs GC
	M (DP)	M (DP)	M (DP)	M (DP)	P*	P*	P**
CGAS	53,05 (14,18)	.	39,16 (6,66)	.	.	.	.
Autoestima	24,50 (6,43)	33,7 (6,56)	22,33 (6,34)	28,17 (8,54)	0,008	0,080	0,269
Motivação	2,43 (0,97)	4,36 (0,96)	2,16 (0,82)	4,26 (1,19)	0,005	0,028	0,611
Dimensões da avaliação de Satisfação de Vida							
Família	4,13 (0,43)	4,44 (0,57)	3,91 (0,66)	4,25 (0,38)	0,102	0,686	0,620
Self	3,20 (0,77)	4,36 (0,40)	2,4 (0,83)	3,72 (1,25)	0,009	0,046	0,988
Escola	3,91 (0,86)	4,44 (0,33)	2,97 (1,33)	4,5 (0,53)	0,052	0,093	0,330
Self comparado	2,85 (1,37)	4,16 (0,67)	2,3 (0,74)	3,36 (1,11)	0,005	0,075	0,528
Não violência	2,88 (0,67)	3,8 (0,33)	3,05 (0,58)	3,19 (0,67)	0,007	0,686	0,013
Auto eficácia	3,37 (0,50)	3,94 (0,30)	3,23 (0,43)	3,88 (0,58)	0,028	0,116	0,564
Amizade	3,82 (0,96)	4,41 (0,45)	3,44 (0,54)	4,21 (0,87)	0,075	0,131	0,547

Grupo Intervenção (GI) = [Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) + Tratamento Usual (TU)], Grupo controle (GC) = (TU).

CGAS= Escala de funcionamento global para crianças; DP = Desvio padrão.

* Teste de Wilcoxon utilizado para a comparação das médias de cada variável entre o início do GI e do GC e o *follow-up*. **P≤0,05**

** Teste de Wald para efeito de interação, para avaliar a diferença de desempenho entre os grupos intervenção e controle entre o início e o *follow-up* dos grupos.

Análise do Grupo Intervenção

Entre o início e o final do GI, houve diferença estatisticamente significativa nas variáveis relacionadas à motivação para o tratamento, não-violência (uma dimensão da avaliação de satisfação de vida) e funcionamento global. Todas as variáveis em termos de média se mantiveram ou apresentaram melhora no *follow-up*, com diferença estatisticamente significativa nas variáveis relacionadas à motivação, autoestima, e nas dimensões de satisfação de vida relativas ao self e a não

violência. Na análise entre o início do GI e o *follow-up*, houve diferença estatisticamente significativa na maioria das variáveis analisadas, com exceção das dimensões de satisfação de vida relativas à família, escola e amizade.

Análise do Grupo Controle

No GC, ao final, também foram verificadas diferenças significativas nas medidas de autoestima e nas dimensões de satisfação de vida relativas ao self, self comparado, autoeficácia e amizade. No *follow-up*, as variáveis em termos de média se mantiveram, mas não foram verificadas diferenças significativas em nenhuma das medidas. Na análise entre o início do GC e o *follow-up*, foram verificadas diferenças significativas nas variáveis motivação e dimensão do self da escala de satisfação de vida.

Análise do Grupo Intervenção comparado ao Grupo Controle

Entre o início e o final dos grupos intervenção e controle, bem como entre o final e o *follow-up* não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das variáveis investigadas. Entre o início e o *follow-up*, apenas a dimensão não violência apresentou diferença estatisticamente significativa na comparação entre GI e GC ($W=6,08$, $p=0,013$).

5 DISCUSSÃO

O presente estudo avaliou um grupo de adolescentes que recebeu um programa de TCC associado ao tratamento usual geralmente oferecido em ambulatórios e clínicas do SUS.

5.1 Aplicabilidade e Adesão

Os resultados deste ensaio clínico demonstraram que o programa de TCC em grupo é aplicável, apresenta ferramentas que foram bem aceitas pelos adolescentes e possivelmente é responsável pela melhor adesão dos pacientes em comparação ao GC. Esses resultados vão de encontro ao reportado por uma revisão sistemática recente sobre a avaliação da eficácia e adesão da TCC em 16 estudos³⁷.

Dos onze pacientes que iniciaram o GI, somente um desistiu, o que ocorreu na primeira sessão, por dificuldades de adesão ao tratamento nos moldes estabelecidos, inclusive ao tratamento usual. Os dez pacientes seguiram em tratamento até o final do grupo. A aplicabilidade pode ser avaliada pela aceitação dos dez pacientes e pelos efeitos positivos encontrados na maioria dos pacientes, na evolução das medidas relacionadas à recuperação de peso, melhora dos sintomas, autoestima, qualidade de vida e motivação no tratamento da AN.

5.2 Desfechos Primários

Verificou-se remissão total, no presente estudo, em 20% dos pacientes ao final do GI e em 30% no *follow-up*. Resultados similares foram verificados no estudo de Gowers *et al.*⁶⁰ com 19% de remissão total no final do tratamento e 33% no segundo ano de *follow-up*. O ensaio clínico de Ricca *et al.*⁶², encontrou taxas de remissão total ligeiramente superiores: 30% ao final do tratamento e 33% em três anos de *follow-up*. A remissão parcial foi alcançada por 80% dos pacientes no final do GI e por 70% no *follow-up*. Não foi possível comparar esses resultados aos de outros estudos em razão da ausência desses dados ou de diferenças metodológicas. Nesse estudo, os pacientes do GI apresentaram ganho ponderal médio e melhora das médias dos sintomas alimentares ao final do tratamento e no *follow-up*. Esse resultado aponta na mesma direção de estudos anteriores^{53,60,63,64} e é um indicador preliminar dos efeitos positivos do tratamento multidisciplinar com uso de TCC.

Um único paciente evoluiu com piora dos sintomas alimentares entre o início e o final do GI, embora tenha apresentado melhora ponderal, alcançando remissão parcial. O paciente apresentava o diagnóstico comórbido de TOC, que pode ter influenciado na apresentação dos sintomas do TA e resposta ao tratamento, conforme indica a literatura^{15,82}.

A maioria dos pacientes do GI manteve o ganho de peso entre o final e o *follow-up*, exceto os que tiveram alta imediatamente após o final da intervenção. Esse dado pode sugerir que a manutenção dos atendimentos nutricionais e consultas psiquiátricas por um período maior após a intervenção de TCC,

possivelmente colabora com a manutenção do ganho de peso. Embora os pacientes do GI não tenham apresentado resultados superiores aos verificados no GC em termos de recuperação de peso, a redução dos sintomas de TA avaliados pelo EDE-Q foi mais expressiva (em termos descritivos) no GI, e com diferença estatística na comparação entre os grupos na subescala que avalia restrição, entre o final e o *follow-up*. Resultado semelhante, no que se refere à redução dos sintomas, foi apresentado no estudo de Zipfel⁸³, que comparou a TCC com a Terapia Psicodinâmica.

O GC não apresentou diferença estatística significativa na melhora dos sintomas alimentares entre o final e o *follow-up*, o GI seguiu com melhora em três das quatro subescalas do EDE-Q: restrição, preocupação com a alimentação e preocupação com a forma. A única subescala que não apresentou diferença estatística significativa entre o final e o *follow-up* no grupo intervenção foi relacionada à preocupação com o peso.

Conforme apontado na revisão sistemática de Galsworthy-Francis e Allan³⁷), a TCC parece ser útil em prevenir risco de recaídas no futuro, e o fato do GI ter seguido com melhora dos sintomas entre o final e o *follow-up* pode apontar para este caminho, a exemplo do estudo de Carter *et al.*⁸⁴ que observaram que os pacientes tratados com TCC permaneceram sem sintomas alimentares por mais tempo.

Embora tenha sido verificado ganho de peso nos dois grupos, mudanças de crenças disfuncionais a respeito do corpo, forma e alimentação foram mais visíveis no GI, avaliadas por meio das subescalas do EDE-Q. A TCC no tratamento dos TAs visa modificar os mecanismos que mantêm a

psicopatologia alimentar⁴². Uma vez que crenças disfuncionais são fatores de risco para o engajamento em dieta e perda de peso, que por sua vez são gatilhos para o reaparecimento do TA, abordar essas questões torna-se necessário. Essa medida aponta para melhores prognósticos em longo prazo⁸⁴.

5.3 Desfechos Secundários

Os pacientes do GI apresentaram melhora significativa entre o início e o final nas medidas de funcionamento global, motivação para o tratamento e não violência, uma dimensão da escala de satisfação de vida. Os pacientes do GI passaram de um funcionamento descrito como “variável, com dificuldades esporádicas” para um funcionamento com “alguma dificuldade em uma única área, mas geralmente funcionando muito bem”. A melhora na motivação para o tratamento pode ser explicada em razão do foco atribuído a este aspecto no início do programa de TCC por meio da entrevista motivacional que objetiva criar motivação para a mudança e que pode explicar a boa adesão ao tratamento. A motivação foi abordada com interesse por estudiosos⁸⁵, por ser um provável fator de importância na superação da resistência, levando a uma melhor aceitação do tratamento⁶⁰. A dimensão “não violência”, associada ao desejo de não se envolver em situações como brigas e discussões, pode ter apresentado melhora em razão do treino de habilidades sociais oferecido no programa de TCC.

Os pacientes do GC, entre o início e o final do grupo, apresentaram melhora significativa nas medidas de autoestima e nas dimensões da escala de satisfação de vida, relacionadas ao self, self comparado, autoeficácia e

amizade. As melhoras observadas podem estar associadas aos ganhos que os pacientes obtiveram com o tratamento usual isolado. Como a dimensão “self” descreve características relacionadas à autoestima, à capacidade de se relacionar, demonstrar seus sentimentos e satisfação quanto à diversão, outro aspecto que pode estar associado a estes resultados é que no GC, como os pacientes tinham somente o diário alimentar como atividade direcionada e terminavam em um tempo menor do que a duração do grupo tinham tempo e liberdade para conversar, o que pode ter facilitado o entrosamento e o desenvolvimento de relações entre os pares no grupo.

Entre o final e o *follow-up*, os pacientes do GI apresentaram melhora nas medidas de autoestima, motivação e nas dimensões “self” e “não violência”. O aumento da autoestima no *follow-up* pode ser explicado pelo tempo que o paciente requer, após a intervenção, para absorver as mudanças e conseguir perceber melhora na sua estima. No estudo de Ball e Mitchell⁵⁰ foram encontrados resultados semelhantes, com melhorias significativas na autoestima, medida ao longo do tempo. Em contrapartida, os pacientes do GC não apresentaram melhoras significativas em nenhuma das medidas entre o final e o *follow-up*.

Entre o início e o *follow-up*, os pacientes do GI apresentaram melhora significativa nas medidas relacionadas à motivação, autoestima, e em dimensões relacionadas à satisfação de vida, com exceção das dimensões “família”, “escola” e “amizade”. O GC apresentou neste mesmo período, melhora significativa apenas nas medidas de motivação e na dimensão “self” da escala de satisfação de vida.

Embora o GI tenha apresentado melhora em um número maior de variáveis ao longo do estudo, apenas a dimensão “não violência” da escala de satisfação de vida apresentou diferença significativa na comparação entre GI e GC. Tem-se como hipótese que essa melhora pode ser explicada pelo treino de habilidades sociais realizado no programa de TCC em grupo.

5.4 Forças e Limitações do Estudo

Esse é o primeiro ensaio clínico brasileiro com grupo controle com finalidade de avaliar os efeitos da TCC, em comparação ao TU em adolescentes com AN. É um estudo pioneiro, na medida em que apresenta um programa piloto de TCC em grupo adaptado para adolescentes com AN, manualizado e passível de ser replicado.

A utilização de um grupo controle exclui o viés confundidor relacionado ao terapeuta, conforme aponta McIntosh⁵³ que, ao avaliar os resultados do seu estudo que comparou a TCC a outras abordagens psicoterápicas, levantou a discussão de que o resultado poderia ser explicado por fatores importantes, mas não específicos a nenhuma psicoterapia, que são os relativos à aliança terapêutica, empatia, consideração positiva e apoio do terapeuta.

Constitui como força, que aumenta a validade interna do estudo, a diferenciação clara entre as abordagens oferecidas de tratamento, com a utilização de um manual de terapia e do tratamento usual estruturado com um grupo controle, com o mesmo número de sessões e duração, além da existência de um período de *follow-up* de seis meses após o término dos grupos.

Os objetivos propostos foram atingidos, no entanto algumas fragilidades metodológicas limitam a relevância dos achados. Embora o número de sessões para cada grupo tenha sido o mesmo, o período de TU oferecido a cada paciente variou entre os grupos. Além disso, como o GC não recebeu intervenção psicoterápica e diante da impossibilidade de cegamento no estudo, os profissionais podem ter oferecido, de forma não intencional, maior atenção a estes pacientes. Outra limitação foi a diferença significativa observada entre os grupos na medida de funcionamento global, indicando um melhor funcionamento nos pacientes do GI no início do estudo. No entanto, a atribuição de valor ao nível de funcionamento global de cada paciente foi realizada por avaliadores diferentes em cada grupo, o que pode representar um viés de aferição, assim como o uso de instrumentos de autoaplicação, considerando a tendência dos pacientes a minimizarem seus sintomas. Além disso, não houve controle de medicação psicotrópica para os sintomas de comorbidades psiquiátricas nos dois grupos, tampouco das possíveis intervenções psicoterápicas que os pacientes do GC possam ter sido submetidos ao longo do tratamento, o que se traduz em uma ameaça à validade interna do estudo.

Como ameaça à validade externa menciona-se o número reduzido da amostra, que dificulta a generalização dos resultados. Embora a proposta desde o início fosse desenvolver um estudo piloto, o que justifica o n reduzido, foi planejado iniciar os dois grupos no mesmo momento com amostras paralelas e possibilidade de aleatorização, o que não foi possível em razão da dificuldade com o recrutamento, que é característico nos estudos envolvendo pacientes com AN.

Além disso, a variação encontrada no tamanho das amostras, faixas etárias selecionadas, psicoterapias comparadas, modalidades de tratamento, medidas de desfecho e de classificação de resultado dificultou a análise comparativa dos resultados do estudo com os ensaios clínicos realizados que avaliaram a eficácia da TCC em pacientes com AN.

5.5 Direcionamento para Pesquisas Futuras

Como esta é a primeira vez que a TCC em grupo foi objeto de um estudo para o tratamento de adolescentes brasileiros com anorexia nervosa, recomenda-se a replicação em uma amostra maior. Portanto, espera-se que o presente estudo possa estimular novas produções científicas sobre a temática de TA na infância e adolescência, no Brasil.

Para estudos futuros recomenda-se, além da replicação do programa em uma amostra maior, ensaios clínicos na população brasileira com períodos de seguimento mais extensos para que seja possível melhor avaliar os efeitos da TCC no tratamento de adolescentes com AN, além da comparação entre os formatos de TCC individual e em grupo.

5.6 Considerações Finais

Os modelos de tratamento existentes, mais utilizados nos estudos randomizados, estão disponíveis em outro idioma, o que dificulta o acesso para alguns profissionais. Portanto, o manual visa facilitar também a prática clínica do terapeuta cognitivo comportamental, reduzindo o tempo de desenvolvimento e planejamento das sessões.

Com o estudo foi possível realizar o treinamento de quatro psicólogas, todas com formação, especialização e/ou experiência em TCC. As profissionais participaram do grupo de estudos e do treinamento para a aplicação do programa piloto de TCC, demonstrando a possibilidade de mais profissionais serem treinados na aplicação do programa. Desta forma depreende-se que este programa oferece um potencial de replicabilidade, fundamental para atender a demanda de tratamento, que atualmente fica desatendida provavelmente em sua grande parcela.

6 CONCLUSÕES

Dos achados descritos, pode-se concluir que:

a) O programa de TCC em grupo foi aceito e pode ser aplicado em adolescentes brasileiros com AN, como coadjuvante no tratamento multidisciplinar para melhorar a adesão e evitar o risco de recaídas.

b) Entre o início e o final dos grupos, todos os pacientes do GI e do GC recuperaram peso e diminuíram sintomas de TA.

c) Entre o final e o *follow-up*, a maior parte do GI conseguiu manter o peso adequado, apresentando melhora significativa na diminuição dos sintomas. Nesse mesmo período, todos os participantes do GC continuaram mantendo o ganho de peso, no entanto, não apresentaram melhora significativa na diminuição dos sintomas.

d) Entre o final e o *follow-up*, embora o GI não tenha sido superior ao GC na medida de peso, se diferenciou do GC por continuar produzindo efeitos nas outras medidas, mesmo após o término do grupo.

Dos achados descritos na comparação de desempenho entre os grupos, pode-se concluir que:

a) O grupo TCC apresentou melhor adesão dos pacientes.

b) Em algumas medidas o GI produziu efeitos melhores do que o GC e em outras não apresentou diferença. GI apresentou melhor desempenho na diminuição dos sintomas relacionados à restrição alimentar entre o final e

o *follow-up*, indicando que os pacientes continuaram melhorando, mesmo após o término do grupo. Além disso, entre o início e o *follow-up*, produziu efeitos na melhora da dimensão “não-violência”, que representa o desejo de não se envolver em situações como brigas e discussões, considerada uma das dimensões associadas à satisfação de vida.

O programa de TCC em grupo para adolescentes com AN apresentou efeitos positivos, com um percentual significativo de adesão dos pacientes, demonstrando ser aceito e aplicável. A grande maioria apresentou uma boa resposta, com melhorias substanciais nas medidas de peso e psicopatologia do transtorno alimentar, que se mantiveram ao longo do *follow-up*. Apresentaram melhora significativa também, entre o início e o *follow-up*, nas medidas relacionadas à motivação, autoestima, e em dimensões relacionadas à satisfação de vida.

7 ANEXOS

Anexo A - Aprovação da emenda e projeto pela comissão de ética para análise de projetos de pesquisa (CAPPesq) da diretoria clínica do HCFMUSP

Hospital das Clínicas da FMUSP
Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq

PROJETO DE PESQUISA

Título: EFETIVIDADE DE UM PROGRAMA PILOTO DE TRATAMENTO COGNITIVO COMPORTAMENTAL EM UMA AMOSTRA DE ADOLESCENTES BRASILEIROS COM ANOREXIA NERVOSA

Pesquisador Responsável: Bacy Fleitlich-Bilyk

Versão: 2

Pesquisador Executante: Paula Cunha Pegado de Souza Aranha Vieira

CAAE: 20524513.8.0000.0068

Orientador: Dra. Bacy Fleitlich-Bilyk

Instituição: HCFMUSP

Departamento: PSIQUIATRIA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Registro on-line: 11208

Número do Parecer: 1.403.428

Data da Relatoria: 03/02/2016

Apresentação do Projeto: Trata-se da emenda de um projeto já aprovado por este CEP, conforme parecer do colegiado n. 426683.

Objetivo da Pesquisa: O presente projeto visa avaliar a efetividade de um programa piloto de tratamento cognitivo comportamental em grupo em uma amostra de pacientes adolescentes brasileiros com anorexia nervosa. São duas fases do estudo - Na primeira fase será realizado o desenho das sessões do programa piloto de tratamento cognitivo comportamental em grupo. Na segunda fase será realizado um estudo de intervenção em que será avaliada a efetividade do programa piloto de Tratamento Cognitivo Comportamental (TCC) em grupo associado ao Tratamento Multidisciplinar Usual (TU), comparado a um Grupo Controle (GC) que receberá apenas o TU no cuidado de adolescentes com anorexia nervosa. Os pacientes serão avaliados em três momentos, antes (T0), ao final do tratamento de 6 meses (T6) e no follow-up, após 6 meses do término do tratamento (T12). Também na segunda fase, será desenvolvido o manual de tratamento piloto de TCC em grupo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios: Todos foram claramente descritos no projeto original. As modificações sugeridas pela emenda também resguardam a segurança dos participantes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: A emenda ao projeto, que versa sobre alterações na metodologia da pesquisa e no TCLE, foram bem descritas e estão adequadas aos objetivos propostos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: Todos em conformidade com as exigências do CEP.

Recomendações: Nenhuma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: Nenhuma.

Rua Dr. Ovídio Pires de Campos, 225 - Prédio da Administração - 5ª andar
CEP 05403-010 - São Paulo - SP.
55 11 2661-7585 - 55 11 2661-6442 ramais: 16, 17, 18 | cappesq.adm@hc.fm.usp.br

Hospital das Clínicas da FMUSP
Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq

Situação do Parecer: Aprovado.

Necessita Apreciação da CONEP: Não.

São Paulo, 03 de Fevereiro de 2016

Prof. Dr. Alfredo José Mansur
Coordenador
Comissão de Ética para Análise de
Projetos de Pesquisa – CAPPesq

Anexo B - Questionário de exame para transtornos alimentares - EDE-Q

Questionário sobre alimentação							
<p>Instruções: As questões a seguir dizem respeito somente às últimas 4 semanas (28 dias). Por favor, leia cada questão atentamente e responda todas as questões. Obrigado.</p> <p>Questões 1 a 12: Por favor assinale o número que considerar mais apropriado. Lembre-se que as questões se referem somente às últimas 4 semanas (28 dias).</p>							
Em quantos dos últimos 28 dias...	Nenhum dia	1-5 dias	6-12 dias	13-15 dias	16-22 dias	23-27 dias	todos os dias
1. Você tentou de forma consciente restringir o que come para influenciar sua forma ou peso (mesmo que não tenha sido bem-sucedido)?	0	1	2	3	4	5	6
2. Você passou muito tempo sem comer alguma coisa (8 horas ou mais, estando acordado) para influenciar sua forma ou peso?	0	1	2	3	4	5	6
3. Você tentou evitar algum tipo de alimento de que gosta para influenciar sua forma ou peso (mesmo que não tenha sido bem-sucedido)?	0	1	2	3	4	5	6
4. Você tentou seguir regras definidas em relação à sua alimentação (por exemplo, um limite de calorias) para influenciar sua forma ou peso (mesmo que não tenha sido bem-sucedido)?	0	1	2	3	4	5	6
5. Você teve um forte desejo de ficar com o estômago vazio para influenciar sua forma ou peso?	0	1	2	3	4	5	6
6. Você teve um forte desejo de ter o abdome totalmente plano?	0	1	2	3	4	5	6

Em quantos dos últimos 28 dias ...	Nenhum dia	1-5 dias	6-12 dias	13-15 dias	16-22 dias	23-27 dias	todos os dias
7. Pensar sobre <u>comida, alimentação ou calorias</u> dificultou a concentração em coisas que te interessam (por exemplo, trabalho, conversar, ler)?	0	1	2	3	4	5	6
8. Pensar sobre <u>forma ou peso</u> dificultou a concentração em coisas que te interessam (por exemplo, trabalho, conversar, ler)?	0	1	2	3	4	5	6
9. Você teve um medo intenso de perder o controle sobre a alimentação?	0	1	2	3	4	5	6
10. Você teve um medo intenso de ganhar peso?	0	1	2	3	4	5	6
11. Você se sentiu gordo (a)?	0	1	2	3	4	5	6
12. Você teve um forte desejo de perder peso?	0	1	2	3	4	5	6
<p>Questões 13-18: Por favor preencha a lacuna com o número apropriado. Lembre-se que as questões só se referem às últimas 4 semanas (28 dias).</p>							
<p>Durante as últimas 4 semanas (28 dias) ...</p>							
13. Quantas <u>vezes</u> você comeu o que outras pessoas considerariam uma <u>quantidade excessivamente grande de comida</u> (nas mesmas circunstâncias)?							
14. Em quantas dessas ocasiões você teve a sensação de ter perdido o controle sobre que você estava comendo (no momento em que estava comendo)?							
15. Em quantos DIAS esses episódios de ingestão excessiva ocorreram (isto é, você ingeriu uma quantidade excessivamente grande de comida e teve a sensação de perder o controle na mesma ocasião)?							
16. Quantas <u>vezes</u> você provocou o vômito como meio de controlar sua forma ou peso?							
17. Quantas <u>vezes</u> você tomou laxantes como meio de controlar sua forma ou peso?							

18. Quantas vezes você fez se exercitou de modo "impulsivo" ou "compulsivo" como meio de controlar seu peso, forma ou quantidade de gordura, ou para queimar calorias?

Questões 19 a 21: Por favor assinale o número apropriado. Note que para essas questões o termo "ingestão excessiva" significa comer o que outros considerariam uma quantidade excessiva de comida na mesma circunstância, acompanhada pela sensação de ter perdido o controle sobre a alimentação.

	Nenhum dia	1-5 dias	6-12 dias	13-15 dias	16-22 dias	23-27 dias	todos os dias
19. Em quantos dos últimos 28 dias você comeu escondido/a (isto é, secretamente)? ...Não conte episódios de ingestão excessiva	0	1	2	3	4	5	6
20. Qual foi a proporção de vezes em que você se sentiu culpado (a) ao comer (sentiu que tinha feito algo errado) por causa dos efeitos disso sobre a sua forma ou peso? ... Não conte episódios de ingestão excessiva	Nenhuma vez 0	Poucas vezes 1	Menos que a metade 2	Metade das vezes 3	Mais que a metade 4	A maior parte das vezes 5	Todas as vezes 6
21. Nos últimos 28 dias, quão preocupado você ficou com outras pessoas vendo você comer? ... Não conte episódios de ingestão excessiva	Nem um pouco 0	Ligeiramente 1	Moderadamente 2	Profundamente 3	4	5	6

Questões 22 a 28: Por favor assinale o número apropriado. Lembre-se que as questões se referem somente às últimas 4 semanas (28 dias).

Nos últimos 28 dias ...	Nem um pouco		Ligeiramente		Moderadamente		Profundamente	
22. O seu <u>peso</u> influenciou a maneira como você se julga (vê, sente, avalia) como pessoa?	0	1	2	3	4	5	6	
23. A sua <u>forma</u> influenciou a maneira como você se julga (vê, sente, avalia) como pessoa?	0	1	2	3	4	5	6	

Nos últimos 28 dias ...	Nem um pouco		Ligeiramente		Moderadamente		Profundamente	
	0	1	2	3	4	5	6	
24. Quanto você teria se chateado se te pedissem para se pesar uma vez por semana (nem mais, nem menos) pelas próximas 4 semanas?	0	1	2	3	4	5	6	
25. Quão insatisfeito/a você se sentiu com seu <u>peso</u> ?	0	1	2	3	4	5	6	
26. Quão insatisfeito/a você se sentiu com sua <u>forma</u> ?	0	1	2	3	4	5	6	
27. Quão desconfortável você se sentiu vendo seu corpo (por exemplo, observando sua forma no espelho, em reflexos em vitrines, ao se despir ou ao tomar banho)?	0	1	2	3	4	5	6	
28. Quão desconfortável você se sentiu com outras pessoas vendo seu corpo (por exemplo, num vestiário, ao nadar, ou ao usar roupas apertadas)?	0	1	2	3	4	5	6	
Qual seu peso atual? (Por favor coloque a melhor estimativa possível)								
Qual sua altura? (Por favor coloque a melhor estimativa possível)								
Se mulher: Ficou sem menstruar nos últimos 3 ou 4 meses?								
Em caso de resposta afirmativa, por quantos meses?								
Você está tomando anticoncepcionais (pílula)?								
Obrigado(a)								

Anexo C - Entrevista psiquiátrica padronizada pelo PROTAD**História clínica do paciente – PROTAD** *(roteiro)**Coletar todos os dados solicitados***Data apresentação do caso:** _____**Médico responsável:** _____**Marcar Etapa do Tratamento do Paciente:****Entrada:** Ambulatório () Internação () Lock ()**Recaída:** sim () não ()

Identificação: nome (iniciais) do paciente, idade (anos e meses), sexo, cor, estado civil, escola pública ou privada, série e acompanhantes.

1. Peso entrada:**2. Altura entrada:****3. IMC entrada:****Percentil entrada:****4. Queixa principal** (o que trouxe o paciente ao atendimento)**5. História da doença atual:**a. Peso **antes** do Transtorno Alimentar (TA): _____b. Altura **antes** do TA: _____c. IMC/IDADE **antes** do TA: _____

d. Início do transtorno alimentar (TA):

i. há quanto tempo tem TA (desde quando todos os critérios diagnósticos estão presentes): _____

ii. idade do paciente na época: _____

iii. peso na época: _____

iv. altura nessa época: _____

v. menstruação:

1. () sim, presentes antes do TA.

2. () não, ausentes antes do TA

vi. fatores desencadeantes do TA

e. Sintomas do transtorno alimentar ao longo do tempo:

vi. variações de peso: _____

vii. menor peso durante a doença: _____

i. menstruação nesse período:

ii. menstruação (alguma menstruação presente nos últimos 3 meses):

1. ☐ sim, presentes durante TA.2. ☐ não, ausentes durante TA.

v. padrão alimentar:

1. restrições? ☐ Sim / ☐ Não. Descrever se sim.2. compulsões? ☐ Sim / ☐ Não. Descrever se sim.3. compensações? ☐ Sim / ☐ Não. Descrever se sim.4. purgações? ☐ Sim / ☐ Não. Descrever se sim.5. exercícios físicos excessivos? ☐ Sim / ☐ Não. Descrever se sim.

6. alguma outra forma de controlar peso? (p.e, laxantes)

☐ Sim / ☐ Não. Descrever se sim.7. distorção da imagem corporal: ☐ Sim / ☐ Não. Descrever se sim.f. Tratamentos prévios ao Protad – ☐ Sim / ☐ Não. Descrever se sim.g. Já esteve em tratamento no Protad anteriormente? ☐ Sim / ☐ Não.
Descrever se sim.

h. Comorbidades? (TOC, TAG, Ep. Depressivo, Fobia Social, Fobia Específica...)

i. quando começaram em relação ao transtorno alimentar (antes ou depois)

ii. quadro sintomatológico

iii. evolução

iv. tratamentos

i. Se paciente em atendimento há mais de 15 dias, incluir evolução dos parâmetros pôndero-estaturais e resumo do quadro atual

7. História mórbida pregressa (apenas dados positivos)

8. História do desenvolvimento

- a. Apenas dados positivos
- b. Obesidade prévia (percentil IMC/idade >ou igual a 95)? () Sim / () Não.
Descrever se sim.
- c. Idade da menarca ou se caracteres sexuais secundários presentes: _____

9. Maior peso na vida antes do TA: _____ Idade: _____ Altura: _____**10. Menor peso após o início do TA: _____ Idade: _____ Altura: _____****11. História familiar**

- a. Apenas dados positivos
- b. Heridograma: nome, idade e profissão dos pais
- c. Estado civil dos pais:
 - i. () casados
 - ii. () separados. Se sim, pcte mora com: () padrastos () madrastas
- d. História psiquiátrica na família: () Sim / () Não. Descrever se sim.
- e. História de doenças clínicas na família? () Sim / () Não. Descrever se sim.

12. Perfil psico-social

- a. Quem mora junto com o paciente
- b. Adulto responsável durante o dia
- c. Quem cuida das refeições do paciente
- d. Rotinas diárias: escola, atividades, companhias

13. Revisão de sistemas (apenas dados positivos)**14. Exame físico** (apenas dados positivos)**15. Exame do estado mental** (apenas dados positivos)**16. Diagnóstico multiaxial:**

- a. Eixo I: transtorno principal /transtornos comórbidos relacionados ao diagnóstico principal
- b. Eixo II: retardo mental
- c. Eixo III: doenças clínicas associadas ao t. psiquiátrico
- d. Eixo IV: problemas sociais que influenciam o quadro principal
- e. Eixo V (Childrens Global Assessment Scale - CGAS):

- 17. Fatores predisponentes** (fatores de risco, que contribuíram para o desenvolvimento do TA ao longo da história da paciente)
- 18. Fatores precipitantes** (desencadearam o TA; estressores envolvidos diretamente, p.e., dieta)
- 19. Fatores perpetuantes** (que podem levar a manutenção do transtorno)
- 20. Fatores prognósticos** (bom/mau)
- 21. Questões para discussão:**

Uso frequente/ preferência aos alimentos “diet” e/ou “light” ?

Alimentos “Proibidos” (o que sempre comeu, mas com a doença deixou de comer):

Alimentos	Motivo	Alimentos	Motivo

VI - Histórico do Peso

Peso Máximo antes do TA: _____ Há quanto tempo ? _____ Idade? _____ Altura? _____

Peso Máximo antes do TA: _____ Há quanto tempo ? _____ Idade? _____ Altura? _____

Ganho de peso recente: () Sim () Não - Quantos quilos? _____ Quanto tempo: _____

Perda de peso recente: () Sim () Não - Quantos quilos? _____ Quanto tempo: _____

Peso atual: _____ kg Estatura atual: _____ m E²: _____ m² IMC: _____ kg/ m²

VII - Dados Gerais

Exercício Físico: () pratica () não pratica - O quê:

Frequência: _____ Duração: _____

Menstruação atual: _____

Menarca (1^a): _____ Quando e evolução: _____

Idade em que mãe menstruou: _____

Hábito intestinal - Frequência: _____ Consistência: _____

Já passou por consulta nutricional antes? _____ Nome nutri? _____

Já fez dieta antes? () Sim () Não - Qual (is): _____

Tomou algum medicamento? Anfetaminas () Fórmulas em geral () Outros ():

Está tomando algum medicamento: () Sim () Não - Qual (is):

Tabagismo: _____ Bebida alcoólica: _____

Vômitos/Purgação: _____

Laxante: _____ Diurético: _____

Sono (dorme a noite toda e acorda eventualmente?): _____

Padrão Alimentar (últimos meses) - Recordatório 24 horas

Refeição	Alimentos e Quantidades
Café da Manhã ____ : ____hs Companhia?	
Lanche da Manhã ____ : ____hs Companhia?	
Almoço ____ : ____hs Companhia?	
Lanche da tarde ____ : ____hs Companhia?	
Jantar ____ : ____hs Companhia?	
Ceia ____ : ____hs Companhia?	

Anexo E - Escala de funcionamento global para crianças - CGAS

Pontue o nível mais prejudicado de funcionamento geral do sujeito para um período de tempo específico selecionando o nível mais baixo que descreva seu funcionamento num *continuum* hipotético de saúde-doença. Use níveis intermediários (por exemplo, 35, 58, 62).

Pontue o funcionamento atual, independentemente do tratamento ou prognóstico. Os exemplos de comportamentos citados são meramente ilustrativos e não exigências para uma dada pontuação.

PERÍODO DE TEMPO ESPECIFICADO: 1 MÊS

100 - 91 *Funcionamento superior* em todas as áreas (em casa, na escola e com colegas); envolvido em grande número de atividades e tem muitos interesses (por ex: tem “hobbies”, ou participa de atividades extracurriculares, ou pertence a um grupo organizado, como os Escoteiros); sociável (agradável), confiante; preocupações cotidianas nunca o tiram do sério; vai bem na escola; sem sintomas.

90 - 81 *Funcionamento bom em todas as áreas*; estável na família, na escola e com colegas; podem haver dificuldades transitórias e preocupações (cotidianas) que ocasionalmente saiam do controle (ex: leve ansiedade associada com uma prova importante; “explosões” ocasionais com irmãos, pais ou colegas).

80 -71 *Não mais que um leve prejuízo no funcionamento* em casa, na escola ou com colegas; alguns problemas de comportamento ou sobrecarga emocional podem estar presentes em resposta a estressores vitais (ex: separação dos pais; mortes; nascimento de um irmão), mas esses distúrbios são breves e a interferência com o funcionamento é transitória; tais crianças perturbam os outros minimamente e não são consideradas diferentes do normal para quem as conhece.

70 - 61 *Alguma dificuldade em uma única área, mas em geral funciona muito bem* (ex: atos antissociais isolados ou esporádicos, como ocasionalmente realizar pequenos furtos; pequenas dificuldades consistentes ou duradouras com o trabalho escolar, mudanças de humor de curta duração, medos e ansiedades que não levam a comportamentos de evitação evidentes, insegurança); tem algumas relações interpessoais significativas; a maioria das pessoas que não conhece bem a criança não a consideraria problemática, mas aquelas que a conhecem expressam preocupação.

60 - 51 *Funcionamento variável com dificuldades esporádicas ou sintomas em várias mas não em todas as áreas sociais*; distúrbios são perceptíveis para aqueles que encontram a criança numa hora ou ambiente disfuncionais, mas não para aqueles que a veem em outras horas ou ambientes.

50 - 41 *Grau moderado de interferência nos funcionamentos da maioria das áreas sociais ou disfunção grave em uma única área*, tais como as que possam resultar de, por exemplo, ideias suicidas ou ruminatórias, recusa para ir à escola e outras formas de ansiedade, rituais obsessivos, sintomas conversivos maiores, ataques de ansiedade frequente, empobrecimento ou habilidades sociais inapropriadas, episódios frequentes de agressão ou outros comportamentos antissociais, com alguma preservação de relações sociais significativas.

40 - 31 *Disfunção importante em várias áreas e incapacidade funcional em uma dessas áreas:* isto é, desadaptado em casa, na escola, com colegas ou em sociedade, por ex: agressão persistente sem provocação, apatia e isolamento marcante devido ou ao humor ou a alterações do pensamento; tentativas suicidas com intenção letal clara; geralmente tais crianças necessitam de escolarização especial e/ou hospitalização ou dispensas da escola (mas essa não é um critério suficiente para inclusão nessa categoria).

30 - 21 *Incapacidade funcional em quase todas as áreas,* por ex: fica em casa, na enfermaria ou na cama o dia inteiro, sem fazer parte das atividades sociais *ou* graves prejuízos na realização de testes ou sérios prejuízos na comunicação (ex: algumas vezes incoerente ou inadequado).

20 -11 *Necessita de supervisão considerável* para prevenir danos aos outros ou a si mesmo (ex: frequentemente violento, várias tentativas de suicídio) *ou* para manter a higiene pessoal *ou* grave prejuízo em todas as formas de comunicação, por ex., graves anormalidades na comunicação verbal e gestual, grave inadequação social, estupor, etc.

10 - 1 *Necessita de supervisão constante* (cuidados por 24 horas) devido à intensa agressividade ou condutas autodestrutivas ou prejuízo grave na realização de testes, comunicação, cognição, afeto ou higiene pessoal.

Anexo F - Escala de Autoestima de Rosenberg

Leia cada frase com atenção e faça um círculo em torno da opção mais adequada

1. Eu sinto que sou uma pessoa de valor, no mínimo, tanto quanto as outras pessoas.
(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente
2. Eu acho que eu tenho várias boas qualidades.
(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente
3. Levando tudo em conta, eu penso que eu sou um fracasso.
(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente
4. Eu acho que sou capaz de fazer as coisas tão bem quanto a maioria das pessoas.
(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente
5. Eu acho que eu não tenho muito do que me orgulhar.
(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente
6. Eu tenho uma atitude positiva com relação a mim mesmo.
(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente
7. No conjunto, eu estou satisfeito comigo.
(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente
8. Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim mesmo.
(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente
9. Às vezes eu me sinto inútil.
(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente
10. Às vezes eu acho que não presto para nada.
(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

Observação: Os itens 3, 5, 8, 9 e 10 devem ser invertidos para calcular a soma dos pontos

Anexo G - Questionário dos Estágios de Mudança da Anorexia Nervosa – ANSOCQ

INSTRUÇÕES: Cada um dos itens abaixo é composto por cinco afirmações. Por favor, para cada item, leia cuidadosamente as cinco afirmações, e a seguir, selecione uma ou mais que melhor descrevem a sua atitude ou comportamento atual (não como você foi no passado ou como você gostaria de ser). Se você encontrar qualquer dificuldade, por favor, peça ajuda. Suas respostas são completamente confidenciais.

1) As afirmações abaixo estão relacionadas ao ganho de peso:

- a) Na minha opinião, eu não preciso ganhar peso.
- b) Algumas vezes, penso que seria melhor se eu ganhasse peso.
- c) Eu decidi que vou tentar ganhar peso.
- d) Atualmente, estou me esforçando muito para ganhar peso.
- e) Estou me esforçando para manter o peso que ganhei.

2) As afirmações abaixo estão relacionadas ao peso corporal:

- a) Na minha opinião, eu não preciso recuperar peso.
- b) Algumas vezes, penso que eu poderia estar melhor se eu recuperasse peso.
- c) Eu decidi que vou tentar alcançar a recuperação de peso.
- d) Atualmente, estou me esforçando muito para alcançar a recuperação de peso.
- e) Estou me esforçando para manter a recuperação de peso.

3) As afirmações abaixo estão relacionadas à partes específicas do seu corpo que podem lhe causar preocupação quanto ao ganho de peso (tais como quadris, coxas, barriga ou nádegas):

- a) De forma alguma eu estaria preparado para ganhar peso nestas partes do corpo.
- b) Às vezes eu acho que estaria preparado para ganhar peso nestas partes do corpo.
- c) Eu decidi que estou preparado para ganhar peso nestas partes do corpo.
- d) Atualmente tento ganhar peso, mesmo nestas partes do corpo.
- e) Estou me esforçando para manter o peso que ganhei nestas partes do corpo.

4) As afirmações abaixo estão relacionadas à sua aparência:

- a) Eu não quero ser uma pessoa com peso normal, pois ficaria menos satisfeito com a minha aparência.
- b) Às vezes penso em ter um peso normal, porque de certa forma me sentiria mais satisfeito com a minha aparência.
- c) Eu decidi que estou disposto a atingir um peso normal, pois ficaria mais satisfeito com a minha aparência.
- d) Atualmente estou tentando alcançar um peso normal, pois ficarei mais satisfeito com a minha aparência.
- e) Estou me esforçando para manter o peso normal, pois me sinto mais satisfeito com a minha aparência

5) As afirmações abaixo estão relacionadas à sua saúde:

- a) Não preciso ter um peso normal, pois não existem riscos à minha saúde quando meu peso está abaixo do saudável.
- b) Às vezes, eu penso em ter um peso normal, por causa dos riscos à minha saúde quando meu peso está abaixo do saudável.
- c) Eu decidi alcançar um peso normal, por causa dos riscos à minha saúde quando meu peso está abaixo do saudável.
- d) Atualmente, estou tentando alcançar um peso normal, por causa dos riscos à minha saúde quando meu peso está abaixo do saudável.
- e) Estou me esforçando para manter o peso normal, por causa dos riscos à minha saúde quando meu peso está abaixo do saudável.

6) As afirmações abaixo estão relacionadas à importância da forma e peso corporais:

- a) Eu não exagero na importância que dou à forma e/ou peso do meu corpo para determinar a minha felicidade e sucesso.
- b) Às vezes, acho que exagero na importância que dou à forma e/ou peso do meu corpo para determinar a minha felicidade e sucesso.
- c) Eu decidi que preciso diminuir a importância que dou à forma e/ou peso do meu corpo como determinantes para a minha felicidade e sucesso.
- d) Frequentemente, tento questionar a importância que dou à minha forma e/ou peso do meu corpo como determinantes para a minha felicidade e sucesso.
- e) Eu consegui diminuir a minha tendência a dar muita importância à forma e/ou peso do meu corpo como determinantes para a minha felicidade e sucesso, e quero continuar assim.

7) As afirmações abaixo estão relacionadas ao medo de engordar:

- a) Meu medo de engordar não é excessivo.
- b) Às vezes, eu acho que o meu medo de engordar é excessivo.
- c) Eu decidi que preciso fazer algo sobre o medo que tenho de engordar, pois isso está me controlando.
- d) Eu sei que meu medo de engordar causou problemas e agora estou tentando melhorar isso.
- e) Consegui diminuir meu medo de engordar e quero continuar assim.

8) As afirmações abaixo estão relacionadas à perda de peso:

- a) Eu gostaria de perder mais peso.
- b) Às vezes, penso que talvez seja o momento para parar de perder peso.
- c) Eu decidi que é o momento para parar de perder peso.
- d) Eu estou tentando parar de perder peso.
- e) Eu consegui parar de perder peso e espero manter-me assim.

9) As afirmações abaixo estão relacionadas à gordura corporal versus músculos:

- a) Eu poderia pensar em ganhar músculos propositalmente, mas eu nunca conseguiria pensar em ganhar gordura de propósito.
- b) Às vezes eu acho que devo ganhar um pouco de gordura, embora eu prefira ter apenas músculos.
- c) Eu decidi que para ser saudável preciso ter um pouco de gordura no meu corpo.
- d) Eu percebi que preciso de um pouco de gordura no meu corpo e estou me esforçando para conseguir isso.

- e) Eu consegui aumentar o nível de gordura do meu corpo e estou tentando mantê-lo assim.

10) As afirmações abaixo estão relacionadas à taxa de ganho de peso:

- a) De jeito nenhum eu estaria preparado para ganhar pelo menos 1 kg por semana.
- b) Às vezes eu penso que estaria preparado para ganhar pelo menos 1 kg por semana.
- c) Eu decidi que seria melhor para mim ganhar pelo menos 1 kg por semana.
- d) Estou me esforçando muito para ganhar pelo menos 1 kg por semana.
- e) Estou me esforçando para manter o meu peso, mas estaria preparada para ganhar pelo menos 1 kg por semana, se fosse necessário.

11) As afirmações abaixo estão relacionadas a certos padrões de forma e peso que você pode ter ao avaliar o seu corpo (tais como, apenas estar satisfeito com o seu corpo quando suas coxas não se tocam; quando ossos específicos podem ser vistos; sua barriga está reta ou quando você está abaixo de determinado peso; ou quando você consegue vestir certas roupas):

- a) Os padrões que uso para avaliar meu corpo não são muito rigorosos.
- b) Às vezes eu penso que os padrões que uso para avaliar o meu corpo podem ser muito rigorosos.
- c) Eu decidi que os padrões que uso para avaliar meu corpo são muito rigorosos e precisam ser mudados.
- d) Estou me esforçando muito para mudar os padrões rigorosos que uso para avaliar meu corpo.
- e) Eu consegui abandonar os padrões rigorosos que usei no passado para avaliar o meu corpo e espero manter-me assim.

12) As afirmações abaixo estão relacionadas à determinados alimentos que você talvez evite comer (tais como, alimentos mais calóricos ou gordurosos, carne vermelha ou leites e derivados, ou alimentos cujo valor calórico seja desconhecido):

- a) Existem certos alimentos que eu rigorosamente evito e nem consideraria comer.
- b) Existem certos alimentos que eu tento evitar, apesar de algumas vezes pensar que ficaria tudo bem se eu os comesse de vez em quando.
- c) Eu acho que sou muito rigoroso em relação aos alimentos que me permito comer e decidi que vou tentar comer alimentos que costumo evitar.
- d) Estou me esforçando muito para comer regularmente os alimentos que eu normalmente evito.
- e) Eu evitava comer determinados alimentos que agora como regularmente.

13) As afirmações abaixo estão relacionadas ao consumo diário de alimentos:

- a) Não existe necessidade de eu comer três refeições principais e dois a três lanches intermediários por dia.
- b) Às vezes, eu acho que deveria comer três refeições principais e dois a três lanches intermediários por dia.
- c) Eu decidi que preciso comer três refeições principais e dois a três lanches intermediários por dia.
- d) Estou me esforçando muito para comer três refeições principais e dois a três lanches intermediários por dia.
- e) Estou empenhado em manter meu hábito alimentar atual que inclui três refeições principais e dois a três lanches intermediários por dia.

14) As afirmações abaixo estão relacionadas ao tempo gasto pensando no seu peso (por exemplo, pensamentos sobre engordar, contar as calorias ou gordura dos alimentos, ou calcular a quantidade de energia usada quando se exercita):

- a) Não há nada de errado com a quantidade de tempo que gasto pensando no meu peso.
- b) A quantidade de tempo que gasto pensando no meu peso, as vezes, é um problema.
- c) Decidi que preciso usar estratégias para me ajudar a reduzir a quantidade de tempo que gasto pensando no meu peso.
- d) Estou usando estratégias para me ajudar a reduzir a quantidade de tempo que gasto pensando no meu peso.
- e) Eu gastava muito tempo pensando no meu peso, mas agora consegui reduzir este tempo e espero manter-me assim.

15) As afirmações abaixo estão relacionadas a determinados comportamentos alimentares (como a necessidade de comer em um ritmo ou tempo específico, ser incapaz de comer quando o prato está cheio, mexer a comida dentro do prato, incapacidade de comer toda a comida do prato, levar mais tempo do que os outros para fazer as refeições, dificuldade para comer com outras pessoas, necessidade de mastigar os alimentos um determinado número de vezes, precisar comer a comida em uma ordem específica ou a necessidade de manter o mesmo plano alimentar todos os dias):

- a) Não há nada que eu precise mudar na maneira como eu faço as minhas refeições.
- b) Às vezes, penso que preciso mudar certos aspectos na maneira como faço minhas refeições.
- c) Eu decidi que vou tentar mudar certos aspectos na maneira como faço minhas refeições.
- d) Estou me esforçando muito para mudar certos aspectos na maneira como faço minhas refeições.
- e) Eu consegui mudar certos aspectos na maneira como faço minhas refeições e quero continuar assim.

16) As afirmações abaixo estão relacionadas aos sentimentos associados ao comer (por exemplo, sentir-se culpado, ansioso ou estufado) ou não comer (por exemplo, sentir-se bem-sucedido, no controle da situação, ou espiritualmente mais forte):

- a) Não há necessidade para eu mudar os sentimentos associados ao comer e ao não comer.
- b) Às vezes, eu acho que preciso mudar os sentimentos associados ao comer e ao não comer.
- c) Eu decidi que vou tentar mudar os sentimentos associados ao comer e ao não comer.
- d) Estou me esforçando muito para mudar os sentimentos associados ao comer e ao não comer.
- e) Eu consegui mudar os sentimentos associados ao comer e ao não comer e quero manter-me assim.

17) As afirmações abaixo estão relacionadas aos métodos que talvez você use para controlar seu peso (por exemplo, restringir ou diminuir sua alimentação). Você pode selecionar mais de uma afirmação para os diferentes métodos que você usa para controlar seu peso. Favor indicar no espaço em branco a qual(is) método(s) você está se referindo:

- a) Não há nada de errado com os métodos que uso para controlar o meu peso.
- b) Estive pensando que pode haver problemas associados com os métodos que uso para controlar o meu peso.
- c) Eu decidi que vou tentar parar de usar certos métodos para controlar meu peso
- d) Eu me esforço muito para parar de usar certos métodos para controlar o meu peso.
- e) Eu consegui parar de usar certos métodos para controlar o meu peso e eu gostaria de manter-me assim.

18) s afirmações abaixo estão relacionadas à determinados problemas emocionais (por exemplo, sentir-se depressivo, ansioso ou irritado):

- a) Não tenho nenhum problema emocional que eu precise tratar.
- b) Às vezes, penso que posso ter certos problemas emocionais que eu precise tratar.
- c) Tenho certos problemas emocionais e decidi tratá-los.
- d) Estou tratando ativamente os meus problemas emocionais.
- e) Os meus problemas emocionais melhoraram e estou tentando manter-me assim.

19) As afirmações abaixo estão relacionadas à determinadas características (como perfeccionismo, baixa autoestima ou sentir uma falta de controle sobre sua vida):

- a) Eu não tenho nenhum problema com a maneira como encaro a vida que precisa ser tratado.
- b) Às vezes, eu acho que posso ter certos problemas com a maneira como encaro a vida que precisam ser tratados.
- c) Eu tenho certos problemas com a maneira como encaro a vida e decidi tratá-los.
- d) Estou tentando ativamente resolver os problemas relacionados à maneira como encaro a vida.
- e) Os problemas relacionados à maneira como encaro a vida melhoraram e estou tentando manter-me assim.

20) As afirmações abaixo referem-se à problemas de relacionamento (por exemplo, relacionamento com familiares ou amigos):

- a) Eu não tenho nenhum problema nos meus relacionamentos que precise ser tratado.
- b) Às vezes, penso que posso ter certos problemas nos meus relacionamentos, que precisam ser tratados.
- c) Eu tenho certos problemas nos meus relacionamentos, que eu decidi tratar.
- d) Estou tratando ativamente os problemas em meus relacionamentos.
- e) Os problemas nos meus relacionamentos melhoraram e estou tentando manter-me assim.

Anexo H - Escala Multidimensional de Satisfação de Vida para adolescentes - EMSVA

“Gostaríamos de saber o que você pensa sobre a sua vida e coisas que fazem parte dela. Por exemplo: como você tem se sentido ultimamente? O que você gosta de fazer? Para cada frase escrita abaixo você deve escolher um dos números que melhor representa o quanto você concorda com o que esta frase diz sobre você”.

Exemplo:

	nem um pouco	um pouco	mais ou menos	bastante	muitíssimo
Eu gosto de ir ao shopping.	1	2	3	4	5

	1	2	3	4	5
1. Eu me divirto com muitas coisas.					
2. Os outros adolescentes têm mais amigos do que eu.					
3. Sou compreendido em casa.					
4. Eu fico feliz quando a minha família se reúne.					
5. Vou atrás do que quero conquistar.					
6. Meus amigos passeiam mais do que eu.					
7. Eu me relaciono bem com meus amigos.					
8. Minha família se dá bem.					
9. Eu gosto das atividades da escola.					
10. Eu sorrio bastante.					
11. Brigo muito com meus amigos.					
12. Eu me divirto com meus amigos.					
13. Eu sou uma pessoa bem humorada.					
14. Mantenho a calma.					
15. Minha família me faz feliz.					
16. Eu gostaria que meus amigos fossem diferentes.					
17. Meus amigos podem fazer mais coisas do que eu.					
18. Eu me divirto na escola.					
19. Consigo expressar minhas ideias.					
20. É difícil conseguir o que quero.					
21. Brigar resolve problemas.					
22. É bom sair com meus amigos.					

23. Tenho um convívio bom com a minha família.					
24. Gosto de sair para me divertir.					
25. Meus amigos se divertem mais do que eu.					
26. Eu sou alegre.					
27. Faço o que gosto de fazer.					
28. Tenho sucesso em atividades que realizo.					
29. Outros adolescentes ganham mais presentes do que eu.					
30. Meus professores são legais comigo.					
31. Eu sou inteligente.					
32. Os outros adolescentes são mais alegres do que eu.					
33. Gosto de brigas.					
34. Eu me divirto com a minha família.					
35. Gosto de conversar com meus amigos.					
36. Eu sou feliz.					
37. Eu me sinto calmo, tranquilo.					
38. Eu sou divertido.					
39. Meus pais são carinhosos comigo.					
40. Eu gosto de ir à escola.					
41. Eu me sinto bem do jeito que sou.					
42. Gostaria que minha família fosse diferente.					
43. Sou irritado.					
44. Meus amigos gostam de mim.					
45. Eu me sinto bem na minha escola.					
46. Eu aprendo muitas coisas na escola.					
47. Eu me considero uma pessoa descontraída.					
48. Meus amigos me ajudam quando preciso.					
49. Minha família gosta de mim.					
50. Minha família me ajuda quando preciso.					
51. Sou capaz de realizar muitas coisas.					
52. Gosto da minha vida.					

Anexo I - Critério de Classificação Econômica Brasil - CCEB

CRITÉRIO
DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA
BRASIL

ABEP
associação brasileira de empresas de pesquisa

O Critério de Classificação Econômica Brasil, enfatiza sua função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de "classes sociais". A divisão de mercado definida abaixo é de **classes econômicas**.

SISTEMA DE PONTOS

Posse de itens

	Quantidade de Itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

Grau de Instrução do chefe de família

Analfabeto / Primário incompleto	Analfabeto / Até 3ª. Série Fundamental	0
Primário completo / Ginásial incompleto	Até 4ª. Série Fundamental	1
Ginásial completo / Colegial incompleto	Fundamental completo	2
Colegial completo / Superior incompleto	Médio completo	4
Superior completo	Superior completo	8

CORTES DO CRITÉRIO BRASIL

Classe	Pontos
A1	42 - 46
A2	35 - 41
B1	29 - 34
B2	23 - 28
C1	18 - 22
C2	14 - 17
D	8 - 13
E	0 - 7

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

Este critério foi construído para definir grandes classes que atendam às necessidades de segmentação (por poder aquisitivo) da grande maioria das empresas. Não pode, entretanto, como qualquer outro critério, satisfazer todos os usuários em todas as circunstâncias. Certamente há muitos casos em que o universo a ser pesquisado é de pessoas, digamos, com renda pessoal mensal acima de US\$ 30.000. Em casos como esse, o pesquisador deve procurar outros critérios de seleção que não o CCEB.

A outra observação é que o CCEB, como os seus antecessores, foi construído com a utilização de técnicas estatísticas que, como se sabe, sempre se baseiam em coletivos. Em uma determinada amostra, de determinado tamanho, temos uma determinada probabilidade de classificação correta, (que, esperamos, seja alta) e uma probabilidade de erro de classificação (que, esperamos, seja baixa). O que esperamos é que os casos incorretamente classificados sejam pouco numerosos, de modo a não distorcer significativamente os resultados de nossa investigação.

Nenhum critério, entretanto, tem validade sob uma análise individual. Afirmações freqüentes do tipo "... conheço um sujeito que é obviamente classe D, mas

pelo critério é classe B..." não invalidam o critério que é feito para funcionar estatisticamente. Servem porém, para nos alertar, quando trabalhamos na análise individual, ou quase individual, de comportamentos e atitudes (entrevistas em profundidade e discussões em grupo respectivamente). Numa discussão em grupo um único caso de má classificação pode pôr a perder todo o grupo. No caso de entrevista em profundidade os prejuízos são ainda mais óbvios. Além disso, numa pesquisa qualitativa, raramente uma definição de classe exclusivamente econômica será satisfatória.

Portanto, é de fundamental importância que todo o mercado tenha ciência de que o CCEB, ou qualquer outro critério econômico, não é suficiente para uma boa classificação em pesquisas qualitativas. Nesses casos deve-se obter além do CCEB, o máximo de informações (possível, viável, razoável) sobre os respondentes, incluindo então seus comportamentos de compra, preferências e interesses, lazer e hobbies e até características de personalidade.

Uma comprovação adicional da conveniência do Critério de Classificação Econômica Brasil é sua discriminação efetiva do poder de compra entre as diversas regiões brasileiras, revelando importantes diferenças entre elas

RENDA FAMILIAR POR CLASSES

Classe	Pontos	Renda média familiar (Valor Bruto em R\$)
		2008
A1	42 a 46	14.366
A2	35 a 41	8.099
B1	29 a 34	4.558
B2	23 a 28	2.327
C1	18 a 22	1.391
C2	14 a 17	933
D	8 a 13	618
E	0 a 7	403

Anexo J - Termo de Assentimento Livre e Esclarecido TALE - Versão Grupo Intervenção

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Versão para o paciente)

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME:
DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO : .M ☐ F ☐
DATA NASCIMENTO:/...../.....
ENDEREÇO Nº..... APTO:
BAIRRO: CIDADE
CEP: TELEFONE: DDD ... (.....).....
2. RESPONSÁVEL LEGAL
NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)
DOCUMENTO DE IDENTIDADE : SEXO: M ☐ F ☐
DATA NASCIMENTO:/...../.....
ENDEREÇO: Nº APTO:
BAIRRO: CIDADE:
CEP: TELEFONE: DDD (.....).....
-

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA

Efetividade de um programa piloto de tratamento cognitivo comportamental em uma amostra de adolescentes brasileiros com anorexia nervosa

PESQUISADOR : Dra. Bacy Fleitlich-Bilyk

Inscrição Conselho Regional nº 76370

CARGO/FUNÇÃO: Médica coordenadora do PROTAD (Programa de atendimento, ensino e pesquisa de transtornos alimentares na infância e adolescência).

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO ☒

RISCO MÉDIO ☐

RISCO BAIXO ☐

RISCO MAIOR ☐

4.DURAÇÃO DA PESQUISA: 24 meses

pesquisa ou responsável_____ Rubrica do sujeito de

Rubrica do pesquisador_____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que visa avaliar um programa de tratamento psicológico em grupo para o tratamento de adolescentes com anorexia nervosa. O programa de tratamento será desenvolvido tendo por orientação a terapia cognitivo comportamental, que tem como objetivo trabalhar aspectos dos pensamentos, das emoções e dos comportamentos. Os resultados do estudo, caso sejam positivos, poderão trazer importantes informações sobre a possibilidade de um novo programa de tratamento para adolescentes com anorexia nervosa. Após a triagem inicial para o seu ingresso no serviço, você será avaliado/a por médico psiquiatra, psicólogo, neuropsicólogo e nutricionista. Terminadas as avaliações de ingresso no serviço é iniciado o tratamento ambulatorial e/ou hospitalar que consiste numa abordagem multidisciplinar. Você será convidado/a a participar de um tratamento psicológico, com sessões que serão realizadas no formato em grupo, uma vez por semana, com 1 hora e meia de duração, todas as quartas-feiras, durante 6 meses. Em cada encontro conversaremos sobre um assunto, como por exemplo: "o que é a anorexia", "como a anorexia nervosa se apresenta", "como penso", "como me sinto", "como me vejo", "como me alimento", "como me relaciono com as pessoas" e também faremos alguns exercícios práticos. Ao final, esperamos que você entenda o que é a anorexia nervosa, como esta aparece em seus pensamentos e sentimentos, e como você poderá combater a doença. A sua participação ocorrerá de forma voluntária.

Caso você opte por não participar ou por desistir do estudo, não haverá danos para você ou sua família, e o tratamento oferecido será o mesmo independentemente da participação neste estudo.

O risco ou desconforto potencial deste estudo está associado à possibilidade dos pacientes não apresentarem melhora dos sintomas da anorexia nervosa. Caso venha a ocorrer, estes pacientes serão encaminhados para outras modalidades de tratamento. E em caso mais grave, de falha do tratamento ambulatorial ou piora dos sintomas da anorexia nervosa, com perda de peso significativa e/ou complicações clínicas da doença, os pacientes serão imediatamente encaminhadas para o atendimento de internação psiquiátrica na enfermaria do SEPIA, sob os cuidados da equipe do PROTAD.

Há benefício direto para o participante, considerando este ser um estudo de intervenção que tem por base a terapia cognitivo comportamental, que é a mais indicada e reconhecida para o tratamento de pacientes com transtornos alimentares. Portanto, a que oferece maior possibilidade de melhora no tratamento.

Garantia de acesso: em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a Dra. Bacy Fleitlich Bilyk que pode ser encontrada no Instituto de Psiquiatria, Rua Dr. Ovídio Pires de Campos no 785, pelo telefone (11) 2661-6508 ou por E-mail: bacyfb@gmail.com. Se você tiver alguma consideração ou dúvida ética sobre a ética da pesquisa, por favor, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) - Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5o andar – tel: 2661-6442 ramais 16, 17, 18 ou por E-mail: cappesq.adm@hc.fm.usp.br.

É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem prejuízo a continuidade de seu tratamento na Instituição.

Direito de Confidencialidade: as informações obtidas serão analisadas em conjunto com as de outros pacientes, não sendo divulgada a identificação de nenhum paciente.

Direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas – Você poderá decidir se quer ser informado sobre os resultados obtidos a qualquer momento do estudo. Nos casos necessários, os pesquisadores orientarão os pais e darão o devido encaminhamento ao paciente. Despesas e compensações: não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

O pesquisador se compromete a utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “Efetividade de um programa piloto de tratamento cognitivo comportamental em uma amostra de adolescentes brasileiros com anorexia nervosa”.

Eu discuti com a Dra. Bacy Fleitlich Bilyk e/ou sua equipe sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste serviço.

_____ Data / ____ / ____
Assinatura do pai/ mãe ou responsável

_____ Data ____ / ____ / ____
Assinatura da testemunha

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

_____ Data ____ / ____ / ____
Assinatura do responsável pelo estudo

Anexo K - Termo de Assentimento Livre e Esclarecido TALE - Versão Grupo Controle

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Versão para o paciente)

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME:
 DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO : .M ☐ F ☐
 DATA NASCIMENTO:/...../.....
 ENDEREÇO Nº APTO:
 BAIRRO: CIDADE
 CEP: TELEFONE: DDD ... (.....)
2. RESPONSÁVEL LEGAL
 NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)
 DOCUMENTO DE IDENTIDADE : SEXO: M ☐ F ☐
 DATA NASCIMENTO:/...../.....
 ENDEREÇO: Nº APTO:
 BAIRRO: CIDADE:
 CEP: TELEFONE: DDD (.....)

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA

Efetividade de um programa piloto de tratamento cognitivo comportamental em uma amostra de adolescentes brasileiros com anorexia nervosa

PESQUISADOR : Dra. Bacy Fleitlich-Bilyk

Inscrição Conselho Regional nº 76370

CARGO/FUNÇÃO: Médica coordenadora do PROTAD (Programa de atendimento, ensino e pesquisa de transtornos alimentares na infância e adolescência).

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO ☒ RISCO MÉDIO ☐
 RISCO BAIXO ☐ RISCO MAIOR ☐

4.DURAÇÃO DA PESQUISA: 24 meses

pesquisa ou responsável_____ Rubrica do sujeito de

Rubrica do pesquisador_____

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estas informações estão sendo fornecidas para a sua participação voluntária neste estudo, que visa avaliar um programa de tratamento psicológico em grupo para o tratamento de adolescentes com anorexia nervosa em comparação ao tratamento usual. O grupo de TCC tem por orientação a terapia cognitivo comportamental, que tem como objetivo trabalhar aspectos dos pensamentos, das emoções e dos comportamentos. Os resultados do estudo, caso sejam positivos, poderão trazer importantes informações sobre a possibilidade de um novo programa de tratamento para adolescentes com anorexia nervosa. Após a triagem inicial para o seu ingresso no serviço, o tratamento usual iniciará com avaliação por médico psiquiatra, psicólogo, neuropsicólogo e nutricionista. Terminadas as avaliações é iniciado o tratamento ambulatorial e/ou hospitalar que consiste numa abordagem multidisciplinar. O tratamento que está sendo oferecido para você é o tratamento usual, sem o grupo de TCC. A sua participação ocorrerá de forma voluntária.

Caso você opte por não participar ou por desistir do estudo, não haverá danos para você ou sua família, e o tratamento oferecido será o mesmo independentemente da participação neste estudo.

O risco ou desconforto potencial deste estudo está associado à possibilidade dos pacientes não apresentarem melhora dos sintomas da anorexia nervosa. Caso venha a ocorrer, estes pacientes serão encaminhados para outras modalidades de tratamento. E em caso mais grave, de falha do tratamento ambulatorial ou piora dos sintomas da anorexia nervosa, com perda de peso significativa e/ou complicações clínicas da doença, os pacientes serão imediatamente encaminhados para o atendimento de internação psiquiátrica na enfermaria do SEPIA, sob os cuidados da equipe do PROTAD.

Há benefício direto para o participante, considerando este ser um estudo que apesar de não oferecer intervenção que tem por base a terapia cognitivo comportamental, oferece a abordagem multidisciplinar que é a indicada e reconhecida para o tratamento de pacientes com transtornos alimentares.

Garantia de acesso: em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a Dra. Bacy Fleitlich Bilyk que pode ser encontrada no Instituto de Psiquiatria, Rua Dr. Ovídio Pires de Campos no 785, pelo telefone (11) 2661-6508 ou por E-mail: bacyfb@gmail.com. Se você tiver alguma consideração ou dúvida ética sobre a ética da pesquisa, por favor, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) - Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5o andar – tel: 2661-6442 ramais 16, 17, 18 ou por E-mail: cappesq.adm@hc.fm.usp.br.

É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem prejuízo a continuidade de seu tratamento na Instituição.

Direito de Confidencialidade: as informações obtidas serão analisadas em conjunto com as de outros pacientes, não sendo divulgada a identificação de nenhum paciente.

Direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas – Você poderá decidir se quer ser informado sobre os resultados obtidos a qualquer momento do estudo. Nos casos necessários, os pesquisadores orientarão os pais e darão o devido encaminhamento ao paciente. Despesas e compensações: não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

O pesquisador se compromete a utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “Efetividade de um programa piloto de tratamento cognitivo comportamental em uma amostra de adolescentes brasileiros com anorexia nervosa”.

Eu discuti com a Dra. Bacy Fleitlich Bilyk e/ou sua equipe sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste serviço.

_____ Data ____/____/____
Assinatura do paciente

_____ Data ____/____/____
Assinatura da testemunha

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

_____ Data ____/____/____
Assinatura do responsável pelo estudo

Anexo L - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido TCLE - Versão Grupo Intervenção

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Versão para os pais ou responsável legal)

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME:
DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO : .M ☐ F ☐
DATA NASCIMENTO:/...../.....
ENDEREÇO Nº APTO:
BAIRRO: CIDADE
CEP: TELEFONE: DDD ... (.....).....
2. RESPONSÁVEL LEGAL
NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)
DOCUMENTO DE IDENTIDADE : SEXO: M ☐ F ☐
DATA NASCIMENTO:/...../.....
ENDEREÇO: Nº APTO:
BAIRRO: CIDADE:
CEP: TELEFONE: DDD (.....).....
-

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA

Efetividade de um programa piloto de tratamento cognitivo comportamental em uma amostra de adolescentes brasileiros com anorexia nervosa

PESQUISADOR : Dra. Bacy Fleitlich-Bilyk

Inscrição Conselho Regional nº 76370

CARGO/FUNÇÃO: Médica coordenadora do PROTAD (Programa de atendimento, ensino e pesquisa de transtornos alimentares na infância e adolescência).

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO ☒ RISCO MÉDIO ☐
RISCO BAIXO ☐ RISCO MAIOR ☐

4.DURAÇÃO DA PESQUISA: 24 meses

pesquisa ou responsável_____

Rubrica do sujeito de

Rubrica do pesquisador_____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estas informações estão sendo fornecidas para a participação voluntária do seu filho/a neste estudo, que visa avaliar um programa de tratamento psicológico em grupo para o tratamento de adolescentes com anorexia nervosa. O programa de tratamento será desenvolvido tendo por orientação a terapia cognitivo comportamental, que tem como objetivo trabalhar aspectos dos pensamentos, das emoções e dos comportamentos. Os resultados do estudo, caso sejam positivos, poderão trazer importantes informações sobre a possibilidade de um novo programa de tratamento para adolescentes com anorexia nervosa. Após a triagem inicial para ingresso de seu filho/a no serviço, ele/a será avaliado/a por médico psiquiatra, psicólogo, neuropsicólogo e nutricionista. Terminadas as avaliações de ingresso no serviço é iniciado o tratamento ambulatorial e/ou hospitalar que consiste numa abordagem multidisciplinar. Seu filho/a será convidado/a a participar de um tratamento psicológico, com sessões que serão realizadas no formato em grupo, uma vez por semana, com 1 hora e meia de duração, todas as quartas-feiras, durante 6 meses. Em cada encontro conversaremos sobre um assunto, como por exemplo: "o que é a anorexia", "como a anorexia nervosa se apresenta", "como penso", "como me sinto", "como me vejo", "como me alimento", "como me relaciono com as pessoas" e também faremos alguns exercícios práticos. Ao final, esperamos que seu filho/a entenda o que é a anorexia nervosa, como esta aparece em seus pensamentos e sentimentos, e como ele/a poderá combater a doença. A participação de seu filho/a ocorrerá de forma voluntária.

Caso você, que é o responsável pelo seu filho/a ou seu próprio/a filho/a opte por não participar ou por desistir do estudo, não haverá danos para ele/a ou sua família, e o tratamento oferecido será o mesmo independentemente da participação neste estudo.

O risco ou desconforto potencial deste estudo está associado à possibilidade dos pacientes não apresentarem melhora dos sintomas da anorexia nervosa. Caso venha a ocorrer, estes pacientes serão encaminhados para outras modalidades de tratamento. E em caso mais grave, de falha do tratamento ambulatorial ou piora dos sintomas da anorexia nervosa, com perda de peso significativa e/ou complicações clínicas da doença, os pacientes serão imediatamente encaminhadas para o atendimento de internação psiquiátrica na enfermaria do SEPIA, sob os cuidados da equipe do PROTAD.

Há benefício direto para o participante, considerando este ser um estudo de intervenção que tem por base a terapia cognitivo comportamental, que é a mais indicada e reconhecida para o tratamento de pacientes com transtornos alimentares. Portanto, a que oferece maior possibilidade de melhora no tratamento.

Garantia de acesso: em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a Dra. Bacy Fleitlich Bilyk que pode ser encontrada no Instituto de Psiquiatria, Rua Dr. Ovídio Pires de Campos no 785, pelo telefone (11) 2661-6508 ou por E-mail: bacyfb@gmail.com. Se você tiver alguma consideração ou dúvida ética sobre a ética da pesquisa, por favor, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) - Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5o andar – tel: 2661-6442 ramais 16, 17, 18 ou por E-mail: cappelq.adm@hc.fm.usp.br.

É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem prejuízo a continuidade de seu tratamento na Instituição.

Direito de Confidencialidade: as informações obtidas serão analisadas em conjunto com as de outros pacientes, não sendo divulgada a identificação de nenhum paciente.

Direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas – Você poderá decidir se quer ser informado sobre os resultados obtidos a qualquer momento do estudo. Nos casos necessários, os pesquisadores orientarão os pais e darão o devido encaminhamento ao

paciente. Despesas e compensações: não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

O pesquisador se compromete a utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “Efetividade de um programa piloto de tratamento cognitivo comportamental em uma amostra de adolescentes brasileiros com anorexia nervosa”.

Eu discuti com a Dra. Bacy Fleitlich Bilyk e/ou sua equipe sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste serviço.

_____ Data / /
Assinatura do pai/ mãe ou responsável

_____ Data / /
Assinatura da testemunha

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

_____ Data / /
Assinatura do responsável pelo estudo

Anexo M - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido TCLE - Versão Grupo Controle

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Versão para os pais ou responsável legal)

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME:
 DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO : .M ☐ F ☐
 DATA NASCIMENTO:/...../.....
 ENDEREÇO Nº..... APTO:
 BAIRRO: CIDADE
 CEP:..... TELEFONE: DDD ... (.....).....
2. RESPONSÁVEL LEGAL
 NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)
 DOCUMENTO DE IDENTIDADE :..... SEXO: M ☐ F ☐
 DATA NASCIMENTO:/...../.....
 ENDEREÇO: Nº APTO:
 BAIRRO:..... CIDADE:.....
 CEP: TELEFONE: DDD (.....).....

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA

Efetividade de um programa piloto de tratamento cognitivo comportamental em uma amostra de adolescentes brasileiros com anorexia nervosa

PESQUISADOR : Dra. Bacy Fleitlich-Bilyk

Inscrição Conselho Regional nº 76370

CARGO/FUNÇÃO: Médica coordenadora do PROTAD (Programa de atendimento, ensino e pesquisa de transtornos alimentares na infância e adolescência).

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO ☒ RISCO MÉDIO ☐
 RISCO BAIXO ☐ RISCO MAIOR ☐

4.DURAÇÃO DA PESQUISA: 24 meses

pesquisa ou responsável_____ Rubrica do sujeito de

Rubrica do pesquisador_____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estas informações estão sendo fornecidas para a participação voluntária do seu filho/a neste estudo, que visa avaliar um programa de tratamento psicológico em grupo para o tratamento de adolescentes com anorexia nervosa em comparação ao tratamento usual. O grupo de TCC tem por orientação a terapia cognitivo comportamental, que tem como objetivo trabalhar aspectos dos pensamentos, das emoções e dos comportamentos. Os resultados do estudo, caso sejam positivos, poderão trazer importantes informações sobre a possibilidade de um novo programa de tratamento para adolescentes com anorexia nervosa. Após a triagem inicial para ingresso de seu filho/a no serviço, o tratamento usual iniciará com avaliação por médico psiquiatra, psicólogo, neuropsicólogo e nutricionista. Terminadas as avaliações é iniciado o tratamento ambulatorial e/ou hospitalar que consiste numa abordagem multidisciplinar. O tratamento que está sendo oferecido para seu filho/a é o tratamento usual, sem o grupo de TCC. A participação de seu filho/a ocorrerá de forma voluntária.

Caso você, que é o responsável pelo seu filho/a ou seu próprio/a filho/a opte por não participar ou por desistir do estudo, não haverá danos para ele/a ou sua família, e o tratamento oferecido será o mesmo independentemente da participação neste estudo.

O risco ou desconforto potencial deste estudo está associado à possibilidade dos pacientes não apresentarem melhora dos sintomas da anorexia nervosa. Caso venha a ocorrer, estes pacientes serão encaminhados para outras modalidades de tratamento. E em caso mais grave, de falha do tratamento ambulatorial ou piora dos sintomas da anorexia nervosa, com perda de peso significativa e/ou complicações clínicas da doença, os pacientes serão imediatamente encaminhadas para o atendimento de internação psiquiátrica na enfermaria do SEPIA, sob os cuidados da equipe do PROTAD.

Há benefício direto para o participante, considerando este ser um estudo que apesar de não oferecer intervenção que tem por base a terapia cognitivo comportamental, oferece a abordagem multidisciplinar que é a indicada e reconhecida para o tratamento de pacientes com transtornos alimentares.

Garantia de acesso: em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a Dra. Bacy Fleitlich Bilyk que pode ser encontrada no Instituto de Psiquiatria, Rua Dr. Ovídio Pires de Campos no 785, pelo telefone (11) 2661-6508 ou por E-mail: bacyfb@gmail.com. Se você tiver alguma consideração ou dúvida ética sobre a ética da pesquisa, por favor, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) - Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5o andar – tel: 2661-6442 ramais 16, 17, 18 ou por E-mail: cappesq.adm@hc.fm.usp.br.

É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem prejuízo a continuidade de seu tratamento na Instituição.

Direito de Confidencialidade: as informações obtidas serão analisadas em conjunto com as de outros pacientes, não sendo divulgada a identificação de nenhum paciente.

Direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas – Você poderá decidir se quer ser informado sobre os resultados obtidos a qualquer momento do estudo. Nos casos necessários, os pesquisadores orientarão os pais e darão o devido encaminhamento ao paciente. Despesas e compensações: não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

O pesquisador se compromete a utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “Efetividade de um programa piloto de tratamento cognitivo comportamental em uma amostra de adolescentes brasileiros com anorexia nervosa”.

Eu discuti com a Dra. Bacy Fleitlich Bilyk e/ou sua equipe sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste serviço.

_____ Data / ____ / ____
Assinatura do pai/ mãe ou responsável

_____ Data ____ / ____ / ____
Assinatura da testemunha

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

_____ Data ____ / ____ / ____
Assinatura do responsável pelo estudo

8 REFERÊNCIAS

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 1994.
2. Goodman R, Ford T, Richards H, Gatward R, Meltzer H. The Development and Well-Being Assessment: description and initial validation of an integrated assessment of child and adolescent psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry*. 2000;41(5):645-55.
3. Organização Mundial da Saúde. *CID-10 Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde*. 10^a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997.
4. American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 5^a ed. Nascimento MI, et al., trad.. Porto Alegre: Artmed; 2014.
5. Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, Nielsen S. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68(7):724-31.
6. Boehm I, Finke B, Tam FI, Fittig E, Scholz M, Gantchev K, Roessner V, Ehrlich S. Effects of perceptual body image distortion and early weight gain on long-term outcome of adolescent anorexia nervosa. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2016;25(12):1319-26.

7. Attia E, Roberto CA. Should amenorrhea be a diagnostic criterion for anorexia nervosa? *Int J Eat Disord.* 2009;42(7):581-9.
8. Bryant-Waugh R, Lask B. Overview of the eating disorders. In: Lask B, Bryant-Waugh R (Ed.). *Eating disorders in childhood and adolescence.* 3rd ed. London: Routledge Taylor & Francis Group; 2007. p. 35-50.
9. Pinzon VD. Anorexia e bulimia nervosa: quadro clínico e comorbidades. In: Weinberg C (Ed.). *Transtornos alimentares na infância e adolescência: uma visão multidisciplinar.* São Paulo: Sá Editora; 2008. p. 77-88.
10. de la Rie SM, Noordenbos G, van Furth EF. Quality of life and eating disorders. *Qual Life Res.* 2005;14(6):1511-22.
11. Halvorsen I, Heyerdahl S. Girls with anorexia nervosa as young adults: personality, self-esteem, and life satisfaction. *Int J Eat Disord.* 2006;39(4):285-93.
12. Mehler PS, Krantz MJ, Sachs KV. Treatments of medical complications of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *J Eat Disord.* 2015;3:15.
13. Weinberg C. Adolescência e Transtornos Alimentares. In: Weinberg (Ed.). *Transtornos alimentares na infância e adolescência: uma visão multidisciplinar.* São Paulo: Sá Editora; 2008. p. 48-58.
14. Cerniglia L, Cimino S, Tafà M, Marzilli E, Ballarotto G, Bracaglia F. Family profiles in eating disorders: family functioning and psychopathology. *Psychol Res Behav Manag.* 2017;10:305-12.

15. Pinzon VD. *Impacto de comorbidades psiquiátricas e de outros fatores de risco na resposta ao tratamento de crianças e adolescentes com transtornos alimentares* [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2012.
16. Salbach-Andrae H, Lenz K, Simmendinger N, Klinkowski N, Lehmkuhl U, Pfeiffer E. Psychiatric comorbidities among female adolescents with anorexia nervosa. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2008;39(3):261-72.
17. Cederlöf M, Thornton LM, Baker J, Lichtenstein P, Larsson H, Rück C, Bulik CM, Mataix-Cols D. Etiological overlap between obsessive-compulsive disorder and anorexia nervosa: a longitudinal cohort, multigenerational family and twin study. *World Psychiatry*. 2015;14(3):333-8.
18. Fleitlich BW, Larino MA, Cobelo A, Cordás TA. Anorexia nervosa na adolescência. *J Pediatría*. 2000;76:S323-S9.
19. de Onis M, Onyango AW, Borghi E, Siyam A, Nishida C, Siekmann J. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bull World Health Organ*. 2007;85(9):660-7.
20. Swanson SA, Crow SJ, Le Grange D, Swendsen J, Merikangas KR. Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68(7):714-23.

21. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*. 2007;61(3):348-58.
22. Hoek HW. Review of the worldwide epidemiology of eating disorders. *Curr Opin Psychiatry*. 2016;29(6):336-9.
23. Fleitlich-Bilyk B, Goodman R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004;43(6):727-34.
24. Moya T, Fleitlich-Bilyk B, Goodman R. Brief report: young people at risk for eating disorders in Southeast Brazil. *J Adolesc*. 2006;29(2):313-7.
25. Hoek HW, van Hoeken D. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *Int J Eat Disord*. 2003;34(4):383-96.
26. Hoek HW. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Curr Opin Psychiatry*. 2006;19:389-94.
27. Alckmin-Carvalho F, Cobelo AW, Melo MHdS, Zeni R, Pinzon VD. Age and gender changes in children and adolescent patients of a Brazilian eating disorder program. *Arch Clin Psychiatry (São Paulo)*. 2017;44(4):33-4.
28. American Psychiatric Association. *Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders*. 3th ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 2006.

29. Castro-Fornieles J, Casulà V, Saura B, Martínez E, Lazaro L, Vila M, Plana MT, Toro J. Predictors of weight maintenance after hospital discharge in adolescent anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*. 2007;40(2):129-35.
30. Wild B, Friederich HC, Zipfel S, Resmark G, Giel K, Teufel M, Schellberg D, Löwe B, de Zwaan M, Zeeck A, Herpertz S, Burgmer M, von Wietersheim J, Tagay S, Dinkel A, Herzog W. Predictors of outcomes in outpatients with anorexia nervosa - Results from the ANTOP study. *Psychiatry Res*. 2016;244:45-50.
31. Alckmin-Carvalho F, Bergamo JVC, Fabbri AW, A. Pinzon VD, Melo MHDS. Evidence-based psychotherapy for treatment of anorexia nervosa in children and adolescents: systematic review. *Arch Clin Psychiatry (São Paulo)*. [no prelo].
32. Lock J, Le Grange D. *Treatment manual for anorexia nervosa: a family based approach*. Nova Iorque: Guilford Publications; 2015.
33. NICE - National Institute for Health and Care Excellence. Eating disorders: recognition and treatment. Disponível em: <<https://www.nice.org.uk/guidance/ng69/chapter/Recommendations2017>>. Acesso em: 20 jul 2017.
34. Melo WVO. *Estratégias psicoterápicas e a terceira onda em terapia cognitiva*. Novo Hamburgo: Sinopys; 2014.

35. Bandeira GR, Oliveira CT. Tratamento da anorexia nervosa nas terapias cognitivo-comportamentais de terceira geração. *Rev Bras Ter Cong.* 2015;11(2):105-12.
36. Pereira M, Rangé B. Terapia Cognitiva. In: Rangé B. et al. *Psicoterapias cognitivo-comportamentais um diálogo com a psiquiatria.* 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2011. p. 20-32.
37. Galsworthy-Francis L, Allan S. Cognitive Behavioural Therapy for anorexia nervosa: a systematic review. *Clin Psychol Rev.* 2014;34(1):54-72.
38. Beck JS. *Teoria cognitiva: teoria e prática.* Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
39. Beck AT. *Cognitive therapy and emotional disorders.* New York: International Universities Press; 1976.
40. Persons JB. *Cognitive therapy in practice.* New York: W. W. Norton; 1989.
41. Knapp P, Beck AT. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Rev Bras Psiquiatr.* 2008; 30(Suppl. 2):s54-64.
42. Fairburn CG. *Cognitive behavior therapy and eating disorders.* New York: The Guilford Press; 2008.
43. Beck AT. The current state of cognitive therapy: A 40-year retrospective. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62(9):953-9.

44. Beck AT, Dozois DJ. Cognitive therapy: current status and future directions. *Annu Rev Med*. 2011;62:397-409.
45. Porto PR, Oliveira L, Mari J, Volchan E, Figueira I, Ventura P. Does cognitive behavioral therapy change the brain? A systematic review of neuroimaging in anxiety disorders. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2009;21(2):114-25.
46. Garner DM, Bemis KM. A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa. *Cog Ther Res*. 1982;6(2):123-50.
47. Garner DM, Vitousek KM, Pike KM. Cognitive-behavioral therapy for anorexia nervosa. In: Garner DM, Garfinkel PE (Eds.). *Handbook for treatment of eating disorders*. New York: The Guilford Press; 1997. p. 94-144.
48. Garner DM, Bemis KM. Cognitive therapy for anorexia nervosa. In: Garner DM, Garfinkel PE (Eds.). *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*. New York: The Guilford Press; 1985. p. 107-46.
49. Pike KM, Walsh BT, Vitousek K, Wilson GT, Bauer J. Cognitive behavior therapy in the posthospitalization treatment of anorexia nervosa. *Am J Psychiatry*. 2003;160(11):2046-9.
50. Ball J, Mitchell P. A randomized controlled study of cognitive behavior therapy and behavioral family therapy for anorexia nervosa patients. *Eat Disord*. 2004;12(4):303-14.

51. Fairburn CG, Cooper Z, Shafran R. Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment. *Behav Res Ther.* 2003;41(5):509-28.
52. Murphy R, Straebl S, Cooper Z, Fairburn CG. Cognitive behavioral therapy for eating disorders. *Psychiatr Clin North Am.* 2010;33(3):611-27.
53. McIntosh VV, Jordan J, Carter FA, Luty SE, McKenzie JM, Bulik CM, Frampton CM, Joyce PR. Three psychotherapies for anorexia nervosa: a randomized, controlled trial. *Am J Psychiatry.* 2005;162(4):741-7.
54. Bulik CM, Berkman ND, Brownley KA, Sedway JA, Lohr KN. Anorexia nervosa treatment: a systematic review of randomized controlled trials. *Int J Eat Disord.* 2007;40(4):310-20.
55. Hay PJ, Touyz S, Sud R. Treatment for severe and enduring anorexia nervosa: a review. *Aust N Z J Psychiatry.* 2012;46(12):1136-44.
56. Bowers WA, Andersen AE. Inpatient treatment of anorexia nervosa: Review and recommendations. *Harvard Rev Psychiatry.* 1994:193-203.
57. Keel PK, Haedt A. Evidence-based psychosocial treatments for eating problems and eating disorders. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2008;37(1):39-61.
58. Lock J, Fitzpatrick KK. Advances in psychotherapy for children and adolescents with eating disorders. *Am J Psychother.* 2009;63(4):287-303.

59. Serfaty MA, Turkington D, Heap M, Ledsham L, Jolley E. Cognitive therapy versus dietary counselling in the outpatient treatment of anorexia nervosa: effects of the treatment phase. *Eur Eat Disord Rev.* 1999;7:334-50.
60. Gowers SG, Clark A, Roberts C, Griffiths A, Edwards V, Bryan C, Smethurst N, Byford S, Barrett B. Clinical effectiveness of treatments for anorexia nervosa in adolescents: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry.* 2007;191:427-35.
61. Leung N, Waller G, Thomas G. Group cognitive-behavioural therapy for anorexia nervosa: A case for treatment? *Eur Eat Disord Rev.* 1999;7:351-61.
62. Ricca V, Castellini G, Lo Sauro C, Mannucci E, Ravaldi C, Rotella F, Faravelli C. Cognitive-behavioral therapy for threshold and subthreshold anorexia nervosa: a three-year follow-up study. *Psychother Psychosom.* 2010;79(4):238-48.
63. Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, O'Connor ME, Palmer RL, Dalle Grave R. Enhanced cognitive behaviour therapy for adults with anorexia nervosa: a UK-Italy study. *Behav Res Ther.* 2013;51(1):R2-8.
64. Dalle Grave R, Calugi S, Doll HA, Fairburn CG. Enhanced cognitive behaviour therapy for adolescents with anorexia nervosa: an alternative to family therapy? *Behav Res Ther.* 2013;51(1):R9-R12.

65. Turkiewicz G, Pinzon V, Lock J, Fleitlich-Bilyk B. Feasibility, acceptability, and effectiveness of family-based treatment for adolescent anorexia nervosa: an observational study conducted in Brazil. *Rev Bras Psiquiatr.* 2010;32(2):169-72.
66. Pinzon Vanessa, Gonzaga Ana Paula, Cobelo Alícia, Labaddia Eunice, Belluzzo Patrícia, Fleitlich-Bilyk Bacy. Peculiaridades do tratamento da anorexia e da bulimia nervosa na adolescência: a experiência do PROTAD. *Rev Psiquiatr Clín.* 2004; 31(4):167-9.
67. Moya T, Fleitlich-Bilyk B. Waiting list for treatment of eating disorders in childhood and adolescence. *Rev Bras Psiquiatr.* 2003; 25(4):259-60.
68. March JS, Mulle K. OCD in *Children and adolescents a cognitive behavioral treatment manual*. New York: The Guilford Press; 1998. 295 p.
69. Stallard P. *Guia do terapeuta para os bons pensamentos - Bons sentimentos: utilizando a terapia cognitivo comportamental com crianças e adolescentes*. Porto Alegre: Artmed; 2007.
70. Caminha RM, Caminha MG. *Baralho das emoções: acessando a criança no trabalho clínico*. Porto Alegre: Sinopsys; 2008.
71. Rangé B, organizador. *Psicoterapia comportamental e cognitiva de transtornos psiquiátricos*. Campinas: Editorial Psy; 1995.
72. Fairburn CG, Beglin SJ. Assessment of eating disorders: interview or self-report questionnaire? *Int J Eat Disord.* 1994;16(4):363-70.

-
73. Shaffer D, Gould MS, Brasic J, Ambrosini P, Fisher P, Bird H, Aluwahlia S. A children's global assessment scale (CGAS). *Arch Gen Psychiatry*. 1983;40(11):1228-31.
 74. Rosenberg M. *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press; 1965.
 75. Hutz CS. *Adaptação brasileira da escala de auto-estima de Rosenberg*. *Manuscrito não-publicado*. Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2000.
 76. Hutz CS, Zanon C. Revisão da adaptação, validação e normatização da escala de autoestima de Rosenberg: Revision of the adaptation, validation, and normatization of the Roserberg self-esteem scale. *Aval Psicol*. 2011;10:41-9.
 77. Rieger E, Touyz SW, Beumont PJ. The Anorexia Nervosa Stages of Change Questionnaire (ANSOCQ): information regarding its psychometric properties. *Int J Eat Disord*. 2002;32(1):24-38.
 78. Segabinazi JD, Giacomoni CH, Dias ACG, Teixeira MAP, Moraes DAO. Desenvolvimento e validação preliminar de uma escala multidimensional de satisfação com a vida para adolescentes. *Psic Teorie Pesq*. 2010;26(4):653-9.

79. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. ABEP. 2008. *Dados com base no levantamento sócio-econômico - 2005 - IBOPE*. Disponível em: <<http://www.abep.org.2008>>. Acesso em: 22 jul 2013.
80. Harris PA, Taylor R, Thielke R, Payne J, Gonzalez N, Conde JG. Research electronic data capture (REDCap) - A metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support. *J Biomed Inform.* 2009;42(2):377-81.
81. IBM Corp. Released. *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 24.0*. Armonk, NY: IBM Corp; 2016..
82. Milos G, Spindler A, Ruggiero G, Klaghofer R, Schnyder U. Comorbidity of obsessive-compulsive disorders and duration of eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2002;31(3):284-9.
83. Zipfel S, Wild B, Groß G, Friederich HC, Teufel M, Schellberg D, Giel KE, de Zwaan M, Dinkel A, Herpertz S, Burgmer M, Löwe B, Tagay S, von Wietersheim J, Zeeck A, Schade-Brittinger C, Schauenburg H, Herzog W; ANTOP study group. Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimised treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study): randomised controlled trial. *Lancet.* 2014;383(9912):127-37.

84. Carter JC, McFarlane TL, Bewell C, Olmsted MP, Woodside DB, Kaplan AS, Crosby RS. Maintenance treatment for anorexia nervosa: a comparison of cognitive behavior therapy and treatment as usual. *Int J Eat Disord.* 2009;42(3):202-7.
85. Vitousek K, Watson S, Wilson GT. Enhancing motivation for change in treatment-resistant eating disorders. *Clin Psychol Rev.* 1998;18(4):391-420.

APÊNDICES

Apêndice A - Manual dos Terapeutas Programa Piloto TCC

Guia do Terapeuta TCC

FASE I
Sessão 2

Apresentação dos adolescentes e da equipe

Objetivos

1. Iniciar o desenvolvimento da relação terapêutica acolhendo os novos pacientes;
2. Levantar as expectativas dos pacientes em relação ao grupo;
3. Explicar os objetivos do grupo e elaborar as regras com os participantes;
4. Elaboração da História de Vida (em sessão)

Tópicos a serem abordados na sessão:

1.
 - Boas vindas aos participantes
 - Dinâmica de apresentação
 - Explicação sobre o sigilo e a participação ativa de cada paciente (que precisa sentir-se no controle)
2.
 - Levantar o que esperam do grupo
 - Qual o nível de conhecimento sobre psicoterapia e sobre a TCC
3.
 - Explicar sobre os objetivos. Ajudá-los:
 - A combater a AN
 - Na descoberta compartilhada pelo conhecimento de cada um sobre si.
 (Enfatizar o interesse em conhecê-los enquanto pessoas, independente da AN)
 - Elaborar as regras com o grupo (Horário, pontualidade, número de sessões, faltas e atrasos, organização das sessões, desistência do tratamento, respeito ao outro ao ouvir e comentar, sigilo entre os participantes, atividades para serem realizadas em casa)
4.
 - Elaboração da História de Vida (em sessão) incluindo passado, presente e futuro (objetivo de vida). Tópicos a serem abordados: Situações que marcaram a sua vida (em relação à família, escola e amigos) de forma positiva e ou negativa; medos e momentos de alegria marcantes. O que pensou sobre si, sobre os outros e sobre o futuro nestes momentos marcantes. Problemas com a alimentação, forma e peso ao longo da vida. Mudanças e objetivos desejados para o futuro. Como gostaria de ser conhecida.

Atividade da semana: Levar para casa a história de vida para refletir e completar com as informações que consideram importantes, marcantes em suas vidas. Trazer na próxima sessão.

Elaboração: Paula Pegado e Dra Bacy Fleitlich-Bilyk. Fonte: Adaptado de Gamer, Vitousek and Pike, 1997; March and Mulle, 1996; Fairburn, 2006.

Guia do Terapeuta TCC

FASE I
Sessão 3

Anorexia Nervosa

Objetivos

1. Psicoeducar a respeito da AN (mesmo dos pais) com foco nos prejuízos acarretados pela doença.
2. História de vida relativa à AN.
3. Construir motivação para mudança.

Tópicos a serem abordados na sessão:

1.
 - Etiologia, sintomas, gravidade da doença, efeitos físicos, sociais e psicológicos, comorbidades, possíveis tratamentos (incluindo a TCC), preocupação sobre forma e corpo, pensamentos da AN, julgamento da autoestima, comparações com os outros, marginalização de outras áreas da vida, rigidez, perfeccionismo, verificação do peso, importância do comer regular. Problemas físicos (Sentir frio e fraqueza, sentir-se cheio, problemas ósseos, cardíacos e de crescimento) sociais (isolamento, dificuldade de socializar, perpetuação da doença) psicológicos (excessiva preocupação com a alimentação, dificuldade de concentração, indecisão, tristeza, inflexibilidade (rigidez, falta de espontaneidade)).
2.
 - Retorno à atividade sobre a História de vida, com ênfase na anorexia e nos objetivos de vida daqui há 6 meses a 1 ano.
3.
 - Refletir sobre o que gostariam de mudar em suas vidas/ objetivos de vida daqui há 6 meses a 1 ano e a longo prazo e avaliar se é possível conciliar com a anorexia (motivação para o tratamento)
 - Propor a reflexão sobre as vantagens e desvantagens de viver com a AN (folha de atividade escrita).

Atividade da semana: Levar para casa a lista de vantagens e desvantagens e refletir sobre mais vantagens ou desvantagens, incluindo as consequências físicas, psicológicas e sociais da doença. Trazer na próxima sessão.

Elaboração: Paula Pegado e Dra Bacy Fleitlich-Bilyk. Fonte: Adaptado de Gamer, Vitousek and Pike, 1997; March and Mulle, 1996; Fairburn, 2006.

Guia do Terapeuta TCC

TCC e AN

FASE I
Sessão 4Objetivos

1. Psicoeducar a respeito da TCC.
2. Garantir que os pacientes saibam diferenciar pensamentos, emoções e comportamentos.
3. Refletir sobre como seria o diagrama que representaria graficamente a doença sob a ótica da TCC.

Tópicos a serem abordados na sessão:

1. Utilizar o Diagrama para demonstrar a relação entre pensamentos, emoções e comportamentos
2. Exercício para diferenciar pensamentos, emoções e comportamentos (folha de atividade escrita)
3. Desenvolver o Diagrama AN e TCC

Atividade da Semana: completar a formulação com mais dados em casa. Trazer na próxima sessão.

Elaboração: Paula Pegado e Dra Bacy Fleitlich-Bilyk. Fonte: Adaptado de Garner, Vitousek and Pike, 1997; March and Mullo, 1998; Fairburn, 2008.

Guia do Terapeuta TCC

Sentimentos

FASE I
Sessão 5Objetivos

1. Psicoeducar a respeito dos sentimentos, formas de expressão e manejo
2. Introduzir o automonitoramento destacando a sua importância.
3. Apresentar o diário alimentar.

Tópicos a serem abordados na sessão:

1. Apresentar o baralho das emoções (Caminha e Caminha, 2011) solicitando que expressem suas emoções associadas à doença. A partir deste dia, utilizá-lo em todas as sessões subsequentes como ferramenta facilitadora para a expressão das emoções.
- 2 e 3. Apresentar o diário alimentar, explicando a importância do seu preenchimento, dando ênfase no preenchimento da coluna dedicada às emoções

Atividade da Semana: automonitoramento - diário alimentar.

Elaboração: Paula Pegado e Dra Bacy Fleitlich-Bilyk. Fonte: Adaptado de Garner, Vitousek and Pike, 1997; March and Mullo, 1998; Fairburn, 2008.

Guia do Terapeuta TCC

Pensamentos

FASE I Sessão 6

Objetivos

1. Psicoeducar a respeito dos pensamentos
2. Apresentar os pensamentos distorcidos mais comuns nos pacientes com AN
3. Introduzir a externalização da doença

Tópicos a serem abordados na sessão:

1. Dar ênfase à coluna dos pensamentos no diário alimentar
2. Apresentar os óculos (Stallard, 2007) que interferem na interpretação das situações (que representam os pensamentos distorcidos)
3. Exercício para diferenciar os pensamentos do paciente, dos pensamentos da AN (folha de atividade escrita).

Atividade da Semana: automonitoramento - diário alimentar.

Elaboração: Paula Pegado e Dra Bacy Fleitlich-Bilyk. Fonte: Adaptado de Gamer, Vitousek and Pike, 1997; March and Mulle, 1996; Fairburn, 2006.

Guia do Terapeuta TCC

Comportamentos orientados por pensamentos e sentimentos

FASE I Sessão 7

Objetivos

1. Psicoeducar a respeito dos comportamentos, orientados pelos pensamentos e sentimentos.
2. Reforçar a importância de ficar atento às armadilhas presentes nos pensamentos distorcidos e nos pensamentos da AN

Tópicos a serem abordados na sessão:

1. Dar ênfase à coluna dos comportamentos no diário alimentar
2. Propor uma atividade na qual os pacientes tentarão descobrir qual pensamento distorcido está mais presente em seu diário alimentar. Utilizar os óculos que representem tais pensamentos

Atividade da Semana: automonitoramento - diário alimentar.

Elaboração: Paula Pegado e Dra Bacy Fleitlich-Bilyk. Fonte: Adaptado de Gamer, Vitousek and Pike, 1997; March and Mulle, 1996; Fairburn, 2006.

Guia do Terapeuta TCC

TEMA 1 - Avaliando a evolução no tratamento

FASE II (Sessão 8 - 19)
Ordem sugerida: **TEMA 1**

Objetivos

1. Auxiliar os pacientes a rever todas as atividades realizadas por eles e avaliar seu progresso
2. Identificar o que mais ajudou os pacientes até o momento do tratamento (na opinião deles)
3. Identificar as principais dificuldades e barreiras enfrentadas pelos pacientes no momento, que atrapalham o processo de mudança
3. Levantar as principais crenças associadas ao problema alimentar

Tópicos a serem abordados na sessão:

1. Apresentar todas as atividades realizadas pelos pacientes e solicitar que revejam e concluam sobre o seu progresso no tratamento
2. Propor a discussão em grupo do que foi mais importante e útil entre as atividades e assuntos abordados até o momento
3. Identificar quais problemas persistem e precisam ser trabalhados em sessão, quais as barreiras mais comuns enfrentadas pelos pacientes (medo de mudar e não ter mais a desculpa de não ter sucesso por estar doente; medo de perder ganhos que teve com a doença; medo de deixar de ser "especial"; resistência característica a qualquer tipo de mudança; medo das consequências acarretadas com a mudança; situações externas ou internas, interpessoais, que dificultam a mudança; dificuldade em planejar, perfeccionismo clínico, depressão clínica, não gostar da abordagem terapêutica, e outros levantados pelos pacientes).
4. Propor a discussão e atividade escrita sobre as crenças associadas ao problema alimentar: "Se eu for magra, então... (serei / isso significará que) ...", "Se eu ganhar peso, então... (serei / isso significará que)..." (Foco no presente e no futuro. Levantamento de dados sobre si/ o mundo (os outros) e/ o futuro. O que isso significará para mim?/ O que penso que mudará (ou poderá mudar) para os outros? / Como penso que será o meu futuro se isso acontecer?

Atividade da semana: Fazer uma lista das mudanças conquistadas até o momento e como fez para alcançá-las

Elaboração: Paula Pegado e Dra Bacy Fleitlich-Bilyk. Fonte: Adaptado de Garner, Vitousek and Pike, 1997; March and Mulle, 1998; Fairburn, 2008.

Guia do Terapeuta TCC

TEMA 2 - Sentir-se gordo(a) - Sentimentos e sensações confusas

FASE II (Sessão 8 - 19)
Ordem sugerida: **TEMA 2**

Objetivos

1. Psicoeducar a respeito da sensação de sentir-se gordo(a). Identificar quais sentimentos e/ou sensações estão sendo experimentadas ao mesmo tempo e que podem ser confusas.
2. Identificar quais pensamentos disfuncionais estão influenciando tais experiências

Tópicos a serem abordados na sessão:

1. - Questionar se há momentos do dia em que se sente gordo(a) de maneira intensa e outros momentos em que isso não ocorre na mesma intensidade. A forma do corpo pode sofrer tantas mudanças em um período tão curto de tempo? O que está por trás destas flutuações?
 - Quais gatilhos desencadeiam essas mudanças de sentimentos e sensações? (os mais comuns: a presença de estados de humor negativos e alguns comportamentos ou sensações físicas que aumentam a consciência corporal).
 - Comportamentos gatilhos, sentimentos e sensações confusas: se comparar aos outros, verificar partes do corpo, sentir-se deprimido(a), solitário(a), entediado(a), sensação de estar cheio(a), quente, suado(a), inchado(a), das coxas encostarem uma na outra, da roupa estar apertada. (Placa sentimentos e sensações confusas).
 - Destacar: "O problema pode estar na sua interpretação das sensações, e não na sensação em si"
 - Explicar que a sensação de fome para grande parte dos pacientes com baixo peso é confusa, por isso deve ser balizada pelo outro, por isso a necessidade de regular os horários da alimentação.
 - Solicitar que circulem as placas com os sentimentos e sensações confusas mais comuns em suas vidas.
2. Dinâmica com os olhos da atenção seletiva, pensamento dicotômico, filtro negativo, supergeneralização e catastrofização. Além do foco nos pensamentos da AN, e nos associados ao perfeccionismo e à baixa autoestima.
Destacar: "O problema pode estar na sua interpretação do fato, e não no fato em si!
A situação pode não ser como lhe parece!"

Atividade de semana: Levantar em casa as distorções ou erros de interpretação mais comuns presentes no diário alimentar. Monitorar em tempo real, escrevendo a situação, o que pensou sobre aquela situação e o erro de interpretação.

Elaboração: Paula Pegado e Dra Bacy Fleitlich-Bilyk. Fonte: Adaptado de Garner, Vitousek and Pike, 1997; March and Mulle, 1998; Fairburn, 2008.

Guia do Terapeuta TCC

TEMA 3 - O paciente avalia-se baseado em que áreas da vida

FASE II (Sessão 8 - 19)

Ordem sugerida: **TEMA 3**

Objetivos

1. Provocar a reflexão dos pacientes para que identifiquem o seu método de autoavaliação e áreas da vida enfocadas no momento
2. Questionar a validade do seu sistema de autoavaliação, considerando os seus planos futuros

Tópicos a serem abordados na sessão:

1. Propor uma atividade, na qual os pacientes responderão a algumas perguntas e depois representarão em um gráfico (formato de pizza) o tempo dedicado a cada área no momento. (Perguntas: Para mim o mais importante na vida é... Me sinto feliz quando...)
2.
 - Levantar a opinião de cada paciente a respeito do seu gráfico para saber o grau de satisfação com o mesmo. Avaliar se as áreas de vida enfocadas no gráfico estão em equilíbrio com as demais áreas. Pontos a serem levantados: o risco de ter um gráfico com uma fatia muito dominante, que além do risco, restringe, limita a vida; o descuido de outros aspectos da vida; a redução do sentido da vida a controlar a alimentação, forma e peso; a limitação do julgamento baseado na aparência, peso e capacidade de controlá-los, já que um dia acaba; o quanto do gráfico é dedicado a atividades ligadas a desempenho (ocupado pelo perfeccionismo) e quanto dele é dedicado a atividades prazerosas, permitindo espaço para a espontaneidade. Se o paciente for escrever um dia uma autobiografia, o que dirá sobre si: "quem foi "nome da paciente" durante a vida, o que fez ao longo da vida?".
 - Apontar para a necessidade de mudanças no gráfico de autoavaliação, aumentando a importância de envolver-se em outros interesses e áreas da vida, além do peso, forma e habilidade de controle dos mesmos.
 - Fazer uma lista com as consequências de se avaliar com base no peso, forma corporal capacidade de controle de ambos.

Atividade de semana: Levar para casa o gráfico com as áreas de vida com maior enfoque no momento para refletir e identificar mais atividades e interesses.

Elaboração: Paula Pegado e Dra Bacy Fleitlich-Bilyk. Fonte: Adaptado de Gamer, Vitousek and Pike, 1997, March and Mullen, 1996, Fairburn, 2006.

Guia do Terapeuta TCC

TEMA 4 - Quem é o paciente, sem AN

FASE II (Sessão 8 - 19)

Ordem sugerida: **TEMA 4**

Objetivos

1. Estimular o autoconhecimento
2. Ampliar os seus interesses

Tópicos a serem abordados na sessão:

1. - Levantar habilidades e qualidades (atividade escrita). Regra: As qualidades não podem estar relacionadas a peso, forma corporal ou capacidade de controle dos mesmos.
 - Dinâmica para o compartilhamento da percepção de habilidades e qualidades comuns. Cada paciente deverá escrever 4 habilidade e/ou qualidades que reconhece em si em papéis separados, dobrar os papéis e entregar para o participante do grupo que ele julga ter a mesma que ele. Caso não encontre alguém com a mesma qualidade ou habilidade deverá guardar o papel para si.
 - Acrescentar as qualidades e/ou habilidades percebidas pelos outros à lista elaborada inicialmente, caso concorde
2. - Após refletir sobre suas qualidades e habilidades levantar atividades (que não exijam esforço físico) que sejam do seu interesse e ao mesmo tempo prazerosas. Identificar quais áreas da vida gostaria de dedicar mais tempo no gráfico.
 - Escolher uma atividade nova para fazer
 - Levantar a importância desta mudança para sua vida
 - Definir dia e horário
 - Identificar as possíveis barreiras e como lidar com elas
 - Levantar o grau de confiança em realizar a atividade.
 - Identificar se há necessidade de modificar o plano para aumentar as chances de sucesso para conseguir realizar a atividade (dependendo do grau de confiança do paciente)

Atividade da semana

- Completar a lista de qualidades e habilidades com mais dados, a serem coletados em casa com parentes e amigos e escolher uma nova atividade.

Obs.: Solicitar que venham com uma roupa mais justa ao corpo na próxima sessão.

Elaboração: Paula Pegado e Dra Bacy Fleitlich-Bilyk. Fonte: Adaptado de Gamer, Vitousek and Pike, 1997, March and Mullen, 1996, Fairburn, 2006.

Guia do Terapeuta TCC

TEMA 5 - Treino de Modulação da Emoção e Resolução de Problemas

FASE II (Sessão 8 - 19)

Ordem sugerida: **TEMA 5**

Objetivos

1. Levantar quais estratégias utilizadas pelos pacientes para regular o seu estado emocional.
2. Psicoeducar a respeito de estratégias funcionais para lidar com estados emocionais aversivos

Tópicos a serem abordados na sessão:

1. Questionar provocando a reflexão do grupo com algumas perguntas, tais como: Como cada um equilibra o seu estado emocional? Quais estratégias utilizam? Funcionam? Quais as consequências?
2. Explicar que influências externas e internas podem influenciar nosso estado emocional. No entanto, podemos utilizar estratégias funcionais, com consequências positivas, para equilibrá-lo.

Método de modulação do estado emocional.

1. "Acalme-se" (Rangé, 1995).

Treino de resolução de problemas

1. Entregar a folha de atividade escrita. Solicitar que tentem lembrar de uma situação/ problema recente
2. Descrever a sequência: Fato/ Situação - gatilho - sentimento - pensamento - comportamento
3. Auxiliar o paciente a analisar a sequência e compreender que poderia ter sido modificada
4. Explicar o passo a passo da resolução de problemas: Identificar e detalhar o problema - levantar possíveis soluções para o problema - Avaliar as consequências de cada uma das possíveis soluções - Escolher e colocar em prática a opção escolhida - Avaliar o resultado, se positivo ou negativo.

Atividade da Semana: Trazer um problema da semana no qual tenha utilizado o treino de resolução de problemas.

Elaboração: Paula Pegado e Dra Bacy Fleitlich-Bilyk. Fonte: Adaptado de Garner, Vitousek and Pike, 1997; March and Mulle, 1998; Fairburn, 2008.

Guia do Terapeuta TCC

TEMA 6 - Auto imagem corporal

FASE II (Sessão 8 - 19)

Ordem sugerida: **TEMA 6**

Objetivos

1. Provocar a reflexão do grupo a respeito da autoimagem corporal imaginada e percebida em comparação à desenhada
2. Levantar as distorções antes e após a atividade

Tópicos a serem abordados na sessão:

1. Psicoeducar sobre distorção da imagem corporal. Explicar o que será realizado em sessão.
2.
 - Deixar que desenhem o que imaginam que seja a representação do próprio corpo
 - Solicitar que preencham uma folha com os combinados da sessão:
 - Você desenhou o que imagina que seja o seu próprio corpo. Agora nós vamos contornar o seu corpo com uma caneta. Caso o contorno seja igual ou maior do que o seu desenho, isso significará o que? Caso o contorno seja menor do que o seu desenho, isso significará o que?
 - Contornar o corpo do paciente
 - Concluir a sessão com a reflexão sobre o impacto da atividade e a conclusão (possui ou não distorção corporal?)

Atividade da Semana: Refletir sobre a atividade e o impacto da mesma na semana.

Elaboração: Paula Pegado e Dra Bacy Fleitlich-Bilyk. Fonte: Adaptado de Garner, Vitousek and Pike, 1997; March and Mulle, 1998; Fairburn, 2008.

Guia do Terapeuta TCC

TEMA 7 - Treino de Assertividade

FASE II (Sessão 8 - 19)

Ordem sugerida: **TEMA 7**

Objetivos

1. Provocar a reflexão sobre os principais problemas de comunicação percebidos pelo grupo. Destacar os problemas de comunicação mais comuns.
2. Treinar o grupo a se comunicar de uma maneira mais efetiva e funcional

Tópicos a serem abordados na sessão:

1. Problemas de comunicação mais comuns: Agir somente pela emoção, desconsiderar os sentimentos do outro e agir de modo desrespeitoso com o outro. Não saber ouvir e se expressar de maneira efetiva.
2. Expresse seus sentimentos de maneira direta, Reconheça e valide os sentimentos do outro, Comporte-se de maneira a si respeitar e respeitar o outro

Aprenda a se expressar de maneira efetiva:

Expresse o que você está sentindo no momento, sem julgar o outro. Uma boa forma de fazer isso é iniciando a frase com: "Eu me sinto (sentimento) quando isso acontece" ao invés de dizer "Você é um....(julgamento)" ou "Você sempre faz isso".

Atividade da Semana: Praticar na semana o treino de habilidades sociais e anotar para a sessão.

Elaboração: Paula Pegado e Dra Bacy Fleitlich-Bilyk. Fonte: Adaptado de Garner, Vitousek and Pike, 1997; March and Mulle, 1996; Fairburn, 2006.

Guia do Terapeuta TCC

TEMA 8 - Compreendendo o critério de autoavaliação estabelecido

FASE II (Sessão 8 - 19)

Ordem sugerida: **TEMA 8**

Objetivos

1. Examinar e tentar identificar na "história da vida" situações que podem ter sido marcantes ao ponto de sensibilizar o paciente quanto a forma, alimentação e peso.
2. Salientar que a AN pode ter sido útil no início, mas que no momento não há mais espaço para ela em seus planos.

Tópicos a serem abordados na sessão:

1. Rever a "história de vida" e analisar quatro períodos importantes:
 - 6 meses antes das dietas e restrições
 - 6 meses antes do diagnóstico da AN
 - 6 meses após o início da AN
 - No momento

Identificar quais destas situações sensibilizaram o paciente quanto a forma, alimentação e peso.

2. Propor a reflexão sobre a utilidade da AN na época e o quanto ela prejudica seus planos para o presente e para o futuro.

Atividade de semana: Levar para casa para refletir e identificar mais dados importantes para completar a atividade.

Elaboração: Paula Pegado e Dra Bacy Fleitlich-Bilyk. Fonte: Adaptado de Garner, Vitousek and Pike, 1997; March and Mulle, 1996; Fairburn, 2006.

Guia do Terapeuta TCC

TEMA 9 - Reestruturação Cognitiva

FASE II (Sessão 8 - 19)

Ordem sugerida: **TEMA 9**

Objetivos

1. Auxiliar os pacientes a reavaliar a forma como interpretam eventos internos e externos e suas crenças associadas a alimentação, forma e peso.
2. Associar os pensamentos distorcidos mais comuns à pensamentos e comportamentos que ajudam na manutenção da doença

Tópicos a serem abordados na sessão:

1. Identificar os pensamentos distorcidos mais comuns, que apareceram no grupo ao longo do tratamento e reavaliar a interpretação de alguns fatos relatados pelo grupo em sessão. Levantar interpretações alternativas para as situações.

2. Exemplo de comportamento que ajuda a manter a doença:

Comparar-se aos outros para avaliar o seu próprio desempenho - atenção seletiva para as suas dificuldades.

Solicitar que deem exemplos de pensamentos e ou comportamentos para cada pensamento distorcido:

Pensamento dicotômico

Filtro negativo

Supergeneralização

Catastrofização

Pensamentos da AN

Perfeccionismo

Baixa autoestima

Atividade da semana: Escolher 2 dias para monitorar a comparação com outras pessoas.

Elaboração: Paula Pegado e Dra Bacy Fleitlich-Bilyk. Fonte: Adaptado de Garner, Vitousek and Pike, 1997; March and Mulle, 1998; Fairburn, 2008.

Guia do Terapeuta TCC

Mudanças: como mantê-las

FASE III

Sessão 20

Objetivos

1. Levantar as mudanças alcançadas até o momento e as que fazem parte de um plano futuro
2. Provocar a reflexão sobre como manter tais mudanças e identificar estratégias de manutenção das mudanças

Tópicos a serem abordados na sessão:

1. Solicitar que revejam suas fotos atuais, e de antes e durante a doença. Solicitar que imaginem como serão as suas fotos no futuro, como gostariam que fossem.

2. Questionar como manter as mudanças, quais estratégias aprenderam ao longo do tratamento que poderiam colocar em prática. Fazer uma lista com as estratégias para manutenção das mudanças, incluindo cartões de enfrentamento.

Atividade da semana: completar a lista em casa. Trazer para a próxima sessão

Elaboração: Paula Pegado e Dra Bacy Fleitlich-Bilyk. Fonte: Adaptado de Garner, Vitousek and Pike, 1997; March and Mulle, 1998; Fairburn, 2008.

Guia do Terapeuta TCC

Prevenção de Recaída

FASE III Sessão 21 e 22

Objetivos

1. Refletir sobre a importância de identificar os sinais de recaída da doença
2. Identificar os sinais que podem ser percebidos em cada paciente que evidenciam uma possível recaída

Tópicos a serem abordados na sessão:

1. Fazer uma analogia com o sinal de trânsito, com o objetivo de refletir sobre quais pensamentos, emoções e comportamentos estariam associados aos sinais verde, amarelo e vermelho para o paciente com AN.
2. Fazer uma lista de pensamentos, emoções e comportamentos associados aos sinais verde, amarelo e vermelho para prevenir uma possível recaída

Atividade da semana: completar a lista em casa.

Elaboração: Paula Pegado e Dra Bacy Fleitlich-Bilyk. Fonte: Adaptado de Gamer, Vitousek and Pike, 1997; March and Mulle, 1996; Fairburn, 2006.

Guia do Terapeuta TCC

Prevenção de Recaída

FASE III Sessão 23

Objetivos

1. Planejar o futuro, levantar os novos objetivos, com o término do tratamento psicoterápico
2. Provocar uma reflexão sobre as áreas da vida que os pacientes gostariam de dar um maior enfoque no futuro

Tópicos a serem abordados na sessão:

1. Fazer uma lista com os objetivos a serem alcançados dentro de um prazo de 6 meses a 1 ano
2. Elaborar um novo gráfico - A nova vida do paciente.
3. Suspender o automonitoramento.

Atividade da semana: Completar a lista de objetivos e acrescentar mais dados ao gráfico.

Elaboração: Paula Pegado e Dra Bacy Fleitlich-Bilyk. Fonte: Adaptado de Gamer, Vitousek and Pike, 1997; March and Mulle, 1996; Fairburn, 2006.

Guia do Terapeuta TCC

Conclusão e Despedida do Grupo

FASE III Sessão 24

Objetivos

1. Revisar todo o conteúdo do tratamento, levantando os pontos identificados como mais importantes e úteis para os pacientes.
2. Levantar pensamentos, emoções e preocupações acerca do término da psicoterapia. Lembrar que os veremos em 6 meses para que sejam reavaliados.
3. Finalizar o tratamento psicoterápico

Elaboração: Paula Pegado e Dra Bacy Fleitlich-Bilyk. Fonte: Adaptado de Garner, Vitousek and Pike, 1997; March and Mulle, 1998; Fairburn, 2008.

Guia do Terapeuta TCC

Temas avulsos para introduzir nas sessões (somente após revelação dos pacientes sobre o uso de tais métodos)

Temas a serem abordados:

1. Psicoeducar a respeito das consequências de manter **métodos de verificação da forma, peso e evitação**. Propor o auto monitoramento de tais métodos com o intuito de eliminar tais exageros.
2. Psicoeducar a respeito dos mitos sobre os **métodos de controle de peso**

Detalhamento em tópicos:

1. Verificação da forma, peso e evitação

- **Verificação da forma:** o problema está no exagero, na repetição incessante e patológica. As 2 Formas mais comuns:
 - Uso de espelho (identificar situações que sirvam de gatilho, como por exemplo: momentos após refeições, ao sentar-se, ao trocar de roupa etc. Questionar a frequência do uso do espelho, a quantidade de espelhos que utiliza, as razões, o que busca descobrir ao olhar-se no espelho e se obtém êxito em sua busca)
 - Comparação com outras pessoas (Levantar as características da última pessoa alvo de comparação - idade e gênero, as partes do corpo alvo da comparação, como foi selecionada para a comparação, se faz parte de algum grupo seletivo, se houve algum viés tendencioso ao fazer a análise e a diferença da perspectiva do olhar para si e para o outro).
- **Consequências:** o exame detalhado da forma amplifica a percepção dos defeitos, é o que chamamos de atenção seletiva - a atenção seletiva para as partes do corpo rejeitadas gera o aumento do nível de insatisfação do paciente com a sua própria forma corporal - um verdadeiro círculo vicioso.
- **Verificação do peso:** através da pesagem, que deverá ser restrita aos dias em que serão atendidos, realizada por um profissional que faz parte da equipe responsável pelo tratamento, uma vez por semana.
- **Evitação:** algumas pessoas evitam olhar seu próprio corpo ou partes específicas dele e incomodam-se com o olhar do outro. Com isso, podem deixar de se olhar no espelho, em fotos ou deixar de usar roupas mais justas, o que poderá acarretar no aumento da sua preocupação com a aparência e a forma, ao não ter acesso a estes dados de realidade.

2. Métodos de controle de peso (Mitos e Consequências)

- Restrição (atraso no esvaziamento gástrico - sensação de estar cheio(a) - incomodo - influência no humor - consequências físicas, psico e sociais)
- Vômitos (cerca de 50% é absorvido pelo organismo. Aumenta o risco de problemas cardíacos. Desgaste do esmalte dos dentes da frente)
- Uso de laxantes (perda maior de líquidos, já que a maior parte do que foi consumido já foi absorvido)
- Exercícios em excesso (grande risco de lesão, já que os ossos estão frágeis em razão da desnutrição)

Elaboração: Paula Pegado e Dra Bacy Fleitlich-Bilyk. Fonte: Adaptado de Garner, Vitousek and Pike, 1997; March and Mulle, 1998; Fairburn, 2008.

Apêndice B - Manual dos Pacientes Programa Piloto TCC

Manual do Paciente TCC

**Grupo de Terapia Cognitivo
Comportamental (TCC) para o tratamento
de adolescentes com Anorexia Nervosa**

Manual do Paciente

Nome do paciente:

Data:

Elaboração: Paula Pegado e Dra Bacy Fleitlich-Bilyk. Fonte: Adaptado de Garner, Vitousek and Pike, 1997; March and Mulle, 1998; Fairburn, 2008.

Manual do Paciente TCC

Seja Bem-vindo(a)

Seja muito bem-vindo(a) ao grupo de terapia cognitivo-comportamental (TCC) para o tratamento de adolescentes com anorexia nervosa. Nossas sessões serão realizadas no formato em grupo, uma vez por semana, com 1 hora e meia de duração, todas as quartas-feiras, durante 6 meses. Em cada encontro conversaremos sobre um assunto. Ao final, esperamos que você entenda como a anorexia nervosa aparece em seus pensamentos e sentimentos, como combater a doença, caso decida por isso, ajudando-o a conhecer-se mais e sentir-se melhor. No início de cada sessão apresentaremos a agenda do dia com os tópicos a serem abordados e discutidos e finalizaremos com um resumo e levantamento da opinião do grupo sobre a sessão.

Regras Básicas do Grupo

Local e horário das sessões: as sessões serão realizadas todas as quartas-feiras no Ambulatório do Serviço de Psiquiatria Infantil, do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas, das 16h30 às 18h.

Número de sessões: Haverá um total de 24 sessões (1 conjunta com os pais e 23 sessões com os adolescentes).

Faltas: 3 faltas sem justificativa em qualquer uma das atividades oferecidas pelo Protad acarretam no desligamento do paciente do tratamento. Portanto, a falta deve ocorrer somente em casos de necessidade. Lembre-se: Sua presença será muito importante para o melhor aproveitamento da terapia e para os integrantes do grupo!

Interrupção do tratamento: Você poderá a qualquer momento, deixar de participar do tratamento de TCC em grupo, por decisão sua, dos seus pais ou da equipe do Protad.

Tarefas da terapia em casa: Ao final de cada sessão você terá uma tarefa para realizar em casa, acordada com o grupo.

Elaboração: Paula Pegado e Dra Bacy Fleitlich-Bilyk. Fonte: Adaptado de Garner, Vitousek and Pike, 1997; March and Mulle, 1998; Fairburn, 2008.

Manual do Paciente TCC

Atividade da Sessão 2

Minha história de Vida

Meu nome: _____
(autobiografia em tópicos marcantes)

Tópicos a serem abordados: Situações que marcaram a sua vida (em relação à família, escola e amigos) de forma positiva e ou negativa; medos e momentos de alegria marcantes. O que pensou sobre si, sobre os outros e sobre o futuro nestes momentos marcantes. Problemas com a alimentação, forma e peso ao longo da vida.

Idade: ____

O que mais me marcou:

Idade: ____

O que mais me marcou:

Idade: ____

O que mais me marcou:

Idade: ____

O que mais me marcou:

Outras informações: Mudanças e objetivos desejados para o futuro (daqui há 6 meses a 1 ano).
Como gostaria de ser conhecido/a.

Elaboração: Paula Pegado e Dra Bacy Fleitlich-Bilyk. Fonte: Adaptado de Garner, Vitousek and Pike, 1997; March and Mulle, 1998; Fairburn, 2008.

Manual do Paciente TCC

Atividade da Sessão 2

Minha história de Vida

Meu nome: _____
(autobiografia em tópicos marcantes)

Tópicos a serem abordados: Situações que marcaram a sua vida (em relação à família, escola e amigos) de forma positiva e ou negativa; medos e momentos de alegria marcantes. O que pensou sobre si, sobre os outros e sobre o futuro nestes momentos marcantes. Problemas com a alimentação, forma e peso ao longo da vida.

Idade: ____

O que mais me marcou:

Idade: ____

O que mais me marcou:

Idade: ____

O que mais me marcou:

Idade: ____

O que mais me marcou:

Outras informações: Mudanças e objetivos desejados para o futuro (daqui há 6 meses a 1 ano).
Como gostaria de ser conhecido/a.

Manual do Paciente TCC

Atividade da Sessão 3

Vantagens de ter Anorexia Nervosa

Desvantagens de ter Anorexia Nervosa

Elaboração: Paula Pegado e Dra Bacy Fleitlich-Bilyk. Fonte: Adaptado de Garner, Vitousek and Pike, 1997; March and Mulle, 1998; Fairburn, 2008.

Manual do Paciente TCC

Atividade da Sessão 4

Psicoeducação TCC

Elaboração: Paula Pegado e Dra Bacy Fleitlich-Bilyk. Fonte: Adaptado de Garner, Vitousek and Pliie, 1997; March and Mullen, 1998; Fairburn, 2008.

Manual do Paciente TCC

Atividade da Sessão 4**Psicoeducação TCC e AN**

Complete o diagrama abaixo com pensamentos, sentimentos, comportamentos e reações que percebe no corpo (quando influenciados pela doença)

Elaboração: Paula Pegado e Dra Bacy Fleitlich-Bilyk. Fonte: Adaptado de Garner, Vitousek and Pike, 1997; March and Mulle, 1998; Fairburn, 2008.

Manual do Paciente TCC

Atividade da Sessão 4

Distinguindo Situações, Emoções e Pensamentos

Situações (S), Estado Emocional (E) ou Pensamento (P)?

1. Triste ()
2. Em casa ()
3. Não vou conseguir ()
4. Alegre ()
5. Falando com um(a) amigo(a) ao telefone ()
6. Com raiva ()
7. Enviando mensagens pelo celular ()
8. Eu sempre vou me sentir desse jeito ()
9. Na escola. ()
10. Estou ficando irritada ()
11. Ansioso(a) ()
12. Estou me sentindo melhor hoje ()
13. No meu quarto estudando ()
14. Eu preciso fazer tudo certo ()
15. Estou me sentindo muito sozinha ()
16. Com medo ()
17. Se eu comer, vou engordar ()
18. Sentado(a) à mesa ()
19. Não consigo me controlar ()
20. Estou me sentindo um fracasso. ()
21. Preocupado(a) ()
22. Ela não tinha o direito de fazer isso comigo ()
23. Vergonha. ()
24. Isso não é justo ()
25. Culpa ()
26. Colocando comida no meu prato ()
27. Trocando de roupa ()
28. As pessoas não gostam de mim ()
29. Almoçando ()
30. Farei diferente da próxima vez ()
31. Desconfiado(a) ()
32. Será que preciso mudar? ()
33. Confuso(a) ()

Manual do Paciente TCC

Atividade da Sessão 5

Sentimentos

HORA	ALIMENTOS qual / quanto	FOME (0 a 10)	VONTADE COMER (0 a 10)	PENSAMENTOS		SENTIMENTOS		COMPORTAMENTOS
				antes	depois	antes	depois	

Elaboração: Paula Pegado e Dra Bacy Fleitlich-Bilyk. Fonte: Adaptado de Garner, Vitousek and Pike, 1997; March and Mulle, 1998; Fairburn, 2008.

Elaboração: Paula Pegado e Dra Bacy Fleitlich-Bilyk. Fonte: Adaptado de Garner, Vitousek and Pike, 1997; March and Mulle, 1998; Fairburn, 2008.

Manual do Paciente TCC

Atividade da Sessão 6

**Diferenciando os meus pensamentos
x
dos pensamentos da anorexia**

Como vou saber se é meu pensamento ou da anorexia?

Como eram os meus pensamentos antes da anorexia?
Eu pensava muito em peso, calorias, tinha tanto medo quanto agora de engordar?

Como são meus pensamentos agora com a anorexia nervosa?

Lista dos meus Pensamentos

Lista de Pensamentos da Anorexia

Elaboração: Paula Pegado e Dra Bacy Fleitlich-Bilyk. Fonte: Adaptado de Garner, Vitousek and Pike, 1997; March and Mullen, 1998; Fairburn, 2008.

Manual do Paciente TCC

Atividade da Sessão 7

Comportamentos orientados por pensamentos e sentimentos

HORA	ALIMENTOS qual / quanto	FOME (0 a 10)	VONTADE COMER (0 a 10)	PENSAMENTOS		SENTIMENTOS		COMPORTAMENTOS
				antes	depois	antes	depois	

Elaboração: Paula Pegado e Dra Bacy Fleitlich-Bilyk. Fonte: Adaptado de Garner, Vitousek and Pike, 1997; March and Mulle, 1998; Fairburn, 2008.

Manual do Paciente TCC

Atividade da Sessão TEMA 1

Crenças associadas ao transtorno alimentar

Se eu me recuperar totalmente da anorexia nervosa, então...

Se eu continuar com anorexia nervosa, então...

Se eu for magra, então serei...

Se eu for magra, isso significará para mim / para os outros que...

Se eu for magra, meu futuro será...

Se eu recuperar peso, então serei...

Se eu for recuperar peso, isso significará para mim / para os outros que...

Se eu for recuperar peso, meu futuro será...

Se eu for gorda, então serei...

Se eu for gorda, isso significará para mim / para os outros que...

Se eu for gorda, meu futuro será...

Elaboração: Paula Pegado e Dra Bacy Fleitlich-Bilyk. Fonte: Adaptado de Garner, Vitousek and Pike, 1997; March and Mulle, 1998; Fairburn, 2008.

Manual do Paciente TCC

Atividade da Sessão TEMA 1

Lista das mudanças conquistadas com o tratamento

Mudanças

Como fez para alcançá-las

Elaboração: Paula Pegado e Dra Bacy Fleitlich-Bilyk. Fonte: Adaptado de Garner, Vitousek and Pike, 1997; March and Mulle, 1998; Fairburn, 2008.

Manual do Paciente TCC

Atividade da Sessão TEMA 2

**Lista dos gatilhos mais comuns que desencadeiam o “sentir-se gordo(a)”
(Comportamentos, sentimentos e sensações confundidoras)**

Elaboração: Paula Pegado e Dra Bacy Fleitlich-Bilyk. Fonte: Adaptado de Garner, Vitousek and Pike, 1997; March and Mulle, 1998; Fairburn, 2008.

Manual do Paciente TCC

Atividade da Sessão TEMA 2

Placas com sentimentos e sensações confundidoras

sentir-se deprimido(a)

solitário(a)

sensação de estar cheio(a)

entediado(a)

quente

suado(a)

inchado(a)

sensação das coxas encostarem
uma na outra

sensação da roupa estar apertada

**O problema pode estar na sua interpretação do fato, e não no fato em si!
A situação pode não ser como lhe parece!**

Manual do Paciente TCC

Atividade da Sessão TEMA 3

Baseado(a) em que áreas da vida você se avalia

Para mim o mais importante na vida é...

Me sinto feliz quando...

Áreas da vida:

Legenda

- Preocupação com alimentação, forma, peso e controle dos mesmos
- Família
- Amigos
- Outros

Elaboração: Paula Pegado e Dra Bacy Fleitlich-Bilyk. Fonte: Adaptado de Garner, Vitousek and Pike, 1997; March and Mulle, 1998; Fairburn, 2008.

Manual do Paciente TCC

Atividade da Sessão TEMA 4

Quem é você, sem AN

Lista de habilidades e qualidades

Regra: As qualidades não podem estar relacionadas a peso, forma corporal ou capacidade de controle dos mesmos.

Elaboração: Paula Pegado e Dra Bacy Fleitlich-Bilyk. Fonte: Adaptado de Garner, Vitousek and Pike, 1997; March and Mulle, 1998; Fairburn, 2008.

Manual do Paciente TCC

Atividade da Sessão TEMA 4

Lista de atividades (que não exijam esforço físico) que sejam do seu interesse e ao mesmo tempo prazerosas para você:

Elaboração: Paula Pegado e Dra Bacy Fleitlich-Bilyk. Fonte: Adaptado de Garner, Vitousek and Pike, 1997; March and Mulle, 1998; Fairburn, 2008.

Manual do Paciente TCC

Atividade da Sessão TEMA 4

Escolha 1 atividade nova para fazer

- Qual a importância desta mudança para sua vida?:
- Dia e horário de início:
- Quais as possíveis barreiras e como lidar com elas:

Elaboração: Paula Pegado e Dra Bacy Fleitlich-Bilyk. Fonte: Adaptado de Garner, Vitousek and Pike, 1997; March and Mulle, 1998; Fairburn, 2008.

Manual do Paciente TCC

Atividade da Sessão TEMA 5

ESTRATÉGIA A.C.A.L.M.E.-S.E.

A chave para lidar com um estado de ansiedade é aceitá-lo totalmente. Permanecer no presente e aceitar suas ansiedades fazem-na desaparecer. Para lidar com sucesso com sua ansiedade você pode utilizar a estratégia "A.C.A.L.M.E.-S.E.", de oito passos. Usando-a você estará apto(a) a aceitar a sua ansiedade até que ela desapareça.

Aceite a sua ansiedade. Um dicionário define aceitar como dar "consentimento em receber". Concorde em receber as suas sensações de ansiedade. Mesmo que lhe pareça absurdo no momento, aceite as sensações em seu corpo assim como você aceitará em sua casa um hóspede inesperado e desconhecido ou uma dor incômoda. Substitua seu medo, raiva e rejeição por aceitação. Não lute contra as sensações. Resistindo você estará prolongando e intensificando o seu desconforto. Ao invés disso, flua com ela.

Contemple as coisas em sua volta. Não fique olhando para dentro de você, observando tudo e cada coisa que você sente. Deixe acontecer com o seu corpo o que ele quiser, sem julgamento: nem bom nem mau. Olhe em volta de você, observando cada detalhe da situação em que você está. Descreva-os minuciosamente para você, como o meio de afastar-se de sua observação interna. Lembre-se: você não é sua ansiedade. Quanto mais você puder separar-se de sua experiência interna e ligar-se nos acontecimentos externos, melhor você se sentirá. Esteja com ansiedade, mas não seja ela; seja apenas observador.

Aja com sua ansiedade. Aja como se você não estivesse ansioso(a), isto é, funcione com suas sensações de ansiedade. Diminua o ritmo, a velocidade com que você faz as suas coisas, mas mantenha-se ativo(a)! Não se desespere, interrompendo tudo para fugir. Se você fugir, a sua ansiedade vai diminuir mas o seu medo vai aumentar, donde na próxima vez a sua ansiedade vai ser pior. Se você ficar onde está - e continuar fazendo as suas coisas - tanto a sua ansiedade quanto o seu medo vão diminuir. Continue agindo, bem devagar!

Libere o ar de seus pulmões, bem devagar! Respire bem devagar, calmamente, inspirando pouco ar pelo nariz e expirando longa e suavemente pela boca. Conte até três, devagarinho, na inspiração, outra vez até três prendendo um pouco a respiração e até seis, na expiração. Faça o ar ir para o seu abdômen, estufando-o ao inspirar e deixando-o encolher-se ao expirar. Não encha os pulmões. Ao exalar, não sopre: apenas deixe o ar sair lentamente por sua boca. Procure descobrir o ritmo ideal de sua respiração, neste estilo e nesse ritmo, e você descobrirá como isso é agradável.

Mantenha os passos anteriores. Repita cada um passo a passo. Continue a: (1) aceitar sua ansiedade; (2) contemplar; (3) agir com ela e (4) respirar calma e suavemente até que ela diminua e atinja um nível confortável. E ela irá, se você continuar repetindo estes quatro passos: aceitar, contemplar, agir e respirar.

Examine seus pensamentos. Você talvez esteja antecipando coisas catastróficas. Você sabe que elas não acontecem. Você já passou por isso muitas vezes e sabe que nunca aconteceu nada do que você pensou que aconteceria. Examine o que você está dizendo para você mesmo(a) e reflita racionalmente para ver se o que você pensa é verdade ou não: você tem provas sobre se o que você pensa é verdade? Há outras maneiras de você entender o que está lhe acontecendo? Lembre-se: você está apenas ansioso(a): isto pode ser desagradável, mas não é perigoso. Você está pensando que está em perigo, mas o que você tem provas reais e definitivas disso?

Sorria, você conseguiu! Você merece todo o seu crédito e todo o seu reconhecimento. Você conseguiu, sozinho(a) e com seus próprios recursos, tranquilizar-se e superar este momento. Não é uma vitória pois não havia um inimigo, apenas um visitante de hábitos estranhos que você passou a compreendê-lo e aceitá-lo melhor. Você agora saberá como lidar com visitantes estranhos.

Espera o futuro com aceitação. Livre-se do pensamento mágico de que você terá se livrado definitivamente de sua ansiedade, para sempre. Ela é necessária para você viver e continuar vivo(a). Em vez de considerar livre dela, surpreenda-se pelo jeito como você a maneja, como você acabou de fazer agora. Esperando a ocorrência de ansiedade no futuro, você estará em uma boa posição para lidar com ela novamente.

© Bernard Rangé, 1995.

Fonte: Bernard Rangé, 1995.

Elaboração: Paula Pegado e Dra Bacy Fleitlich-Bilyk. Fonte: Adaptado de Garner, Vitousek and Pike, 1997; March and Mulle, 1998; Fairburn, 2008.

Manual do Paciente TCC

Atividade da Sessão TEMA 5

Treino de Resolução de Problemas

Descrever uma situação problema:

1. Descrever a sequência:

Situação _____

Gatilho _____

Sentimento _____

Pensamento _____

Comportamento _____

Analisar a sequência e compreender em que momento poderia ter sido modificada:

Passo a passo da resolução de problemas:

Identificar e detalhar o problema:

Levantar as possíveis soluções para o problema:

Opção 1: _____

Opção 2: _____

Opção 3: _____

Opção 4: _____

Opção 5: _____

Avaliar as consequências de cada uma das possíveis soluções

Opção 1: _____

Opção 2: _____

Opção 3: _____

Opção 4: _____

Opção 5: _____

Escolher e colocar em prática a opção escolhida

Opção: _____

Avaliar o resultado: () Positivo ou () Negativo.

Elaboração: Paula Pegado e Dra Bacy Fleitlich-Bilyk. Fonte: Adaptado de Garner, Vitousek and Pike, 1997; March and Mulle, 1998; Fairburn, 2008.

Manual do Paciente TCC

Atividade da Sessão TEMA 6

Auto Imagem corporal

Você desenhou o seu próprio corpo, como imagina ser. Após, o seu corpo foi contornado com uma caneta:

Qual foi o resultado? O contorno foi menor, igual ou maior do que o seu desenho?

O que isso pode significar?

Manual do Paciente TCC

Atividade da Sessão TEMA 7

Treino de Assertividade

Assertividade

O que é comportar-se de maneira assertiva?

É comportar-se de maneira a respeitar o seu direito e o do outro, expressar seus sentimentos (positivos e negativos) de maneira honesta, adequada e direta, e com isso sentir-se bem consigo mesmo, valorizando-se e podendo atingir seus objetivos desejados.

Diferenciando o comportamento assertivo do não-assertivo (passivo) e do agressivo:

Comportamento _____ Comportamento _____ Comportamento
não assertivo Assertivo Agressivo

Quem se comporta de maneira:

Não assertiva (Passiva)	Dicas para agir de forma Assertiva	Agressiva
nega a si mesmo, se anula, não se expressa adequadamente, sente-se com isso inibido, magoado, ansioso e por vezes desrespeitado em seus seus direitos. Consequência: gera angústia e frustração e pode reforçar o comportamento negativo do outro.	Expresse o que você está sentindo no momento, sem julgar o outro. Uma boa forma de fazer isso é iniciando a frase com: "Eu me sinto (<u>sentimento</u>) quando isso acontece" ao invés de dizer "Você é um... (<u>julgamento</u>)".	expressa-se de maneira agressiva; abusa, deprecia ou magoa os outros ao atingir os seus objetivos, ao se expressar. A outra pessoa se sente humilhada e tende a se defender.

Componentes para um comportamento assertivo:

- Olhe nos olhos;
- Mantenha a postura do corpo ereta e voltada para a pessoa;
- Tente sintonizar a sua expressão facial e gestual com a mensagem que quer passar;
- Tente modular o seu tom de voz, inflexão e volume de maneira que fique firme, sem agredir;
- Escolha o momento mais adequado.

Aprenda a se expressar de maneira assertiva. É muito importante que você assuma a responsabilidade por seus sentimentos!

Eu me sinto (sentimento) diante do fato (sem julgamento)

"Eu tenho me preocupado com ___ há algum tempo" ou "Estou querendo falar com você sobre ___"

Diante da raiva - a raiva pode ser expressada de forma saudável e construtiva.

Algumas expressões úteis nesses momentos:

"Eu fico furioso quando você faz/diz isso." / "Não faça isso comigo." / "Pare imediatamente." / "Eu realmente não gosto disso."

Procure elogiar o outro de forma honesta e sincera, e aceite elogios.

Adaptado de Alberti, R & Emmons, M (1970)

Elaboração: Paula Pegado e Dra Bacy Fleitlich-Bilyk. Fonte: Adaptado de Garner, Vitousek and Pike, 1997; March and Mullen, 1998; Fairburn, 2008.

Manual do Paciente TCC

Atividade da Sessão TEMA 8

Compreendendo o critério de autoavaliação estabelecido

Minha história de Vida

Meu nome: _____
(autobiografia em tópicos marcantes)

Tópicos a serem abordados: Problemas com a alimentação, forma e peso ao longo da vida.

- 6 meses antes das dietas e restrições

Idade: ____

O que mais me marcou:

- 6 meses antes do diagnóstico da AN

Idade: ____

O que mais me marcou:

- 6 meses depois do início da AN

Idade: ____

O que mais me marcou:

- No momento

Idade: ____

O que mais me marcou:

Outras informações: Mudanças e objetivos desejados para o futuro (daqui há 6 meses a 1 ano).
Como gostaria de ser conhecida.

Manual do Paciente TCC

Atividade da Sessão TEMA 9

Reestruturação Cognitiva
Como lidar definitivamente com o pensamento da Anorexia

CARTÃO DE ENFRENTAMENTO DOS PENSAMENTOS DA ANOREXIA

Pensamentos da Anorexia

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
- 10.

Como posso lidar com cada um deles?

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
- 10.

Elaboração: Paula Pegado e Dra Bacy Fleitlich-Bilyk. Fonte: Adaptado de Garner, Vitousek and Pike, 1997; March and Mulle, 1998; Fairburn, 2008.

Manual do Paciente TCC

Atividade da Sessão 20

Mudanças: como mantê-las

Lista com as estratégias para manutenção das mudanças

Elaboração: Paula Pegado e Dra Bacy Fleitlich-Bilyk. Fonte: Adaptado de Garner, Vitousek and Pike, 1997; March and Mulle, 1998; Fairburn, 2008.

Manual do Paciente TCC

Atividade da Sessão 21 e 22**Prevenção de Recaída****Sinais**

Faça uma lista de pensamentos, emoções e comportamentos associados aos sinais vermelho, amarelo e verde, o que fazer diante deles e a quem recorrer, para prevenir uma possível recaída:

Sinal Vermelho

Pensamentos, emoções
e comportamentos

O que fazer?

A quem devo pedir ajuda?

Sinal Amarelo

Pensamentos, emoções
e comportamentos

O que fazer?

A quem devo pedir ajuda?

Sinal Verde

Pensamentos, emoções
e comportamentos

O que fazer?

Elaboração: Paula Pegado e Dra Bacy Fleitlich-Bilyk. Fonte: Adaptado de Garner, Moutseck and Pflie, 1997; March and Mullen, 1998; Fairburn, 2008.

Manual do Paciente TCC

Atividade da Sessão 23

Prevenção de Recaída

LISTA DE OBJETIVOS E METAS

Faça uma lista com seus OBJETIVOS E METAS do presente e futuro (6 meses a um ano)

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
- 10.

Elaboração: Paula Pegado e Dra Bacy Fleitlich-Bilyk. Fonte: Adaptado de Garner, Vitousek and Pike, 1997; March and Mulle, 1998; Fairburn, 2008.

Manual do Paciente TCC

Atividade da Sessão 23

Minha nova vida

Áreas da vida:

- Preocupação com alimentação, forma, peso e controle dos mesmos
- Família
- Amigos
-
-

Elaboração: Paula Pegado e Dra Bacy Fleitlich-Bilyk. Fonte: Adaptado de Garner, Vitousek and Pike, 1997; March and Mulle, 1998; Fairburn, 2008.

Apêndice C - Óculos artesanais simbolizando as principais distorções cognitivas apresentadas pelos pacientes com anorexia nervosa