

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul**

**ALESSANDRA ANALU MOREIRA DA SILVA**

**INCLUSÃO DA FAMÍLIA NO CUIDADO DE PORTADORES DE ANOREXIA  
NERVOSA**

**Porto Alegre  
2006**

**ALESSANDRA ANALU MOREIRA DA SILVA**

**INCLUSÃO DA FAMÍLIA NO CUIDADO DE PORTADORES DE ANOREXIA  
NERVOSA**

Trabalho de conclusão apresentado à disciplina Trabalho de Conclusão II do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Christine Wetzel.

**Porto Alegre  
2006**

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Ivone e Egídio, e irmão, Fábio, pelo apoio, carinho e ajuda.

Ao meu irmão (*in memoriam*), Vladimir, por sempre ter acreditado na minha capacidade.

À minha prima, Janaína, pela disposição em ajudar, sempre com boa vontade.

Ao meu namorado, Tiago, pela compreensão, apoio, afeto, ajuda e amor, que foram pontos decisivos para que eu conseguisse realizar este estudo.

À Professora Dr<sup>a</sup>. Christine Wetzel pela paciência, empenho e motivação.

Às minhas amigas por sempre estarem presentes em minha vida.

## RESUMO

Este estudo trata-se de uma pesquisa bibliográfica sobre a inserção da família no tratamento da anorexia nervosa. Foram localizados periódicos através de busca eletrônica nas bases de dados *Lilacs*, *SciElo*, *Medline* e periódicos da *Capes*, no período de 1999 a 2005, com os seguintes descritores: anorexia nervosa e abordagem familiar; anorexia nervosa e terapia familiar; *anorexia nervosa and family therapy*. Após essa busca, foram selecionados 11 artigos que tratavam da temática desse estudo. O resultado da análise dos artigos foi desdobrado em dois temas: características da família e abordagem familiar. Os achados das análises dos textos indicaram que o envolvimento da família tem se mostrado uma forma efetiva de tratamento de clientes com anorexia nervosa, ou seja, no manejo do transtorno, restauração nutricional e na contribuição de importantes mudanças psicológicas e familiar. Entretanto, há pouca produção de estudos que investigam a inclusão da terapia familiar, principalmente no âmbito nacional. Assim, proponho a realização de mais estudos que tenham como foco a inserção da família, estendendo que essa pode ocorrer através de estratégias múltiplas, como apontou o presente estudo. Enfim, é fundamental que os profissionais da saúde percebam a importância da abordagem familiar e que a utilização de uma equipe multidisciplinar seja também considerada, para que haja uma abordagem mais completa, ampla.

**Descritores:** anorexia nervosa e abordagem familiar; anorexia nervosa e terapia familiar; *anorexia nervosa and family therapy*.

**Palavras Chaves:** anorexia nervosa; família; enfermagem psiquiátrica.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>6</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVO.....</b>	<b>9</b>
<b>3</b>	<b>REVISÃO LITERÁRIA.....</b>	<b>10</b>
<b>3.1</b>	<b>A família no contexto da saúde mental.....</b>	<b>10</b>
<b>3.2</b>	<b>Anorexia nervosa.....</b>	<b>11</b>
<b>3.3</b>	<b>Família e anorexia nervosa.....</b>	<b>13</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>15</b>
<b>4.1</b>	<b>Fases do estudo.....</b>	<b>15</b>
<b>4.2</b>	<b>Aspectos éticos.....</b>	<b>18</b>
<b>5</b>	<b>ANÁLISE DOS TEMAS.....</b>	<b>19</b>
<b>5.1</b>	<b>Características da família.....</b>	<b>19</b>
<b>5.2</b>	<b>Abordagem familiar.....</b>	<b>22</b>
5.2.1	Grupo de sala de espera.....	23
5.2.2	Estratégias multifamiliares em diferentes áreas de atendimento: enfermaria, ambulatório e hospital dia.....	25
5.2.3	Utilização de múltiplas estratégias na abordagem da família: entrevista familiar individual, grupos com as mães e grupo psicodinâmico multifamiliar.....	26
5.2.4	Tratamentos baseados na terapia do sistema familiar: terapia comportamental do sistema familiar, terapia de família estrutural e terapia familiar construtiva.....	27
5.2.5	Abordagem de terapia familiar focada na solução.....	31
5.2.6	Combinação da terapia cognitiva individual com a terapia familiar.....	32

5.2.7	Trabalhando com cuidadores de adultos com anorexia nervosa.....	35
5.2.8	Tratamento baseado na família segundo o protocolo de Maudsley.....	39
5.2.9	Comparação da efetividade da psicoterapia psicanalítica, terapia analítica-cognitiva e terapia familiar com a rotina do tratamento controle.....	44
5.2.10	Comparação entre a terapia familiar em conjunto e a terapia familiar em separado.....	47
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>51</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>53</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho é um estudo sobre a inserção da família no tratamento da anorexia nervosa.

A anorexia nervosa é uma categoria diagnóstica que tem sido estudada de forma mais sistemática nos últimos 30 anos e está incluída como uma das formas de manifestação dos chamados transtornos alimentares.

Os transtornos alimentares são síndromes comportamentais, cuja etiopatogenia ainda é desconhecida (CLAUDINO; BORGES, 2002) e a anorexia nervosa tem como principais características: perda de peso de forma intencional a expensas de dietas extremamente rígidas com uma busca desenfreada pela magreza, uma distorção da imagem corporal e alteração do ciclo menstrual (CORDÁS, 2004).

A morbidade e mortalidade associadas à anorexia nervosa são expressivas, apresentando a maior mortalidade entre todos os distúrbios psiquiátricos: cerca de 5,6% ao ano. Este valor é em torno de 12 vezes maior que a mortalidade das mulheres jovens na população em geral, sendo as principais causas de morte: complicações cardiovasculares, insuficiência renal e suicídio (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2004). Uma revisão sistemática de estudos de incidência cumulativa relatou uma incidência média anual na população em geral de 18,5 por 100.000 entre as mulheres e de 2,25 por 100.000 por ano em homens (PAWLICK; GOREY, 1998 *apud* HAY, 2002), o que evidencia uma maior prevalência entre as mulheres.

A maioria dos autores, ao tratar a etiologia da anorexia nervosa, afirmam que é construída por uma diversidade de fatores que interagem entre si de modo complexo, que envolvem componentes biológicos, psicológicos, familiares e sócio-culturais (GORGATI; HOLCBERG;

OLIVEIRA, 2002). Assim, “tais aspectos determinam as dimensões necessárias na abordagem do tratamento desse transtorno. Isso porque a complexidade da condição clínica exige uma abordagem integrada e multiprofissional” (GORGATI; HOLCBERG; OLIVEIRA, 2002, p. 44).

A minha aproximação com a temática proposta se deu pela primeira vez quando ainda não estava vinculada ao curso de Enfermagem e vivenciei a experiência de ter uma amiga com esse transtorno. Naquele momento, sem nenhum conhecimento técnico-científico do fenômeno vivenciado, vi ser introduzido no meu mundo relacional uma situação tão dramática, a qual eu não entendia, me sentindo impotente para, de alguma forma, agir em relação a ela. Já na graduação, revivi este sentimento com pacientes com esse transtorno que observei em um estágio extracurricular realizado na prática hospitalar. A partir disso, apareceram questões como:

- Porque estes indivíduos desenvolveram anorexia nervosa?
- Como ocorre a distorção da imagem corporal, levando a forma como o portador desse transtorno percebe o seu corpo, a qual não condiz em nada com a realidade?

Esses questionamentos fizeram com que, já vinculada à academia, buscasse um aprofundamento na temática de forma a ter uma maior compreensão desse fenômeno. Esses primeiros estudos permitiram, por um lado, um maior conhecimento da anorexia nervosa e, por outro, levaram a novas indagações, entre elas:

- Como esse transtorno repercute no funcionamento da família?
- Que tipo de influência a estrutura e o funcionamento da família pode ter sobre o indivíduo portador dessa síndrome?
- Que tipo de abordagem pode ser feita em relação a ambos, paciente com anorexia nervosa e sua família?

A exigência de um estudo formal de conclusão de curso surge como uma oportunidade de continuar explorando essa temática, dando continuidade a essa trajetória de construção do conhecimento, voltando o olhar para a questão da família e de como essa se constitui na sua relação com a anorexia nervosa.

O caminho escolhido foi explorar como a temática da família aparece e é discutida no conhecimento produzido sobre a anorexia nervosa, ou seja, o que os autores que tratam dessa temática trazem (ou não) de contribuição para essa discussão. Com base em bibliografias existentes, propus-me a realizar um levantamento bibliográfico abordando o enfoque da família no tratamento da anorexia nervosa.

Espero que com este trabalho possa contribuir com a assistência em enfermagem, oferecendo ao enfermeiro subsídios para um melhor atendimento ao paciente com anorexia nervosa e seus familiares.

## **2 OBJETIVO**

O objetivo do trabalho foi realizar um estudo sobre a inserção da família no tratamento da anorexia nervosa a partir de um levantamento literário.

### **3 REVISÃO LITERÁRIA**

O presente estudo realizou a aproximação de dois universos extremamente complexos: família e anorexia nervosa, para mostrar a necessidade da discussão dessas duas temáticas em termos teórico-conceituais. Isso porque nenhum conceito está constituído na natureza, mas adquire diferentes dimensões e significados de acordo com os diferentes contextos e referenciais onde é discutido. Remetendo-nos a como estes conceitos aparecem na literatura.

#### **3.1 A família no contexto da saúde mental**

Em relação à família, essa discussão nos remete ao próprio surgimento da psiquiatria moderna no século XVIII, quando o louco passa a adquirir o *status* de doente mental e a sua exclusão da família e da sociedade eram preconizadas como tratamento: o isolamento terapêutico em grandes hospitais psiquiátricos ou asilos. Essa prática que se perpetuou por quase duzentos anos legitimou não só a exclusão do doente mental, como também, a própria exclusão da família das práticas terapêuticas a ele dirigidas (WETZEL; REINALDO; KANTORNSKI, 2004).

A partir da Segunda Guerra Mundial, ocorre o questionamento desse modelo e surgem as propostas da comunidade terapêutica, da psiquiatria de setor e da anti-psiquiatria como formas de lidar com a doença mental sem exclusão que, aliadas constituição de novas teorias que surgiram nesse período, em especial a psicanálise, trazem a cena o retorno da família ao cenário da saúde mental (WETZEL; REINALDO; KANTORNSKI, 2004).

A discussão da família, por um lado, envolve a necessidade de seu engajamento nas práticas terapêuticas no sentido de que “não adianta tratar o doente fora da família”. Em resposta

a isso, surgem uma série de abordagens sistêmicas ou terapias de família. Por outro, também se traz a família como etiologia de transtorno mental, ou seja, a idéia de que o doente é um mero porta voz de uma disfunção familiar. Nessa direção surgem várias teorias sendo uma das mais conhecidas a da mãe esquizofrenizante: determinadas características maternas levariam o filho a desenvolver doença mental. Esse é considerado o auge da culpabilização da família (WETZEL; REINALDO; KANTORNSKI, 2004).

Atualmente, quase que na totalidade, as práticas assistenciais no campo da saúde mental preconizam a inclusão da família como condição essencial para uma maior efetividade no tratamento. Apesar disso, ainda existem poucos dispositivos voltados para este fim.

No cotidiano dos serviços, de forma esporádica e algumas vezes não sistemática, são realizados os chamados grupos de familiares ou entrevistas com a família, ainda com uma conotação informativa, de orientação e educativa, sem se constituírem como efetivos espaços terapêuticos.

### **3.2 Anorexia nervosa**

Os transtornos alimentares são quadros psiquiátricos que afetam principalmente adolescentes e adultos jovens (apesar de haver casos na infância) do sexo feminino (DOYLE; BRYANT-WAUGH, 2000 *apud* ABREU; FILHO, 2004), levando a inúmeras complicações clínicas relacionadas ao comprometimento do estado nutricional, às práticas compensatórias inadequadas do controle de peso (vômitos, uso de diuréticos e outros) (ASSUMPÇÃO; CABRAL, 2002), ou seja, prejuízos biopsicossociais com elevada morbidade e mortalidade (DOYLE; BRYANT-WAUGH, 2000 *apud* ABREU; FILHO, 2004).

A anorexia nervosa é um distúrbio alimentar caracterizado pela perda de peso intensa à custa de dietas rígidas auto-impostas em busca desenfreada da magreza, distorção da imagem corporal e amenorréia (ABREU; FILHO, 2004). Outras alterações observadas são as metabólicas, em destaque a hipercolesterolemia e a hipoglicemia (ASSUMPÇÃO; CABRAL, 2002). Afeta na sua grande maioria o sexo feminino, mas há relatos que existem casos no sexo masculino (raros) e quando encontrados além da caquexia e alteração na imagem corpórea, também, levam a alterações endócrinas, como níveis baixos de testosterona, FSH, LH, associados à diminuição do volume testicular com oligo/azospermia, podendo reduzir a libido, mesmo após atingir o IMC normal (PIRKE *et al.*, 1988; ANDERSEN; WIRTH; STRAHLMAIN, 1982 *apud* ASSUMPÇÃO; CABRAL, 2002).

A denominação “anorexia nervosa” surgiu com William Gull a partir de 1873, o qual se referia a pacientes, principalmente mulheres jovens, que emagreciam de forma extrema e tinham falta de apetite (GULL, 1873 *apud* CORDÁS; CLAUDINO, 2002). Atualmente, o termo anorexia não é o mais adequado do ponto de vista psicopatológico, de forma que não ocorre uma perda real do apetite, ao menos nos estágios iniciais do transtorno (CORDÁS, 2004). A recusa alimentar deliberada e o controle obsessivo do corpo tornam o termo alemão “*pubertaetsmagersucht*”, ou seja, a busca da magreza por adolescentes, bem mais adequado (CORDÁS, 2004).

Nos anos 60 e 70, pela primeira vez foi mencionado por Brunch a distorção de imagem corporal, vista como um distúrbio de pacientes com anorexia nervosa na percepção de seu corpo (BRUNCH, 1962 *apud* ABREU; FILHO, 2004). Esse entendimento permitiu que houvesse um redirecionamento no manejo com esses pacientes no sentido de que o foco deixou de ser a questão da “falta de apetite” e passou a ser a imagem corporal distorcida.

A partir de 1970, percebeu-se que pacientes com o quadro clínico de anorexia nervosa demonstravam um receio exagerado de ganhar peso, com isso, este foi o primeiro passo para incorporar o “medo mórbido de engordar” como característica psicopatológica da síndrome, juntamente com o emagrecimento, a distorção da imagem corporal e a amenorréia (RUSSEL, 1970 *apud* ABREU; FILHO, 2004). “A baixa auto-estima bem como a distorção da imagem corporal são os principais componentes que reforçam a busca de um emagrecimento incessante, levando à prática de exercícios físicos, jejum e uso de laxantes ou diuréticos de forma ainda mais intensa” (GARDFINKEL; GARNER, 1982; HOLDEN, 1990 *apud* ABREU; FILHO, 2004, p. 178).

Os avanços nos estudos da anorexia nervosa permitiram uma maior compreensão da síndrome e uma qualificação das práticas a ela direcionadas.

### **3.3 Família e anorexia nervosa**

O papel da família no tratamento de pacientes com anorexia nervosa tem sido debatido desde a descrição da doença no final do século XIX (LOCK; LE GRANGE, 2001). Os dois primeiros psicanalistas a informarem sobre o transtorno alimentar foram William Gull e Charles Laségue. Gull, em 1874, acreditava que a família exercia influência sobre os indivíduos portadores de anorexia nervosa, recomendando que os pacientes fizessem refeições regulares e as realizassem na presença de pessoas que lhes deixassem seguras, mas considerava que os pais e os amigos às vezes eram os piores acompanhantes (BÓ; BARBOSA, 1999). Por outro lado, Laségue, em 1873, acreditava que a família era essencial quando se tratava de indivíduos portadores desse distúrbio alimentar e considerava que o estado de morbidade do cliente caminha lado a lado com as preocupações apresentadas por ele (LOCK; LE GRANGE, 2001). É

fundamental destacar que Laségue descobriu uma relação entre o sintoma e a dinâmica familiar (LASÉGUE, 1873 *apud* GORGATI; HOLCBERG; OLIVEIRA, 2002).

A inclusão da família no tratamento de pacientes com anorexia nervosa passa a ser considerada a partir de 1950, porém de forma isolada (COBELO; SAIKALI; SCHOMER, 2004). Somente na década de 1970, a psicoterapia familiar incorpora-se à abordagem multidisciplinar desse transtorno, a partir de trabalhos de Salvador Minuchin nos Estados Unidos e Mara Palazzoli na Itália (MINUCHIN, 1978 *apud* COBELO; SAIKALI; SCHOMER, 2004). Esses profissionais e os adeptos a esse tipo de tratamento acreditavam que a estrutura familiar ou o estilo de manejo de problemas necessitava estar corretamente em ordem para que houvesse recuperação do paciente com AN (LOCK; LE GRANGE, 2001).

Na linha desses estudos que consideram a inclusão familiar essencial, Christopher Dare e outros pesquisadores do Hospital de Maudsely desenvolveram tratamentos que envolvessem a família, mas que se opusessem aos tradicionais achados de que a patologia familiar e sua culpabilidade fossem responsáveis pelo desenvolvimento dessa síndrome alimentar, pois acreditam que a família é uma importante fonte, a disposição dos terapeutas, para auxiliar na recuperação.

No Brasil, há uma escassez de estudos, pesquisas referentes à abordagem familiar no tratamento de portadores de anorexia nervosa. Os poucos estudos existentes baseiam-se nas descobertas e pesquisas feitas pelos autores citados anteriormente.

## **4 METODOLOGIA**

Esse trabalho de conclusão de curso foi através de uma pesquisa bibliográfica, que para Gil, é desenvolvida a partir de material já elaborado em livros e artigos científicos (2002).

### **4.1 Fases do estudo**

Para a elaboração desse trabalho, foram seguidas as etapas da pesquisa bibliográfica apresentadas por Gil (2002) que são:

- a) Escolha do tema: a pesquisa bibliográfica iniciou-se com a escolha do tema. Esta escolha exigiu certo conhecimento prévio por parte do autor e também se relacionou com seus interesses pelo tema;
- b) Levantamento bibliográfico preliminar: compreendido como um estudo exploratório, no qual a sua finalidade foi proporcionar que o aluno se familiarizasse com o estudo do seu interesse, bem como, sua delimitação para que o problema pudesse ser definido;
- c) Formulação do problema: foi a delimitação do assunto pesquisado; a especificação do objetivo que foi alcançado com a pesquisa;
- d) Elaboração do plano provisório de assunto: posterior a formulação do problema, com a sua respectiva delimitação, fez-se necessário um plano de assunto, que abrangeu a organização sistemática de diversas partes que fizeram parte do objeto de estudo. Esta parte do trabalho constitui a lógica do trabalho e se apresentou em forma de itens e subitens de acordo com o desenvolvimento que se pretendeu dar ao trabalho;

- e) Identificação das fontes: consiste na identificação das fontes, as quais foram capazes de fornecer respostas adequadas à solução do problema proposto. As fontes englobaram periódicos científicos, periódicos de indexação e de resumos.
- f) Localização das fontes e obtenção do material: o material pesquisado pôde ser encontrado em bibliotecas e nos bancos de dados;
- g) Leitura do material: estando de posse do material a ser pesquisado, iniciou-se a leitura deste, tomando o devido cuidado para identificar as informações e dados que tivessem relação com o problema proposto, bem como analisar a consistência das informações e dados apresentados pelos autores. Gil (2002) descreve quatro tipos de leitura para pesquisa:
  - Leitura exploratória: o objetivo é fazer uma rápida leitura para se certificar se a obra interessa à pesquisa;
  - Leitura seletiva: determinação do material que de fato interessa à pesquisa;
  - Leitura analítica: é feita com base nos textos selecionados e o seu objetivo é de ordenar e resumir as informações contidas nas fontes, ela é de natureza crítica, no entanto deve ser realizada com objetividade e respeito pelo autor a ser pesquisado;
  - Leitura interpretativa: é a mais complexa, pois tem como objetivo relacionar o que o autor defende com o problema para o qual se propõe uma solução. A interpretação dos dados faz-se necessário a partir da ligação dos dados com conhecimentos significativos, provenientes de pesquisas empíricas ou de teorias comprovadas;

- h) Tomada de apontamentos: o grande problema na leitura do material pesquisado diz respeito à retenção das informações obtidas, para ser eficiente esta fase fez-se necessário a tomada de notas levando em consideração o problema da pesquisa;
- i) Confeccões de fichas: etapa destinada a fim de obter a identificação das obras consultadas, registro do conteúdo das obras, registro dos comentários acerca das obras e ordenação dos registros;
- j) Construção lógica do trabalho: constituiu-se na organização das idéias com a finalidade de atender o objetivo ou testar as hipóteses, formuladas no início da pesquisa; coube ao autor estruturar logicamente o trabalho para que pudesse ter sentido;
- k) Redação do relatório: não houve regras fixas nesta parte da pesquisa e dependeu do estilo do autor.

A análise do material pesquisado foi realizada através dos passos propostos por Gil (2002): leitura exploratória, seletiva e analítica.

O levantamento do material fez-se por meio de artigos indexados, publicados em banco de dados eletrônico: *Lilacs* (Literatura Latino Americana e do Caribe um Ciências da Saúde), *SciElo* (*Scientific Eletronic Library Online*), *Medline* (*National Library of Medicine*) e periódicos da *Capes* (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), do ano de 1999 a 2005.

Utilizou-se também, para a busca, os seguintes descritores: “anorexia nervosa e abordagem familiar”, “anorexia nervosa e terapia familiar”, “*anorexia nervosa and family therapy*”. A partir desses dados foram encontrados trinta e cinco artigos, disponíveis no site em 08 de abril de 2006. Desses foram pré-selecionados todos aqueles que em seu título, ou em seu resumo, abordavam os uniternos citados, ou seja, sendo incluídos na pesquisa somente os artigos abordassem a inserção da família no tratamento da anorexia nervosa. Dessa pré-seleção foram escolhidos vinte e seis resumos de periódicos, dos quais somente oito possuíam textos

disponíveis. Desses artigos, seis foram selecionados, após uma leitura vertical. Em busca do texto completo, não disponível no site, foi realizada uma pesquisa no portal de periódicos da *Capes*. Sendo assim, no final da pesquisa do material foram encontrados dez artigos, com textos disponíveis para leitura (através de busca eletrônica) e um artigo disponível na biblioteca da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS (através de busca direta).

Dos os onze artigos encontrados, seis eram da área Médica, quatro da área da Psicologia, um referente à área multidisciplinar e nenhum referente à área da Enfermagem. Também foi observado, que no ano de 1999 apenas um artigo foi encontrado; no ano de 2000, foram encontrados dois artigos; no ano de 2001, foram encontrados três artigos; no ano de 2004, foram encontrados dois artigos e no ano de 2005, foram encontrados três artigos.

#### **4.2 Aspectos éticos**

Os dados utilizados no trabalho serão devidamente referenciados, identificando-se seus autores e demais fontes da pesquisa, ou seja, respeitando a propriedade intelectual dos textos científicos pesquisados, conforme recomendado por Goldim (2000).

## 5 ANÁLISE DOS TEMAS

A análise dos artigos encontrados na pesquisa bibliográfica possibilitou a organização das informações dentro de dois temas mais amplos: características da família e abordagem familiar. Esses temas serão apresentados a seguir.

### 5.1 Características da família

Como já foi discutido anteriormente, a partir do conhecimento produzido, não pode-se mais pensar no funcionamento e características da família como causa – etiologia da AN. Apesar disso, o estudo das características familiares é apontado pelos autores como uma importante ferramenta na compreensão do fenômeno e maior efetividade das práticas voltadas para intervenção sobre o mesmo.

Dos artigos analisados, três se referem às características da família de paciente com anorexia nervosa e apontam esses traços de interação familiar como possíveis contribuintes na manutenção/desenvolvimento do transtorno alimentar, sugerindo a íntima ligação entre o ambiente familiar e a construção psicodinâmica do indivíduo, família (LEVITT, 2001; BÓ; BARBOSA, 1999; COBELO; SAIKALI; SCHOMER, 2004).

Levitt (2001), em seu artigo, discute estudos e pesquisas (LE GRANGE, 1993; MINUCHIN *et al.*, 1978) que apontam como um dos sinais relevantes na interação entre os membros da família de um paciente com AN, um padrão de proximidade e envolvimento excessivo na relação dos pais com os filhos. Os pais disponibilizam grande energia e atenção para a criança a partir de uma relação/envolvimento excessivo. Em função desse padrão de

funcionamento, o autor afirma que a criança poderia desenvolver AN como uma forma de angariar amor e proteção, assumindo junto à família uma imagem frágil e dependente. Essa criança, geralmente, é dependente da aprovação dos pais e desenvolve uma obsessiva preocupação pela perfeição. A AN pode ser uma forma de colocar-se nessa família como fraco, incompetente e carente de suporte familiar, garantindo que a criança será o centro da atenção ou impedindo que apareçam conflitos entre os pais. Além disso, em resposta a essa complexidade e exacerbado envolvimento do modelo familiar, o paciente com AN procura uma aproximação na forma de contato interpessoal.

Bó e Barbosa (1999) se reportam a uma série de conceitos psicanalíticos buscando uma compreensão psicodinâmica do funcionamento do portador de AN e sua família. Sugerem o conflito inconsciente com as figuras parentais como possíveis manifestações do transtorno alimentar e relatam que o paciente anoréxico apresenta uma voracidade que seria inaceitável pelo indivíduo, o qual acabaria projetando a representação desse *self* exigente e voraz na figura dos pais (GABBARD, 1992 *apud* BÓ; BARBOSA, 1999). Com a recusa alimentar, os pais acabam se preocupado com a alimentação de seus filhos e tomam a posição daqueles que desejam. Em contrapartida os portadores de AN não precisam desejar nada, aumentando o conflito resultante da incapacidade de receber coisas positivas dos outros, por apresentar “um extraordinário desejo de possuir” (BÓ; BARBOSA, 1999, p. 536), levando a um constante descontentamento. A voracidade poderia também estar subentendida na inveja do paciente pela mãe, ou seja, a figura materna seria a depositária do que há de bom, enquanto o indivíduo teria apenas defeitos. Em consequência disso, aceitar o afago, alimento e cuidado da mãe seria a confirmação de que o paciente é ruim. Já a recusa alimentar, na sua fantasia, seria motivo de admiração e inveja.

Os autores citam, como características da família, a superproteção, excesso de controle, a enorme dificuldade em lidar com a separação e independência de seus membros. Eles sugerem

uma certa inversão de papéis no momento em que os pais buscam em seus filhos “alimento emocional” ao invés de proporcioná-lo (GABBARD, 1992 *apud* BÓ; BARBOSA, 1999). Concordam com Levitt (2001) quando afirmam que o sistema familiar mostra-se organizado de forma que haja um só projeto de vida, criando-se vínculos de intensa dependência, em que as capacidades e expectativas de cada um sejam “engolidas”. A ajuda oferecida pelos familiares aos parentes anoréxicos é peculiar, pois a negação da patologia associada à falsa colaboração é significativamente importante, por vezes retardando a chegada do indivíduo ao serviço de saúde, dificultando a sua adesão ao tratamento, o que contribui para o agravamento do quadro. Esses autores observaram que durante as sessões de atendimento, os pais mostram-se ansiosos pela recuperação urgente do filho e demonstram sentimento de culpa por fantasiarem que têm o poder de escolher o que é certo ou errado pelos filhos, determinando o seu bem-estar. No entanto, com o decorrer dos encontros, os pais são confrontados com a realidade e tomam consciência de que isso não é possível, o que acaba gerando um sentimento de impotência e os induz a acreditar que são péssimos pais e que não podem ajudar. Essa excessiva exigência pode ser transferida para a pessoa com AN, contribuindo, novamente, para dificultar o relacionamento.

O estudo de Cobelo, Saikali e Schomer é direcionado às relações familiares e ao entendimento da estrutura familiar particular do indivíduo com transtorno alimentar. Essa pesquisa aponta que, *a priori*, partindo de um sistema epistemológico, torna-se interessante, proveitoso e facilitador, delinear mapas que esclareçam os conceitos de um organismo familiar como uma estrutura, demonstrando que o comportamento de uma pessoa se relaciona à estrutura dos relacionamentos na família (MINUCHIN, 1995 *apud* COBELO; SAIKALI; SCHOMER, 2004). As famílias que convivem com a anorexia nervosa vêm-se empobrecidas nas histórias que contam sobre si mesmas, por estarem aprisionadas, nas suas conversações, aos problemas que essa síndrome promove, fazendo disso a sua pauta conversacional. Afirmam que

“tais rótulos trazem o grave perigo de descarregar a culpa no paciente identificado, e as conversações podem limitar-se a um só tema - o transtorno alimentar” (COBELO; SAIKALI; SCHOMER, 2004, p. 186). O paciente portador do distúrbio é considerado o bode expiatório da família que, conforme os autores, é “de quem se fala, se esconde ou se controla” (COBELO; SAIKALI; SCHOMER, 2004, p. 186), o que traz sofrimento a todos. Além disso, as narrativas dos membros dessas famílias, em quase sua totalidade, demonstram grandes dificuldades perante a aceitação da sua própria imagem corporal, indefinição de objetos pessoais e inseguranças quanto à percepção de seu valor diante sociedade, na qual estão inseridos.

## **5.2 Abordagem familiar**

A abordagem familiar é entendida como um caminho que leva a uma compreensão do funcionamento psicodinâmico dessa família<sup>1</sup>. A intervenção visa elaborar e resolver conflitos intrapsíquicos a serviço da reestruturação, reorganização e desenvolvimento da personalidade, ou seja, encontrar alternativas mais adaptadas para lidar com o sofrimento psíquico (GORGATI; HOLCBERG; OLIVEIRA, 2002).

Dos onze artigos analisados, dois abordam o desenvolvimento de um manual baseado no tratamento familiar de pacientes com AN; dois apresentam estudos de caso ilustrando o trabalho realizado com as famílias de pacientes com AN; três referem-se a rotinas de atendimento e as abordagens empregadas em serviços de assistência; três realizam comparações entre terapias, sendo que um deles compara duas intervenções direcionadas a família; e um descreve o trabalho

---

<sup>1</sup> A intervenção psicodinâmica refere-se à investigação de forças psicológicas complexas e multideterminadas que formam o desenvolvimento humano – desde a motivação, impulso e conflito até o apego, intimidade e a natureza da auto-estima. O marco teórico e clínico que fundamenta a intervenção psicodinâmica é a psicanálise e as psicoterapias analíticas (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997).

com família de adultos com anorexia nervosa. Todos os estudos abordam estratégias de intervenção familiar, apontando caminhos práticos de cuidado ao portador de AN no contexto de sua família. Esse fato nos leva a concluir que existe um certo consenso em relação à preocupação com a construção de um referencial teórico-prático de intervenção familiar. As experiências relatadas trazem, com grande riqueza, um campo de possibilidades para os trabalhadores de saúde mental, em sua prática cotidiana na assistência e nas diferentes modalidades de atendimento em saúde mental.

#### 5.2.1 Grupo de sala de espera

O artigo de Bó e Barbosa (1999) mostra o trabalho sistematizado com os familiares dos pacientes portadores de AN contando com a abordagem multidisciplinar, no Ambulatório de Distúrbios da Conduta Alimentar e do Peso do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. O atendimento do grupo de múltiplas famílias estruturou-se como um grupo de sala de espera, cujos participantes eram familiares de clientes que os acompanhavam enquanto consultavam no ambulatório com o médico e/ ou nutricionista. O grupo caracterizava-se por ser aberto, porém o retorno dos clientes ao ambulatório estava vinculado ao comparecimento de seus integrantes. A frequência dos encontros era semanal, a presença de seus membros variou consideravelmente, entretanto a média do grupo manteve-se de 4 a 5 participantes, os quais geralmente eram mães. Utilizaram como técnica grupal o grupo operativo, intervenção guiada pelas idéias de Ana Quiroga e Pichon-Rivière<sup>2</sup>. Os autores do artigo desempenhavam os papéis de coordenador e observador. O trabalho tinha como essencial a troca de experiências

---

<sup>2</sup> “Entendiam o grupo como um espaço cênico, onde os integrantes, reunidos para alcançar um objetivo comum, vivenciam comportamentos freqüentes em seu cotidiano” (BÓ; BARBOSA, 1999, p. 535).

possibilitando que, através da dinâmica grupal, ocorresse a repetição inconsciente dos comportamentos vivenciados diariamente, sendo esses confrontados no grupo e, dessa forma, proporcionando o aprendizado de novas formas de agir e pensar, transformando os indivíduos.

O terapeuta, na função de coordenador, participou como um facilitador (*copensor*) da cooperação dos membros, para uma melhor comunicação entre eles, e renunciando a um papel autoritário de defensor do conhecimento e da cura<sup>3</sup> (PICHON-RIVIÈRE, 1994; PORTARRIEU; TUBERT-OKLANDER, 1989 *apud* BÓ; BARBOSA, 1999). A estruturação de um grupo de sala de espera reflete a resistência dos membros em freqüentarem encontros de forma independente do dia de atendimento do paciente no ambulatório. Isso se explica, em parte, pelo fato do transtorno alimentar representar a deposição do sentimento de angústia em um só integrante, o que Pichon-Rivière denomina de porta-voz das ansiedades do grupo, na medida em que o doente é o depositário das tensões e conflitos da família, tornado-se o portador dos seus aspectos patológicos (PICHON-RIVIÈRE, 2000). No decorrer das sessões, o coordenador e o observador procuraram suavizar a culpa dos familiares, pois acreditam que esse também pode ser um dos principais motivos de resistência em participar do tratamento. O objetivo do tratamento é ajudar os familiares e o paciente (esse de forma individual) a identificar sentimentos, comportamentos que estejam contribuindo para o agravamento da patologia, seja no aumento da sua cronicidade ou em um maior risco de morte. Esclarecer os mal-entendidos, respeitando a individualidade de cada um, proporciona uma vivência de uma adaptação relacionada à realidade, possibilitando-lhes um sentimento de maior força frente às novas situações criadas e construídas pelo próprio grupo.

---

<sup>3</sup> O terapeuta autocrático utiliza uma técnica diretiva, rígida, favorecendo um estereotipo de dependência, estando a serviço da doença e da resistência a mudança (PICHON-RIVIÈRE, 2000).

### 5.2.2 Estratégias multifamiliares em diferentes áreas de atendimento: enfermaria, ambulatório e hospital dia

Outra experiência é a relatada por Cobelo, Saikali e Schomer (2004) realizada nas diferentes áreas do Ambulatório de Bulimia e Transtornos Alimentares do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo (AMBULIM – HC-FMUSP): Ambulatório, Projeto de Atendimento a Crianças e Adolescentes (PROTAD), Enfermaria e Hospital Dia (HD). Os autores afirmam que partilhar com a família e pacientes suas histórias repletas de sentimentos (angústias e inseguranças) foi o maior desafio do trabalho e consideram que cada sistema familiar deve ser visto como único. Partindo disso, a abordagem realizada nesses locais teve como regra principal respeitar as diferenças culturais de cada grupo familiar, sejam elas: na maneira própria de ver, sentir e/ou reagir de cada um. Afinal, presume-se que “todas as famílias são mais ricas em recursos do que imaginam, apenas desconhecem tal fato” (COBELO; SAIKALI; SCHOMER, 2004, p. 186). Cabe ao profissional, juntamente com a família, desconstruir as histórias limitantes impostas pelo transtorno e desenvolver um sentimento de confiança entre ambos, para que possam enfrentar as possíveis dificuldades que surgirão e manter ativa a luta pela mudança. Relataremos a seguir o desenvolvimento do trabalho nas diferentes áreas citadas anteriormente:

- a) Na enfermaria, as famílias são convidadas a participar das sessões na primeira semana da internação, sendo realizadas uma vez por semana. A abordagem teve como metas iniciais: proporcionar orientações sobre a AN, seus riscos e formas de lidar com eles e avaliar a dinâmica e a interação familiar, com a finalidade de analisar sua relação com o distúrbio alimentar. A segunda intenção foi oferecer um espaço de reflexão/ compreensão sobre as relações familiares, não centradas na alimentação, mas sim, nos vínculos afetivos.

- b) No HD, os pacientes com AN permanecem durante cinco dias por semana e participam do grupo multifamiliar, que consiste em sessões semanais, juntamente com os demais clientes internados e familiares. Este grupo objetivava experienciar trocas verbais, “formar redes de sustentação para os pacientes e seus familiares e transformar os segredos familiares em conversação compartilhada buscando destruir estigmas e rótulos referentes ao transtorno alimentar” (COBELO; SAIKALI; SCHOMER, 2004, p. 187).
- c) No PROTAD, o trabalho com as famílias de portadores de AN focou-se em entrevistas individuais com estes familiares, cuja meta baseava-se em estabelecer: um espaço acolhedor, onde a família exporá seus sentimentos conflitantes (culpa, raiva, angústia, impotência, hostilidade), vivenciados principalmente nos primeiros encontros; um espaço esclarecedor, onde dúvidas e questionamentos tentavam ser sanados, mas sempre conscientizando a família sobre a síndrome, seus riscos, o tratamento e a importância de uma equipe multidisciplinar. O projeto de atendimento também ofereceu: o grupo psicoeducacional multifamiliar, o qual, assim como no tratamento individual, esclareceu dúvidas sobre o transtorno alimentar e sobre o tratamento; o grupo psicoterapêutico para as mães dos pacientes, com intervenção psicodinâmica e centrada na relação mãe-filho.

5.2.3 Utilização de múltiplas estratégias na abordagem da família: entrevista familiar individual, grupos com as mães e grupo psicodinâmico multifamiliar.

Pinzon *et al.* (2004), também relatam a estrutura de abordagem realizada no PROTAD de forma mais detalhada, apresentando a rotina de atendimento e as abordagens empregadas nesse serviço multidisciplinar. Os atendimentos oferecidos no PROTAD são: atendimento familiar,

atendimento cognitivo-comportamental, atendimento nutricional, atendimento psicodinâmico e atendimento médico.

O atendimento familiar é feito através de três formas de intervenção: entrevista familiar individual, grupos com as mães e grupo psicodinâmico multifamiliar. As entrevistas individuais são realizadas por um terapeuta com as famílias de pacientes com AN, visando o diagnóstico familiar e para manejos pontuais, quando necessários. O grupo de mães é feito quinzenalmente e centrado no trabalho psicodinâmico em relação mãe-filho. No grupo psicoeducativo multifamiliar, o terapeuta cognitivo-comportamental conduz o encontro, que tem como meta oferecer informações sobre o distúrbio alimentar, o tratamento e outros assuntos pertinentes, como a adolescência.

Para os autores, é necessária a utilização de um trabalho multidisciplinar e de “diferentes métodos terapêuticos para facilitar desacordos quanto às abordagens mais relevantes a serem empregadas no tratamento dos quadros alimentares” (Pinzon *et al.*, p. 169, 2004). Os profissionais precisam saber conviver e valorizar as diferenças e partilhando dos mesmos preceitos.

#### 5.2.4 Tratamentos baseados na terapia do sistema familiar: terapia comportamental do sistema familiar, terapia de família estrutural e terapia familiar construtiva

Outras propostas de terapia familiar são apresentadas no artigo de Levitt (2001), que têm como metas mudanças do complexo modelo de interação, do excesso de envolvimento, da rigidez e do modelo “evitar-conflitos” no sistema familiar de uma pessoa com AN. Uma delas é a Terapia Comportamental do Sistema Familiar (*Behavioral family systems therapy*) que sugere a combinação dos elementos comportamentais e terapias sistêmicas para famílias com adolescentes

anoréxicos. As metas dessa forma de terapia começam com a restauração do peso individual e saúde. Os objetivos são definidos através dos seguintes apontamentos: mudança do hábito alimentar; dirigindo-se a distorções da imagem do corpo e o medo de engordar; mudança da auto-imagem, sentimentos de inutilidade, afeto deprimido, ansiedade e estilo de personalidade perfeccionista e obsessiva. A terapia proposta se desdobra em três fases de tratamento depois do início da avaliação. Na primeira fase, o controle sobre o ato de comer é retirado do indivíduo e delegado aos pais. O terapeuta explica os motivos dessa mudança, no sentido de restaurar a hierarquia familiar e identificando as dificuldades dos pais de encarar tal tarefa. Os pais são encorajados a desenvolver e implementar um plano de conduta de ganho de peso para seus filhos, incluindo fazer refeições, regulação de exercícios, estabelecendo as metas desse plano. Uma vez que o peso atingir um ponto mais saudável, a terapia começa a ser focada em conteúdos não relacionados ao ato de alimentar-se. Nessa segunda fase, o investimento passa a ser na reconstrução cognitiva da distorção de imagem corpórea e no confronto de crenças irrealistas sobre os alimentos. Estratégias de intervenção para alterar determinadas dinâmicas familiares disfuncionais são implementadas e o profissional também trabalha para identificar a função que a AN exerce na manutenção homeostasia familiar. Na fase final do tratamento, o controle sobre a alimentação é gradualmente devolvido ao adolescente, sendo ensinadas a ele estratégias e meios saudáveis para manter o peso e essa permanece sendo a meta primária de tratamento.

Como a terapia comportamental do sistema familiar, os estudos de intervenções da Terapia de Família Estrutural (*Structural family therapy*) estão fundamentados na teoria de sistemas<sup>4</sup>. A terapia sistêmica tem seu foco no estresse do grupo familiar ao invés de privilegiar

---

<sup>4</sup> A teoria familiar sistêmica defende que uma família comporta-se como se fosse uma unidade e os terapeutas acreditam que um membro da família foi rotulado como paciente identificado. O objetivo da família é ajudar a família a compreender que os sintomas do paciente identificado estão, na verdade, servindo a uma função na manutenção da homeostase familiar (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997).

um enfoque individual, acreditando que a experiência de um membro tem efeito em todos os membros da família. A meta primária do tratamento é também restaurar o peso do membro da família com a AN, que pode durar de 10 a 14 semanas (LE GRANGE, 1993, 1999 *apud* LEVITT, 2001). O tratamento tem como foco principal dois componentes: o sintoma e o estresse latente, contribuindo para o desenvolvimento da AN. Os pais estão preocupados com a recuperação do peso de seus filhos. A família é estimulada a auxiliar nesse processo, permitindo que o indivíduo volte a ter estímulo a se alimentar. Eles são encorajados a não distanciar as refeições, ter uma alimentação adequada (que satisfaça as necessidades calóricas do organismo) e ver alimentação como um ato normal. Também é questionado, para essa família, como que eles acreditam que a família seria se o foco ou preocupação (anorexia nervosa) mudar. Essa questão encaminha para o segundo estágio da terapia, onde o foco será no estresse latente, que contribui para o desenvolvimento da AN. O modo como a família procede diante do estresse é apontada e modificada.

O tratamento possui três tarefas (RUSSELL *et al.*, 1987 *apud* LEVITT, 2001). Primeiramente, a cooperação da família deve ser assegurada e preservada. Os perigos físicos da AN são destacados freqüentemente no primeiro contato com a família para engajá-los e comprometê-los no tratamento (DARE, EISLER, RUSSELL, & SZMUKLER, 1990; LE GRANGE, 1999; RUSSELL *et al.*, 1987 *apud* LEVITT, 2001). Ao fazer exame de uma aproximação problema – resolução (*problem-solving*) com a família, é importante diminuir sua culpa para que o paciente aproveite a energia da família para o tratamento (RUSSELL *et al.*, 1987 *apud* LEVITT, 2001). Uma vez engajada no tratamento, a família é observada com vistas a avaliar sua organização. A família é observada se alimentando conjuntamente e, durante esse momento, são identificados seus padrões de relacionamento, comunicação, e papéis relacionados ao alimento e ao ato de alimentar-se (*refeeding phase*) (LE GRANGE, 1999; RUSSELL *et al.*,

1987 *apud* LEVITT, 2001). Parte da tarefa, nessa fase, inclui alinhar o paciente identificado com os seus irmãos para reforçar limites e avaliar alianças dentro do sistema familiar. A terceira tarefa da terapia estrutural inclui intervenções para continuar controlando sintomas e para produzir mudanças eficazes no sistema da família (RUSSELL *et al.*, 1987 *apud* LEVITT, 2001). Tais intervenções enfatizam a necessidade em dar suporte familiar, consistência e cooperação para proporcionar uma vida mais saudável ao adolescente. O controle da alimentação retorna gradualmente aos pais quando a doença não é mais a base da comunicação. Diferentes estratégias de intervenção são aplicadas para promover a individuação e fortalecer o casal, preparando-os para a saída dos filhos de casa (LE GRANGE, 1999; RUSSELL *et al.*, 1987 *apud* LEVITT, 2001).

A Terapia Familiar Construtiva (*Constructive family therapy*) reforça e complementa as potencialidades da família ao invés de focar suas limitações e fragilidades, como ocorre na terapia sistêmica e comportamental. O enfoque construtivo parte de uma posição de força e recurso, fugindo dos enfoques que enfatizam as deficiências da família. Trata-se de uma abordagem cooperativa, que trabalha “junto com” ao invés de contra o sistema familiar. Levitt (2001) descreve o programa de tratamento da Terapia Familiar Construtiva (*Constructive family therapy*) desenvolvido por Vandereycken (1987). Esse programa é dividido em três partes, sendo desenvolvido em um período e tempo limitado (geralmente 3 meses), com os cuidados intensivos. O tratamento é multifacetado na medida em que inclui diferentes abordagens: psicoterapia de grupo com outras famílias, abordagem comportamental, terapia ocupacional, arteterapia e tratamento psicomotor. Finalmente, o tratamento fornece a orientação educacional, grupos de aconselhamentos para os pais e a terapia individual da família quando indicado para otimizar o sucesso das famílias e do membro com anorexia. O atendimento deve ser flexível dependendo do indivíduo e da família. Embora essa terapia tenha sido desenvolvida em resposta às terapias

familiares comportamentais e sistêmicas, tentando dar um enfoque mais positivo à família, nenhuma evidência empírica ainda existe para demonstrar sua eficácia.

#### 5.2.5 Abordagem de terapia familiar focada na solução

O'Halloran (1999) apresenta uma proposta de abordagem de terapia familiar focada na solução (*solution-focused*). Essa abordagem é proposta pelo autor para o tratamento de problemas alimentares menos severos. Esse instrumento utilizado com o paciente, não foi focalizado unicamente em trazer o sistema familiar inteiro na terapia, mas sim em envolvê-lo, pois a família é essencial no fornecimento de recursos e oferecimento de suporte para os seus filhos. Esse tipo de atendimento enfatiza tanto a aceitação das descrições dos problemas (*problem-oriented*) dos clientes e, ao mesmo tempo, busca trazer a consciência às exceções dos acontecimentos desses problemas (DESHAZER, 1985 *apud* O'HALLORAN, 1999). A abordagem vê o cliente como o perito em sua própria vida, e a terapia busca ajudá-lo a desenvolver suas próprias soluções, através de uma análise sobre o problema vivenciado e usando uma escala de perguntas para incentivar o cliente a desenvolver estratégias de modo a tornar o seu comportamento gradativamente mais saudável (DEJONG & BERG, 1998 *apud* O'HALLORAN, 1999).

O'Halloran (1999) relata um estudo de caso, no qual o atendimento baseou-se nas diretrizes desenvolvidas por DeJong e Berg (1998) e McFarland (1995), nas quais o processo de construção das soluções (*solution-building*) é realizado de três maneiras, tomando-se como referência o relato do cliente. Inicia-se determinando o que o paciente gostaria de modificar em sua vida. O indivíduo focalizar-se-á sobre seus problemas e é importante aceitar sua descrição dos mesmos. Num segundo momento, é necessário questionar sobre como a vida da pessoa será diferente quando os problemas que trouxeram-na à terapia forem superados. A partir dessas

reflexões é possível estabelecer planos para o futuro. Finalmente, o terapeuta mostra que o próprio comportamento do cliente apresenta, às vezes, a habilidade de lidar com os seus problemas, os quais deseja resolver. As questões direcionadas são muito úteis no levantamento do grau de consciência do cliente sobre suas percepções de autoconfiança e capacidade, e na sua preparação para enfrentar e superar os seus problemas. O autor também aconselha a utilização do trabalho multidisciplinar no tratamento de transtornos alimentares, apesar de esta forma de atendimento não ter sido utilizada no estudo.

Para o autor, a experiência relatada indicou que uma abordagem focalizada na solução (*solution-focused*) propiciou à paciente do estudo perspectivas novas na terapia e deu-lhe a oportunidade de usar sua inteligência de maneira produtiva. Forneceu, também, à família uma possibilidade de envolvimento com o tratamento, que não exigiu uma constante monitorização ou muitas sessões. O sistema familiar, como um todo, transformou-se em um recurso valioso para a cliente e contribuiu para a sua saúde, bem como para a saúde e a comunicação de todos os membros da família. Esse atendimento focalizado na solução (*solution-focused*) funcionou muito bem com a família do estudo, porque se mostraram motivados e dispostos em investir no começo da terapia. As estratégias de comunicação ajudaram a família a comunicar-se eficazmente sobre o distúrbio alimentar, nas observações positivas e as negativas quanto ao comportamento, e nas maneiras que a família poderia ser auxiliada. A família forneceu *feedback* e a ajudou a controlar mudanças no comportamento e a construir estratégias de motivação.

#### 5.2.6 Combinação da terapia cognitiva individual com a terapia familiar

O'Halloran e Weimer (2005) também apresentam um estudo de caso, que ilustra uma combinação de terapia cognitiva individual (*Individual cognitive therapy*) com a terapia familiar

no tratamento da anorexia nervosa. No estudo, o grupo de suporte multifamiliar foi primeiramente usado em conjunto com outros tipos de modalidades de tratamento com os pacientes internados (individual, grupal e nutricional). Apesar desse grupo ter propiciado alguma consciência e suporte, a família não o considerou muito útil para efetuar mudanças. Quando a oportunidade de engajar essa família em uma terapia familiar foi oferecida, todos os seus membros consentiram em participar. O trabalho com a família foi baseado no Modelo de Comunicação de Satir, que está focado no aumento da auto-estima dos indivíduos da família, enquanto trabalham para mudar as relações interpessoais dentro do sistema familiar.

Satir acreditava que os homens têm uma tendência natural ao crescimento e todo comportamento é orientado a fim do seu crescimento. O crescimento individual ocorre por intermédio de oito recursos universais: o corpo físico, intelecto, emoções, senso, interações sociais, necessidades nutricionais, espaço vital e necessidades espirituais. Cada parte é de igual valor e interdependente (WALSH; & MCGRAW, 1996 *apud* O'HALLORAN; WEIMER, 2005).

A congruência é um conceito chave no Modelo de Satir. Comunicação congruente é direta, de forma que a mensagem recebida é a mensagem enviada. O comportamento verbal encaixa com o não verbal, tendo coerência entre seu conteúdo e efeito. A única meta na terapia é ajudar as pessoas a tornarem-se conscientes das mensagens conflitantes, contraditórias que passam. O estilo de comunicação serve como instância adaptativa para proteger o indivíduo de ameaças reais ou irreais. Satir identifica cinco papéis na comunicação: o apaziguador (*the placater*), o culpabilizador (*the blamer*), o intelectualizado (*the computer*), o distraído (*the distract*) e o aplanador (*the leveler*). Os primeiros quatro papéis são escudos que as pessoas utilizam para ocultar seus sentimentos. O apaziguador tem uma maneira agradável de falar, é modesto e o discurso é defensivo, sempre tentando agradar os outros. Diferente do apaziguador, o culpabilizador é tirânico e se engaja numa acusação dura e crítica. Os distraídos usam uma

abordagem mais defensiva ou evasiva que os culpabilizadores; fazem considerações irrelevantes que desviam a atenção dos assuntos em discussão. Quando as pessoas são distraídas, elas se movem continuamente, vivem mudando de idéia e querem fazer diversas coisas ao mesmo tempo. O contrário do distraído é o intelectualizado. Estes indivíduos utilizam um papel de comunicação intelectualizada, racionalizando suas atitudes e desprendendo-se das emoções. Em contraste com os outros quatro papéis, o aplanador é o mais congruente deles, pois se empenha em uma comunicação direta e honesta, a qual se encaixa em conteúdo e efeito (SATIR, 1972; SATIR *et al.*, 1991 *apud* O'HALLORAN; WEIMER, 2005).

O processo de mudança começa com o terapeuta construindo verdades com a família, ajudando-a a desenvolver uma nova consciência sobre sua comunicação e dinâmicas através de experiências, tal como desenvolvendo a cronologia da vida de uma família, ou usando um jogo de papéis (*role-plays*). Essas técnicas facilitam as mudanças nos significados, comportamentos e compreensão do papel de cada membro, expectativas e regras. Na medida que a terapia se desenvolve, os membros da família utilizam sua nova compreensão para praticar comportamentos tanto na sessão de terapia como fora dela. Essa prática produz um padrão de comunicação mais congruente dentro da família, fornecendo novas perspectivas e oportunidades para aprender a comunicar-se de forma mais honesta e clara. Um ganho significativo com esse tipo de atendimento é uma maior consciência do grupo familiar e de cada um dos seus membros em relação às formas como enfrentam suas fraquezas, vendo como as regras que tinham estabelecido os confinavam.

Essa abordagem familiar é potencializada na medida em que ocorre concomitantemente com a terapia individual do paciente com AN, onde esse aprende a identificar seus erros cognitivos (supergeneralização, culpabilidade, etc), focando na avaliação emocional e reações cognitivas para com os outros e si próprio. Uma situação descrita pelo autor exemplifica esse

processo: a paciente do estudo de caso disse ao terapeuta que um certo garoto da sua escola (de quem estava gostando), não se sentia atraído por ela e que, talvez, se ela fosse 5 quilos mais magra, isso pudesse ser diferente. Após isso, sem que o terapeuta disse nada, ela mesma, refletindo sobre sua afirmação, disse: “*Maybe if my personality was different, he might be more attracted to me*”<sup>5</sup>. Para o profissional foi muito bom o fato de não precisar pedir para que ela desconstruísse seus processos cognitivos na medida em que ela mesma o fez. Quando o tratamento terminou, ela percebia seus erros cognitivos mais freqüentemente e parecia estar contente por isso. Em um certo ponto, ela mesma disse, “*Hey, I don’t need you anymore. I can do this without you*”<sup>6</sup>.

#### 5.2.7 Trabalhando com cuidadores de adultos com anorexia nervosa

O artigo de Treasure *et al.* (2005), tem como objetivo descrever o trabalho com os cuidadores (famílias) de adultos com AN, que os autores consideram ser diferente do trabalho com adolescentes. Em virtude da idade, a legislação, no que diz respeito a direitos e responsabilidade, é diferenciada entre adultos e adolescentes, por exemplo, no que se refere aos direitos individuais de confidencialidade e consentimento para o tratamento. Outra diferença ocorre no desenvolvimento emocional e social e nos graus de envolvimento e dependência de suas famílias, que é muito variável e pode ser totalmente diferente do que seria esperado a partir da idade biológica. Os autores afirmam que a maioria dos pacientes adultos com o AN grave ainda vivem com suas famílias ou tem os membros da família como suportes centrais. Além disso, o transtorno alimentar apresenta, freqüentemente, uma condição mais severa e crônica no

---

<sup>5</sup> Talvez, se minha personalidade fosse diferente, ele poderia estar atraído por mim (Tradução livre da autora).

<sup>6</sup> Hei, eu não preciso mais de você, posso fazer isso sozinha (Tradução livre da autora).

adulto e, por isso, a meta do tratamento baseia-se não somente na sua recuperação, mas sim na melhora da qualidade de vida. A expectativa mais realista seria esperar uma remissão parcial. A estrutura de intervenção, descrita no artigo, baseia-se num conjunto de componentes que tem a idade do paciente como um fator definidor, e se apresenta através de uma agenda de trabalho esboçada conforme os seguintes tópicos:

- 1) Compartilhar informações – A questão do compartilhamento das informações e da confidencialidade pode ser particularmente problemática no trabalho com pacientes adultos portadores com o transtorno alimentar. Tradicionalmente, muitos serviços para adultos tendem a excluir os pais de todo o tratamento por justificarem que o atendimento individual é confidencial, o que seria prejudicado com a inclusão da família. Contudo, o novo manual NICE (National Collaborating Centre for Mental Health) recomenda, para os clientes com AN de todas as idades, o trabalho em conjunto com os cuidadores que possuam informações adequadas sobre a natureza do distúrbio, riscos e prognósticos.

A pesquisa mostra que raramente adultos desejam excluir seus pais completamente do tratamento e comumente esses participam do primeiro atendimento. A recusa por não querer a participação dos familiares geralmente se dá pelo cliente considerar-se um fardo e que a exigência da participação no tratamento seria, então, mais um fardo para essa família, na medida em que o portador do transtorno não se considerasse merecedor de ajuda. Isso tendia a acontecer quando seus pais consideravam seus problemas pessoais mais importantes, quando percebessem a exigência de freqüentarem as sessões como um fardo, ou quando precisassem ajudar outro membro da família que estivesse com outros problemas. Nessa situação, com freqüência, utiliza-se inicialmente uma negociação de um encontro único com os pais, usando o recurso de um convite oficial, evitando que o paciente se sinta pressionado a convidá-los. Durante a sessão, é colocado para a família

que o encontro não pode ser considerado um fardo, mas sim um canal de comunicação – abertura. Em casos de alto risco de vida, as informações compartilhadas entre os profissionais e os pais são fundamentais. Se o paciente é relutante no envolvimento familiar, os autores freqüentemente recorrem a um “poder maior”, ao Manual NICE e as práticas de abordagem do programa, e dizem a ele que seria negligência por parte dos terapeutas caso não envolvessem seus pais nas discussões, buscando lhe proporcionar maior segurança. O terapeuta diz ao paciente que a presença dos pais é para ajudá-lo e não para colocá-lo em problemas. A maioria dos pacientes responde positivamente ao apelo e permite que os pais sejam convidados.

- 2) Negociar as metas do tratamento, a forma e o grau de envolvimento familiar – Em crianças com AN, nas quais o início do transtorno é mais repentino e de curta duração, a meta do tratamento é sempre retornar o peso saudável e fazer com que os pais coloquem a seus filhos mudanças mais efetivas de ganho de peso e manutenção. Nos adultos com AN, a situação é mais complexa. Nesses casos, a meta do tratamento passa a ser a recuperação do peso, a natureza e o grau de suporte das necessidades da família, negociando com ela uma continuidade. Nos casos mais crônicos onde o curso dos outros tratamentos não foi bem sucedido, o foco das intervenções tem sua direção modificada da recuperação de peso para a ajuda ao indivíduo a alcançar um peso seguro e proporcionar a ele e a sua família uma qualidade de vida. Esse pode ser considerado um dos pontos principais do envolvimento dos pais com adultos com o transtorno. Em casos mais leves do distúrbio, os clientes acabam sendo vistos de forma individual e a sua família passa a ser freqüentemente convidada a participar de sessões onde são fornecidas partes das informações sobre o curso do tratamento e progresso, oportunizando a todos refletirem sobre o processo de recuperação e seus respectivos papéis. Já nos casos mais severos, a

família é envolvida com mais intensidade, sendo oferecidos grupos multifamiliares com duas ou três famílias, três vezes por semana. A filosofia, o raciocínio implícito e os componentes do trabalho familiar são descritos a seguir.

- 3) Ajudar os pais a enfrentarem os problemas mais efetivamente – Cuidar de alguém com AN é uma tarefa exaustiva e prolongada que freqüentemente leva ao limite a capacidade dos cuidadores de lidarem e serem continente a essa situação. Os autores têm desenvolvido um modelo de *carers coping*, o qual inclui uma variedade de elementos, que causam um impacto sobre esse processo (figura). Os sintomas da síndrome alimentar “invadem” continuamente a vida familiar, sendo agravada pela possível recusa do anoréxico em aceitar o impacto que o distúrbio tem nele e em sua família. Os cuidadores exercem inúmeros outros papéis que consomem seus recursos, tais como trabalhar e cuidar de outras pessoas ou outros filhos, não surpreendendo que o estresse gerado pelos seus esforços venha a desenvolver níveis clínicos de ansiedade e de depressão.

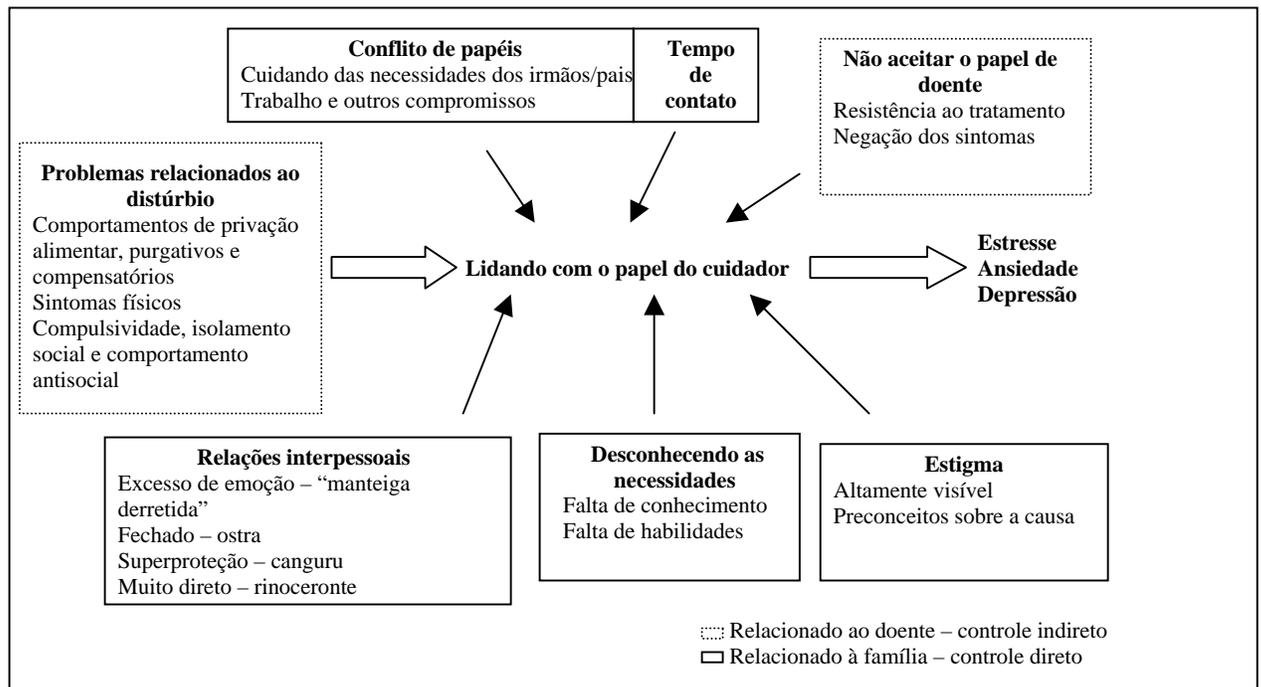


Figura. Modelo de estresse do cuidador (traduzido pela autora a partir de Treasure *et al.* 2005).

Todos os aspectos acima interferem na capacidade dos membros da família em manejar uma pessoa com um distúrbio alimentar crônico em seu meio. O trabalho feito com as famílias é alcançado quando cada um dos itens do modelo de estresse do cuidador é abordado e um elemento importante da intervenção com os cuidadores é fornecer a eles o treino básico de como ajudar pessoas com distúrbio alimentar. Nesse treinamento, os temas assemelham-se aos abordados com profissionais: entendimento dos modelos de mudança de comportamento na saúde; treinamento no manejo dos sintomas e do comportamento da AN; investigação dos mecanismos interpessoais de manutenção do transtorno; redução da crítica, do isolamento e da culpa; aumentar suporte dos cuidadores; papel do estresse; tempo de contato.

Os autores desenvolveram esse trabalho de treinamento com famílias que participavam de grupos multifamiliares junto ao atendimento de portadores de AN. Consideramos que essa abordagem prepara e capacita a família, o que é fundamental na sua inserção no tratamento e no seu manejo das situações cotidianas junto ao indivíduo com o distúrbio alimentar. Os autores também desenvolveram métodos de disseminação desse programa (publicações, cursos para cuidadores e CD-ROMs para cuidadores) para serem usados e disseminados por familiares de uma forma geral. Isso é importante na medida em que possibilita o uso desse material por familiares de pacientes com AN relutantes ao tratamento. A avaliação preliminar da eficácia dessa intervenção de tratamento ainda está sendo completada.

#### 5.2.8 Tratamento baseado na família segundo o protocolo de Maudsley

Dois dos artigos analisados (LE GRANGE; BINFORD; LOEB, 2005; LOCK; LE GRANGE, 2001) referem-se ao protocolo de tratamento para adolescentes com anorexia nervosa seguindo um modelo de intervenção baseado na família do Hospital de Maudsley.

O artigo de Le Grange, Binford e Loeb (2005) trata-se de uma pesquisa quantitativa onde é avaliada a resposta ao tratamento baseado na família (*family-based treatment*) seguindo um protocolo (*manualized*) de atendimento a pacientes com AN. O estudo descreve uma série de casos de crianças e adolescentes com o distúrbio (média de idade= 14,5 anos; desvio padrão= 2,3; limite= 9-18 anos), tendo como amostra 45 indivíduos com a patologia. A abordagem utilizada é segundo o protocolo de tratamento baseado na família com paciente anoréxico do Hospital de Maudsley, cuja meta é a adesão de cada cliente à prescrição de 20 sessões de tratamento durante um período de 12 meses. Entretanto, quando o terapeuta e a família concordassem que as metas do tratamento foram atingidas antes do término desse período, havia flexibilidade em antecipar o final do tratamento. Caso contrário, as sessões prosseguiam podendo ultrapassar os 20 encontros. O tratamento é definido através de três etapas:

- a) Fase 1: Restauração do controle dos pais sobre o peso (sessões 1-10) – O terapeuta foca os perigos da severa má nutrição associada com AN, sendo enfatizada a necessidade dos pais assumirem imediatamente a situação para reverter esse processo. A tarefa dos pais nessa fase é trabalhar como um time, convencendo seu filho a alimentar-se com uma quantidade suficiente de calorias. Isso pode ser alcançado melhor se os pais forem encorajados a fazer uma modificação temporária de toda a alimentação, supervisionando as refeições. Pode-se também fazer com que eles pensem em maneiras de limitar as atividades de seus filhos para conservar a maior quantidade de energia possível (por exemplo, *ballet*, brincadeiras que consumam muita caloria). Nas sessões é observada a interação familiar perante o alimento e os pais são ajudados a encontrar formas mais eficazes de fazer suas crianças comerem;
- b) Fase 2: Retorno do controle alimentar ao adolescente (sessões 11-16) – Essa fase inicia com o paciente aceitando a demanda dos pais e estabelecendo um ganho de peso evidente,

conforme o índice de massa corpórea (IMC). Os pais são incentivados a ajudar seus filhos a terem mais controle sobre sua própria alimentação, desde que isso evidencie uma menor ansiedade para pais e filhos e respeitando a meta de ganho de peso. O terapeuta recomenda aos pais a agirem com cautela em relação ao atual grau de envolvimento do adolescente com o processo de realimentação, que pode não estar de fato empenhado a se realimentar. É oferecida ao paciente a oportunidade de tomar sozinho decisões sobre as suas refeições, enquanto os pais ainda estão presentes para fazer algumas alterações necessárias, ou é permitido que ele, pela primeira vez, faça um lanche na sua escola com os seus amigos, ao invés de fazê-lo na presença de um representante do colégio, o qual se asseguraria de que o aluno comeu seu lanche. Qualquer uma das decisões só poderá ser tomada se os pais sentirem-se seguros de que não haverá oportunidades para que os seus filhos façam excesso de exercícios ou que deixem de se alimentar.

- c) Fase 3: Evolução do adolescente e término do tratamento (sessões 17-20) – Quando o cliente adquire um peso estável (próximo de 95% do Peso Corpóreo Ideal), o foco do tratamento muda do transtorno alimentar por si só e passa a ser: examinar o impacto da AN e estabelecer uma identidade saudável no adolescente. O terapeuta fornece uma revisão detalhada do estágio da evolução do paciente, interesses relacionados à puberdade, preocupações com os seus relacionamentos, preocupações relativas à sua independência familiar e estabelecimento de relações significativas fora da família.

Após 17 sessões de tratamento em média, os clientes melhoraram significativamente as suas medidas em relação às suas medidas iniciais (IMC e percentual de peso corporal ideal). Descrevendo os resultados em categorias - Critério de Morgan-Russell (MORGAN; HAYWARD, 1988 *apud* LE GRANGE; BINFORD; LOEB, 2005), 56% (n=25) apresentaram um resultado bom (>85% do peso corporal ideal e menarca), 33% (n=15) um resultado intermediário

(>85% do peso corporal ideal e menarca intermitente), e 11% (n=5) responderam mal (<85% do peso corporal ideal e amenorréia).

O estudo de Lock e Le Grange (2001) apresenta a criação de um manual para o tratamento de adolescentes com AN baseado no modelo utilizado no Hospital de Mausdeley (em Londres). O objetivo desse manual é a replicação dessa abordagem familiar em outros ambientes, numa tentativa de adicionar a condução terapêutica desse método. O processo para elaboração do protocolo envolveu diferentes estágios:

a) Revisão das descrições existentes do tratamento – Identificar as principais descrições e registros existentes sobre as intervenções e estratégias da abordagem baseada na família para AN de Mausdeley;

b) Consultando com profissionais treinados na técnica – A consulta a profissionais treinados na técnica ocorreu nas diferentes fases da elaboração do manual, desde a revisão da literatura até a elaboração do texto final do manual, ajudando a assegurar que o manual, o modelo e o tratamento fossem coerentes com o que se utilizou no estudo piloto, evidenciando, assim, a eficácia do tratamento;

c) Desenvolvimento de uma narrativa estrutural de acordo com o modelo de tratamento – um aspecto importante do manual é a consideração com a forma do texto. Nesse caso, as metas foram criar um texto útil assim como fornecer um documento significativo para o treinamento, que seja uma referência para os clínicos. Isso significa que a estrutura deve ser detalhada e acessível;

d) Testando o manual – Após o rascunho inicial do protocolo, seu desenvolvimento, refinamento e revisão, a versão final estava pronta para ser testada. Pacientes adolescentes foram identificados para referenciar o processo e oferecidos tratamento utilizando o manual. Duas famílias aceitaram participar do tratamento, onde cada sessão era filmada, transcrita e revisada

pelos autores e colaboradores. Os clientes foram tratados por aproximadamente 12 meses. Os pacientes recuperaram-se e o profissional treinado reviu os vídeos das sessões e confirmou que o tratamento replicou a abordagem de Maudsley;

e) Treinamento de terapeutas para utilizar o protocolo – Para testar a efetividade do manual como instrumento de comunicação baseado na abordagem familiar, cinco terapeutas foram treinados. O treinamento consistiu em ler o manual, em ver os vídeos das sessões chaves baseadas no protocolo e em alguns casos observaram os encontros *in loco*. Depois do treinamento, os terapeutas filmavam suas sessões com os pacientes e essas eram assistidas pelos autores principais do manual. Todos os profissionais treinados foram hábeis em replicar o tratamento de acordo com o protocolo.

A versão protocolizada do manual descrito está ainda em teste. O objetivo do estudo é responder a questão de quanto o tratamento é necessário para ajudar os jovens com AN. A intenção é comparar a efetividade desse tratamento familiar em dois níveis diferentes de intensidade e tempo para reduzir o número de dias no hospital e, sobretudo, os custos dos cuidados durante o período experimental de doze meses, explorando os fatores clínicos previstos. As informações coletadas de diversos resultados de comparação e as medidas posteriores podem ajudar a prever se há características dos pacientes que possam influenciar os resultados. Até o momento, 43 famílias foram recrutadas ao estudo. Dessas 19 completaram seis meses de tratamento e 13 completaram doze meses.

Os dados apresentados pelos autores são referentes aos primeiros 19 casos:

- Demografia: média de idade de 14,97 anos (limites: 12,69-17,84); média de duração do transtorno de 10,9 meses (variando de 3-36); 92% de pacientes do sexo feminino;
- Mudança corporal: peso médio inicial dos pacientes correspondia a 81% do Peso Corpóreo Ideal (PCI) e o IMC era 17,8 kg/m<sup>2</sup>. Após o início do tratamento a média de

PCI chegou a 88% e depois de 6 meses ele chegou a 92% e o IMC aumentou para 18,8 kg/m<sup>2</sup>;

- Características purgativas: 26% (5) do total de pacientes exibiam características purgativas em conjunto com AN. Após 6 meses, 60% (3) dos pacientes estavam abastêmios e para os 2 clientes restantes os sintomas foram reduzidos dramaticamente. Um paciente, que no início do tratamento não apresentava características purgativas, começou a usar laxantes durante o período do tratamento (3 episódios de uso).

Os autores consideram que a conclusão mais importante desse estudo preliminar é que o manual que descreva sistematicamente as intervenções utilizadas no Hospital Maudsley no tratamento de famílias com adolescentes com AN pode ser desenvolvido. Além disso, o manual parece ser aceito pelos terapeutas, pacientes e familiares. Os achados preliminares são comparados aos esperados nas sessões supervisionadas no Hospital de Maudsley. Esses resultados são importantes porque sugerem a viabilidade do tratamento em ser utilizado mais amplamente em ambientes controlados e não controlados, permitindo o desenvolvimento de pesquisas que examinem a efetividade desse tratamento em diferentes contextos.

#### 5.2.9 Comparação da efetividade da psicoterapia psicanalítica, terapia analítica-cognitiva e terapia familiar com a rotina do tratamento controle

Dare *et al.* (2001) mostram um estudo quantitativo objetivado em avaliar a efetividade da psicoterapia psicanalítica (PTP), terapia analítica-cognitiva (TAC) e terapia familiar (TF) (em pacientes adultos com AN que consultam em ambulatório) comparando-as com a rotina do tratamento controle (ROTINA). Os pacientes do estudo tinham uma média de idade de 26,3 anos, uma média de tempo com a doença de 6,3 anos, IMC de 15,4 (desvio padrão= 1,6) e média peso

corpóreo sobre altura de 74,3%. O experimento baseou-se na forma de um controle aleatório dos clientes e das quatro terapias. O período de avaliação de cada terapia foi: 1 ano de psicoterapia psicanalítica, 7 meses de terapia analítica-cognitiva, 1 ano de terapia familiar e 1 ano de rotina de tratamento controle. A classificação de procedimentos aleatórios – o método de minimização, usado para o controle da idade inicial e duração do transtorno, a presença de sintomas de bulimia e estado civil.

Para avaliação dos pacientes, utilizavam a intervenção psiquiátrica padronizada desenvolvida por Morgan e Russell, sendo todos os procedimentos filmados. A intervenção de Morgan-Russell investiga cinco áreas do estado do cliente, todas classificadas em uma escala de 0 (péssima possibilidade) a 12 (melhor possibilidade). As cinco áreas são:

- 1) MR-A: estado nutricional, agregado ao escore de restrição alimentar, preocupação sobre a alimentação, a forma e peso corpóreo atual;
- 2) MR-B: escala menstrual;
- 3) MR-C: escala do estado mental;
- 4) MR-D: escala psicosexual, incluindo atividades regulares, opção sexual, interesse na sexualidade, desejos sexuais e eventualmente vontade em ter filhos;
- 5) MR-E: escala sócio-econômica é avaliado a partir da média de cinco sub-escores: relacionamento com a família, emancipação da família, capacidade de confiar, de ter lazer em grupo e de trabalhar/estudar em tempo integral.

A partir da média dos cinco escores é constituída a Média de Escores de Morgan-Russell. Os clientes foram pesados, sua altura medida e calculado o IMC. Além disso, foi realizado um exame/investigação física.

Aos pacientes foram fornecidos mais detalhes e informações sobre as quatro possibilidades de tratamento, seus questionamentos sobre as implicações do estudo foram

explorados e seus consentimentos obtidos. Após a avaliação individual, o cliente foi visto com a sua família ou companheiro. Os autores selecionaram aleatoriamente o paciente e depois selecionaram novamente aleatoriamente o tratamento a ser aplicado ao mesmo. O paciente e seu companheiro ou família eram informados desse processo.

A terapia familiar considera o transtorno alimentar como um problema da vida familiar, que afeta todos os seus membros. Com os adolescentes os pais podem frequentemente estar ajudando, assumindo um papel mais ativo em oposição aos hábitos alimentares anoréxicos, no entanto isso não é comum em casos com adultos. O foco nessa idade está, preferivelmente, na eliminação do distúrbio alimentar, que atua como papel dominante nas relações entre o paciente e os outros membros da família. As sessões da terapia familiar tinham duração de 1 hora ou 1 hora e 15 minutos, eram agendadas conforme negociação, podendo ser 1 por semana ou até a cada 3 semanas. Com essas modificações, o terapeuta atendeu o paciente com seu companheiro ou família na maioria dos encontros, mas houve uma “dose” de individualidade no contato de no máximo um em cada três atendimentos, que foi permitida conforme o protocolo. Mesmo nessas ocasiões, quando o cliente era visto sozinho, o foco na relação da família permanecia. A supervisão da terapia familiar era bisemanal (90 minutos) e o grupo era conduzido por um experiente terapeuta/ psiquiatra na área da família (número de sessões: média= 13,6; desvio padrão= 8,6).

Dos 84 indivíduos recrutados para o estudo, 29 desistiram e uma faleceu. Cinquenta e quatro clientes completaram um ano de tratamento (PTP 12, TF 16, TCA 13, ROTINA 13). E um pequeno número de pessoas (12 no total) pediu sua inclusão no tratamento durante seu curso (PTP 2, TF 3, TCA 2, ROTINA 5). Em 1 ano, foi evidenciada uma melhora sintomática em todo o grupo de clientes, apesar de alguns pacientes que iniciaram o tratamento apresentando uma significativa subnutrição seguirem com ela.

A terapia familiar, juntamente com PTP, foi significativamente superior as demais terapias, após as análises dos resultados dos escores, mostrando uma eficácia maior em tratamento em ambulatório de pacientes com AN. Os pacientes da TF apresentaram melhoras endócrinas, no estado nutricional, mental e no relacionamento com a família.

Para os autores, é clara a necessidade de considerar mais pesquisas referentes ao tratamento da anorexia nervosa e, também, é importante que futuras pesquisas incluam mais pacientes com prognósticos melhores para facilitar a identificação de específicos benefícios do tratamento.

#### 5.2.10 Comparação entre a terapia familiar em conjunto e a terapia familiar em separado

Eisler *et al.* (2000) comparam, em seu artigo, os resultados de um experimento de tratamento aleatório de duas formas de intervenção familiar para pacientes em ambulatório com anorexia nervosa: a terapia familiar em conjunto (TFC) e a terapia familiar em separado (TFS), apresentando como amostra 40 indivíduos. As terapias usam um plano controlado estratificado (etapas) para nivelar os comentários críticos utilizando o índice de Expressão Emocional (*Expressed Emotion*). O plano exigido pelos terapeutas para aplicarem ambas as formas de tratamento, que são distintas, era assegurar que as terapias fossem supervisionadas e conduzidas de formas separadas, com diferentes supervisores. As avaliações foram aplicadas na admissão do estudo, no período de 3 meses, 6 meses e no final do tratamento (1 ano). No estudo eram considerandos as melhorias no estado nutricional e psicológico, ocorridos através ambos os grupos de tratamento. As intervenções alocadas, portanto, foram estratificadas numa base de números de comentários críticos (um ou mais) dos pais para o paciente.

A avaliação individual era conduzida por um psiquiatra, o qual era independente do time de tratamento, e que utilizava a aplicação de um questionário (auto-avaliação) aos pacientes sobre a avaliação do seu humor, auto-estima e fenômenos obsessivos. Essa semiestrutura da entrevista tinha a meta de obter detalhes da história e manifestações clínicas do distúrbio, bem como o funcionamento psicossocial do adolescente. Utilizaram também a Escala de Morgan e Russell para avaliar o estado nutricional, funcionamento menstrual, estado mental, ajustamento psicosexual e estado socioeconômico.

O autor faz uso de várias pesquisas para realizar as entrevistas com as famílias (OLSON; SPRENKLE; RUSSEL, 1979; KINSTON; LOARDE, 1984; LEFF; VAUGHN, 1985). Todos os membros da família completavam a Escala de Evolução da Coesão e Adaptação da Família (*Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales*), usada para avaliar as percepções da proximidade e rigidez. O questionário é realizado em duas versões providas da “medida” de insatisfação da família<sup>7</sup>. Cada família foi entrevistada utilizando a Entrevista da Clínica da Família (*Standardised Clinical Family Interview*), que era usada para valores do índice de Expressão Emocional (EE) de ambos os pais para o paciente e irmãos e entre os pais. O uso da entrevista com a família, para os valores da EE, era avaliado em 17 famílias em torno de costumes da família (*Cambewell Family Interview*), uma entrevista com um indivíduo sozinho.

A TFS tinha como característica a intervenção separada dos pais e do paciente. O terapeuta e os pais discutiam estratégias de conseguir mudanças no estado nutricional de seus filhos, mas sem oportunizar ao profissional a intervenção direta no processo de interação entre os pais e seus filhos. Os pais são encorajados a discutir possibilidades de assumir uma postura firme em torno tempo de alimentação, enfatizando a necessidade de evitar a culpabilização. É também

---

<sup>7</sup> Os autores não disponibilizaram os dados neste artigo, estão previsto para um futuro artigo.

fornecido suporte para o desenvolvimento de uma forte aliança interfamiliar na tarefa da realimentação.

A TFC tem como característica considerar importante a ponderação dos modelos de vida nas famílias em que os pais cresceram. Durante as conversas o terapeuta não enfoca a busca pela patologia, e sim realça o desejo de entender as diferenças familiares e suas tradições, bem como os modelos habituais de organização familiar, especialmente ao redor do seu crescimento e de sua vida.

Tratamentos adicionais foram fornecidos a alguns pacientes por esses necessitarem receber intervenções adicionais individuais, como um cliente que precisou ter continuidade da psicoterapia psicodinâmica por razões clínicas.

Nos resultados globais das avaliações, as duas formas de terapia foram associadas com o término do tratamento. Dos 40 pacientes do estudo, somente 36 deles completaram todo o ano de tratamento.

Os resultados da pesquisa mostraram que houve uma melhora nutricional e no estado psicológico em ambos os tratamentos, com base nos questionários e escalas utilizadas. Numa visão geral das médias dos resultados obtidos, as duas formas de terapia foram associadas com o término dos resultados no tratamento. Para os adolescentes, a sua família, após a intervenção do TFC, demonstrou estar mais flexível, mas na TFS, consideraram-na mais rígida. Quanto ao ponto de vista dos pais, não houve observação quanto a isso nos questionários respondidos. Entretanto, para outros clientes com altos níveis de crítica maternal em torno do paciente, a TFS demonstrou ser superior a TFC. Quando as medidas do estado individual das terapias foram exploradas, foram fornecidas diferenças entre as formas de intervenção. Mudanças sintomatológicas foram mais marcantes na TFS; já no grupo de TFC, observaram-se consideráveis mudanças psicológicas. Todas proporcionaram significativas mudanças nas medidas de Expressão

Emocional. Os comentários críticos entre pais e pacientes foram reduzidos e entre os pais diminuídos, deixando estes mais afetuosos. Os autores consideram o envolvimento familiar no manejo clínico da AN em adolescentes com uma efetiva intervenção no tratamento do distúrbio alimentar e nas mudanças psicológicas e familiares.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do presente estudo, verificamos que a inclusão da família no cuidado de pacientes com anorexia nervosa é essencial e pode ser uma forma efetiva e preferencial de intervenção. A ênfase na dinâmica familiar pode beneficiar tanto a família quanto o portador de AN. Os pais ou companheiros podem contribuir significativamente para uma recuperação do paciente e a terapia pode proporcionar à família a amenização de suas aflições e culpa.

A estrutura familiar particular do indivíduo com AN sugere uma íntima ligação entre o ambiente familiar e a construção psicodinâmica do indivíduo, família. A identificação dessas características, intrínsecas ao funcionamento do núcleo familiar, pode ser o ponto chave para um tratamento eficiente.

Através do estudo, percebemos a importância da família, independente da abordagem familiar adotada, que pode ser diversa e inclusive ter diferentes abordagens associadas como forma de potencializar o tratamento.

A terapia familiar mostrou que pode ser tão eficiente quanto a terapia individual, ou até melhor em relação a alguns tipos de terapias individuais, exemplo a terapia analítica-cognitiva.

A utilização de manuais para o tratamento de pacientes com AN se revelou como um bom método de intervenção, uma nova ferramenta e uma importante estratégia dos profissionais na recuperação dos pacientes. Além do mais, os profissionais que recebem treinamento para aplicação do manual podem examinar a intervenção mais de perto e explorar melhor sua efetividade. Porém, há a necessidade de mais estudos que constatem essa eficácia, pois os encontrados na literatura apresentam em sua maioria resultados preliminares.

A literatura apresenta uma escassez de estudos sobre a inserção da família, principalmente no Brasil, o que retrata uma carência em relação à própria existência de serviços e programas que tratem da questão da anorexia, principalmente em um enfoque ambulatorial.

A inclusão de uma equipe multidisciplinar nesse tratamento seria de extrema valia, pois proporcionaria uma abordagem mais ampla, considerando a pluralidade dos fatores do distúrbio alimentar.

Portanto, faz-se necessário o desenvolvimento de mais estudos que busquem focar na terapia familiar, seja ela individual, incluindo paciente ou em grupo. Seria interessante, também, a realização de estudos aplicados à área da enfermagem, que provenham subsídios para um melhor atendimento ao paciente com anorexia nervosa e sua família, qualificando a prática cotidiana da equipe de enfermagem.

Então, é essencial que tentássemos unir esses dois mundos complexos (família e o paciente com AN), para que eles, com o auxílio de um profissional qualificado, pudessem, como um time, encontrar maneiras de restaurar a vida de todos os membros da família, de desconstruir esse padrão de comportamento imposto pelo distúrbio alimentar.

## REFERÊNCIAS

- ABREU, C. N.; FILHO, R. C. Anorexia Nervosa e bulimia nervosa: abordagem cognitivo-constructiva de psicoterapia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 177-183, 2004. Disponível em : <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 9 out. 2005.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Work Group on Eating Disorders. Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders: second edition. **American Journal Psychiatry**, Washington, DC, v. 157, supl. 1, p. 1-39, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 9 out. 2005.
- ASSUMPCÃO, C. L.; CABRAL, M. D. Complicações clínicas da anorexia nervosa e bulimia nervosa. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, supl. 3, p. 29-33, 2002. Disponível em : <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 9 out. 2005.
- BÓ, D. E.; BARBOSA, R. Anorexia, bulimia e família: uma experiência com trabalho em grupo. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 48, n. 12, p. 533-537, 1999.
- CASTRO, J.; TORO, J.; CRUZ, M. Quality of rearing practices as predictor of short-term outcome in adolescent anorexia nervosa. **Psychological Medicine**, v. 30, p. 61-67, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 9 out. 2005.
- CLAUDINO, A. M.; BORGES, M B. F. Critérios diagnósticos para os transtornos alimentares: conceitos em evolução. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, supl. 3, p. 7-12, 2002. Disponível em : <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 9 out. 2005.
- COBELO, A. W.; SAIKALI, M. O.; SCHOMER, E. Z. Abordagem familiar no tratamento da anorexia nervosa e bulimia nervosa. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 184-187, 2004. Disponível em : <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 8 abr. 2006.
- CORDÁS, T. A. Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 154-157, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 9 out. 2005.

\_\_\_\_\_ ; CLAUDINO, A. M. Transtornos alimentares: fundamentos históricos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, supl. 3, p. 3-6, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 9 out. 2005.

DARE, C. *et al.* Psychological therapies for adults with anorexia nervosa: randomised controlled trial of out-patient treatments. **British Journal of Psychiatry**, v. 178, p. 216-221, 2001. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi>>. Acesso em: 8 abr. 2006.

EISLER, I. *et al.* Family therapy for adolescent anorexia nervosa: the results of a controlled comparison of two family interventions. **Journal Child Psychology and Psychiatry**, v. 41, n. 6, p. 727-736, 2000. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi>>. Acesso em: 8 abr. 2006.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOLDIM, J. R. **Manual de iniciação à pesquisa em saúde**. 2. ed. Porto Alegre: Dacasa, 2000.

GORGATI, S. B.; HOLCBERG, A. S.; OLIVEIRA, M. D. Abordagem psicodinâmica no tratamento dos transtornos alimentares. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, supl. 3, p. 44-48, 2002. Disponível em : <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 9 out. 2005.

HAY, P. J. Epidemiologia dos transtornos alimentares: estado atual e desenvolvimento futuros. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, supl. 3, p. 13-17, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 9 out. 2005.

KLAPAN, H. I.; SADOCK, B. J.; GREBB, J. A. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 7. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

LE GRANGE, D.; BINFORD, R.; LOEB, K. L. Manualized family-based treatment for anorexia nervosa: a case series. **Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, v. 44, n. 1, p. 41-46, jan. 2005. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi>>. Acesso em: 8 abr. 2006.

LEVITT, D. H. Anorexia nervosa: treatment in the family context. **The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families**, v. 9, n. 2, p. 159-163, apr. 2001. Disponível em: <<http://www.periodicos.capes.gov.br>>. Acesso em: 8 abr. 2006.

LOCK, J.; LE GRANGE, D. Can family-based treatment fo anorexia nervosa be manualized? **The Journal of Psychotherapy Practice ac Research**, Washington, DC, v. 10, n. 4, p. 253-261, 2001. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi>>. Acesso em: 8 abr. 2006.

O'HALLORAN, M. S. Family involvement in the treatment of anorexia nervosa: a solution focused approach. **The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families**, v. 7, n. 4, p. 384-388, oct. 1999. Disponível em: <<http://www.periodicos.capes.gov.br>>. Acesso em: 8 abr. 2006.

\_\_\_\_\_; WEIMER, A. K. Changing roles individual and family therapy in the treatment of anorexia nervosa. **The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families**, v. 13, n. 2, p. 181-187, apr. 2005. Disponível em: <<http://www.periodicos.capes.gov.br>>. Acesso em: 8 abr. 2006.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal**. 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

PINZON, V. *et al.* Peculiaridades do tratamento da anorexia e da bulimia nervosa na adolescência: a experiência do PROTAD. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 31, n. 4, p. 167-169, 2004.

TREASURE, J. *et al.* Working with families of adults with anorexia nervosa. **Journal of Family Therapy**, v. 27, p. 158-170, 2005. Disponível em: <<http://www.periodicos.capes.gov.br>>. Acesso em: 8 abr. 2006.

WEBSTER, J. J.; PALMER, R. L. The childhood and family background of women with clinical eating disorders: a comparison with women with major depression and women without psychiatric disorder. **Psychological Medicine**, v. 30, p. 53-60, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 8 abr. 2006.

WETZEL, C.; REINALDO, A.; KANTORNSKI, L. P. A inserção da família na assistência em saúde mental. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, 2004. No prelo.

WHELAN, E.; COOPER, P. J. The association between childhood feeding problems and maternal eating disorder: a community study. **Psychological Medicine**, v. 30, p. 69-77, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 8 abr. 2006.