UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA

FELIPE ALCKMIN CARVALHO

Desenvolvimento e avaliação dos efeitos de uma intervenção psicoterápica destinada a
adolescentes com anorexia nervosa e a seus pais: coletânea de casos

São Paulo
2018

FELIPE ALCKMIN CARVALHO

**Desenvolvimento e avaliação dos efeitos de uma intervenção psicoterápica
destinada a adolescentes com anorexia nervosa e a seus pais: coletânea de casos**

(Versão Corrigida)

Tese de Doutorado apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Doutor em Ciências.

Área de Concentração: Psicologia Clínica.

Orientadora: Profa. Dra. Márcia. H. S. Melo Bertolla.

São Paulo

2018

Autorizo a reprodução e divulgação total e parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na publicação
Serviço de Biblioteca e Documentação
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Alckmin-Carvalho, Felipe.

Desenvolvimento e avaliação dos efeitos de uma intervenção psicoterápica destinada a adolescentes com Anorexia Nervosa e a seus pais: coletânea de casos: coletânea de casos / Felipe Alckmin Carvalho; Orientadora: Márcia H. S. Melo Bertolla. São Paulo, 2018. 252 f.

Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Programa de Pós-graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Clínica.

1. Anorexia Nervosa.
2. Adolescência.
3. Psicoterapia Analítico-Comportamental.
4. Habilidades Educativas.
5. Habilidades Parentais.

Nome: Alckmin-Carvalho, Felipe

Título: Desenvolvimento e avaliação dos efeitos de uma intervenção psicoterápica destinada a adolescentes com anorexia nervosa e a seus pais: coletânea de casos

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo para obtenção do título
de Doutor em Ciências – Psicologia Clínica.

Aprovada em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Márcia Helena da Silva Melo Bertolla
Universidade São Paulo

Julgamento: _____

Profa. Dra. Maria Cristina Triguero Veloz Teixeira
Universidade Presbiteriana Mackenzie

Julgamento: _____

Profa. Dra. Maria Rita Zoèga Soares
Universidade Estadual de Londrina

Julgamento: _____

Profa. Dra. Marina Monzani Rocha
Universidade Presbiteriana Mackenzie

Julgamento: _____

Profa. Dra. Claudia Oshiro
Universidade de São Paulo

Julgamento: _____

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Jacqueline Menezes Alckmin Carvalho e Carlos Henrique Moreira Carvalho, e às minhas irmãs, Daniele Alckmin Carvalho Mohallem e Maria Laura Alckmin Carvalho.

À Professora Márcia Melo, orientadora deste trabalho, por acompanhar cada etapa de sua realização e pela amizade nesses sete anos em que temos trabalhado juntos.

Aos meus amigos, Letícia Mendes, Rafaela Ferrari, Renatha El Rafihi-Ferreira, Rodrigo Fernando Pereira, Ester Bergstein, Fernanda De March, Isabela Alckmin e Mario Victor Senhorini, por estarem sempre presentes e pelos momentos felizes que temos passado juntos. Um agradecimento especial à Renatha El Rafihi-Ferreira (Rezinha), que acompanhou de muito perto cada fase do estudo.

À Maria Cristina, por estar presente na graduação, no mestrado, e agora, no doutorado, como professora, incentivadora e amiga.

À Alicia Cobelo, que me recebeu no PROTAD com muito carinho, incentivou meu trabalho no ambulatório e contribuiu grandemente para meu aprimoramento como clínico na área de transtornos alimentares.

À Vanessa Pinzon, por viabilizar minha inserção no PROTAD e pelos ensinamentos de todas as quartas-feiras.

À Juliana Vega Bergamo, que participou da etapa de revisão sistemática, e que tornou minhas quartas-feiras mais alegres.

À Maria Livia Moretto, por me ajudar a inventar um sentido.

Aos pais, mães e adolescentes que participaram do estudo.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela concessão da Bolsa de estudos.

*Take your broken heart, make it into art
You have to find a message into your mess*

O presente trabalho foi realizado com apoio, por meio de bolsa de estudo, da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

RESUMO

Alckmin-Carvalho, F. (2018). *Desenvolvimento e avaliação dos efeitos de uma intervenção psicoterápica destinada a adolescentes com Anorexia Nervosa e a seus pais: coletânea de casos* (Tese de Doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Introdução: A Anorexia Nervosa é um transtorno alimentar grave que costuma se manifestar na adolescência. Historicamente, intervenções psicoterapêuticas destinadas a essa população têm incluído a família como protagonista no tratamento. No entanto, o foco é psicoeducativo e no manejo comportamental dos pais com objetivo de normalização do peso do adolescente, sem abarcar características das famílias consideradas um fator de risco para a seleção e manutenção dos comportamentos verificados na Anorexia Nervosa, tais como os estilos e práticas parentais inadequados. Essas intervenções têm apresentado resultados modestos e, por isso, estudos recentes têm apontado para a necessidade de intervenções psicológicas que abarquem tanto o restabelecimento de peso dos filhos quanto o desenvolvimento de habilidades socioemocionais e educativas dos pais que respondam adequadamente às necessidades emocionais de seus filhos. O objetivo geral do presente estudo foi desenvolver e avaliar os efeitos de uma intervenção psicoterápica, de orientação Analítico-Comportamental, destinada a adolescentes com Anorexia Nervosa e a seus pais. **Método:** o delineamento do estudo foi de coletânea de casos. Participaram da pesquisa cinco tríades, compostas do adolescente com Anorexia Nervosa e de seus pais. Foram realizados, ao longo de seis meses, de 20 a 25 encontros com cada família, incluindo avaliação inicial, final e de seguimento. Na avaliação inicial os pais preencheram os seguintes instrumentos: Inventário de Autoavaliação para Adultos (ASR), Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF) e Questionário Sociodemográfico. Os filhos foram submetidos ao exame antropométrico, realizado por uma nutricionista especialista em transtornos alimentares, e preencheram os seguintes instrumentos: Questionário sobre Alimentação (EDE-q), Escala de Responsividade e Exigência (ERE), Inventário de Autoavaliação para Adolescentes (YSR) e o IPSF. A intervenção psicoterápica envolveu: (a) psicoeducação sobre Anorexia Nervosa para adolescente e pais; (b) manejo comportamental dos pais para recuperação do peso de seus filhos e (c) treinamento de habilidades socioemocionais e educativas. Todas as fases do tratamento tiveram como guia o livro *“Anorexia Nervosa na adolescência: como a família pode ajudar?”*, elaborado pelo autor desta tese. A avaliação final envolveu os mesmos instrumentos da etapa inicial, acrescidos do Inventário de Satisfação com a Intervenção, também elaborado pelo autor, destinado aos pais. A avaliação de seguimento, agendada três meses após a avaliação final, envolveu nova aplicação dos mesmos instrumentos e entrevista devolutiva aos pais e ao adolescente. Paralelamente à etapa de tratamento foram realizados acompanhamentos nutricional e psiquiátrico. Os dados provenientes da aplicação dos instrumentos de avaliação psicológica foram analisados por meio de suas padronizações específicas. Foram conduzidas análises descritivas de frequência simples dos comportamentos dos pais, mães e adolescentes, adotando-se os participantes como seus próprios controles. **Resultados:** quatro famílias finalizaram o tratamento. A aderência foi de 100%, sem faltas ou interrupções embora o nível de engajamento tenha variado entre as famílias e dentro da própria família. Ao final do tratamento e em seguimento todas as adolescentes estavam

com o peso adequado e com menstruação regular. O tratamento produziu melhora expressiva dos indicadores de gravidade do transtorno alimentar de todas as adolescentes participantes. Houve melhoras no funcionamento adaptativo e nos problemas de comportamento referidos pelas adolescentes. Indicadores de funcionamento adaptativo e de problemas de comportamento referidos pelos pais, estilos parentais e suporte familiar percebido mudaram de maneira menos consistente, com tendência de piora após a intervenção e melhora em seguimento. **Conclusão:** a modalidade de psicoterapia testada se mostrou viável e produziu efeitos positivos. Novos estudos são necessários para solidificar as evidências produzidas nesta pesquisa, sobretudo quanto aos achados sobre suporte familiar e estilos parentais.

Palavras-chave: Anorexia Nervosa, Adolescência, Psicoterapia Analítico-Comportamental, Psicoterapia Familiar, Estilos Parentais.

ABSTRACT

Alckmin-Carvalho, F. (2018). *Development and evaluation of the effects of a psychotherapeutic intervention for adolescents with Anorexia Nervosa and their parents: a collection of cases* (Doctoral thesis). Institute of Psychology, University of São Paulo, São Paulo.

Introduction: Anorexia Nervosa is a severe eating disorder that usually manifests during adolescence. Historically, research protocols directed to this population include the family as the protagonist of the treatment. These protocols, however, focus on the psycho-educational and behavioral management on the part of parents to normalize adolescents' bodyweight, without addressing the characteristics of families that are considered risk factors for the selection and maintenance of Anorexia Nervosa behaviors, such as inappropriate parenting practices and styles. These interventions achieve modest results. For this reason, recent studies highlight the need for psychological interventions to focus on the reestablishment of patients' bodyweight and the development of socio-emotional and parenting skills for them to respond properly to their children's emotional needs. This study's general objective was to develop and assess the effects of a psychotherapeutic intervention with an Analytical-Behavioral approach, directed to adolescents with Anorexia Nervosa and their parents. **Method:** the study's design was a collection of cases. Five families, each composed of an adolescent with Anorexia Nervosa and her parents, participated in the study. Twenty to twenty-five meetings were conducted over a period of six months with each family, including initial and final assessment and follow-up. The parents completed the following instruments: Adult Self-Report (ASR), Inventário de Percepção de Suporte (IPSF) and a Sociodemographic Questionnaire. The adolescents were given an anthropometric assessment conducted by a nutritionist who was an expert on eating disorders, and completed the following instruments: Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-q); Escala de Responsividade e Exigência (ERE); Youth Self-Report (YSR), and the IPSF. The intervention included: (a) psycho-education addressing Anorexia Nervosa directed to adolescents and parents; (b) behavioral management directed to parents to support their children's bodyweight recovery; and (c) training focused on parents' socio-emotional and child-raising skills. All the treatment phases were based on the book "Anorexia Nervosa na adolescência: como a família pode ajudar?", written by the author. The final assessment included the same instruments used in the initial phase, along with a questionnaire to assess the satisfaction of parents with the intervention, also developed by the author. The follow-up interview was scheduled with parents and adolescents three months after the final assessment and the same instruments were applied. Nutritional and psychiatric monitoring was performed concomitantly with psychotherapy. Data concerning the psychological assessment were analyzed using the instruments' specific standards. Descriptive analysis included the simple frequency of the behaviors of fathers, mothers and adolescents, while the participants were their own controls. **Results:** Four families completed treatment. There was 100% adherence to the intervention, with no absences or interruptions, though the level of engagement between and within families varied. All the adolescents reached an appropriate bodyweight and had their periods regulated at the end of the treatment and in follow-up. The treatment produced expressive improvement of indicators concerning the severity of the eating disorder among all the adolescents. Adaptive functioning and

behavior problems reported by the adolescents improved. Indicators of adaptive functioning and behavior problems reported by the parents, parenting styles and perceived family support presented a less consistent change, tending to worsen after the intervention and improve during follow-up. **Conclusion:** the psychotherapy modality tested was viable and produced positive effects. Further studies are needed to consolidate evidence found in this study, especially in regard to the findings concerning family support and parenting styles.

Keywords: Anorexia Nervosa, Adolescence, Analytic-Behavioral Psychotherapy, Family Psychotherapy, Parenting Styles.

RÉSUMÉ

Alckmin-Carvalho, F. (2018). *Développement et évaluation des effets d'une intervention psychothérapeutique pour les adolescents atteints d'anorexie mentale et leurs parents: une collection de cas* (Thèse). Institut de Psychologie, Université de São Paulo, São Paulo.

Introduction: L'anorexie mentale est un trouble alimentaire grave qui se manifeste habituellement à l'adolescence. Historiquement, les protocoles de recherche pour cette population ont inclus la famille comme protagoniste dans le traitement. Toutefois, l'accent est la gestion psychopédagogique et du comportement des parents ayant un poids objectif normes adolescent sans caractéristiques des ménages de couverture considérée comme un facteur de risque pour la sélection et l'entretien des comportements observés dans anorexie mentale, tels que les styles et les pratiques parentales inadéquates. Ces interventions ont montré des résultats modestes et, par conséquent, des études récentes ont mis en évidence la nécessité d'interventions psychologiques mettant l'accent à la fois sur la restauration du poids des enfants comme dans le développement des compétences socio-émotionnelles et éducatives des parents pour répondre adéquatement aux besoins affectifs de leurs enfants. L'objectif général de cette étude était de développer et d'évaluer les effets d'une intervention psychothérapeutique, l'orientation analytique comportementale, visant à des adolescents anorexiques et leurs parents. **Méthode:** le plan d'étude était une collection de cas. Cinq triades, composées par l'adolescent avec anorexie mentale et ses parents, participent à la recherche. De vingt à vingt-cinq séances de psychothérapie ont eu lieu avec chaque famille, y compris une évaluation initiale, finale et de suivi, réalisée sur six mois. Lors de l'évaluation des parents initiaux ont rempli les instruments suivants: inventaire d'auto-évaluation pour les adultes (ASR), l'inventaire de la perception de soutien familial (FIEP) et questionnaire sociodémographique. Les enfants ont subi un examen anthropométrique, menée par un spécialiste nutritionniste troubles de l'alimentation, et ont rencontré les instruments suivants: Questionnaire sur les aliments (EDE-Q), et à l'échelle Réceptivité demande (ERE), l'inventaire d'auto-évaluation pour les adolescents (YSR) et l'IPSF. L'intervention a impliqué: (a) une psychoéducation sur l'anorexie mentale pour les adolescents et les parents; (b) la gestion comportementale des parents pour récupérer le poids de leurs enfants; et (c) la formation aux compétences socio-émotionnelles et éducatives. Toutes les phases du traitement avaient un guide "Anorexie mentale chez les adolescents: comment aider la famille?", Développé par l'auteur. L'évaluation finale comprenait les mêmes instruments de la phase initiale, ainsi que la satisfaction de l'inventaire avec l'intervention, préparé par l'auteur, destiné aux parents. L'évaluation de suivi, prévue trois mois après l'évaluation finale inclus nouvelle application des mêmes instruments et les parents d'entrevue de rétroaction et les adolescents. Parallèlement à l'étape du traitement, un suivi nutritionnel et psychiatrique a été réalisé. Les données issues de l'application des instruments d'évaluation psychologique ont été analysées à travers leurs standardisations spécifiques. Des analyses descriptives ont été réalisées fréquence simple du comportement des pères, des mères et des adolescents, en adoptant les participants que leurs propres contrôles. **Résultats:** Quatre familles ont terminé le traitement. l'adhésion était de 100%, sans manque ou interruption, bien que le niveau d'engagement varie selon les familles et au sein de la famille. À la fin du traitement et lors du suivi, tous les adolescents avaient un

poids adéquat et des règles régulières. Le traitement a produit une amélioration expressive de la sévérité du trouble de l'alimentation de tous les adolescents participants. Il y avait des améliorations dans le fonctionnement adaptatif et les problèmes de comportement signalés par les adolescents. Les indicateurs de fonctionnement adaptatif et les problèmes de comportement signalés par les parents, les styles parentaux et le soutien familial perçu ont changé moins régulièrement, avec une tendance à la détérioration après l'intervention et une amélioration du suivi. **Conclusion:** La modalité de psychothérapie testée s'est révélée viable et a produit des effets positifs. De nouvelles études sont nécessaires pour solidifier les preuves produites dans cette recherche, en particulier en ce qui concerne les résultats sur le soutien de la famille et les styles parentaux.

Mots-clés: Anorexie Mentale, Adolescence, Psychothérapie Analytique-Comportementale, Psychothérapie familiale, Styles Parentaux.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Principais problemas fisiológicos associados à AN	32
Figura 2. Esquema representativo dos estilos parentais	49
Figura 3. Fluxograma da pesquisa bibliográfica.....	60
Figura 4. Fluxograma de triagem das famílias	89
Gráfico 1. Avaliação dos sintomas cognitivos e comportamentais de TA, avaliados pelo EDE-q, em pré-tratamento, pós-tratamento e seguimento	94
Gráfico 2. Avaliação dos sintomas cognitivos e comportamentais de TA, avaliados pelo EDE-q, em pré-tratamento, pós-tratamento e seguimento	115
Gráfico 3. Avaliação dos sintomas cognitivos e comportamentais de TA, avaliados pelo EDE-q, em pré-tratamento, pós-tratamento e seguimento	136
Gráfico 4. Avaliação dos sintomas cognitivos e comportamentais de TA, avaliados pelo EDE-q, em pré-tratamento, pós-tratamento e seguimento	161

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Critérios para diagnóstico da Anorexia Nervosa nas versões do DSM-III, DSM-IV e DSM-5	29
Quadro 2. Classificação da faixa de percentil	31
Quadro 3. Classificação da faixa de percentil e Z-score correspondente	31
Quadro 4. Exemplo de análise funcional em que a resposta de restringir alimentação e fazer exercícios físicos produz múltiplas consequências.....	42
Quadro 5. Exemplo de análise funcional em que a resposta de compulsão alimentar produz múltiplas consequências	44
Quadro 6. Descrição das características dos estudos (n=14)	61
Quadro 7. Variáveis de interesse, instrumentos empregados, tempo de aplicação requerido, e respondente	80
Quadro 8. Descrição dos temas abordados ou procedimentos realizados em cada sessão, com seu respectivo tempo de duração	86
Quadro 9. Análise funcional dos comportamentos de atividade física, exercício físico e restrição alimentar de Mayra.....	95
Quadro 10. Satisfação com o tratamento (Milena e Danilo).....	112
Quadro 11. Análise funcional dos comportamentos de atividade física, exercício físico e restrição alimentar de Márcia.....	116
Quadro 12. Satisfação com o tratamento (Henri e Mariana)	133
Quadro 13. Análise funcional dos comportamentos de atividade física, exercício físico e restrição alimentar de Bianca	137
Quadro 14. Satisfação com o tratamento (Diego e Daniela).....	154
Quadro 15. Satisfação com o tratamento (Daniel e Luciana).....	177
Quadro 16. Apresentação dos escores e classificações correspondentes a cada medida antropométrica ou instrumento de avaliação preenchido pelas adolescentes	179
Quadro 17. Apresentação dos escores de funcionamento adaptativo, problemas de comportamento, suporte familiar e estilo parental de cada cuidador	181

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Evolução das medidas antropométricas de Mayra avaliadas semanalmente..	92
Tabela 2. Escores brutos, ponderados, percentil e classificação da competência social de Mayra (YSR) na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento	101
Tabela 3. Problemas de comportamento internalizantes, externalizantes e totais reportados por Mayra (YSR) na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento.....	102
Tabela 4. Subescalas de problemas de comportamento reportadas por Mayra (YSR) na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento	103
Tabela 5. Escores de responsividade e exigência reportados por Mayra e classificação do estilo parental (ERE) na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento.....	104
Tabela 6. Percepção de suporte familiar reportada por Mayra (IPSP) na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento.....	104
Tabela 7. Percepção de suporte familiar reportada por Milena (IPSF) na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento.....	105
Tabela 8. Percepção de suporte familiar reportada por Danilo (IPSF) na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento.....	106
Tabela 9. Funcionamento adaptativo reportado por Milena (ASR) na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento.....	106
Tabela 10. Problemas de comportamento reportados por Milena (ASR) na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento	107
Tabela 11. Escores das subescalas de problemas de comportamento reportados por Milena (ASR) na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento	108
Tabela 12. Funcionamento adaptativo reportado por Danilo (ASR) na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento.....	109
Tabela 13. Problemas de comportamento reportados por Danilo (ASR) na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento	110
Tabela 14. Escores das subescalas de problemas de comportamento reportados por Danilo (ASR) na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento.....	111
Tabela 15. Evolução das medidas antropométricas de Márcia	114
Tabela 16. Escores brutos, ponderados, percentil e classificação da competência social de Márcia (YSR) na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento	121

Tabela 17. Problemas de comportamento internalizantes, externalizantes e totais referidos por Márcia (YSR) na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento.....	122
Tabela 18. Subescalas de problemas de comportamento referidos por Márcia (YSR) na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento	123
Tabela 19. Escores de responsividade e exigência reportados por Márcia e classificação do estilo parental (ERE) na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento	124
Tabela 20. Percepção de suporte familiar referida por Márcia (IPSF) na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento.....	125
Tabela 21. Percepção de suporte familiar referida por Mariana (IPSF) na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento.....	125
Tabela 22. Percepção de suporte familiar referida por Henri (IPSF) na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento.....	126
Tabela 23. Funcionamento adaptativo referido por Mariana (ASR) na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento.....	127
Tabela 24. Problemas de comportamento internalizantes, externalizantes e totais referidos por Mariana (ASR) na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento	128
Tabela 25. Subescalas de problemas de comportamento referidas por Mariana (ASR) na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento	129
Tabela 26. Funcionamento adaptativo reportado por Henri (ASR) na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento.....	130
Tabela 27. Problemas de comportamento internalizantes, externalizantes e totais reportados por Henri (ASR) na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento.....	131
Tabela 28. Subescalas de problemas de comportamento reportadas por Henri (ASR) na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento	132
Tabela 29. Evolução das medidas antropométricas de Bianca avaliadas semanalmente	135
Tabela 30. Competência social referida por Bianca (YSR) na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento	142
Tabela 31. Problemas de comportamento internalizantes, externalizantes e totais referidos por Bianca (YSR) na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento.....	143
Tabela 32. Subescalas de problemas de comportamento referidos por Bianca (YSR) na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento	144

Tabela 33. Escores de responsividade e exigência reportados por Bianca e classificação do estilo parental (ERE) na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento	145
Tabela 34. Percepção de suporte familiar de Bianca (IPSF) na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento	146
Tabela 35. Percepção de suporte familiar de Daniela na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento	146
Tabela 36. Percepção de suporte familiar de Diego na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento.....	147
Tabela 37. Funcionamento adaptativo referido por Daniela (ASR) na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento.....	148
Tabela 38. Problemas de comportamento internalizantes, externalizantes e totais referidos por Daniela (ASR), na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento.....	149
Tabela 39. Subescalas de problemas de comportamento referidos por Daniela (ASR) na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento	150
Tabela 40. Funcionamento adaptativo referido por Diego (ASR) na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento	151
Tabela 41. Problemas de comportamento internalizantes, externalizantes e totais referidos por Diego (ASR) na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento.....	152
Tabela 42. Subescalas de problemas de comportamento referidos por Diego (ASR) na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento	153
Tabela 43. Evolução das medidas antropométricas de Maria Luiza avaliadas semanalmente.....	160
Tabela 44. Competência social referida por Maria Luiza (YSR) na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento	162
Tabela 45. Problemas de comportamento internalizantes, externalizantes e totais referidos por Maria Luiza (YSR) na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento.	163
Tabela 46. Subescalas de problemas de comportamento (YSR) referidos por Maria Luiza na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento	164
Tabela 47. Escores de responsividade e exigência reportados por Maria Luiza e classificação do estilo parental (ERE) na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento.....	166
Tabela 48. Percepção de suporte familiar de Maria Luiza (IPSF) na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento	168

Tabela 49. Funcionamento adaptativo referido por Daniel (ASR) na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento	169
Tabela 50. Problemas de comportamento internalizantes, externalizantes e totais referidos por Daniel (ASR) na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento	170
Tabela 51. Subescala de problemas de comportamento referidos por Daniel (ASR) na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento	171
Tabela 52. Percepção de suporte familiar de Daniel (IPSF) na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento	172
Tabela 53. Funcionamento adaptativo referido por Luciana (ASR) na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento.....	173
Tabela 54. Problemas de comportamento internalizantes, externalizantes e totais referidos por Luciana (ASR) na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento	174
Tabela 55. Subescalas de problemas de comportamento referidos por Luciana (ASR) na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento	175
Tabela 56. Percepção de suporte familiar de Luciana (IPSF) na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento	176

LISTA DE SIGLAS

A	Estímulo Antecedente
ABEP	Associação Brasileira de Estudos Populacionais
ACT	Terapia de Aceitação e Compromisso
ADM	<i>Software Assessment Data Manager</i>
APA	<i>American Psychiatric Association</i>
AHR	<i>Adjusted Hazard Ratio</i>
AMBULIM	Ambulatório de Bulimia e outros Transtornos Alimentares
AN	Anorexia Nervosa
ASF	<i>Adolescent Focused Individual Therapy</i>
ASFT	<i>Acceptance-based Separated Family Treatment</i>
ASR	<i>Adult Self-Report</i>
BDQ	<i>Eating Disorders Questionnaire</i>
BFST	<i>Behavioral Family Systems Therapy</i>
BN	Bulimia Nervosa
C	Consequências
CBT	<i>Cognitive Behavior Therapy</i>
CBT-e	<i>Cognitive Behavior Therapy Enhanced</i>
CFT	<i>Cojoined Family Therapy</i>
DP	Desvio Padrão
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais
EAT	<i>Eating Attitudes Test</i>
EDE-q	Questionário sobre Alimentação
EDI	<i>Eating Disorder Inventory</i>
ERE	Escala de Responsividade e Exigência
FBT	<i>Family-Based Treatment</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IP-USP	Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
IPSF	Inventário de Percepção de Suporte Familiar
IMC	Índice de massa corporal
LTC	Laboratório de Terapia Comportamental

M	Média
NICE	<i>National Institute for Health and Clinical Excellence</i>
OE	Operações estabelecedoras
OMS/WHO	Organização Mundial de Saúde
PBI	<i>Parental Bonding Instrument</i>
PPB	<i>Perceived Parental Bonding</i>
PRISMA	Principais Itens para Relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises
PROTAD	Programa de Atendimento, Ensino e Pesquisa em Transtornos Alimentares na Infância e Adolescência
P+	Punição Positiva
P-	Punição Negativa
R	Resposta
SR+	Reforço Positivo
SR-	Reforço Negativo
SD	Estímulos discriminativos
SFT	<i>Separated Family Treatment</i>
SyFT	<i>Systematic Family Therapy</i>
TA	Transtornos Alimentares
TAG	Transtorno de Ansiedade Generalizada
TCA	Transtorno da Compulsão Alimentar
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TOC	Transtorno Obsessivo Compulsivo
YSR	<i>Youth Self-Report</i>

SUMÁRIO

PREFÁCIO	24
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	28
CAPÍTULO 1. Transtornos alimentares.....	28
1.1 Anorexia Nervosa	28
1.1.1 Critérios diagnósticos.....	29
1.1.2 Prejuízos associados ao quadro de AN.....	32
1.1.3 Dados epidemiológicos	33
1.1.4 Comorbidades associadas.....	35
1.1.5 Especificidades da apresentação da anorexia nervosa em adolescentes	36
CAPÍTULO 2. A compreensão analítico-comportamental da anorexia nervosa	37
2.1 Nível Filogenético	39
2.2 Nível Ontogenético.....	41
2.3 Nível Cultural	44
CAPÍTULO 3. Estilos e práticas parentais.....	47
3.1 Estilos parentais e anorexia nervosa	53
CAPÍTULO 4. Tratamento da anorexia nervosa	57
4.1 Revisão Sistemática	58
JUSTIFICATIVA.....	74
OBJETIVOS.....	76
Objetivo Geral	76
Objetivos Específicos.....	76
HIPÓTESES	77
MÉTODO.....	78
Delineamento	78
Participantes	78

Local de realização da pesquisa	79
Recrutamento dos participantes	79
Instrumentos.....	79
Instrumentos de Apoio.....	84
Procedimentos	84
Aspectos Éticos.....	87
Análise dos dados.....	88
 RESULTADOS.....	 89
FAMÍLIA I (Mayra, Milena e Danilo).....	91
FAMÍLIA II (Márcia, Mariana e Henri).....	113
FAMÍLIA III (Bianca, Daniela e Diego).....	134
FAMÍLIA IV (Maria Luiza, Daniel e Luciana)	155
 ANÁLISE GLOBAL DOS RESULTADOS.....	 178
 DISCUSSÃO	 182
 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	 199
 REFERÊNCIAS	 201
 APÊNDICES.....	 213
APÊNDICE A – Material de divulgação da pesquisa nas redes sociais.....	213
APÊNDICE B – Entrevista clínica.....	214
APÊNDICE C – Inventário de satisfação com a intervenção	216
APÊNDICE D – Questionário Sociodemográfico	218
APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento para Pais	219
APÊNDICE F – Termo de Assentimento Informado.....	222
APÊNDICE G – Checklist para avaliação da viabilidade da participação na pesquisa	224
APÊNDICE H – Descrição do enquadre e da conduta das sessões de psicoterapia	225

ANEXOS	245
ANEXO A – Escala de Responsividade e Exigência (ERE)	245
ANEXO B – Eating Disorder Examination (EDE-q) (Fairburn & Beglin, 1994)	247
ANEXO C – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos	251

PREFÁCIO

A Anorexia Nervosa (AN) é um transtorno alimentar em que se verificam alterações no comportamento alimentar, emagrecimento acentuado do paciente, medo intenso de ganhar peso ou de se tornar obeso e distorção da imagem corporal (American Psychiatric Association [APA], 2013). Trata-se de um problema de saúde mental grave, crônico, de difícil manejo clínico e associado a altas taxas de morbidade e mortalidade (Arcelus, Mitchell, Wales, & Nielsen, 2011; Vall & Wade, 2015).

Os primeiros estudos com o objetivo de testar a eficácia de intervenções psicoterapêuticas para AN na infância ou adolescência foram realizados a partir da década de 1990, nos Estados Unidos e na Inglaterra (eg.: Crisp et al., 1991; Grange, Eisler, Dare, & Russell, 1992; Robin, Siegel, Koepke, Moye, & Tice, 1994). Esses estudos tiveram como foco o empoderamento e a responsabilização dos pais no processo de realimentação de seus filhos, com o objetivo principal de normalizar o peso dos adolescentes e eliminar comportamentos de restrição alimentar, compulsão e uso de métodos compensatórios do ganho de peso.

Até o momento a modalidade de intervenção mais testada para o tratamento de AN na infância e adolescência é o *Family-Based Treatment* (FBT) (Alckmin-Carvalho et al., 2018). Esse tratamento foi desenvolvido e manualizado, em 2001, pela equipe do Dr. James Lock, psiquiatra infantil e professor do Departamento de Psiquiatria e Ciências Comportamentais da Faculdade de Medicina da Universidade de Stanford, Estados Unidos (Lock & Le Grange, 2015).

Nessa proposta considera-se que o adolescente está, temporariamente, sem condições de escolher o que comer, de avaliar a quantidade de comida e de definir os horários das refeições. Essa tarefa cabe aos pais, que devem acompanhar todas as refeições e fazer o porcionamento. Numa fase mais avançada, o controle da alimentação volta, progressivamente, ao paciente, e, na fase final, o terapeuta tem como objetivo instrumentar a família para manejar os problemas provocados pela doença, tais como atraso escolar, dependência familiar e isolamento social, além de outras dificuldades comuns da adolescência.

O FBT não abarca variáveis familiares que a literatura aponta como fator de risco para o surgimento e manutenção da AN, como déficit de habilidades socioemocionais dos

pais, práticas educativas e estilos parentais inadequados. Tampouco considera que as alterações do funcionamento familiar sejam pré-requisito para o sucesso do tratamento e para a manutenção dos ganhos (Lock & Grange, 2015). Embora seja considerada a modalidade de psicoterapia padrão ouro pelas diretrizes internacionais de tratamento de AN na infância e adolescência (*National Institute for Health and Clinical Excellence* [NICE], 2017), uma revisão sistemática recente, em que foram avaliados 14 ensaios clínicos, reportou que os resultados do FBT são apenas modestos, produzindo melhoras significativas e sustentáveis em aproximadamente 50% dos pacientes que iniciaram tratamento (Alckmin-Carvalho et al., 2018).

Esses resultados discretos, corroborados por revisões sistemáticas anteriores (Couturier, Kimber, & Szatmari, 2013; Grange & Lock, 2005; Hay, 2013), demonstram a estabilidade da eficácia modesta dessa modalidade de intervenção e apontam para a necessidade do desenvolvimento de modalidades de intervenção suplementares que potencializem os benefícios do tratamento.

Pretende-se, portanto, nessa tese, testar o modelo de psicoterapia com foco no manejo comportamental do adolescente e de seus pais, com ênfase na regularização do comportamento alimentar e na recuperação de peso, com adaptações feitas a partir do modelo proposto por Lock e Grange (2015), e incluir ao tratamento o treinamento de habilidades socioemocionais e educativas dos pais. Assim, a proposta deste estudo é desenvolver e avaliar os efeitos de uma intervenção psicoterápica destinada a adolescentes com AN e a seus pais. Acredita-se que o manejo comportamental com foco na normalização do comportamento alimentar e do peso, somado ao desenvolvimento de novos repertórios socioemocionais e educativos dos pais, produzirá resultados promissores que se sustentarão em longo prazo, tanto em termos da gravidade do transtorno alimentar quanto em relação ao aprimoramento do funcionamento familiar.

A presente tese consiste de três estudos. O Estudo I é uma revisão sistemática da literatura com objetivo de identificar e descrever as características das intervenções psicológicas baseadas em evidências produzidas até o momento para o tratamento de AN na infância e adolescência. A revisão sistemática foi realizada em parceria com um pesquisador especialista em transtornos alimentares vinculado ao PROTAD¹ e publicado

¹ Programa de Atendimento, Ensino e Pesquisa em Transtornos Alimentares na Infância e Adolescência (PROTAD), serviço do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

recentemente (Alckmin-Carvalho et al., 2018). A partir dos resultados dessa revisão sistemática foi conduzido o Estudo II, que é o desenvolvimento de uma intervenção psicológica que abarca os componentes do FBT, centrados nos componentes psicoeducativos e na recuperação e manutenção do peso do adolescente com AN e, adicionalmente, aborda as habilidades socioemocionais, os estilos parentais e as práticas educativas dos pais desses pacientes, a partir da perspectiva Analítico-Comportamental. Para tanto, foi produzido um livro intitulado *“Anorexia Nervosa na adolescência: como a família pode ajudar?”*, que serviu de material de apoio em todas as fases da intervenção. O Estudo III consiste de uma coletânea de casos em que foram avaliados os efeitos da intervenção psicológica desenvolvida no Estudo II em adolescentes com AN e seus pais.

A fundamentação teórica da tese é apresentada em quatro capítulos. No capítulo I são descritos os transtornos alimentares segundo o DSM-5 (APA, 2013), com foco na AN, além dos critérios diagnósticos, dados epidemiológicos e prejuízos associados ao quadro. No capítulo II é apresentada a compreensão analítico-comportamental da AN, norteadora do presente estudo, com base nos pressupostos do Behaviorismo Radical, de Skinner, e com enfoque nos determinantes familiares associados à seleção e manutenção dos comportamentos alimentares característicos da AN. No capítulo III é apresentado um panorama da área das habilidades educativas e socioemocionais. Por fim, no capítulo IV, é apresentada a revisão sistemática sobre modalidades de psicoterapias baseadas em evidências disponíveis para o tratamento de AN na infância e na adolescência.

A elaboração desta tese se deu a partir do interesse do autor, desde a graduação, pela temática de transtornos alimentares. Foi na graduação em Psicologia, durante a realização do trabalho de conclusão de curso, que o autor entrou em contato com pesquisas científicas nessa área. Desde então, seu interesse pela área de transtornos alimentares, como clínico e pesquisador, esteve presente e se traduziu na produção de artigos e capítulos de livro sobre o tema.

A pergunta que fundamenta esta pesquisa foi elaborada a partir do contato com pesquisas afins ocorrido durante a formação do autor em transtornos alimentares e obesidade, realizada no Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Foi na pós-graduação que surgiu a inquietação com as dificuldades inerentes ao tratamento da AN, e os resultados bastante modestos apresentados em pesquisas internacionais. A inserção do autor como profissional no PROTAD reiterou a importância das questões formuladas anteriormente, e encontrou

validação e respaldo em seus pares, psicólogos, psiquiatras e nutricionistas especialistas em transtornos alimentares.

A problemática deste projeto está inserida na linha de pesquisa “Práticas Clínicas: fundamentos, procedimentos e interlocuções”, do Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP-USP).

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

CAPÍTULO 1. TRANSTORNOS ALIMENTARES

Transtornos Alimentares (TA) são severas perturbações do comportamento alimentar associadas a diversos prejuízos fisiológicos, cognitivos e comportamentais. Atualmente, a quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-5) (APA, 2013) apresenta seis tipos de TA: Anorexia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN), Transtorno da Compulsão Alimentar (TCA), Pica, Transtorno de Ruminação e Transtorno Alimentar Restritivo/Evitativo. Embora haja aspectos etiológicos e comportamentais em comum entre os TA descritos, os diagnósticos diferem amplamente em termos de curso clínico, prognóstico e tratamento. Devido a essas especificidades, neste e nos próximos capítulos serão tratadas apenas questões relacionadas à caracterização da AN.

1.1 Anorexia Nervosa

A AN é um transtorno alimentar grave, associado às mais elevadas taxas de mortalidade entre todos os transtornos psiquiátricos (Arcelus et al., 2011; Button, Chadalavada, & Palmer, 2010; Franko et al., 2013). Caracteriza-se pela significativa perda de peso por meio de restrição alimentar autoimposta e pela negação da gravidade do estado nutricional por parte do paciente. Além disso, essa condição é caracterizada pela influência indevida do peso na autoestima do indivíduo, pelo medo mórbido de ganhar peso ou tornar-se obeso e pela distorção da imagem corporal (APA, 2013).

O termo “anorexia” vem do grego: “*an*” significa ausência, e “*orexis*”, apetite. Essa nomenclatura não é adequada do ponto de vista psicopatológico, uma vez que, entre pacientes com AN, não ocorre a perda real do apetite (pelo menos nos estágios iniciais da doença), mas, sim, um controle voluntário e obsessivo da qualidade e quantidade dos alimentos ingeridos (Cordás, 2004).

1.1.1 Critérios diagnósticos

O aumento do número de indivíduos afetados por TA nas últimas décadas impulsionou o desenvolvimento de diversas pesquisas com o objetivo de tornar os critérios diagnósticos desses transtornos mentais mais acurados (Jaite, Hoffmann, Glaeske, & Bachmann, 2013; Strother, Lemberg, Stanford, & Turberville, 2012; Swanson, Crow, Grange, Swendsen, & Merikangas, 2011). Alckmin-Carvalho et al. (2016) realizaram um estudo no qual apresentaram a evolução dos critérios diagnósticos de AN, suas principais atualizações e as pesquisas que embasaram essas mudanças. No Quadro 1 está descrita a evolução dos critérios para o diagnóstico de AN, desde sua inclusão no DSM-III (1980) até a quinta versão do manual (APA, 2013).

Quadro 1. Critérios para diagnóstico da Anorexia Nervosa nas versões do DSM-III, DSM-IV e DSM-5

DSM -III	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recusa em manter o peso acima do mínimo normal adequado à idade e à altura, por exemplo, perda de peso levando à manutenção do peso corporal 15% abaixo do esperado; ou malogro em ter o ganho de peso esperado durante o período de crescimento, levando a um peso corporal 15% abaixo do esperado. 2. Medo intenso de ganho de peso ou de se tornar gordo, mesmo com peso inferior. 3. Perturbação no modo de vivenciar o peso corporal, tamanho ou forma (por exemplo, a pessoa reclama que se “sente gorda” mesmo quando emagrecida; acredita que uma área do corpo está “muito gorda” mesmo quando obviamente tem peso inferior ao esperado). 4. Nas mulheres, a ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos, quando é esperado ocorrer o contrário (amenorreia primária ou secundária).
DSM-IV e DSM-IV-TR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recusa a manter o peso corporal em um nível igual ou acima do mínimo normal adequado à idade e à altura (por exemplo, perda de peso levando a manutenção do peso corporal abaixo de 85% do esperado; ou fracasso em ter o ganho de peso esperado durante o período de crescimento, levando a um peso corporal menor que 85% do esperado). 2. Medo intenso de ganhar peso ou de se tornar gordo, mesmo estando com peso abaixo do normal. 3. Perturbação no modo de vivenciar o peso ou a forma do corpo, influência indevida do peso ou da forma do corpo sobre a autoavaliação, ou negação do baixo peso corporal atual. 4. Nas mulheres pós-menarca, amenorreia, isto é, ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos. <p>Especificar tipo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tipo restritivo: durante o episódio normal de AN, o indivíduo não se envolveu regularmente em um comportamento de comer compulsivamente ou de purgação. - Tipo Compulsão Periódica/Purgativo: durante o episódio atual de AN, o indivíduo envolveu-se regularmente em um comportamento de comer compulsivamente ou de purgação.
DSM 5	<ol style="list-style-type: none"> 1. Restrição da ingestão calórica em relação às necessidades, levando a um peso corporal significativamente baixo no contexto de idade, gênero, trajetória do desenvolvimento e saúde física. Peso significativamente baixo é definido como um peso inferior ao peso

mínimo normal ou, no caso de crianças e adolescentes, menor do que o minimamente esperado.

2. Medo intenso de ganhar peso ou de engordar, ou comportamento persistente que interfere no ganho de peso, mesmo estando com peso significativamente baixo.
3. Perturbação no modo como o próprio peso ou a forma corporal são vivenciados, influência indevida do peso ou da forma corporal na autoavaliação ou ausência persistente de reconhecimento da gravidade do baixo peso corporal atual.

- Tipo restritivo: Durante os últimos três meses o indivíduo não se envolveu em episódios recorrentes de compulsão alimentar ou comportamento purgativo (i.e., vômitos autoinduzidos ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas). Esse subtipo descreve apresentações nas quais a perda de peso seja conseguida essencialmente por meio de dieta, jejum e/ou exercício excessivo.

- Tipo compulsão alimentar purgativa: Nos últimos três meses o indivíduo se envolveu em episódios recorrentes de compulsão alimentar purgativa (i.e., vômitos autoinduzidos ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas).

Especificar se:

- Em remissão parcial: Depois de terem sido preenchidos previamente todos os critérios para anorexia nervosa, o Critério A (baixo peso corporal) não foi mais satisfeito por um período sustentado, porém ou o Critério B (medo intenso de ganhar peso ou de engordar ou comportamento que interfere no ganho de peso), ou o Critério C (perturbações na autopercepção do peso e da forma) ainda está presente.

- Em remissão completa: Depois de terem sido satisfeitos previamente todos os critérios para anorexia nervosa, nenhum dos critérios foi mais satisfeito por um período sustentado.

Especificar a gravidade atual:

O nível mínimo de gravidade baseia-se, em adultos, no índice de massa corporal (IMC) atual (ver a seguir) ou, para crianças e adolescentes, no percentil do IMC. Os intervalos abaixo são derivados das categorias da Organização Mundial da Saúde para baixo peso em adultos; para crianças e adolescentes, os percentis do IMC correspondentes devem ser usados. O nível de gravidade pode ser aumentado de maneira a refletir sintomas clínicos, o grau de incapacidade funcional e a necessidade de supervisão.

Leve: IMC ≥ 17 kg/m² <19 kg/m²

Moderada: IMC 16-16,99 kg/m²

Grave: IMC 15-15,99 kg/m²

Extrema: IMC < 15 kg/m²

Fonte: Alckmin-Carvalho et al. (2016).

Como apresentado no Quadro 1, o IMC abaixo de 19 kg/m² pode ser considerado baixo peso em adultos. No entanto, para crianças e adolescentes com idades entre cinco e 19 anos, o cálculo isolado do IMC, como é realizado em adultos, não é considerado um bom critério na avaliação do peso (Campbell & Peebles, 2014). Para essa faixa-etária, o percentil do IMC deve ser verificado na Curva de Crescimento desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2007²). Deve-se

² Disponível em:

http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_vigilancia_alimentar.php?conteudo=curvas_de_crescimento

localizar em que faixa a criança ou adolescente se encontra, tomando por base o IMC (eixo y) e a idade (eixo x). Na Curva de Crescimento, a criança ou adolescente é comparada(o) a outros indivíduos de sua idade, altura e gênero.

Do ponto de vista nutricional, a ausência de ganho de peso na infância e adolescência equivale à perda de peso em adultos (Campbell & Peebles, 2014; Pinzon, 2012). A análise da evolução ponderal realizada deve considerar o período anterior ao desenvolvimento dos sintomas do TA em comparação ao atual, sendo que uma perda maior ou igual a 15% do peso corporal é suficiente para preencher o critério A do DSM-5, de baixo peso (Campbell & Peebles, 2014).

Quadro 2. Classificação da faixa de percentil

Faixa de percentil	Classificação
<Percentil 5	Baixo Peso
Percentil 5 – 84	Eutrófico (peso adequado)
Percentil 85 -95	Sobrepeso
≥Percentil 95	Obesidade

Fonte: Organização Mundial da Saúde (OMS, 2007).

Uma alternativa para avaliar as alterações antropométricas é o uso do Z-score, que é uma medida mais sensível para identificar pequenas variações do indivíduo ao longo do tratamento, ao contrário dos percentis, em que pequenas variações não produzem mudança em termos de classificação. No Quadro 3 estão descritos os Z-scores e percentis correspondentes.

Quadro 3. Classificação da faixa de percentil e Z-score correspondente

Percentil	Z-score
0,13	-3
2,28	-2
15,8	-1
50,0	0
84,2	+1
97,7	+2
99,8	+3

Fonte: Organização Mundial da Saúde (OMS, 2007).

Em quadros de AN em que não há obesidade prévia, o objetivo da terapia nutricional é o retorno ao Z-score prévio ao emagrecimento. Nos casos em que esses dados não são conhecidos, o objetivo é alcançar o Z-score 0, que corresponde ao percentil 50.

1.1.2 Prejuízos associados ao quadro de AN

Indivíduos com AN podem apresentar complicações fisiológicas devidas aos danos causados pela utilização de métodos purgativos e decorrentes do baixo peso, que incluem inanição, retardo no crescimento e desenvolvimento anormal, alterações no fluxo sanguíneo cerebral, alterações endócrinas, anemia, lesões no sistema gástrico, osteoporose, com possíveis danos permanentes, alterações hidroeletrólíticas (especialmente hipocalcemia, que pode levar à arritmia cardíaca e morte súbita), hipotermia, pielonefrite decorrente da baixa imunidade, bradicardia, erosão no esmalte dentário e infertilidade, mesmo após a normalização do peso (APA, 2013). Na Figura 1 estão descritos os principais problemas fisiológicos associados à AN.

Figura 1. Principais problemas fisiológicos associados à AN

Fonte: imagem adaptada e traduzida pelo autor, extraída da Divisão da Saúde da Mulher, Estados Unidos da América. Departamento de Saúde e Assistência Social. Versão original disponível em: <http://www.womenshealth.gov/publications/our-publications/fact-sheet/anorexia-nervosa.html>.

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

Padierna, Quintana, Arostegui, Gonzalez e Horcajo (2002) apontam que o nível de satisfação com as relações familiares e com o trabalho também é menor entre pacientes com AN, quando comparados a indivíduos não clínicos. Claudino e Borges (2002) explicam que pacientes com AN passam, gradativamente, a viver exclusivamente em função da dieta, da comida, do peso e da forma corporal, restringindo seu campo de interesses. Segundo os autores, esse padrão de comportamento favorece o isolamento e a falta de apoio social relatados pelos pacientes.

Pesquisadores têm encontrado taxas de mortalidade que variam de 5% a 20%, sendo a AN considerada o transtorno psiquiátrico em que mais frequentemente o desfecho é a morte do paciente (Arcelus et al., 2011; Franko et al., 2013) por complicações fisiológicas decorrentes da inanição crônica e dos métodos purgativos ou por suicídio (Button, Chadalavada, & Palmer, 2010). Um dos primeiros estudos longitudinais realizados com essa população acompanhou, por quatro anos, 41 pacientes internados por AN. Os pesquisadores encontraram apenas 39% de recuperação completa, 5% de óbitos e 66% dos pacientes com recaídas e nova busca por tratamento (Morgan & Russell, 1975). Outro estudo longitudinal acompanhou por 90 meses uma amostra de 243 mulheres com AN e verificou que apenas 33% das participantes se recuperaram completamente, sendo que um terço destas tiveram recaídas após o tratamento (Herzog et al., 1999).

1.1.3 Dados epidemiológicos

Com relação às taxas de prevalência de AN³ (ao menos uma vez na vida), em população geral, um estudo epidemiológico realizado nos Estados Unidos, com amostra

³ Os estudos de prevalência de AN mencionados foram realizados com base no DSM-IV-TR (APA, 2000). A partir da atualização destes critérios pelo DSM-5 (APA, 2013) (retirada da necessidade de amenorreia e de um índice de massa corporal mínimo), as taxas de prevalência de AN tendem a aumentar.

de 10.123 adolescentes, encontrou que 0,3% dos participantes preenchiem critérios diagnósticos para o transtorno (Swanson, Crow, Grange, Swendsen, & Merikangas, 2011). Outro estudo, realizado por pesquisadores alemães, chegou a taxas bastante similares (0,28%) na avaliação de 1.404 crianças e adolescentes (Jaite, Hoffmann, Glaeske, & Bachmann, 2013).

Em uma busca em bases de dados nacionais (LILACS, PePSIC, BIREME e SciELO), utilizando-se as palavras-chave “Anorexia Nervosa” e “Prevalência” em combinação, foram encontrados apenas artigos que indicam taxas de prevalência de sintomas de AN avaliadas com instrumentos de triagem, como o *Eating Attitudes Test* (EAT) e o *Eating Disorder Inventory* (EDI), e não com entrevistas ou instrumentos diagnósticos (e.g. Souza, Souza, Hirai, Luciano, & Souza, 2011). Tomando por base os dados internacionais sobre a prevalência do TA, calcula-se que, no Brasil, cuja população é estimada em 202,7 milhões de habitantes (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2014), há aproximadamente 600 mil pessoas que sofreram/sofrem de AN.

Sabe-se que a AN é mais frequente entre mulheres jovens. Mudanças psicológicas e corporais na adolescência, conflitos típicos dessa faixa-etária, busca de nova identidade, maior suscetibilidade aos apelos da moda, à pressão do grupo e preocupações com o corpo, são fatores que contribuem para que esta seja uma fase de grande vulnerabilidade para o desenvolvimento de TA (Pegado, 2018).

A incidência média de razão homens:mulheres varia de 1:10 a 1:20 (Claudino & Borges, 2002; Cordás, 2004; Swanson et al., 2011). No entanto, nos últimos anos, têm-se verificado alterações no perfil de pacientes com este TA (Alckmin-Carvalho, Ferreira, Zazula, & Soares, 2013; Alckmin-Carvalho, Cobelo, Melo, Zeni, & Pinzon, 2017; Alckmin-Carvalho & Melo, 2018). Entre as mudanças mais aparentes, destacam-se a idade de início do transtorno, que tem ocorrido mais precocemente (Smink, Van-Hoeken, & Hoek, 2012), e o aumento do número de meninos/homens com AN (Alckmin-Carvalho et al., 2017). Esta última tendência foi verificada tanto por pesquisadores estrangeiros (Strother, Lemberg, Stanford, & Turberville, 2012) quanto por brasileiros (Abreu-Gonçalves, Moreira, Trindade, & Fiates, 2013; Alckmin-Carvalho et al., 2017).

Estudos da década de 1980 e 1990 apontavam para a razão meninos:meninas com TA admitidos em tratamento ambulatorial ou em unidade de internação como sendo de 1:10-12 (Nielsen, 1990). Mais recentemente, pesquisas indicam o aumento da frequência de TA entre meninos (Bryant-Waugh, 2013; Rosen, 2010). Um estudo conduzido na

Austrália com uma amostra de 101 crianças e adolescentes atendidos em um programa de tratamento de TA verificou que 25% (1:4) dos participantes eram meninos (Madden, Morris, Zurynski, Kohn, & Elliot, 2009). A mesma tendência foi verificada em um estudo conduzido no PROTAD, que encontrou proporção meninos:meninas de 1:11-8 entre 2001 e 2007, e de 1:3-5 entre 2008 e 2014, havendo diferenças estatisticamente significativas entre os períodos comparados ($Z = -2.44$, $p = 0,01$) (Alckmin-Carvalho et al., 2017).

Com relação à idade de pacientes atendidos em centros de tratamento de TA dos Estados Unidos, uma estimativa indica que, de um total de 28.155 pacientes, entre 2005/2006, 1126 (4%) eram crianças menores de 12 anos, representando um aumento de 119% de admissões de crianças em comparação aos anos de 1999/2000 (Zhao & Encinosa, 2009). Pesquisadores encontraram que, de 79 pacientes internados, 11 (14%) eram crianças menores de dez anos e que, dos 22 pacientes em tratamento ambulatorial, quatro (18%) tinham menos de dez anos (Madden et al., 2009). A idade mais precoce de admissão pode estar associada ao surgimento da patologia mais cedo e/ou ao reconhecimento precoce dos sinais e sintomas pelos cuidadores e profissionais da área da saúde.

1.1.4 Comorbidades associadas

A presença seletiva de alguns sinais e sintomas, característicos de determinados transtornos – quando encontrados associados, e em grau, intensidade e frequência específicos – podem levar a equipe interdisciplinar a investigar o possível diagnóstico associado ou comórbido, quando a ocorrência não se limitar às questões alimentares (Pegado, 2018). As comorbidades psiquiátricas como transtornos de humor e de ansiedade podem impactar na evolução do TA e aumentar o tempo de tratamento (Pinzon, 2012).

As comorbidades mais comuns na AN são a depressão (50% a 70%), os transtornos de ansiedade, com destaque para a Fobia Social e o Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) (50% a 65%). Um estudo de coorte longitudinal recente, realizado na Suécia, apontou a sobreposição etiológica entre o TOC e a AN (Cederlöf et al., 2015). Nesse estudo foi identificado um risco 16 e 37 vezes maior de mulheres e homens com TOC, respectivamente, apresentarem AN mais tarde, e um risco ainda maior de apresentarem TOC tardiamente, quando diagnosticados inicialmente com AN.

1.1.5 Especificidades da apresentação da anorexia nervosa em adolescentes

Crianças e adolescentes podem relatar como forma de justificar a recusa alimentar, além do medo de engordar, sensação de saciedade, dor abdominal, náusea, dificuldade para engolir e perda de apetite. Podem também ter dificuldades para identificar e reportar ao clínico o medo de comer e de ganhar peso (Campbell & Peebles, 2014; Pegado, 2018; Pinzon, 2012). Apresentam como estratégias comportamentais mais comuns para a perda e ou evitação de ganho de peso, o aumento excessivo da frequência de exercícios físicos na rua e em casa, por vezes realizados em segredo, durante a noite, e a autoindução de vômito, sobretudo em adolescente mais velhos, com idades entre 15 e 18 anos.

O abuso de laxantes e diuréticos não é tão comum como nos adultos (Campbell & Peebles, 2014; Pegado, 2018; Pinzon, 2012). Adicionalmente, é comum que crianças e adolescentes restrinjam a alimentação mais drasticamente, e que percam peso rapidamente. Menos frequente, é possível que crianças emitam comportamentos bizarros, como medo de ingerir líquidos ou de engolir saliva (Pinzon, 2012).

Entre os profissionais da área de saúde que são indispensáveis para o tratamento da AN está o psicólogo clínico. A psicologia é uma área bastante plural. Diversas noções epistemológicas de visão de homem, de funcionamento do mundo e de adoecimento são possíveis. Neste estudo, adotou-se a compreensão analítico-comportamental na avaliação e tratamento de pessoas com AN, bem como na intervenção desenvolvida para seus pais. No capítulo II serão expostos os princípios básicos da análise do comportamento e a aplicação desses princípios aos comportamentos associados à AN.

CAPÍTULO 2. A COMPREENSÃO ANALÍTICO-COMPORTAMENTAL DA ANOREXIA NERVOSA

Entende-se que o comportamento alimentar é operante. Denomina-se de operante o comportamento que opera no ambiente, produzindo consequências (modificações no ambiente), as quais afetam a probabilidade de ocorrência da resposta em situações análogas, no futuro (Skinner, 1989, Todorov, 2002). O paradigma operante é representado da seguinte forma:

$$\mathbf{A - B \rightarrow C}$$

“A” são os estímulos antecedentes, que fornecem contexto para a emissão da resposta, “B” são as respostas que o organismo emite, e “C” as consequências que essas respostas produzem (Skinner, 1989). As consequências que uma resposta produz podem ser classificadas em reforçadoras e ou punidoras/aversivas. Consequências reforçadoras são aquelas que mantêm ou aumentam a probabilidade de ocorrência da resposta que a antecede, por meio de acréscimo de estímulo reforçador (reforço positivo [R+]) ou pela eliminação/neutralização/atraso de estimulação aversiva (reforço negativo [R-]). As consequências punidoras ou aversivas, por sua vez, são aquelas que diminuem a probabilidade de emissão da resposta que a produziu, no futuro. A consequência aversiva pode operar de duas maneiras: pelo acréscimo de estimulação aversiva (punição positiva [P+]) ou pela retirada ou neutralização de estímulos reforçadores (punição negativa [P-]). Além disso, também é possível verificar diminuição da frequência de uma resposta por meio do processo de extinção operante, em que há quebra da contingência de reforçamento pela retirada do reforço contingente a uma resposta.

Os comportamentos alimentares são bastante complexos e produzem, concomitantemente, consequências reforçadoras e aversivas, que competem entre si. Entende-se, a partir do modelo de seleção pelas consequências, que as respostas emitidas com alta frequência por pacientes com AN, como restringir alimentação, induzir vômito, ingerir grandes quantidades de alimentos, utilizar laxantes ou diuréticos, pesar-se e medir-se com frequência, contar calorias e pensar em peso, forma e corpo em grande

parte do tempo, só se sustentam no repertório comportamental de alguém porque produzem consequências reforçadoras.

Desse modo, não parece adequado que psicólogos clínicos de orientação analítico-comportamental, embasados na filosofia do Behaviorismo Radical, considerem esses comportamentos disfuncionais ou patológicos, uma vez que mesmo comportamentos que produzem prejuízos ou sofrimento ao indivíduo só são selecionados e se mantêm no repertório de alguém porque têm função (Skinner, 1989). Para alterar respostas comuns em quadros de AN é necessário que o terapeuta analítico-comportamental maneje as contingências, de modo a modificar os antecedentes que fornecem contexto para a emissão das respostas e/ou as consequências que essas respostas produzem.

Os antecedentes, por sua vez, são as variáveis que fornecem contexto para que uma resposta possa ser emitida. Dividem-se basicamente em estímulos discriminativos (SD), que são estímulos na presença dos quais uma resposta é reforçada, e em operações estabelecedoras (OE), que alteram momentaneamente a magnitude de um estímulo reforçador e evocam comportamentos que os produzem. Os exemplos mais comuns de OE são privação, saciação e contato com estimulação aversiva, como dor. Regras e autorregras construídas ao longo da história de vida também são consideradas antecedentes.

A operação estabelecedora de privação de comida em quadros de AN e seus efeitos sobre a magnitude dos reforçadores é bastante clara, e explica o porquê de pessoas desnutridas pensarem com frequência em comida, calorias etc. Além disso, outros efeitos da desnutrição crônica devem ser considerados em termos de modificação do organismo e, conseqüentemente, da maneira como se comporta. Mais detalhes sobre os efeitos da desnutrição no comportamento serão apresentados detalhadamente na seção de filogênese.

Com relação à compreensão etiológica da AN, entre os profissionais envolvidos no tratamento desse TA, é consenso que essa condição tem etiologia multifatorial, incluindo fatores biológicos, psicológicos e sociais que interagem entre si de maneira complexa. O psicólogo clínico de orientação analítico-comportamental tem uma compreensão similar. Entende-se que os comportamentos são selecionados e mantidos a partir da complexa interação entre três processos históricos: a história da espécie (nível filogenético ou filogenia), a história do indivíduo (nível ontogenético ou ontogenia) e a história das práticas culturais (nível cultural). O comportamento alimentar, bem como os

comportamentos associados ao diagnóstico de AN, também segue esse princípio básico. Apresenta-se, a seguir, como esses três níveis operam na seleção e manutenção de classes de respostas associadas à AN e as especificidades de cada um.

2.1 Nível Filogenético

Os seres humanos, em decorrência da seleção natural, apresentam aparato biológico inato altamente sensível a alimentos doces, gordurosos e ricos em carboidratos (reforçadores incondicionados), uma vez que estes são transformados em energia com facilidade e aumentam a sobrevivência do indivíduo (Skinner, 1974). Essa sensibilidade teve função, ao longo do processo histórico, em que havia escassez de alimentos, de produzir a energia necessária para a preservação do indivíduo e a perpetuação da espécie (Almeida et al., 2014; Vale & Elias, 2011).

No entanto, nos últimos séculos, houve diversas alterações ambientais que possibilitaram a produção em grandes quantidades e armazenamento de alimentos. Assim, historicamente, sobretudo no último século, a agricultura e as indústrias de alimentos se desenvolveram amplamente, e o acesso a alimentos ricos em gordura e de alto teor calórico aumentou drasticamente (Poston & Foreyt, 1999; Ravussin & Ryan, 2018). Somada a essa alteração, a diminuição do gasto calórico associada ao aprimoramento dos meios de transporte e dos meios de comunicação reduziram o gasto energético diário e favoreceram o sedentarismo (Poston & Foreyt, 1999; Ravussin & Ryan, 2018).

Nesse contexto repleto de oportunidades para alimentação, com aparato biológico altamente sensível a esses alimentos e com diversas facilidades tecnológicas por meio das quais se esquivava de atividade física, é compreensível que a obesidade atinja níveis epidêmicos e seja considerada um problema que desafia a saúde pública de sociedades industrializadas (Poston & Foreyt, 1999; Ravussin & Ryan, 2018). Trata-se de uma condição que pode ser explicitada, pelo menos em parte, pela lacuna entre uma alteração ambiental expressiva e a adaptação do organismo a esse novo ambiente (Poston & Foreyt, 1999; Ravussin & Ryan, 2018).

Sabe-se que a resposta de se alimentar pode ter diversas funções, que por vezes extrapola o campo da nutrição do organismo. Por exemplo, Meyer (2008) aponta que a ingestão de comida pode eliciar respondentes considerados prazerosos, associados à

liberação de opioides endógenos, incompatíveis com aqueles eliciados por eventos aversivos. Assim, a resposta de se alimentar pode ter função de autorregulação emocional e fuga/esquiva do contato com comportamentos privados aversivos, sendo as compulsões alimentares, em parte, mantidas por reforço negativo.

Em casos de AN, em que o comportamento de restringir alimentos é emitido com alta frequência, é comum que haja diminuição considerável no montante de calorias ingeridas diariamente. A restrição calórica crônica produz uma série de alterações fisiológicas que foram estabelecidas ao longo de um processo histórico: (a) maior probabilidade de compulsão alimentar com alimentos ricos em calorias, como uma estratégia de homeostase para evitar o estado de desnutrição; (b) alteração no sistema noradrenérgico; (c) maior probabilidade de pensamentos obsessivos sobre comida e oportunidades de alimentação e (d) alterações nos níveis de hormônio liberador de corticotrofina, Neuropeptídeo Y e Vasopressiva, que contribuem para o quadro de amenorreia e para a perda dos caracteres sexuais secundários, para a redução acentuada do interesse sexual e para alterações de humor e anedonia (Almeida et al., 2014; Meyer, 2008; Vale & Elias, 2011).

Autores destacam que a perda de caracteres sexuais secundários pode ser negativamente reforçada nos casos em que o contato com a sexualidade for aversivo para o paciente em função de determinantes de sua história de vida, tais como repressão sexual, abuso sexual ou problemas com a orientação sexual (Dominé, Berchtold, Akre, Michaud, & Suris, 2009; Strother et al., 2012).

Outra possível função da restrição alimentar associada à aparência infantil é a recusa de perder reforçadores disponibilizados com maior frequência durante a infância (Vale & Elias, 2011). Assim, é comum observar, em pacientes adolescentes com AN, o medo/dificuldade de lidar com as demandas da vida adulta, podendo haver, consciente ou inconscientemente, um mando de permanecer “para sempre jovem”, reforçando positiva e negativamente os comportamentos de restrição alimentar (Vale & Elias, 2011).

Por fim, sobre a prática de exercícios frequentemente verificada em quadros de AN, estudos com ratos *Wistar* sugerem que o aumento da atividade física está associado ao jejum (Almeida et al., 2014). No laboratório experimental, verifica-se o aumento da atividade física entre ratos que ficam privados de alimento, sendo o resultado a rápida perda de peso. Esse processo é denominado de “Modelo biocomportamental da AN induzida por atividade física” (*Activity Anorexia*), e pode ser explicado pela seleção

natural, pois, historicamente, em um ambiente com poucas oportunidades de alimentação, na ausência de comida por um período prolongado, seria importante para a conservação do indivíduo que ele continuasse procurando novas fontes de alimento (Almeida et al., 2014).

2.2 Nível Ontogenético

A ontogenia é o nível de seleção do comportamento associado aos determinantes presentes na história de vida do indivíduo desde seu nascimento (Skinner, 1974). A relação entre o sujeito e a comida se estabelece desde os primeiros dias de vida, por meio do processo de amamentação. Frequentemente, quando a criança é alimentada, esses momentos são acompanhados de outros reforçadores, como atenção social e afeto. Assim, é comum que ocorra um pareamento entre os estímulos alimento e afeto e, desta forma, a comida, além de ser reforçador incondicionado associado ao nível filogenético, passa a eliciar respondentes de bem-estar semelhantes aos eliciados por reforçadores sociais, podendo ser um estímulo substituto da atenção e do afeto (Vale & Elias, 2011). Por meio do processo de substituição de reforçadores, em situações de privação de afeto decorrentes das mais diversas razões, como déficit de habilidades sociais e ausência de cuidadores, a comida poderia obter, portanto, essa função (Vale & Elias, 2011).

A comida pode, também, como visto anteriormente, aliviar momentaneamente respondentes associados a situações aversivas e eliciar prazer (Meyer, 2008). Assim, a compulsão alimentar, mais provável após períodos de jejum, seria positiva e negativamente reforçada. No entanto, o uso da comida para esse fim pode produzir punição, concomitantemente, na forma de excesso de peso, frequentemente associado à vergonha e culpa (aqui há um componente cultural, que será detalhado na seção posterior).

A produção concomitante de consequências reforçadoras e aversivas contribui para explicar a ambivalência e a relação paradoxal que pacientes com TA têm com a comida, que é tanto aquilo que alivia, diminuindo o contato com os respondentes associados à solidão, por exemplo, como também aquilo que produz ganho de peso e implica sentimentos aversivos (Vale & Elias, 2011).

O paciente com AN pode ter aprendido que seu adoecimento tem função de punição para os pais. Adoecer, a partir deste registro, teria a função de punir e/ou exercer

contracontrole diante do controle aversivo empregado pelos pais (Sidman, 1989/1995; Vale & Elias, 2011). Por outro lado, manter-se com baixo peso poderia, ao mesmo tempo, produzir reforçadores sociais que não eram obtidos quando o paciente não estava doente, como a presença e atenção dos pais e de outros familiares e ser atendido em pedidos (Vale & Elias, 2011). Assim, na clínica, é frequente ouvir os pacientes relatando que se sentem amados e especiais apenas quando estão com baixo peso. A partir dessa descrição, infere-se que a recuperação do peso produziria diminuição ou retirada de afeto/atenção (punição negativa).

As variáveis que selecionam e que mantêm os comportamentos alimentares característicos de quadros de AN, bem como os antecedentes que fornecem contexto para a emissão desses comportamentos podem ser apresentados na análise funcional, que é uma ferramenta básica do analista do comportamento para a compreensão da função dos comportamentos (Meyer, 1997). No Quadro 4 apresenta-se um exemplo de análise funcional molecular e não linear da resposta de restringir a alimentação de um adolescente. As análises funcionais desenvolvidas no presente estudo estão de acordo com o modelo proposto por Nery e Fonseca (2018).

Quadro 4. Exemplo de análise funcional em que a resposta de restringir alimentação e fazer exercícios físicos produz múltiplas consequências

Antecedentes	Resposta	Consequências (curto prazo)	Efeito
<ul style="list-style-type: none"> • Sobrepeso • <i>Bullying</i> associado ao sobrepeso • Crítica dos pais sobre a forma do corpo • Pais engajados em dietas restritivas • Pais negligentes → Privação de Atenção e afeto • Regra: “pessoas magras têm mais destaque e mais sucesso” 	<ul style="list-style-type: none"> • Restringir a alimentação (recusar oferta de alimentos, ingerir alimentos pouco calóricos) • Fazer exercícios físicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Consumo de aporte energético insuficiente perda de peso (R-) • Afeto e atenção dos pais (R+) • Elogios de colegas (R+) • Esquiva de crítica dos pais (R-) • Esquiva de situações de <i>bullying</i> associadas ao sobrepeso (R-) • Fome (P+) • Labilidade Emocional (P+) 	<ul style="list-style-type: none"> • Sensação de controle (R+) • Sensação agradável de estar em concordância com autorregra (R+)

Fonte: elaboração do autor.

Na análise anterior, a presença de pais que se engajam em dietas restritivas (por valorizarem um ideal de corpo emagrecido), e que, portanto, dão modelo de relação com alimentação e corpo, privação de atenção e afeto, crítica dos pais sobre a forma do corpo

do filho, situações de *bullying* associado ao sobrepeso e regra construída ao longo da vida, segundo a qual pessoas magras têm mais destaque e sucesso, fornecem contexto para que a classe de resposta de restrição alimentar e engajamento em exercícios físicos que produzam perda de peso (R-). Essa resposta, por sua vez, produz diversas consequências, em curto, médio e longo prazo. No caso de transtornos alimentares, as consequências de curto prazo associadas à restrição alimentar costumam ser reforçadoras, e por isso, se mantêm e aumentam de frequência.

No caso hipotético, a resposta de restringir alimento produz reforçadores positivos e negativos, em curto prazo. No entanto, em longo prazo, essa mesma resposta produz diversas consequências aversivas, como pensamentos obsessivos sobre comida, peso, corpo, diminuição de interesse por outras áreas da vida, como amizades e relações amorosas, anedonia, complicações médicas associadas à desnutrição, dificuldade de concentração, atenção e memória, labilidade emocional, entre outras.

Assim, verifica-se que uma mesma resposta produz uma série de reforçadores em curto prazo e diversos punidores em longo prazo. A partir do modelo de seleção pelas consequências do paradigma operante, verifica-se, portanto, uma equação segundo a qual se a soma da magnitude dos reforçadores for maior que a soma da magnitude dos aversivos, o comportamento permanece em alta frequência. Por outro lado, se a soma da magnitude dos punidores for superior à soma da magnitude dos reforçadores, o comportamento tende a se extinguir. Infelizmente, nos casos de AN, a presença de diversos reforçadores, positivos e negativos, bem como a estimulação aversiva não contingente ao comportamento de restrição alimentar (punição atrasada) tendem a produzir reforçadores de mais alta magnitude, o que aumenta a probabilidade da resposta continuar sendo emitida, pelo menos nos primeiros anos de doença.

Outra resposta que pode ocorrer em casos de AN é de compulsão alimentar, sobretudo em casos que tenham como antecedente a privação de alimentos. No Quadro 5 apresenta-se um exemplo de análise funcional molecular e não linear da resposta de compulsão alimentar, em casos de AN e de seus determinantes.

Quadro 5. Exemplo de análise funcional em que a resposta de compulsão alimentar produz múltiplas consequências

Antecedentes	Resposta	Consequências	Efeitos
<ul style="list-style-type: none"> • Restrição alimentar → fome • Sozinho em casa → Sensação de solidão • Disponibilidade de comida 	<ul style="list-style-type: none"> • Comer aproximadamente 3.000 kcal em 20 minutos (compulsão alimentar) 	<ul style="list-style-type: none"> • Contato com sabor apetitivo dos alimentos (R+) • Eliminação da privação de alimentos (R-) • Ganho de Peso (P+) • Evitação momentânea de contato com estimulação aversiva associada à solidão (R-) 	<ul style="list-style-type: none"> • Vergonha (P+) • Culpa (P+) • Sensação de descontrole (P+)

Fonte: elaboração do autor.

Na análise funcional anterior, restrição alimentar e sensação de fome, sentimento de solidão e disponibilidade de comida apetitiva são antecedentes que fornecem contexto para que a classe de resposta de compulsão alimentar produza consequências reforçadoras e aversivas, concomitantemente. A compulsão alimentar e o ganho de peso poderiam ser antecedentes em uma segunda análise funcional, que juntamente com outros antecedentes poderiam fornecer contexto para que a resposta de purgação produzisse perda de peso (R-), acompanhada de sensação de culpa (P+) e alívio (R-), ao mesmo tempo.

2.3 Nível Cultural

As práticas culturais, juntamente aos níveis filogenéticos e ontogenéticos, contribuem para a determinação dos comportamentos humanos (Skinner, 1981/2007). A afirmativa é válida tanto para o comportamento alimentar quanto para os comportamentos associados ao diagnóstico de AN, como restrição alimentar, medo de ganhar peso ou tornar-se obeso, ter compulsão alimentar e purgar (APA, 2013). Estudos epidemiológicos indicam que há maior incidência e prevalência desse tipo de TA em países ocidentais, sobretudo naqueles em que a indústria da moda exhibe – em catálogos, *outdoors* e passarelas – modelos com baixo peso (Oliveira & Hutz, 2010).

Nas últimas décadas, pesquisadores têm demonstrado (por exemplo, por meio da comparação do IMC de modelos capa de revista e de participantes de concurso de beleza) a mudança no ideal estético vigente. A partir da década de 1960 – sobretudo atualmente – o padrão de beleza passou, progressivamente, de um corpo com curvas, do tipo violão, para outro, marcadamente emagrecido e andrógeno, tanto para homens quanto para mulheres (Oliveira & Hutz, 2010). Assim, é razoável supor que essas alterações tenham contribuído para o aumento da incidência e prevalência de AN na atualidade.

O processo histórico da definição de ideal de beleza tem programação certa: a insatisfação corporal. Hercovici e Bay (1997) apontam a contradição entre a oferta de alimentos e as formas corporais idealizadas. Em épocas nas quais os alimentos são escassos, a imagem robusta é sinal de poder e opulência, enquanto em períodos nos quais os alimentos estão disponíveis em grande quantidade, como atualmente, a magreza representa autodisciplina e sucesso.

Os meios de comunicação de massa frequentemente apresentam propagandas nas quais se estabelece uma relação de contingência entre perder peso/ter um corpo emagrecido e obter reforçadores positivos generalizados, como popularidade, competência e atratividade sexual, disseminando mandos e contribuindo para a formulação de regras que funcionam como antecedentes para respostas frequentes em casos de AN. Assim, é comum serem verificados insatisfação corporal, distorção da imagem corporal e medo de engordar entre meninos e meninas dos mais variados níveis socioeconômicos (Alves, Vasconcelos, Calvo, & Neves, 2008).

Um estudo nacional avaliou, por meio do Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26), comportamentos de risco para AN entre universitárias das cinco regiões do Brasil (n=2.483) (Alvarenga, Scagliusi, & Philippi, 2011). Os autores verificaram comportamentos de risco (como dietas restritivas e outras práticas inadequadas para controle de peso) em 23,7% a 30,1% da amostra, a depender da região do país. Também apontaram que, em função da alta frequência encontrada em todas as regiões do Brasil, devem ser planejadas medidas de prevenção para a população jovem.

É importante analisar o que controla o comportamento de profissionais da indústria de moda e beleza no que tange à apresentação de modelos emagrecidos e “corpos impossíveis” para a maior parte da população. Cria-se um cenário de insatisfação geral com os corpos, frente a “corpos modelo”, para, em seguida, apresentarem-se recursos na forma de produtos a serem consumidos para adequar o corpo do cidadão

comum ao ideal estético apresentado: “É necessário que as pessoas estejam insatisfeitas com a sua aparência e peso para existir uma indústria da moda que resolva esse problema” (Vale & Elias, 2011, p. 64). Assim, profissionais da moda manejam antecedentes e apontam consequências reforçadoras com a finalidade de aumentar a probabilidade da resposta de comprar produtos de beleza e gerar lucro à indústria. Frente a essa questão, que atualmente é considerada um problema de saúde pública, países como a França e a Espanha têm proibido o trabalho de modelos com IMC menor de 18 kg/m² e exigido o acompanhamento médico regular dessas profissionais (Estadão, 2015).

Como exposto nesse capítulo, a etiologia da AN é multifatorial, e relacionada à complexa interação entre variáveis filogenéticas, ontogenéticas e culturais. No campo das variáveis ontogenéticas estão localizadas as variáveis familiares, que contribuem para a seleção e manutenção de comportamentos associados à AN. No capítulo três serão abordadas essas variáveis familiares, em termos de estilos e práticas parentais.

CAPÍTULO 3. ESTILOS E PRÁTICAS PARENTAIS

A família constitui o primeiro e mais importante contexto social, emocional e cultural para o desenvolvimento do ser humano (Alvarenga, Weber, & Bolsoni-Silva, 2016; Baumrind, 1966; Kawabata, Alink, Tseng, Van-Ijzendoorn, & Crick, 2011; Lamborn, Mounts, Steinberg, & Dornbusch, 1991). Dentro das relações familiares são verificadas condições favoráveis ou desfavoráveis para a aquisição de habilidades socioemocionais requeridas em outros contextos, como na escola, na relação com professores e com os pares, e, em idade adulta, nos relacionamentos amorosos e nas relações de trabalho (Stasiak, Weber, & Tucunduva, 2014).

Alvarenga et al. (2016) apontam que há diversas pesquisas quase-experimentais e experimentais nas áreas de Psicologia Clínica e em Psicologia do Desenvolvimento que descrevem e discutem características comportamentais dos pais que influenciariam, positiva ou negativamente, o desenvolvimento saudável de seus filhos (e.g. Bochi, Friedrich, & Pacheco, 2016; Cardoso & Veríssimo, 2013; Formiga, 2012; Formiga, 2015; Kawabata et al., 2011). Entre essas variáveis está o estilo parental, construído desenvolvido por Baumrind (1966), na década de 1960 e ampliado, posteriormente, por Maccoby e Martin (1983) e Lamborn et al. (1991). O estilo parental é uma terminologia que abrange uma ampla gama de práticas dos pais empregadas no convívio e na socialização de seus filhos. Expressa-se por meio de práticas educativas, mas também por meio da comunicação não verbal, hierarquia, intensidade e frequência de expressão de afeto, cuidado e controle (Alvarenga et al., 2016).

Em termos analítico-comportamentais, pode-se considerar que os estilos parentais são amplas classes de comportamentos que os pais utilizam na educação e socialização de seus filhos no cotidiano. São considerados operações estabelecedoras, que propiciam a modelagem de diferentes comportamentos que favorecem ou desfavorecem o desenvolvimento de repertórios de habilidades sociais nos filhos (Alvarenga et al., 2016). Por exemplo, o estilo autoritário e coercitivo de um pai pode ser operação estabelecidora para modelar comportamentos de dependência, submissão e esquiva, ao passo que o estilo indulgente pode ser operação estabelecidora para modelar comportamentos de transgressão de regras e desrespeito aos limites (Alvarenga et al., 2016).

A avaliação dos comportamentos característicos de cada estilo parental deve ser realizada com cautela. É importante avaliar o comportamento funcionalmente, em termos

de seus antecedentes e consequências, e não exclusivamente na topografia. Por exemplo, um comportamento que topograficamente poderia ser considerado autoritário, pode ter a função de estabelecimento de limites, uma característica de pais que se preocupam com o desenvolvimento de seus filhos. Por outro lado, comportamentos negligentes ou indulgentes podem ser, à primeira vista, avaliados como amigáveis e benevolentes.

De acordo com Maccoby e Martin (1983), cada estilo parental difere em termos de *responsividade* e de *exigência*. Pais responsivos apresentam alta frequência de comportamentos que denotam afeto, têm forte envolvimento nas atividades do filho, ao mesmo tempo que não são intrusivos. Barber (1996) descreve que o comportamento intrusivo dos pais inclui controle excessivo, suporte desnecessário (que dificultaria o desenvolvimento de habilidades e de autonomia), violação de privacidade e tentativa de manipulação dos pensamentos e sentimentos do filho. Em outras palavras, pais responsivos são aqueles que estão próximos, física e emocionalmente, sem serem intrusivos (Alvarenga et al., 2016).

A segunda dimensão que compõe o estilo parental é a exigência, que inclui comportamentos como monitoria, supervisão, estabelecimento de regras e limites de modo claro, coerente e consistente, definição de valores morais da família e contingenciamento adequado dos comportamentos dos filhos (Maccoby & Martin, 1983). Kerr e Stattin (2000) adicionaram à dimensão de exigência a habilidade dos pais de propiciarem um clima favorável para a autorrevelação e conversas sobre as atividades cotidianas.

A classificação do estilo parental deriva de diferentes combinações entre as dimensões de responsividade e de exigência. Maccoby e Martin (1983) descrevem a existência de quatro estilos parentais resultantes dessa combinação: autoritário, indulgente, negligente e autoritativo. Na Figura 2 está representado um esquema desses estilos.

Figura 2. Esquema representativo dos estilos parentais

Fonte: Maccoby e Martin (1983).

A seguir, serão apresentados os quatro estilos parentais, a compreensão analítico-comportamental a respeito deles e os problemas associados a cada estilo.

a) Autoritário: caracterizado pela baixa frequência de comportamento responsivo/afetivo e alto nível de exigência (às vezes, desnecessária), com emprego de coerção. Pais com estilo autoritário tendem a ser psicologicamente inflexíveis (repertório altamente controlado por regras e autorregras de conduta moral e pouco controlado pelas contingências em vigor na interação), têm valores absolutos e inquestionáveis e empregam alto nível de controle no contato com os filhos para adequá-los a esses valores. Há regras rígidas e punição arbitrária dos comportamentos de seus filhos, muitas vezes opostas às consequências naturais ou lógicas (Maccoby & Martin, 1983).

Sob a ótica analítico-comportamental, sabe-se que o uso frequente de coerção e punição produz uma série de consequências danosas ao desenvolvimento infantil, como empobrecimento do repertório comportamental e diminuição da variabilidade (Sidman, 1989/1995). Indivíduos que têm comportamentos frequentemente punidos aprendem o que não podem ou não devem fazer, mas não aprendem comportamentos alternativos

para a produção de reforçadores. Além disso, pessoas amplamente controladas por meio de coerção e punição desenvolvem repertórios de fuga, esquiva e contracontrole (Sidman, 1989/1995). Todas essas consequências do controle aversivo produzem, por sua vez, altos índices de ansiedade e desamparo aprendido, ambos associados à aprendizagem de incontrolabilidade/imprevisibilidade da apresentação de estimulação aversiva (Sidman, 1989/1995).

Pesquisadores apontam que adolescentes criados sob o estilo parental autoritário podem se tornar hostis ou submissos, além de apresentarem déficit de habilidades socioemocionais, como resiliência, empatia, habilidade de comunicação e de resolução de conflitos (Bolsoni-Silva, Loureiro, & Marturano, 2016). Esses adolescentes têm uma chance aumentada de apresentar problemas de comportamentos internalizantes, como isolamento social, depressão e ansiedade (Braza et al., 2015; Sabbag & Bolsoni-Silva, 2015).

b) Indulgente: caracterizado pelo baixo nível de exigência, por alta responsividade e por comportamentos afetuosos. Pais com estilo indulgente tendem a ser vistos como compreensivos e afetuosos, mas se comportam de modo não contingente ao comportamento de seus filhos, manejo que acaba reforçando, inadvertidamente, comportamentos inadequados. Têm dificuldades em desapontar seus filhos, exercem pouca autoridade, fazem poucas exigências por comportamento maduro e não estabelecem ou mantêm regras e limites de modo consistente (Maccoby & Martin, 1983).

Na perspectiva analítico-comportamental, compreende-se que pais indulgentes reforçam os comportamentos de seus filhos, com atenção e afeto, em esquema de reforçamento contínuo, independentemente do modo como o adolescente se comporta (Alvarenga et al., 2016). Como consequência, selecionam e mantêm comportamentos considerados problemáticos, como desistir de atividades importantes em momentos de dificuldade. Como resultado de um esquema de reforçamento contínuo em casa, esses adolescentes não adquirem repertório para o enfrentamento de adversidades e apresentam baixo nível de tolerância às frustrações advindas da quebra da contingência de reforçamento no processo de extinção (Skinner, 1989).

Adolescentes socializados por pais indulgentes têm seus comportamentos mais controlados por reforçadores imediatos e apresentam dificuldades para se organizar de modo a produzir reforçadores de longo prazo e de maior magnitude (Alvarenga et al., 2016). Esse déficit implica problemas econômicos, na carreira e em todas as outras

situações que demandam planejamento, nas quais a consequência reforçadora é apresentada em um esquema de reforçamento intermitente de razão variável (Hanna & Todorov, 2002).

Adolescentes criados sob o estilo parental indulgente apresentam maior chance de abusar de substâncias psicoativas e de desenvolver obesidade e outros problemas caracterizados por dificuldade de autocontrole e mantidos por reforçamento negativo no nível de pensamento (esquiva experiencial) (Alvarenga et al., 2016). Esses adolescentes têm uma probabilidade aumentada de apresentar problemas de comportamentos externalizantes, como quebrar regras e emitir comportamentos agressivos, além de baixos níveis de habilidades socioemocionais, como empatia, resiliência e autocontrole (Pacheco, Teixeira, & Gomes, 2012).

c) Negligente: caracterizado por baixos níveis de responsividade e de exigência. Pais com esse estilo parental são pouco afetuosos. As regras, monitoria e supervisão são escassas. Quando os filhos emitem comportamentos considerados muito inadequados, sobretudo na presença de outras pessoas, usam coerção e punição de modo inconsistente. São descritos como frios e incapazes de identificar e satisfazer as necessidades emocionais de seus filhos. Apresentam baixo nível de envolvimento e responsabilidade na educação e socialização dos filhos e adotam posturas menos custosas no cuidado com eles, de modo a evitar aborrecimentos (Maccoby & Martin, 1983).

A compreensão analítico-comportamental é de que a educação que pais com perfil negligente fornecem a seus filhos tende a ficar sob controle de reforçamento negativo (Alvarenga et al., 2016). Por exemplo, atendem aos seus pedidos (mesmo os considerados inadequados) para evitar emissão de uma resposta mais custosa, que poderia trazer aborrecimentos. Acabam, assim, reforçando comportamentos que prejudicam o desenvolvimento de seus filhos e punindo comportamentos adequados. Como não estão atentos aos comportamentos dos filhos, acabam punindo tentativas de aproximação adequadas (por exemplo, pedidos de atenção e conversa) e reforçando comportamentos inadequados (por exemplo, comportamentos agressivos) com atenção, mesmo associada a outros tipos de estimulação aversiva.

Filhos de pais negligentes podem aprender que não têm importância para os pais porque não têm valor como ser humano, o que implica diversas dificuldades na adolescência e na idade adulta (Alvarenga & Piccinini, 2001). Têm maior chance de apresentar problemas de comportamentos internalizantes e externalizantes, além de

baixos níveis de habilidades socioemocionais e baixa autoestima (DeHart, Pelham, & Tennen, 2006).

d) Autoritativo: caracterizado por altos níveis de responsividade, de afeto e de exigência. Pais com esse estilo têm êxito em estabelecer limites e regras de forma clara e consistente. Explicam a função das regras e a importância dos limites e estão atentos às necessidades dos filhos e aos seus interesses. Criam um clima amistoso, que favorece a expressão de desejos e opiniões, bem como a comunicação entre os membros da família, de modo geral. O clima favorável e as práticas educativas consistentes produzem sensação de segurança e um senso de pertencimento nos filhos, assim como bem-estar na presença dos pais (Maccoby & Martin, 1983).

Em termos analítico-comportamentais, considera-se que a consistência dos comportamentos dos pais com estilo autoritativo está associada à sua sensibilidade às contingências vigentes na interação com os filhos, e produz, como consequência, autocontrole e autorregulação emocional nos adolescentes (Alvarenga et al., 2016). A consistência do comportamento parental facilita o treino discriminativo dos filhos, que aprendem as consequências que seus comportamentos podem produzir em diversos contextos (Hirsh, Stockwell, & Walker, 2014).

Pais com estilo autoritativo são bem-sucedidos em consequenciar diferencialmente os comportamentos dos filhos, ampliando comportamentos adequados via extinção de inadequados e reforço de comportamentos alternativos, incompatíveis os anteriores. Esse tipo de manejo amplia a variabilidade comportamental e favorece o desenvolvimento de autoestima positiva, de comportamentos prossociais e de habilidades sociais (Alvarenga et al., 2016). Dentre todos os estilos parentais, é o que está menos associado à presença de problemas de comportamentos internalizantes ou externalizantes (Nogueira & Rodrigues, 2016).

Por meio de indicadores de desempenho escolar e de habilidades sociais, entre outros, diversos estudos nacionais e internacionais têm evidenciado uma importante influência dos estilos parentais empregados pelos pais no desenvolvimento infantil (e.g., Berkien, Louwerse, Verhulst, & Van der Ende, 2012; Pacheco et al., 2012). Têm evidenciado também a correlação entre estilos parentais específicos e o surgimento de problemas de comportamento e transtornos psiquiátricos nos filhos (e.g. Nogueira & Rodrigues, 2016).

De modo geral, as conclusões dos estudos nessa área convergem na seguinte direção: o estilo autoritativo dos pais está associado a menores indicadores de problemas de comportamentos e maiores indicadores de habilidades socioemocionais de seus filhos. Estilos parentais autoritários, negligentes ou indulgentes, por sua vez, estariam ligados a problemas de comportamento e transtornos psiquiátricos (Alvarenga & Piccinini, 2001; Braza et al., 2015; Bolsoni-Silva, Loureiro, & Marturano, 2016; DeHart, Pelham, & Tennen, 2006; Hirsh, Stockwell, & Walker, 2014; Nogueira & Rodrigues, 2016; Pacheco, Teixeira, & Gomes, 2012; Rinhel-Silva, Constantino, & Rondini, 2012; Sabbag & Bolsoni-Silva, 2015).

3.1 Estilos parentais e anorexia nervosa

As relações familiares e as características dos pais parecem desempenhar papel fundamental no aparecimento de comportamentos alimentares alterados e em sua manutenção (Horeish, et al., 2015; Jauregui-Lobera, Bolanos-Rios, & Garrido-Casals, 2011; Tetley, Moghaddam, Dawson, & Rennoldson, 2014; Robinson, Strahan, Girz, Wilson, & Boachie, 2013). Por exemplo, um estudo com o objetivo de avaliar se a psicopatologia parental está associada a distúrbios alimentares nos filhos avaliou 156.679 adolescentes com idades entre 12 e 24 anos (Bould et al., 2015). Os autores encontraram que transtornos mentais nos pais são fator de risco para distúrbios alimentares em meninas (*Adjusted Hazard Ratio* (AHR)=1,57 (IC 95%: 1,42-1,92), $p<0,00001$). O risco de transtornos alimentares é aumentado se algum dos pais tem diagnóstico de Transtorno Afetivo Bipolar (AHR=2,28 (IC 95%: 1,39-3,72, $p=0,004$), Transtornos de Personalidade (AHR=2,28 (IC 95%: 1,01-2,44, $p=0,04$) ou Depressão e Ansiedade (AHR=1,57 (IC 95%: 1,32-2,86, $p<0,0001$).

Além de psicopatologias dos pais, os estilos parentais empregados na socialização com seus filhos também têm sido apontados como fator de risco ou de proteção para o surgimento de AN (Canetti, Kanyas, Lerer, Latzer, & Bachar, 2008; Cella, Iannaccone & Cotrufo, 2013; Enten & Golan, 2009; Horeish, et al., 2015; Jauregui-Lobera, Bolanos-Rios, & Garrido-Casals, 2011; Tetley, Moghaddam, Dawson, & Rennoldson, 2014; Robinson, Strahan, Girz, Wilson, & Boachie, 2013). A seguir serão descritos diversos estudos empíricos que demonstram essa associação.

Jauregui-Lobera, Bolanos-Rios, Garrido-Casals (2011) avaliaram, em um estudo transversal, uma amostra de 37 pessoas com AN ($M=21,3$; $DP=6,6$), tratadas

ambulatoriamente em uma clínica-escola vinculada a uma universidade espanhola. O estilo parental foi avaliado por meio do *Parental Bonding Instrument* (PBI). Os autores encontraram que a maioria dos pacientes com AN relataram baixos níveis de suporte emocional e de cuidado e altos níveis de controle, empregado tanto pelos pais quanto pelas mães, na infância e na adolescência. Esse perfil comportamental dos pais se manteve em idade adulta. Essa descrição é compatível com o estilo parental autoritário, descrito por Maccoby e Martin (1983).

Na mesma direção, em um estudo israelense com delineamento caso-controle, os autores avaliaram os estilos parentais (PBI) sob os quais 43 pacientes com AN ($M=21,3$; $DP=3,7$) foram socializados (Canetti, Kanyas, Lerer, Latzer, & Bachar, 2008). Os resultados foram comparados a 33 controles não clínicos ($M=22,3$; $DP=4,5$), pareados por idade e sexo. Encontrou-se que o grupo de pacientes com AN percebiam suas mães como menos afetuosas do que o reportado pelo grupo controle ($t=-1,45$; $p<0,01$) e seus pais como mais controladores ($t=-2,02$; $p<0,05$) e menos afetuosos ($t=3,15$; $p<0,05$) do que o reportado pelos participantes do grupo controle. Novamente, esse perfil comportamental é compatível com o estilo autoritário (Maccoby & Martin, 1983). No grupo de participantes com AN, os altos níveis de controle materno e baixo suporte emocional tiveram correlação positiva e estatisticamente significativa com a severidade dos sintomas alimentares, avaliados pelo Questionário sobre Alimentação (EDE-q).

Outro estudo transversal, romeno, investigou as associações entre estilos parentais (*Parental Authority Questionnaire*) e sintomas de transtornos alimentares (*Eating Disorders Inventory II* (EDI-II) e EAT-26) em uma amostra de 32 pacientes com NA ($M=18,8$; $DP=4,7$) (Enten & Golan, 2009). Os autores encontraram correlação negativa e estatisticamente significativa entre, de um lado, o estilo parental autoritativo e, de outro, a busca por magreza ($r=-0,322$; $p=0,04$) e a insatisfação corporal ($r=-0,321$; $p=0,04$). Esses achados indicam que o estilo autoritativo poderia funcionar como fator de proteção para o aparecimento de sintomas de transtornos alimentares, como insatisfação corporal e engajamento em comportamentos que tenham como função perder peso. Além disso, foi encontrada correlação positiva e estatisticamente significativa entre escores totais do EDI e o estilo autoritário do pai ($0,308$; $p=0,04$). Por fim, verificou-se correlação negativa e estatisticamente significativa entre os escores do EDI e o estilo autoritativo do pai ($r=-0,329$; $p=0,03$). Com relação às mães, contrariando as hipóteses iniciais do estudo, não

houve correlações estatisticamente significativas entre os estilos parentais e as variáveis alimentares analisadas (Enten & Golan, 2009).

Um estudo italiano investigou, em uma amostra de 3.158 adolescentes com idades entre 14 e 18 anos, a percepção de estilo parental e sua relação com autoconceito, e buscou estabelecer se essas variáveis afetam a vulnerabilidade para o surgimento de sintomas de patologia alimentar, avaliados pelo EDI (Cella, Iannaccone & Cotrufo, 2013). A percepção de estilo parental foi avaliada pelo Perceived Parental Bonding (PBI), preenchida pelos adolescentes, com avaliação de duas áreas: **cuidado/afeto parentais**, expressos por comportamentos que indicam afeição e acolhimento ou frieza e rejeição e **superproteção parental**, compreendido por intrusividade e dificuldade de encorajar autonomia e independência. Os autores encontraram que superproteção materna ($b=0,04$, $p=0,03$) e paterna ($b=0,132$, $p=0,0001$) e baixo nível de cuidado/afeto paterno ($b=-0,40$, $p=0,04$) foram preditores da busca por magreza, que por sua vez é fator de risco isolado para o surgimento de TA. Os autores encontraram ainda que todas as associações entre estilos parentais e psicopatologia alimentar foram mediadas pelo autoconceito dos adolescentes ($F(1,3120)=167.135$, $p=0,0001$, $b=-0,226$).

Um estudo israelense, com o objetivo de avaliar a relação entre pai e filha e a severidade do transtorno alimentar, comparou mulheres com TA ($n=53$) a um grupo controle sem transtornos mentais ($n=60$), sobre a percepção de seus pais e de sua relação com eles, tendo variáveis sociodemográficas balanceadas (Horesh, et al., 2015). A relação com o pai foi avaliada em termos de cuidado/afeto e superproteção, pelo PBI, e os sintomas de transtornos alimentares foram avaliados pelo EDI, BDQ e EAT. Os autores encontraram que os pacientes com TA descreveram seus pais como menos afetuosos/cuidadosos ($2,79$ -DP= $0,73$ vs $3,30$ -DP= $0,60$, $n^2=0,13$, $p<0,0001$) e mais superprotetores do que o reportado pelos controles saudáveis ($2,01$; DP= $0,60$ vs $1,74$; DP= $0,41$, $n^2=0,05$, $p<0,05$).

Ao encontro dos resultados descritos, uma revisão sistemática recente sobre estilos parentais reportados por pacientes com transtornos alimentares avaliou os resultados de 24 estudos indexados na MEDLINE, PsycINFO, EMBASE e CINAHL (Tetley, Moghaddam, Dawson, & Rennoldson, 2014). Os autores encontraram que mulheres com transtornos alimentares avaliam mais frequentemente seus cuidadores como menos afetuosos, mais superprotetores e com maiores expectativas quanto ao desempenho do que o reportado por pacientes do grupo controle, sem transtornos alimentares.

Somados aos achados provenientes de pesquisas empíricas, psicólogos clínicos que trabalham no tratamento de pacientes com transtornos alimentares observam particularidades no funcionamento de famílias em que um dos membros desenvolveu AN. Cobelo, Saikali e Schomer (2004) reportam que, frequentemente, em famílias de pacientes com AN, há intolerância frente às diferenças individuais entre os membros da família nuclear, sendo que essas diferenças são entendidas como ameaça à constituição familiar. Clínicos relatam também que os altos níveis de exigência dos cuidadores quanto ao desempenho de seus filhos estariam pautados em uma noção idealizada da família. Por fim, chamam a atenção para padrões comportamentais de evitação/prevenção de conflitos, o que indicaria pouco repertório para a resolução de problemas (Cobelo et al., 2004; Nicoletti, Gonzaga, Modesto, & Cobelo, 2010).

Em resumo, achados provenientes de pesquisas empíricas realizadas em diversos países e com diferentes metodologias apontam que estilos parentais marcados por pouco cuidado/afeto, superproteção, relações instáveis e aversivas, altos níveis de exigência, dificuldades de comunicação e de resolução de conflitos são fatores de risco, que aumentam a vulnerabilidade do indivíduo para AN. Infelizmente, essas variáveis têm sido pouco exploradas no tratamento de AN na infância e adolescência. Esse foi um dos resultados encontrados numa revisão sistemática da literatura (Alckmin-Carvalho et., 2018) sobre as modalidades de psicoterapia que têm sido utilizadas para o tratamento de adolescentes com AN, tema do próximo capítulo.

CAPÍTULO 4. TRATAMENTO DA ANOREXIA NERVOSA

O tratamento de AN se configura como uma tarefa bastante complexa e onerosa (Paxton et al., 2012; Whiteford et al., 2013), exigindo equipe multidisciplinar mínima composta de médico psiquiatra, psicólogo e nutricionista (American Academy of Pediatrics, 2003). O primeiro objetivo do tratamento é a recuperação nutricional, e, em casos de pacientes com AN subtipo purgativo, é importante interromper o ciclo de restrição-compulsão-purgação.

É frequente que pacientes menores de 18 anos com AN sejam internados compulsoriamente, por estarem em condições clínicas que oferecem risco à vida, como inanição grave, comportamentos de purgação que não cessam em tratamento ambulatorial, complicações clínicas decorrentes de restrição/purgação e risco de suicídio (Watson, Bowers, & Andersen, 2014). Uma vez que esses pacientes costumam negar a doença e frequentemente se recusam a seguir as regras do tratamento medicamentoso e nutricional, evitando o ganho de peso, as indicações de internação podem gerar estresse ao próprio indivíduo, à família e à equipe multiprofissional, além de altos custos à família ou ao sistema público de saúde (Paxton et al., 2012; Simon, Schmidt, & Pilling, 2005, Whiteford et al., 2013).

Após a reestruturação do estado nutricional, faz-se necessário explorar as variáveis determinantes do comportamento alimentar alterado, como o funcionamento familiar, as características individuais e as variáveis culturais envolvidas na manutenção de comportamentos alimentares problemáticos. Essa é a etapa mais difícil e mais longa do tratamento de pacientes com AN. É nessa fase que o Psicólogo Clínico se insere mais fortemente. Existem variadas modalidades de tratamento psicológico para AN e, embora haja diversas propostas de tratamento de abordagens psicodinâmicas e sistêmicas, estas são pouco manualizadas e testadas empiricamente. A seguir, serão apresentados os resultados de uma revisão sistemática, conduzida para este estudo, sobre as características de tratamentos baseados em evidências disponíveis para o tratamento de AN na adolescência.

4.1 Revisão Sistemática

Uma das frentes deste estudo é uma revisão sistemática, realizada em parceria com pesquisadores do PROTAD, com o objetivo de avaliar as características das modalidades de intervenção psicológica baseadas em evidências utilizadas no tratamento da AN na adolescência. A revisão foi realizada com base nas recomendações descritas pelo PRISMA (Principais Itens para Relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises) (Liberati et al., 2009)⁴.

Embora seja consenso que a AN está associada a elevadas taxas de morbimortalidade (Arcelus et al., 2011; Button, Chadalavada, & Palmer, 2010; Franko et al., 2013), sobretudo quando apresentada na infância e adolescência, ensaios clínicos sobre o tema entre jovens são escassos, e revisões sistemáticas são quase inexistentes. O objetivo desta revisão é descrever as intervenções psicológicas baseadas em evidências existentes na literatura para o tratamento de AN na infância e adolescência. Os achados deste estudo podem auxiliar especialistas a utilizarem terapêuticas eficazes no tratamento de seus jovens pacientes com AN.

A pesquisa bibliográfica foi realizada em julho de 2016, nas bases de dados PubMed, PsycINFO e Cochrane. Os seguintes descritores em combinação foram utilizados: *Anorexia Nervosa* e *Evidence-based therapy*. No PubMed, os descritores foram colocados, cada um, em uma linha na aba *Advanced Research*, com a opção *Any Field* selecionada e AND entre os termos. No filtro de artigos, na opção *Article Types*, foi selecionada a opção *Randomized Controlled Trial*. Na aba *publication date*, foi selecionado o período de 1990 a 2015. Na aba *ages*, foram selecionadas as seguintes idades: *Child: 6-12 years* e *Adolescent: 13-18 years*.

Na PsycINFO, os descritores foram colocados, cada um, em uma linha na aba *Advanced Research*, com a opção *Any Field* selecionada e AND entre os termos. No filtro de artigos, na aba *Methodology*, foram selecionados os seguintes delineamentos de estudo: *Treatment Outcome/Clinical Trial*. Na aba *age*, foram selecionados *Adolescence (13-17 yrs)* e *School Age (6-12 yrs)*. Na Cochrane, os mesmos critérios foram utilizados.

Estabeleceram-se os seguintes critérios de inclusão: artigos publicados entre 1990 e 2015; tratamento psicológico baseado em evidências destinado a crianças e adolescentes com média de idade inferior a 18 anos, tratamento psicológico exclusivo de

⁴ Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/ress/v24n2/2237-9622-ress-24-02-00335.pdf>

Anorexia Nervosa (DSM-III, IV ou IV, a depender da época de publicação), atendidos em unidades ambulatoriais ou de internação. Os seguintes critérios de exclusão foram adotados: estudos de revisão sistemática com ou sem metanálise; estudos cujo objetivo era o desenvolvimento de instrumentos de avaliação de sinais e sintomas de transtornos alimentares; estudos que envolvessem tratamento farmacológico ou tratamento psicológico de outros transtornos alimentares.

A pesquisa bibliográfica foi efetuada por dois pesquisadores especialistas em TA, ambos em nível de mestrado, de modo independente, a partir do mesmo procedimento, a fim de comparar os resultados obtidos por cada um. Em caso de discordância, um terceiro pesquisador em nível de mestrado arbitrou sobre a pertinência da inclusão do estudo. As categorias adotadas para analisar os artigos foram: nacionalidade do estudo, ano de publicação, objetivos, número de participantes, idade média, perspectiva teórica e número de sessões da intervenção, delineamento do estudo, instrumentos utilizados para avaliar os sintomas alimentares e as variáveis familiares e resultados ao final do tratamento/*follow-up* e fragilidades metodológicas.

Dos 139 artigos identificados, 14 (10%) satisfizeram os critérios de inclusão e exclusão. Na Figura 3 consta o número de artigos identificados, selecionados e analisados em cada uma das bases de dados consultadas. No Quadro 6 estão descritos os estudos que testaram as intervenções psicoterapêuticas para AN na infância e adolescência.

Figura 3. Fluxograma da pesquisa bibliográfica

Fonte: elaboração do autor.

Quadro 6. Descrição das características dos estudos (n=14)

Autores/ País	Objetivo	N	Idade	Perspectiva teórica	Desenho	Sessões	Instrumentos	Resultados
Le Grange et al. (1992) (Inglaterra)	Avaliar os efeitos de duas modalidades de terapia familiar: CFT e SFT para adolescentes com AN em tratamento ambulatorial.	18	15,33 (SD=1,81)	CFT Vs SFT	Ensaio Clínico Randomizado	9	MRAOS, EAT, RSE, SCFI, FACES-III	No fim da intervenção: Dos 18 participantes, 12 (67%) apresentaram desfecho bom/intermediário, considerando ambos os tratamentos juntos, e 6 (33%), desfecho ruim. Ambos os tratamentos demonstraram melhora em termos de ganho de peso e alívio dos sintomas psicológicos, sem diferenças entre os grupos ($P>0,05$). Seguimento (dois anos após linha de base): mesmos resultados encontrados ($P>0,05$).
Robin et al. (1994) (Estados Unidos)	Avaliar o impacto nas relações familiares do BFST vs EOIT	22	BFST: 14,7, (DP=2,7) EOIT: (13.9) DP=2,1)	BFST Vs EOIT	Ensaio Clínico Randomizado	48	PARQ OFC	No fim da intervenção: 55% dos participantes do BFST e 46% dos participantes do EOIT se recuperaram em termos de peso e de menstruação ($p>0,05$). Análise descritiva aponta melhores resultados da BFST. Seguimento (12 meses): 82% dos participantes do BFST e 50% dos participantes do EOIT se recuperaram em termos de peso e de menstruação ($p>0,05$).
Robin et al. (1999) (Estados Unidos)	Comparar a efetividade do BFST vs EOIT no tratamento de adolescentes com AN	37	11-20 anos (média de idade inferior a 18 anos)	BFST vs EOIT	Ensaio Clínico Randomizado	40	EAT, EDI, MFPS, BDI YSR, CBCL, PARQ	No fim da intervenção: 52,6% dos pacientes BFST e 41,2% dos pacientes do grupo EOIT atingiram percentil 50 de peso ($p>0,05$). 94% do grupo BFST e 64% do grupo EOIT estavam menstruando regularmente ($p<0,05$). Seguimento (12 meses): 66,7% do grupo BFST e 68,8% do grupo EOIT atingiram percentil 50 de peso ($p>0,05$). 92,9% das meninas do BFST e 80% do

Autores/ País	Objetivo	N	Idade	Perspectiva teórica	Desenho	Sessões	Instrumentos	Resultados
								grupo EOIT estavam menstruando regularmente ($p>0,05$)
Eisler et al. (2000) (Inglaterra)	Avaliar e comparar a eficácia de duas intervenções psicológicas para AN: CFT vs SFT	40	15,5 DP=1,6	CFT Vs SFT	Ensaio Clínico Randomizado	15-16	SMFQ, RSE, EAT, EDI, MOCI, FACES III, SCFI	No fim da intervenção: CFT: 5 (26,3%) pacientes com desfecho bom, 4 (21%) intermediário e 10 (52,7%) ruim. SFT: 10 (47,6%) pacientes com desfecho bom, 6 (28,5%) intermediário e 5 (23,8%) ruim. Não houve diferenças entre grupos ($p>0,05$). Seguimento: não houve.
Ball & Mitchell (2004) (Austrália)	Comparar a CBT com a BFT no tratamento de adolescentes com AN	25	CBT: 18,45 (DP=2,57) BFT: 17,58 (DP=3,37)	CBT vs BFT	Ensaio Clínico Randomizado	21-25	MRS, EDE, ABOS, EDI, BDI, STAI-YI	No fim da intervenção: 69,2% dos participantes do CBT finalizaram tratamento vs 75% no BFT. 77,8% dos que finalizaram o tratamento em CBT e BFT com desfecho “bom” ou “intermediário” ($p<0,05$). Seguimento (6 meses): Não houve mudanças.
Lock et al. (2005) (Estados Unidos)	Avaliar os efeitos da FBT de curta duração (CD) e longa duração (LD)	86	15,2 (DP=1,7)	FBT	Ensaio Clínico Randomizado	CD: 10 LD: 20	YSR, CBCL, EDE, K-SADS, YBC-ED, FES	No fim da intervenção: Não houve diferenças nos desfechos primários (IMC e EDE) nas intervenções de CD e LD ($p>0,05$). Os indicadores de problemas de comportamento internalizantes (CBCL) e a subescala de comportamento alimentar (EDE) foram menores nos participantes da intervenção LD. Seguimento: não houve.
Gowers et al. (2007) (Inglaterra)	Avaliar a efetividade de três modalidades de tratamento para AN disponíveis no sistema de saúde britânico: CAMHS	167	12-18 anos	CBT e FBT	Ensaio Clínico Randomizado	20-24	EDI, MRAOS, HoNOSCA, FAD, MFQ	No fim da intervenção: (1 ano após o início): CAMHS: 10 (18,2%) com resultado bom, 31 (56%) intermediário e 13 (24%) ruim. Ambulatório especializado: 8 (15%) com desfecho bom, 22 (40%) intermediário e 24 (44%) ruim. Unidade de internação: 12

Autores/ País	Objetivo	N	Idade	Perspectiva teórica	Desenho	Sessões	Instrumentos	Resultados
	vs Internação em unidade psiquiátrica vs tratamento ambulatorial especializado							(21%) com resultado bom, 18 (32%) intermediário e 26 (46%) ruim. Seguimento (2 anos após o início da intervenção): CAMHS 20 (36%) com desfecho bom, 20 (36%) intermediário e 14 (26%) ruim. Ambulatório especializado: 13 (24%) com desfecho bom, 28 (51%) intermediário e 12 (22%) ruim. Unidade de internação: 19 (33%) bom, 17 (30%) intermediário e 17 (30%) ruim.
Paulson-Karlsson et al. (2008) (Suécia)	Avaliar os efeitos do SFT + CFT para adolescentes com AN em tratamento ambulatorial	32	15,4 (DP=1,4)	SFT + CFT	Ensaio Clínico Aberto	20-25	RAB, EDI, YSR, FSC	Não foram descritos os resultados ao final do tratamento. Seguimento : De acordo com os autores, aos 36 meses de seguimento, 25 (78%) dos participantes atingiram remissão completa, com redução dos sintomas alimentares, dos problemas internalizantes e melhora do clima familiar. Não foram descritos resultados em termos de desfecho bom, intermediário e ruim, nem dos resultados no fim do tratamento.
Lock et al. (2010) (Estados Unidos)	Comparar o impacto da FBT vs AFT (antigo EOIT) na remissão completa no tratamento de adolescentes com AN	121	14,4 (DP=1,6)	FBT vs AFT	Ensaio Clínico Randomizado	24	EDE, K-SADS	No fim da intervenção : remissão completa em 22,6% usando AFT e 41,8% utilizando FBT, ($p>0,05$). Seguimento (12 meses): remissão completa em 23,2% em AFT e 49,3% usando FBT ($p<0,05$).
Turkiewicz et al. (2010) (Brasil)	Avaliar a viabilidade, a aceitação e a eficácia do FBT	9	14,64 (DP=1,63)	FBT	Ensaio Clínico Aberto	10-12	EDE-Q CGAS	No fim da intervenção : 7 (78%) completaram o tratamento. Seis (86%) reestabeleceram o peso alvo, 4 (44%) voltaram a menstruar regularmente.

Autores/ País	Objetivo	N	Idade	Perspectiva teórica	Desenho	Sessões	Instrumentos	Resultados
	para AN em adolescentes no Brasil							Não houve redução estatisticamente significativa dos escores do EDE-Q ou CGAS. Seguimento (6 meses): 7 (100%) foram avaliados. Todos recuperaram o peso e voltaram a menstruar. Houve melhora no CGAS ($p<0,05$), mas não no EDE-Q.
Dalle-Grave et al. (2013) (Itália)	Avaliar os efeitos da intervenção CBT-e em adolescentes com AN e determinar se esse tipo de intervenção pode ser uma alternativa à FBT	46	15,5 (DP=1,3)	CBT-e	Ensaio Clínico Aberto	44	EDE-q GSI	No fim da intervenção: 29 (63%) completaram o tratamento, 9 (32%) reestabeleceram 95% do peso ideal e 28 <u>dos que completaram o tratamento</u> (96,6%) reduziram sintomas de transtornos alimentares e de outros transtornos psiquiátricos em comparação ao início do tratamento. Seguimento (12 meses): 29 (63%) foram avaliados no seguimento. Destes, 13 (44,8%) restabeleceram 95% do peso ideal. Sintomas psiquiátricos permaneceram estáveis.
Agras et al. (2014) (Estados Unidos)	Comparar a eficácia do FBT vs SyFT no tratamento de adolescentes com AN	158	15,3 (DP=1,8)	FBT vs SyFT	Ensaio Clínico Randomizado	16	EDE, BDI, RSES, QLES (short form), SAI, CYBOCS YBCEDS	No fim da intervenção: Todos os participantes completaram as duas modalidades de tratamento. Taxa de remissão de 33,1% para FBT e 25% para SyFT ($p>0,05$) em todas as variáveis, com exceção de escala de autoestima, a favor da SyFT. Seguimento (12 meses): 114 (72%) foram avaliados. Remissão de 40,7% para FBT e de 39,0% para SyFT ($p>0,05$). Ganho de peso mais rápido no grupo FBT, e menos dias de hospitalização, o que torna a intervenção menos custosa.

Autores/ País	Objetivo	N	Idade	Perspectiva teórica	Desenho	Sessões	Instrumentos	Resultados
Timko et al. (2015) (Estados Unidos)	Avaliar a viabilidade, aceitação e eficácia da ASFT	47	14,02 (DP=1,58)	ASFT	Ensaio Clínico Aberto	20	CEQ, EDE, EDEq, ABOS, famQ, DERS, AFQ-Y e AAQ-2	No fim da intervenção: dos participantes que <u>iniciaram</u> o tratamento, 49% com remissão total, 29,8% com remissão parcial. A proporção de pacientes que <u>finalizaram</u> o tratamento com remissão total foi de 67,7% e, com remissão parcial, 32,3%. Seguimento: não houve avaliação em seguimento.
Accurso et al. (2015) (Estados Unidos)	Comparar resultados de intervenção baseada em FBT alcançados em uma pesquisa com delineamento de ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO aos obtidos em <i>setting</i> clínico tradicional (SCC)	84	14,5 (DP=2,2)	FBT	Misto (Ensaio Clínico Aberto+Ensaio Clínico Randomizado)	18	EDE-12.0, KSADS, BDI	No fim da intervenção: 57% do total de participantes tiveram o peso reestabelecido: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO (62,5%) e SCC (53,8%). Não houve diferenças entre grupos ($p>0,05$). Pacientes com IMC < 81% do esperado obtiveram melhores resultados no estudo ($p<0,05$). Seguimento: não houve.

Nota. ASFT=Acceptance-based Separated Family Treatment; ACT= Acceptance and Commitment Therapy; FBT= Family-Based Treatment; EDE= Eating Disorder Examination, EDE-q= Eating Disorder Examination questionnaire; ABOS= Anorectic Behavior Observation Scale; famQ= Family Questionnaire; DERS= Difficulties in Emotional Regulation Scale, AFQ-Y=Action and Fusion Questionnaire-Youth; AAQ-2= Acceptance and Action Questionnaire; BDI=Beck Depression Inventory; BFST= Behavioral Family Systems Therapy; EOIT= Ego Oriented Individual Therapy; PARq= Parent Adolescent relationship questionnaire; OFC=Observed Family Conflicts; CBT-E=Cognitive Behaviour Therapy Enhanced; GSI=Global Severity Index; CGAS= children's Global Assessment Scale; SyFT= Systemic Family Therapy; RSES=Rosenberg Self-Esteem Scale; QLES= Quality of life and enjoyment scale (short form); SAI= State-trait Anxiety Inventory; CYBOCS= Child Yale Brown obsessive Compulsive Scale; YBCEDS= Yale Brown Cornell Eating Disorder Scale; EAT= Eating Attitudes Test; EDI= Eating Disorder Inventory; MFPS= Maturity Fears and Perfectionism Scale, YSR= Youth Self Report; CBCL= Child Behavior Checklist; CAMHS= Treatment as usual; KSADS=Kiddie Schedule for affective disorders and schizophrenia; CFT= Cojoint Family Therapy; RAB= Rating of anorexia and bulimia nervosa; FSC=The Family Climate self-rating scale; SMFQ= Short Mood and Feeling questionnaire; MOCI=Maudsley Obsessional Compulsive Index; FACES III=Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale; SCFI=Standardized Clinical Family Intervention; HoNOSCA=Health of the nation Outcome Scale for Children and Adolescents; FAD=Family Assessment Device; MFQ=Mood and Feeling Questionnaire; FES=Family Environment Scale; MRAOS= Morgan-Russell Average Outcome Scale

Fonte: elaboração do autor.

Constatou-se maior predominância de estudos nos Estados Unidos ($n=7$; 50%) e na Inglaterra ($n=3$; 21,4%). Apenas um artigo (7,1%) foi publicado no Brasil (Turkiewicz, Pinzon, Lock, & Fleitlich-Bilyk, 2010). Esse estudo foi realizado por um grupo de pesquisadores vinculados ao Programa de Atendimento, Ensino e Pesquisa em Transtornos Alimentares na Infância e Adolescência (PROTAD), do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq-HC-FMUSP), único serviço da rede pública brasileira especializado no tratamento de transtornos alimentares na infância e adolescência. Não foi encontrado nenhum estudo em outros países da América Latina. Tampouco foram localizados estudos realizados na Ásia e na África. Foram selecionados artigos publicados desde 1990 a 2015. Dividindo esse período em dois (1990-2002 vs 2003-2015), verifica-se concentração de publicações entre 2003 e 2015 ($n=10$; 71,4%).

Com relação ao desenho do estudo, quatro (28,5%) foram do tipo Ensaio Clínico Aberto (Dalle-Grave et al., 2013; Paulson-Karlsson et al., 2008; Timko et al., 2015; Turkiewicz et al., 2010) e os outros nove estudos (64,3%) tiveram como delineamento Ensaio Clínico Randomizado (Agras et al., 2014; Ball & Mitchell, 2004; Eisler et al., 2000; Lock et al., 2010; Le Grange et al., 1992; Lock et al., 2005; Gowers et al., 2007; Robin et al., 1994; Robin et al., 1999) e um (7,1%) teve delineamento misto (Ensaio Clínico Aberto + Ensaio Clínico Randomizado) (Accurso et al., 2015).

O número de participantes em cada intervenção variou de nove (Turkiewicz et al., 2010) a 167 (Gowers et al., 2007), com mediana de 43 e média de 63,7 ($DP=51,8$). Em todos os estudos, o critério para o diagnóstico de AN foi o DSM-III, IV ou V, a depender da época em que foi realizada a pesquisa. A faixa etária selecionada nos estudos variou de 11 a 20 anos, sendo que a média de idade variou de 13,9 anos ($DP=2,1$) (Robin et al., 1994) a 18,45 ($DP=2,57$) (Ball & Mitchell, 2004). Adolescentes do sexo feminino foram maioria em todos os estudos.

De modo geral, foram verificadas três tendências com relação aos objetivos dos estudos analisados: (1) avaliar a eficácia de intervenções recentes, em ensaios clínicos abertos ou randomizados (Dalle-Grave, Calugi, Doll, & Fairburn, 2013; Paulson-Karlsson, Engstrom, & Nevenon, 2008; Timko, Zucker, Herbert, Rodriguez, & Merwin, 2015; Turkiewicz et al., 2010); (2) comparar a eficácia de duas intervenções diferentes previamente testadas (Agras et al., 2014; Ball & Mitchell, 2004; Lock et al., 2010; Robin, Siegel, Koepke, Moye, & Tice, 1994; Robin et al., 1999); e (3) avaliar o efeito de uma

intervenção previamente testada, em doses ou contextos diferentes como a comparação da eficácia do tratamento em curto vs longo prazo ou intervenções em clínicas privadas vs em contexto de pesquisa (Ciao, Accurso, Fitzsimmons-Craft, Lock, & Le Grange, 2015; Gowers et al., 2007; Lock, Agras, Bryson, & Kraemer, 2005).

Para avaliar os sintomas de AN o EDE, na forma de questionário ou de entrevista estruturada, foi o instrumento mais empregado (n=8; 57,1%), seguido pelo EDI, utilizado em cinco estudos (35,7%). Para avaliar as características do funcionamento familiar os instrumentos mais empregados foram: PARq, questionário de autopreenchimento que avalia a qualidade do vínculo entre adolescentes e seus pais (n=3; 21,5%) e FACES III, escala de autopreenchimento que avalia o nível de coesão e de capacidade de adaptação da família (n=2; 14,3%). Grande número de outros instrumentos de avaliação do funcionamento familiar foram empregados: famQ= Family Questionnaire; FSC=The Family Climate self-rating scale; FAD=Family Assessment Device; *Parental Bonding Instrument* (PBI) e Perceived Parental Bonding (PPB).

Foram testadas as seguintes intervenções: Family-Based treatment (FBT), Behavioral Family Systems Therapy (BFST), Adolescent Focused Individual Therapy (ASF) (antigo EOIT), Cognitive Behavior Therapy (CBT), Cognitive Behavior Therapy Enhanced (CBT-e), Systematic Family Therapy (SyFT), Cojoined Family Therapy (CFT), Separated Family Treatment (SFT) e Acceptance-based Separated Family Treatment (ASFT). Foi verificada também uma tentativa de aglutinação de duas modalidades diferentes de psicoterapia (SFT + CFT) (Paulson-Karlsson et al., 2008) e a criação de um novo protocolo de psicoterapia baseado nos princípios da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), uma nova modalidade de Terapia Cognitivo-Comportamental (Timko et al., 2015).

A duração do protocolo de psicoterapia variou de nove (Le Grange, Eisler, Dare, & Russell, 1992) a 48 sessões (Robin et al., 1994). Mais da metade das intervenções foram estruturadas em 20 ou mais sessões (64,3%). Alguns estudos não tinham pré-determinado a duração do protocolo de psicoterapia. O único estudo que avaliou as diferenças entre intervenções curtas e longas atribuiu a primeira classificação às intervenções com dez sessões e, a segunda classificação, às intervenções com 20 encontros. Nesse estudo, os pesquisadores não encontraram diferenças entre os grupos em termos de IMC e sintomas alimentares após o tratamento (Lock et al., 2005).

O protocolo de pesquisa mais testado foi o FBT (n=7; 50%). De modo geral, os estudos que compararam a eficácia das intervenções não encontraram diferenças estatisticamente significativas entre grupos. De oito estudos que compararam a eficácia de intervenções, apenas em dois (25%) foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de comparação (Lock et al., 2010; Robin et al., 1999). No primeiro, verificou-se que a BFST produziu, ao final do tratamento, resultados superiores ao AFT (antigo EOIT) em termos de marcadores biológicos. No segundo, verificou-se que, embora ao final do tratamento FBT vs AFT não tenham produzido diferenças estatisticamente significativas, essas diferenças foram encontradas no período de seguimento dos casos.

Foram identificadas diversas fragilidades metodológicas nos estudos avaliados: falta de descrição sobre critérios de inclusão e exclusão (Robin et al., 1994; Robin et al., 1999); perda de número expressivo de participantes (>25%) durante o tratamento e em follow-up (Agras et al., 2014; Timko et al., 2015); falta de clareza quanto aos critérios de remissão ou remissão avaliada com base em marcadores exclusivamente biológicos (Accurso et al., 2015; Ball & Mitchell, 2004; Robin et al., 1994; Robin et al., 1999; Paulson-Karlsson et al., 2008); dificuldade de randomização dos participantes em linha de base (Accurso et al., 2015; Lock et al., 2010); presença de variáveis confundidoras, como necessidade de hospitalização, de uso de antidepressivos para tratamento de comorbidades que não foram necessariamente controladas nas análises (Accurso et al., 2015; Eisler et al., 2000; Lock et al., 2010; Lock et al., 2005; Robin et al., 1999; Turkiewicz et al., 2010); amostras não probabilísticas (Robin et al., 1994; Robin et al., 1999; Ball & Mitchell, 2004; Le Grange et al., 1992). Em apenas um estudo não se encontrou fragilidades metodológicas (Gowers et al., 2007).

Os resultados apontaram para a inexistência de pesquisas publicadas no hemisfério sul, com exceção de Brasil e Austrália. Essa é uma lacuna importante em psicoterapias baseadas em evidências para o tratamento de AN na infância e adolescência, na medida em que diferenças socioculturais, sobretudo em países latino-americanos (Medeiros, 2009), como vínculos familiares mais fortes e duradouros com a família de origem, estilos parentais e habilidades socioeducativas podem influenciar na adesão do paciente ao tratamento e na eficácia da intervenção. Foi verificada uma concentração de artigos publicados na última década, o que indica, ainda que de forma incipiente, o desenvolvimento recente de pesquisas no campo de TA na infância e adolescência.

Na presente revisão foram encontrados nove Ensaios Clínicos Randomizados, número superior ao encontrado em uma revisão sistemática sobre tratamento de AN na infância e adolescência, publicada em 2005, que encontrou apenas cinco estudos com esse delineamento (Grange & Lock, 2005). Embora o delineamento de Ensaio Clínico Randomizado seja considerado padrão ouro para a avaliação da eficácia de tratamentos, entre os estudos analisados, diversas fragilidades metodológicas diminuem a qualidade da evidência científica produzida.

Foi verificada ampla variação do tamanho amostral, sendo que a maior parte dos estudos utilizou amostras não probabilísticas, o que possivelmente é justificado pelas dificuldades inerentes ao tratamento da AN (Watson & Bulik, 2013): baixa prevalência em comparação a outros transtornos psiquiátricos, como Depressão Maior e Transtornos de Ansiedade (DSM-5, 2013); negação da doença; esquiva do tratamento e ambivalência no desejo de melhora dos pacientes, uma vez que a recuperação envolve o ganho de peso (Medeiros, Sampaio, & Corchs, 2014). Todos esses fatores implicam baixa adesão ao tratamento e alto número de perda de participantes após o tratamento e em *follow-up*.

Meninas foram a grande maioria em todos os estudos analisados. No entanto, pesquisas recentes apontam para o aumento no número de meninos com AN (Alckmin-Carvalho et al., 2017; Campbell & Peebles, 2014; Rosen, 2010), o que indica a necessidade de avaliação de suas particularidades em termos de apresentação clínica, histórico de sobrepeso, impacto da cultura e mídia no comportamento alimentar e questões de gênero e de sexualidade. Essas variáveis têm sido abordadas em estudos qualitativos (e.g.: Räisänen & Hunt, 2014) e em estudos de caso (e.g.: Alckmin-Carvalho & Melo, 2018), no entanto, até o momento, são escassos os ensaios clínicos com amostras de meninos com AN. Nesse sentido, recomenda-se para futuros estudos amostras compostas de meninos, a fim de explorar suas peculiaridades e avaliar a resposta ao tratamento, de modo a aumentar a eficácia dos serviços oferecidos a essa população.

Com exceção da ASF (Robin et al., 1994), de abordagem psicodinâmica, e da SyFT (Godart et al., 2012), de abordagem sistêmica, todos os outros estudos (n=10; 71,5%) estão fundamentados nos princípios das terapias cognitivas, comportamentais ou cognitivo-comportamentais (FBT foi englobada no grupo das terapias cognitivo-comportamentais por compartilhar seus princípios básicos de compreensão da seleção e manutenção da AN e de seu manejo).

Na Terapia Psicodinâmica (Robin et al., 1994; Robin et al., 1999) compreende-se que os pacientes com AN apresentam fragilidades egoicas associadas à dificuldade com situações de incontabilidade, alexitimia e intolerância ao desconforto emocional, além de dificuldades de individuação e de passagem da infância para a fase adulta. Fazem uso do controle da alimentação e da restrição da alimentação, de forma consciente ou inconsciente, para reduzir o contato com afetos negativos. A restrição alimentar também pode ter função de comunicação, pela via do corpo, de afetos inconscientes que não puderam ser transmitidos via linguagem.

O objetivo dessa modalidade de psicoterapia é fortalecer as funções egoicas do adolescente, desenvolver tolerância aos afetos negativos, incluindo incontabilidade parcial e riscos da idade adulta e treinar reconhecimento e comunicação de emoções positivas e negativas. No início do processo de psicoterapia são estabelecidas metas comportamentais para diminuição da restrição alimentar e aumento progressivo de peso, sendo esses objetivos trabalhados paralelamente aos descritos anteriormente.

Nos estudos avaliados o protocolo de psicoterapia psicodinâmica foi oferecido em 32 sessões, sendo 24 disponibilizadas ao adolescente, individualmente, e oito sessões destinadas aos pais, sem a presença do adolescente, com o objetivo de avaliação das funções egoicas parentais, abordagem de comportamentos parentais que poderiam colaborar no processo de mudança de seu filho e para atualizar os pais sobre os progressos e dificuldades do processo de psicoterapia.

Na Psicoterapia Sistêmica entende-se a AN como a expressão ou tentativa de resolução de uma dificuldade familiar, e não individual. O terapeuta avalia os padrões de crenças e comportamentos da família, além das habilidades de comunicação dos indivíduos. O objetivo dessa modalidade de psicoterapia é produzir um novo funcionamento familiar em que não haja necessidade de que um de seus membros esteja cronicamente doente. Não há foco específico na diminuição de comportamentos como restrição alimentar ou metas de recuperação de peso. No entanto, quando a família traz, espontaneamente, essas questões, elas devem ser abordadas pelo psicoterapeuta.

Na psicoterapia sistêmica, todos os 16 encontros são realizados com os pais e o adolescente com AN juntos. Irmãos ou outras pessoas que morem na casa são convidados a participar das sessões de psicoterapia. A presença de todos os membros permite a avaliação, por parte do clínico, do padrão de interação no *setting* terapêutico, que é compreendido como uma amostra do funcionamento familiar cotidiano.

As terapias cognitivas, comportamentais ou cognitivo-comportamentais, embora difiram em termos de *setting* (por exemplo, número de sessões com o adolescente e com os pais, conteúdos abordados, tempo de sessão), têm em comum os seguintes aspectos: (1) consideram que o adolescente está, momentaneamente, inapto a escolher o modo como vai se alimentar, uma vez que seu julgamento sobre a quantidade e qualidade de alimentos está alterado, e (2) têm como objetivo principal a redução da culpa dos pais por terem um filho com AN e o seu empoderamento como protagonistas no processo de realimentação. A partir dessas premissas, são treinados diversos comportamentos/técnicas para a realimentação do filho e para reagir de modo consistente em caso de recusa, acesso de raiva ou tentativas de burlar o tratamento. Após o reganho de peso, o foco é em sua manutenção. Quando o adolescente atinge um IMC que não representa risco à sua vida são abordadas as questões da adolescência, como a autonomia e os novos desafios, bem como questões sobre a dinâmica familiar.

Um número expressivo de instrumentos de avaliação foi utilizado para avaliar o perfil comportamental dos pacientes, de seus pais e os sintomas TA. Uma diversidade ainda maior foi empregada para avaliar o funcionamento familiar e as características da família, como percepção de suporte familiar, nível de autonomia e grau de diferenciação entre os membros. A ampla variedade da utilização de instrumentos para avaliar as mesmas variáveis familiares dificulta a comparação entre estudos. Nesse sentido, uma tentativa de padronizar os instrumentos utilizados em diferentes centros de pesquisa pode ser uma medida promissora, permitindo, além da comparação entre resultados provenientes de diferentes amostras, o desenvolvimento de metanálises.

A maioria dos estudos não encontrou diferença estatisticamente significativa quando comparadas as diferentes modalidades de tratamento (Ball & Mitchell, 2004; Eisler et. al., 2000; Le Grange et al., 1992; Robin et al., 1994; Robin et al., 1999). Isso pode ser justificado pelo tamanho amostral reduzido de grande parte das pesquisas, incorrendo em um possível erro do tipo II (não encontrar diferenças entre grupos quando elas existem).

Os dois estudos (Lock et al., 2010; Robin et al., 1999) que encontraram diferenças significativas entre grupos compararam tratamento individual, com foco no adolescente vs tratamento do adolescente e familiares. Verificou-se que a segunda modalidade foi mais promissora, o que sugere que intervenções que incluem a família no tratamento têm

maior alcance do que aquelas que envolvem apenas o adolescente. Esse achado corrobora estudos anteriores (Fisher, Hetrick, & Rushford, 2010; Hay, 2013; Lock, 2015).

Aparentemente, em termos da relação custo-benefício, o FBT é superior às outras modalidades de tratamento, pois está associado à recuperação mais rápida de peso e, portanto, a menos dias de hospitalização. Mesmo no FBT, as taxas de remissão total não são animadoras. Esse dado aponta para a necessidade do desenvolvimento e da avaliação da eficácia de novas modalidades de intervenções psicoterapêuticas que integrem as intervenções da FBT à abordagem de fatores mantenedores da AN associados à dinâmica familiar já estabelecidos pela literatura.

Foram verificadas aglutinação dos desfechos bom e intermediário, sem apresentação dos números brutos, criação de critérios de remissão alternativos e apresentação apenas dos participantes que finalizaram o tratamento, e não apresentação da porcentagem de *drop-out*, dificultando a comparação dos resultados entre os estudos avaliados. Interessante notar que o estudo com maior tamanho amostral e rigor metodológico (Gowers et al., 2007) encontrou umas das taxas de remissão completas mais baixas entre as reportadas: 18,2% em serviço de saúde não especializado, 15% em ambulatório especializado e 21% em unidade de internação.

Intervenções com amostras não probabilísticas podem produzir erro do tipo II. Isso ocorreu na grande maioria dos estudos analisados e, por isso, os achados devem ser avaliados com cautela. Nesse sentido, são recomendados protocolos de psicoterapia padronizados, que possam ser avaliados em estudos multicêntricos, aumentando a amostra e o poder estatístico dos dados.

A falta de clareza quanto aos critérios de remissão dificulta a comparação dos resultados, e a remissão avaliada exclusivamente com base em marcadores biológicos empobrece a análise, por não considerar variáveis cognitivas e comportamentais. Observou-se que estudos que incluem, no desfecho, apenas indicadores biológicos, como IMC e menstruação, apresentam resultados mais favoráveis, com remissão total em torno de 50% e 60% dos pacientes que iniciaram o tratamento. Estudos que incluíram indicadores psicopatológicos como desfecho de tratamento apresentaram resultados menos favoráveis, chegando a 25%, como no estudo de Agras et al. (2014).

A partir dessa constatação, verifica-se que o desafio de realimentação dos pacientes com AN é cumprido com menos dificuldade do que a abordagem dos seus componentes psicológicos. Desconsiderar como desfecho primário os componentes

psicológicos associados à AN explica parcialmente as taxas modestas de remissão completa e as altas taxas de recaída encontradas nessa população (Herzog et al., 1999; Keel et al., 2005).

Assim, a partir dos resultados da presente revisão sistemática, foi possível traçar um panorama dos estudos baseados em evidências para o tratamento psicoterapêutico de AN na infância e adolescência. Embora a revisão tenha cumprido seu objetivo, é preciso listar algumas limitações que moderam o nível de evidência científica produzido: a metodologia qualitativa de extração dos dados reduz a força das análises, uma vez que os resultados não foram submetidos à análise estatística inferencial. Outra possível limitação tem relação com a grande variedade de objetivos, tratamentos, desfechos e instrumentos nos estudos avaliados, característica que dificulta as conclusões, mas que, por outro lado, aponta para a necessidade de padronização metodológica dos ensaios clínicos na área para que os estudos sejam comparáveis.

Verificou-se que a eficácia dos tratamentos baseados em evidências disponíveis para AN na infância e adolescência é modesta. Intervenções psicológicas que envolvem a família aparentemente têm apresentado melhores prognósticos quando comparadas às intervenções destinadas exclusivamente às crianças e adolescentes. O FBT é o protocolo de psicoterapia mais testado, e em comparação com os outros, parece ser a modalidade de tratamento mais indicada para a população infanto-juvenil. No entanto, por conta do número limitado de estudos e diversas fragilidades metodológicas encontradas, não é possível concluir sobre a eficácia das intervenções. Esse aspecto, já apontado em revisão anterior (Couturier, Kimber, & Szatmari, 2013; Grange & Lock, 2005), permanece estável e configura-se como uma importante limitação no campo dos TA na infância e adolescência. Por fim, mesmo os resultados encontrados na FBT indicam sua necessidade de aprimoramento e a necessidade de criação de novas modalidades de protocolos de psicoterapia que guiem os profissionais na prática clínica.

JUSTIFICATIVA

A AN é um transtorno alimentar grave, de difícil manejo, que pode se tornar crônico se não tratado. Está associada a diversos prejuízos fisiológicos e a alterações cognitivas e comportamentais que interferem profundamente na qualidade da pessoa nessa condição, produzindo sofrimento ao indivíduo e à família.

Na revisão sistemática produzida pelo autor desta tese (Alckmin-Carvalho et al., 2018), verificou-se que entre os tratamentos disponíveis para AN na adolescência, aqueles que envolvem a família produzem melhores desfechos em comparação aos destinados apenas a adolescentes. Mesmo nas modalidades de psicoterapia que englobam a família, as intervenções têm foco psicoeducativo com a finalidade de recuperação de peso e têm produzido resultados modestos. Esses dados apontam para a necessidade de testar novos modelos de psicoterapia para AN, inclusive porque essa mesma revisão sistemática indicou a quase inexistência de produção nacional sobre o tema.

A literatura aponta que entre os fatores de risco para o surgimento de AN na infância e adolescência estão os déficits de habilidades socioemocionais dos pais e estilos parentais inadequados (Canetti, Kanyas, Lerer, Latzer, & Bachar, 2008; Cella, Iannaccone & Cotrufo, 2013; Enten & Golan, 2009; Horesh, et al., 2015; Jauregui-Lobera, Bolanos-Rios, & Garrido-Casals, 2011; Tetley, Moghaddam, Dawson, & Rennoldson, 2014; Robinson, Strahan, Girz, Wilson, & Boachie, 2013).

No entanto, com exceção de grupos psicoeducativos destinados às famílias, já implementados em ambulatórios da rede pública (Nicoletti et al., 2010) e grupos de mães de orientação psicodinâmica, ainda não testados, intervenções psicológicas baseadas no desenvolvimento de habilidades socioemocionais e estilos parentais adequados em pais de pacientes com AN têm sido pouco testadas internacionalmente, sendo que, no Brasil, este tipo de estudo é inédito.

Verifica-se, portanto, uma lacuna entre os achados de pesquisas em psicologia clínica e a atuação do psicólogo clínico no tratamento de AN. Para contribuir no preenchimento dessa lacuna, o primeiro passo é desenvolver intervenções psicológicas destinadas às famílias de pacientes com AN e avaliar sua exequibilidade e eficácia. Para este fim, os mais indicados são estudos de caso ou coletânea de casos, que são menos custosos que ensaios clínicos randomizados e, portanto, mais viáveis para produzir

evidências científicas preliminares da eficácia do tratamento nos estágios iniciais de seu desenvolvimento (Blampied, 2000; Kazdin, 2011).

OBJETIVOS

Objetivo Geral

O objetivo geral do presente estudo é desenvolver e avaliar os efeitos de uma intervenção psicoterápica destinada a adolescentes com Anorexia Nervosa e a seus pais.

Objetivos Específicos

Este estudo tem como objetivos específicos:

- a) avaliar os determinantes antecedentes e consequentes dos comportamentos associados à AN;
- b) avaliar os efeitos do tratamento nos indicadores antropométricos dos adolescentes com AN;
- c) avaliar o impacto do tratamento na gravidade do TA;
- d) verificar os efeitos da intervenção sobre os problemas de comportamento e funcionamento adaptativo reportados pelos adolescentes e por seus pais;
- e) avaliar os efeitos da intervenção psicoterápica sobre os estilos parentais empregados pelos pais na educação dos adolescentes com AN;
- f) avaliar os efeitos da intervenção psicoterápica no nível de suporte familiar reportado pelos adolescentes e por seus pais;
- g) Verificar a estabilidade das medidas de:
 - indicadores antropométricos;
 - gravidade do TA;
 - índices de problemas de comportamento e funcionamento adaptativo reportados por pais e filhos;
 - estilos parentais;
 - nível de suporte familiar percebido.
- h) Verificar o nível de satisfação dos pais com a intervenção e possíveis recomendações para o aprimoramento do tratamento.

HIPÓTESES

- 1) O estilo parental mais frequente será o autoritário ou indulgente, e serão verificados déficits em habilidades socioemocionais como de comunicação, resolução de problemas e expressão de sentimentos.
- 2) Os pais que participarem da intervenção psicoterápica desenvolverão um estilo parental mais próximo do autoritativo e desenvolverão habilidades socioemocionais previamente deficitárias.
- 3) Participar da intervenção psicoterápica produzirá impacto positivo nos indicadores de problemas de comportamento e funcionamento adaptativo dos pais e de seus filhos.
- 4) Participar da intervenção psicoterápica produzirá aumento do nível de suporte familiar percebido pelos pais e por seu filho com AN.
- 5) Participar da intervenção psicoterápica produzirá impacto positivo na gravidade do transtorno alimentar.
- 6) Os estilos parentais, gravidade do transtorno alimentar, nível de suporte familiar e os índices de problemas de comportamento e funcionamento adaptativo reportados por pais e filhos se manterão estáveis após três meses após o final do tratamento.

MÉTODO

Delineamento

O presente estudo tem delineamento de coletânea de casos. Tal delineamento é menos custoso e mais viável quando comparado a estudos controlados em larga escala e, portanto, é mais indicado nos primeiros estágios de desenvolvimento de tratamentos, sendo útil para oferecer evidências científicas preliminares da eficácia de intervenções psicoterapêuticas (Kazdin, 2011; Sampaio et al., 2008; Velasco, Garcia-Mijares, & Tomanari, 2010).

Participantes

Participaram do estudo adolescentes com AN (DSM-5) e seus pais. A seguir estão descritos os critérios de inclusão e exclusão dos pais e dos adolescentes.

Critérios de inclusão dos pais: (1) idade entre 35 e 59 anos; (2) disponibilidade para frequentar às sessões de psicoterapia uma vez por semana, por aproximadamente seis meses; (3) disponibilidade de levar o filho com AN às sessões, quando solicitado; (4) passar, pelo menos, quatro dias da semana com o adolescente e (5) concordar com as etapas da pesquisa.

Critérios de exclusão dos pais: (1) estar engajado em alguma modalidade de atendimento psicológico; (2) não ter disponibilidade para participar do tratamento, pai, mãe e adolescente, juntos.

Critérios de inclusão dos adolescentes: (1) idade entre 12 e 17 anos; (2) Anorexia Nervosa (DSM-5, síndrome total ou parcial); (3) residir com, pelo menos, um dos pais e (4) estar sendo acompanhado por um médico psiquiatra e/ou uma nutricionista.

Critérios de exclusão dos adolescentes: (1) IMC abaixo de 75%⁵ do esperado para sua idade, sexo e altura; (2) instabilidade clínica; (3) ter alguma condição física que influencia a alimentação ou o peso (por exemplo, diabetes ou gravidez).

⁵ Esse intervalo de IMC é utilizado internacionalmente como critério de exclusão de participantes com AN por oferecer risco à vida e demandar internação imediata.

Local de realização da pesquisa

O estudo foi realizado no Laboratório de Terapia Comportamental (LTC), localizado no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP-USP).

Recrutamento dos participantes

A pesquisa foi divulgada no Jornal da USP⁶ e nas redes sociais do pesquisador responsável (APÊNDICE A). O estudo foi divulgado também entre pesquisadores, psicólogos, psiquiatras e nutricionistas, que atendem, em prática privada, adolescentes com AN, de modo a estimular o encaminhamento dos adolescentes e de seus pais.

Instrumentos

No Quadro 7 estão apresentadas as variáveis primárias e secundárias do estudo, os instrumentos utilizados, o tempo de aplicação e o respondente.

⁶ Disponível em: <http://jornal.usp.br/universidade/estudo-de-psicologia-da-usp-quer-ajudar-pais-de-jovens-com-anorexia/>.

Quadro 7. Variáveis de interesse, instrumentos empregados, tempo de aplicação requerido, e respondente

Variável	Instrumento	Tempo aplicação	Respondente
Indicadores Antropométricos	Avaliação Clínica realizada por nutricionista especialista em TA	-	-
Gravidade do Transtorno Alimentar	EDE-q	15 min	Adolescente
Problemas de Comportamento e Funcionamento Adaptativo	Inventário de Autoavaliação para adultos (ASR-18/59 anos)	30 min	Pais
Problemas de Comportamento e Competência Social	Inventário de Autoavaliação para Jovens (YSR-11-18 anos)	30 min	Adolescente
Estilo Parental	Escala de responsividade e exigência (ERE)	20 min	Adolescente
Habilidades sociais/educativas dos pais (comunicação, resolução de problemas, suporte emocional, autonomia)	Inventário de percepção de suporte familiar (IPSF)	20 min	Pais Adolescente
Variáveis familiares que selecionaram e que mantêm comportamentos associados à AN	Entrevista clínica semiestruturada (Pesquisador Responsável)	50 min	Pais
Satisfação com a intervenção	Questionário desenvolvido pelo pesquisador	5 min	Pais
Dados sociodemográficos	Entrevista estruturada (ABEP)	10 min	Pais

Fonte: elaboração do autor.

(1) *Avaliação Antropométrica*: foi realizada por uma nutricionista especialista em transtornos alimentares. Foram avaliados os indicadores de peso, estatura e IMC. O peso foi aferido por meio de uma balança digital, da marca Welmy, modelo W200 – A, com precisão de 100 gramas. As pesagens dos participantes, em pré e pós-intervenção, bem como em período de seguimento, foram realizadas na mesma balança. Os pacientes foram orientados a retirar qualquer adereço que influenciasse o peso. A estatura foi aferida com o participante descalço, em posição ereta, por meio da régua antropométrica acoplada à balança. Após o cálculo do IMC ($\text{peso (kg)} / \text{altura (m)}^2$), foi realizada a classificação do percentil de acordo com a Curva de Crescimento desenvolvida pela OMS (2007) e o Z-score correspondente.

(2) *Eating Disorder Examination* EDE-q (Fairburn & Beglin, 1994): trata-se de um questionário de autopreenchimento desenvolvido com base na entrevista clínica *Eating*

Disorder Examination, considerada padrão ouro para a avaliação da gravidade do transtorno alimentar. O EDE-q é um questionário de 28 questões que avalia sintomas de transtornos alimentares, como restrição alimentar, compulsão, purgação, insatisfação e distorção de imagem corporal nas últimas quatro semanas. Quando o comportamento não esteve presente nas últimas quatro semanas, pontua-se 0; 1-5 dias=1; 6-12 dias=2; 13-15 dias=3; 16-22 dias=4; 23-27 dias=5; e todos os dias=6. Quanto maior a pontuação, mais severo é considerado o transtorno alimentar. Estudos internacionais têm apresentado evidências de validade do EDE-q (Aardoom, Dingemans, Op't Landt, & Van Furth, 2012; Mond, Hay, Rodgers, Owen, & Beumont, 2004). Embora o instrumento esteja traduzido e adaptado para a língua portuguesa, não há estudos nacionais apresentando evidências de validade para a população brasileira.

(3) *Inventário de Autoavaliação para Adultos de 18 a 59 anos (ASR)* (Achenbach & Rescorla, 2003): avalia problemas de comportamento autorreferidos por adultos com idades entre 18 e 59 anos. O questionário é dividido em três partes: (1) Funcionamento adaptativo, dividida nas escalas Amigos, Parceiro/Cônjuge (quando se aplica), Família, Trabalhos e Educação; (2) Problemas de comportamento, constituída por (a) Escala de Internalização: Ansiedade/Depressão, Retraimento, Queixas Somáticas; (b) Escala de Externalização: Problemas de Atenção, Comportamento Agressivo, Violação de Regras e Comportamento Intrusivo; e (c) Problemas com o Pensamento; e (3) Abuso de substâncias. As questões se referem aos últimos seis meses e é possível responder 0=não é verdadeiro, 1=um pouco verdadeiro ou algumas vezes verdadeiro e 2=muito verdadeiro ou frequentemente verdadeiro. Os problemas de comportamento são classificados na faixa não-clínica (<60), limítrofe (entre 60 e 63) e clínica (>60). Em pesquisas, escores limítrofes são incluídos na categoria clínica, de acordo com os autores do instrumento. Há dados preliminares de evidências do ASR para a população brasileira (Gonçalves, Rocha & Silveiras, 2011).

(4) *Inventário de Autoavaliação para Adolescentes entre 11 e 18 anos (YSR)* (Achenbach & Rescorla, 2001): instrumento de autorrelato que avalia o funcionamento adaptativo e problemas de comportamento entre adolescentes. O inventário é dividido em duas partes: (1) funcionamento adaptativo, em que são avaliadas competências acadêmicas, em outras atividades e no relacionamento com os pares, e (2) problemas de comportamento, divididos em oito escalas de síndromes, a saber, ansiedade/depressão, retraimento/depressão, queixas somáticas, problemas de sociabilidade, problemas com o

pensamento, problemas de atenção, violação de regras e comportamento agressivo. A soma das três primeiras escalas de problemas de comportamento gera a escala de internalização (EI) e a soma das duas últimas, a escala de externalização (EE). A soma de todos os itens de problemas de comportamento gera a escala total de problemas emocionais/comportamentais (TP). As questões se referem aos últimos seis meses e é possível responder 0=não é verdadeiro, 1=um pouco verdadeiro ou algumas vezes verdadeiro e 2=muito verdadeiro ou frequentemente verdadeiro. Os problemas de comportamento são classificados na faixa não clínica (<60), limítrofe (entre 60 e 63) e clínica (>60). Em pesquisas, escores limítrofes são incluídos na categoria clínica, de acordo com os autores do instrumento. Rocha (2012) apresentou evidências de validade do instrumento para a população brasileira.

(5) *Escala de Responsividade e Exigência (ERE)* – Versão Refinada (Teixeira, Bardagi, & Gomes, 2004) (ANEXO B): instrumento de autopreenchimento que avalia as práticas de exigência e responsividade dos pais (mãe e pai, separadamente) em relação aos seus filhos. “Exigência” inclui todas as atitudes dos pais que buscam controlar o comportamento dos filhos, impondo-lhes limites e regras e estabelecendo tarefas. “Responsividade” se refere às atitudes compreensivas que os pais têm para com os filhos e que visam, por meio do apoio emocional, a favorecer o desenvolvimento de autonomia e autoconfiança dos jovens. O instrumento é composto de 24 afirmativas, que podem ser pontuadas em escala Likert de cinco pontos, sendo 1=quase nunca ou bem pouco e 5=geralmente ou bastante. Para computar o escore de exigência é preciso fazer a média dos escores dos itens de 1 a 12. O mesmo deve ser feito para computar o escore de responsividade, com relação aos itens 13 ao 24. Para determinar os estilos parentais, é preciso classificar os níveis de exigência e responsividade em alto (acima da mediana) ou baixo (abaixo da mediana) da amostra normativa (550 adolescentes brasileiros) (Teixeira, Bardagi, & Gomes, 2004). Se o escore for alto em exigência e alto em responsividade, classifica-se o estilo como autoritativo; se for alto em exigência e baixo em responsividade, classifica-se como autoritário; se for baixo em exigência e alto em responsividade, classifica-se como indulgente; e, se for baixo em exigência e baixo em responsividade, classifica-se como negligente. A Escala de Responsividade e Exigência apresenta evidências de validade satisfatórias. Os índices *alpha de Cronbach* observados na versão final do instrumento foram entre 0,78 e 0,92 (Teixeira, Bardagi, & Gomes, 2004).

(6) *Inventário de Percepção de Suporte Familiar* (Baptista, 2009): instrumento de autopreenchimento, destinado a adolescentes e seus pais, que permite obter três dimensões (fatores) do suporte familiar. A primeira é a afetivo-consistente, que se refere ao vínculo emocional entre os membros da família. A segunda é a adaptação familiar, no sentido da expressão de sentimentos positivos em relação à família. A terceira é a autonomia familiar, que é a percepção que o indivíduo tem de sua família no aspecto autônomo, como confiança, privacidade e liberdade que cercam as relações familiares. O inventário apresenta 42 afirmativas sobre o funcionamento familiar, contendo as opções "quase nunca ou nunca", "às vezes" e "quase sempre ou sempre". Tais afirmações são representadas pelos fatores 1, 2 e 3, obtendo a pontuação de 0, 1 e 2 pontos. Cada questão corresponde, de forma aleatória, aos meios afetivos, adaptativos e à autonomia familiar a serem captados no resultado do instrumento, permitindo, assim, obter dados acerca da percepção que o indivíduo tem sobre o suporte oferecido pela sua família. O IFSP apresenta evidências de validade satisfatórias (Baptista, 2005; 2007).

(7) *Roteiro de Entrevista clínica* (APÊNDICE B): desenvolvido pelo pesquisador responsável composto de 29 questões, sendo 17 fechadas e 12 abertas. As primeiras questões do roteiro investigam a presença de transtornos psiquiátricos em cada um dos pais e em sua família de origem, bem como a presença de comportamentos de risco para transtornos alimentares nos pais, como uso de laxantes, diuréticos, realização de dietas, entre outros. As questões abertas, de 18 a 29, têm como finalidade conhecer a história do transtorno alimentar, as hipóteses explicativas dos pais, as dificuldades e preocupações dos pais na relação com o filho com AN, e dados relevantes sobre o nascimento e desenvolvimento do adolescente. A partir da entrevista clínica, foram coletados dados da história de vida do paciente e de sua família, da história do transtorno alimentar, seus antecedentes e consequências, além de dados sobre estilos e práticas parentais que podem ter contribuído para a seleção e manutenção de classes de comportamentos associados à AN. As entrevistas foram realizadas individualmente, com duração de aproximadamente 50 minutos e produziram dados para a formulação de análises funcionais.

(8) *Inventário de Satisfação da Intervenção* (APÊNDICE C): instrumento elaborado pelo pesquisador, composto de dez questões. Oito questões são fechadas, referentes à aceitação e satisfação dos pais frente ao programa de intervenção e sobre o impacto da intervenção no comportamento alimentar dos filhos, na qualidade de interação entre pais

e filhos, no ajustamento familiar e em outros comportamentos dos adolescentes. As duas outras questões são abertas e avaliam qual parte do programa o cuidador mais e menos gostou e o que poderia ser modificado, a fim de contemplar de modo mais adequado as necessidades de futuros participantes.

(9) *Questionário Sociodemográfico* (APÊNDICE D): elaborado pelo pesquisador, compreende informações dos pais tais como sexo, idade, escolaridade, renda, estado civil, profissão, local de residência, entre outros.

(10) *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* (TCLE) (APÊNDICE E): autorização por escrito, assinada pelo responsável da criança ou adolescente, que verifica seu desejo de participar da pesquisa. No TCLE, o pesquisador apresenta o estudo e garante o seguimento de questões éticas, tais como o sigilo da identidade dos participantes e a possibilidade de deixar de participar da pesquisa sem nenhum ônus.

(11) *Termo de Assentimento Informado* (APÊNDICE F): autorização por escrito, assinada pelo adolescente. Por meio desse documento o pesquisador apresenta o estudo em linguagem acessível, e garante o seguimento de questões éticas, tais como o sigilo da identidade dos participantes e a possibilidade de deixar de participar da pesquisa sem nenhum ônus. Por fim, é verificado o desejo do adolescente de participar.

(12) *Checklist para avaliação da viabilidade da participação na pesquisa* (APÊNDICE G): trata-se de uma entrevista semiestruturada por nove questões objetivas e uma questão aberta (Por que você acha que seu(sua) filho(a) precisa de tratamento?), realizada por telefone com os responsáveis. Por meio desse instrumento, o pesquisador responsável avalia variáveis preditoras de boa aderência ao tratamento psicológico, como disponibilidade de uma hora semanal, por período que pode variar entre cinco e seis meses, pai, mãe e adolescentes, juntos, recursos financeiros para se deslocar até o LTC e possibilidade de deixar o adolescente aos cuidados de um terceiro quando necessário.

Procedimentos

O primeiro contato do pesquisador responsável com as famílias que manifestaram interesse em participar do tratamento ocorreu por telefone, a fim de verificar os critérios de inclusão/exclusão e as variáveis preditoras de adesão ao tratamento oferecido, como viabilidade de comparecer ao Instituto de Psicologia, recursos financeiros para o

deslocamento, disponibilidade de tempo e problema alimentar que se assemelhe ao quadro de AN (APÊNDICE H).

No primeiro encontro de avaliação presencial, o pesquisador responsável recebeu os pais e os adolescentes, juntos. Nesta ocasião, o pesquisador se apresentou, explicou os objetivos e o enquadre do tratamento. Descreveu brevemente os assuntos a serem abordados em cada encontro e acolheu as possíveis angústias e dúvidas da família. Nessa etapa, houve ênfase em se estabelecer uma boa relação terapêutica entre pesquisador e os pais, uma vez que essa variável está associada a melhores taxas de aderência e melhores prognósticos na implementação de intervenções psicológicas.

(1) *Avaliação inicial*: foi realizada em dois encontros, em que os pais e os adolescentes estiveram presentes. O diagnóstico de AN foi realizado pelo pesquisador responsável, com base nos critérios diagnósticos descritos no DSM-5. Os pais preencheram os seguintes instrumentos de avaliação psicológica: ASR, IPSF e Questionário Sociodemográfico. Os adolescentes preencheram os seguintes instrumentos: EDE-q, YSR, ERE e IPSF. Além disso, os adolescentes foram submetidos ao exame antropométrico de peso corporal, realizado por uma nutricionista especialista em transtornos alimentares.

(2) *Tratamento (intervenção psicoterápica)*: foi estruturado em 20 sessões (ou mais, a depender do nível de desnutrição e da velocidade da recuperação de peso), com duração aproximada de 1h30min, em média, que ocorreram semanalmente, ao longo de seis meses. Trata-se de uma proposta de tratamento psicológico com base analítico-comportamental, com ênfase em: (a) psicoeducação; (b) manejo comportamental para recuperação de peso; (c) psicoterapia para pais com foco em treinamento de habilidades socioemocionais e educativas. Todas as sessões envolveram componentes psicoeducativos variados e de manejo comportamental, com a finalidade de recuperação de peso do adolescente. Esses componentes foram apresentados na medida da necessidade dos participantes, verificada pelo terapeuta, ao longo dos encontros, ou quando havia dúvidas dos pais ou adolescentes. Sete sessões envolveram treinamento de habilidades socioemocionais e educativas. Todas as sessões envolveram a utilização do livro intitulado “Anorexia Nervosa na Adolescência: como a família pode ajudar?”, desenvolvido pelo pesquisador responsável e a orientadora do presente estudo para embasar a intervenção. Uma das sessões envolveu um capítulo do livro intitulado: O Peso

das Dietas (Deram, 2014), que foi dado a cada casal parental que participou do processo. No Quadro 8 estão descritos os principais temas abordados ou objetivos da sessão e a duração de cada encontro. No Apêndice H uma versão detalhada do enquadre e a conduta realizada em cada sessão pode ser consultada.

Quadro 8. Descrição dos temas abordados ou procedimentos realizados em cada sessão, com seu respectivo tempo de duração

Sessão	Tema/objetivo	Duração
1	- Diagnóstico Anorexia Nervosa (DSM-5) - Avaliação da elegibilidade dos participantes - Primeiras noções sobre Transtornos Alimentares	2h
2	- Aplicação instrumentos de avaliação psicológica - Primeiras noções sobre Anorexia Nervosa	1h30min
3	- Devolutiva dos instrumentos de avaliação psicológica - Alterações cognitivas e comportamentais da Anorexia Nervosa	1h30min
4	- Alterações cognitivas e comportamentais da Anorexia Nervosa	1h30min
5	- Etiologia da Anorexia Nervosa	1h30min
6	- Entrevista clínica com os pais	2h
7	- O papel da família no tratamento	1h30min
8	- Família ideal vs família real: abordando a rigidez e o perfeccionismo	1h30min
9	- Família ideal vs família real: abordando a rigidez e o perfeccionismo	1h30min
10	- Habilidades e comunicação	1h30min
11	- Habilidades e comunicação	1h30min
12	- Identificação e expressão de sentimentos	1h30min
13	- Identificação e expressão de sentimentos	1h30min
14	- Individualidade e autonomia	1h30min
15	- Individualidade e autonomia	1h30min
16	- Adolescência	1h30min
17	- Adolescência	1h30min
18	- Comer transtornado	1h
19	- Depoimentos e prevenção de recaída	1h30min
20	- Avaliação final	2h

Fonte: elaboração do autor.

(3) *Avaliação final*: aconteceu em dois encontros, agendados uma semana após o do término tratamento. No primeiro encontro os pais preencheram os seguintes instrumentos: ASR, IPSF e *Inventário de Satisfação com a Intervenção* (APÊNDICE C) e os

adolescentes preencheram os seguintes instrumentos: EDE-q, YSR, ERE e IPSF, além de terem sido submetidos a avaliação antropométrica. No segundo encontro pós-intervenção foi realizada a devolutiva com os principais resultados dos instrumentos de avaliação psicológica e indicadores antropométricos.

(4) *Seguimento*: aconteceu três meses após a avaliação após o tratamento. Foram realizados dois encontros, sendo que no primeiro os pais preencheram o ASR e IPSF e os adolescentes preencheram o EDE-q, YSR, ERE e IPSF, além de terem sido submetidos a avaliação antropométrica. No segundo encontro foi realizada a devolutiva à família, em que foram apresentados os principais resultados da pesquisa nos três momentos de avaliação.

Aspectos Éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP-USP), CAAE: 67037317.3.00005561 (ANEXO C). Os pais e adolescentes receberam os documentos estabelecidos pelo Conselho Nacional de Saúde em relação à pesquisa com sujeitos humanos, segundo a resolução 466, de 2012 (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Termo de Assentimento Informado).

Aos participantes foi assegurado o direito de desistir ou interromper o processo de avaliação ou intervenção a qualquer momento, sem nenhum prejuízo. As informações foram analisadas de modo a preservar a identidade dos participantes, sendo os nomes apresentados fictícios. Com esse fim, foram distorcidos dados sociodemográficos ou da história de vida que poderiam levar à identificação dos participantes.

Após a realização das etapas do estudo, foi realizada a entrevista devolutiva, na qual os participantes foram devidamente informados sobre os resultados obtidos na intervenção da qual participaram. As famílias que vieram até a entrevista de triagem, mas não preencheram os critérios para participação na pesquisa foram encaminhadas para serviços de saúde pública especializados no tratamento de transtornos alimentares.

Análise dos dados

Foram conduzidas análises descritivas dos dados envolvendo frequência simples das variáveis avaliadas. Foram comparados os escores pré-intervenção vs pós-intervenção vs seguimento de todos os instrumentos, tendo os pais e adolescentes como seu próprio controle. Os dados coletados por meio do YSR e ASR foram analisados a partir do *Software Assessment Data Manager* (ADM). Foram apresentados os escores brutos, escore T, percentis e classificação nas categorias clínica, limítrofe e não-clínica, de acordo com os pontos de corte dos instrumentos. Os dados provenientes da avaliação antropométrica foram utilizados para o cálculo do Z-score correspondente ao percentil por idade, por meio do aplicativo Anthro Plus, disponibilizado pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2016).

Foram gravados áudios ao final de cada sessão, com apontamentos relevantes sobre as variáveis que selecionaram, no passado, e que mantêm, atualmente, os comportamentos alimentares com função de perder peso. Esses áudios foram ouvidos, posteriormente, para a elaboração das análises funcionais.

RESULTADOS

Foram entrevistadas oito famílias (adolescente com possível diagnóstico de AN, pai e mãe). Dessas, cinco preenchiam os critérios de inclusão e iniciaram o protocolo de psicoterapia⁷. Quatro famílias finalizaram o tratamento. A Figura 4 apresenta as famílias nas diversas etapas do estudo e os motivos de exclusão.

Figura 4. Fluxograma de triagem das famílias

Fonte: elaboração do autor.

⁷ Em uma das famílias excluídas, mãe e filha preenchiam os critérios para o diagnóstico de Bulimia Nervosa e foram encaminhadas, respectivamente, ao Ambulatório de Bulimia e outros Transtornos Alimentares (AMBULIM) e Programa de Ensino e Pesquisa em Transtornos Alimentares da Infância e Adolescência (PROTAD), serviços do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq-HC-FMUSP). Devido à longa fila de espera no serviço, a mãe foi atendida em psicoterapia, pelo pesquisador responsável, no LTC (IP-USP), e o processo e resultados do tratamento foram publicados recentemente (Alckmin-Carvalho et al., 2018).

Os resultados estão apresentados na seguinte ordem, para cada família: (1) apresentação do caso clínico e caracterização da família; (2) apresentação das análises funcionais dos comportamentos alimentares com função de perder peso; (3) manejo comportamental realizado a partir das análises funcionais; (4) evolução dos indicadores antropométricos; (5) evolução da gravidade do transtorno alimentar; (6) evolução dos problemas de comportamento e funcionamento adaptativo autorreferidos pelo adolescente; (7) evolução da percepção de suporte familiar; (8) evolução dos estilos parentais, reportados pelos adolescentes; (9) evolução dos problemas de comportamento e funcionamento adaptativo reportado pelos pais; e (10) satisfação com a intervenção, relatada pelos pais. Posteriormente, foi realizada uma análise global dos resultados.

Embora o processo de psicoterapia tenha seguido uma proposta de intervenção estruturada e flexível, englobou também intervenções individualizadas, realizadas a partir das análises funcionais específicas de cada caso. Foram analisados os comportamentos de restringir alimentação e fazer exercícios físicos, conjuntamente, por pertencerem à mesma classe de resposta. As intervenções de manejo comportamental englobaram as orientações padronizadas descritas no material psicoeducativo e as intervenções com base nas análises dos determinantes dos comportamentos alimentares alterados específicos de cada caso.

FAMÍLIA I (Mayra, Milena e Danilo)

A família 1 é composta de: Mayra, 12 anos, com diagnóstico de AN, subtipo restritivo (DSM-5), ensino fundamental incompleto; a mãe, Milena, 50 anos, mestre em ciências, veterinária; e o pai, Danilo, 41 anos, economista, mestre e doutor em ciências. A renda familiar, no início do tratamento, era de R\$ 30.000,00 (alta classe alta, de acordo com os critérios de renda da APEB desde 2014).

A família entrou em contato com o pesquisador responsável a partir da divulgação da pesquisa no Jornal da USP. Mayra já havia sido avaliada por um médico pediatra e por um psicológico clínico porque os pais acreditavam que ela tinha sintomas de depressão, que explicariam a suposta falta de apetite apresentada pela adolescente. Nenhum dos profissionais da saúde ou pais havia pensado na hipótese diagnóstica de TA.

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

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

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

Mayra foi diagnosticada pela médica psiquiatra com Transtorno de Ansiedade Generalizada, comórbido ao transtorno alimentar. Para o tratamento dos sintomas de ansiedade, a paciente foi medicada com Cloridrato de Sertralina, 50 mg. Trata-se de um

antidepressivo Inibidor Seletivo da Recaptação de serotonina, que tem função de ansiolítico em doses baixas.

Mayra iniciou o tratamento com 36,9 kg (IMC=15,9; *Z-score* [IMC/Idade]=-1,27). Devido à dificuldade de ganho de peso nas primeiras sessões e ao risco associado ao baixo peso, Mayra foi afastada das atividades escolares e ficou em regime de internação domiciliar, sempre supervisionada por um dos pais, que se revezavam na tarefa de realimentá-la e de evitar que fizesse atividades e exercícios físicos. A internação domiciliar foi realizada até o início de dezembro, quando a paciente voltou, gradativamente, às atividades escolares. Na Tabela 1 está apresentada a evolução das medidas antropométricas de Mayra ao longo do tratamento.

Tabela 1. Evolução das medidas antropométricas de Mayra avaliadas semanalmente

	Data	Idade (anos)	Peso (kg)	Altura (m)	Variação (kg)	IMC (kg/m ²)	Z-score IMC/Idade
Avaliação Inicial	26/08/2017	12	36,9	1,52	-	15,97	-1,27
Tratamento	28/08/2017	12	37,2	1,52	0,3	16,1	-1,2
	04/09/2017	12	36,8	1,52	-0,4	15,93	-1,31
	11/09/2017	12	38	1,52	1,2	16,45	-1,02
	18/09/2017	12	37,7	1,52	-0,3	16,32	-1,1
	25/09/2017	12	38,1	1,52	0,4	16,49	-1,01
	02/10/2017	12	38,4	1,53	0,3	16,4	-1,07
	09/10/2017	12	39,7	1,53	1,3	16,96	-0,78
	16/10/2017	12	40,4	1,53	0,7	17,26	-0,64
	23/10/2017	12	40,7	1,53	0,3	17,39	-0,59
	30/10/2017	12	42	1,53	1,3	17,94	-0,34
	06/11/2017	12	42,8	1,54	0,8	18,05	-0,3
	13/11/2017	12	43,3	1,54	0,5	18,26	-0,22
	23/11/2017	13	44,4	1,54	1,1	18,72	-0,04
	27/11/2017	13	44,8	1,54	0,4	18,89	0,03
	04/12/2017	13	44,9	1,54	0,1	18,93	0,04
	11/12/2017	13	43,7	1,54	-1,2	18,43	-0,17
Avaliação final	18/12/2017	13	43,5	1,54	-0,2	18,34	-0,21
Seguimento I	15/01/2018	13	44,4	1,54	0,9	18,72	-0,06
Seguimento II	21/01/2018	13	44,3	1,54	0,1	18,76	-0,08
Seguimento III	22/03/2018	13	44,9	1,54	0,6	18,93	+0,04

Fonte: elaboração do autor.

Mayra chegou ao final do tratamento eutrófica, com 43,5 kg, havendo recuperado 6,4 kg (IMC=18,34; *Z-score* [IMC/Idade]=-0,21). No período de seguimento a paciente recuperou mais 1,4 kg (IMC=18,93; *Z-score* [IMC/Idade]=+0,04), permanecendo eutrófica. Desde o início da intervenção foram recuperados 7,8 kg. Foi verificada amenorreia secundária na avaliação inicial, e os ciclos menstruais estavam regulares ao final do tratamento e permaneceram estáveis no seguimento.

Com relação à gravidade dos sintomas cognitivos e comportamentais de AN, no início do tratamento, Mayra apresentava indicadores de psicopatologia alimentar bastante elevados em todas as subescalas do EDE-q. Esses escores, que podem variar de 0 a 6, estavam todos acima de 4, com exceção da subescala de preocupação com a comida. No entanto, é preciso analisar esse resultado com cautela, considerando que a preocupação com a comida era pequena uma vez que a paciente era bem-sucedida em seu objetivo de restrição alimentar e, portanto, não ingeria alimentos considerados calóricos ou gordurosos.

Ao final do tratamento houve redução expressiva da severidade do TA (EDE-q) com exceção dos escores de preocupação com a comida, que ficaram mais elevados. Isso pode ser explicado porque houve quebra da contingência de reforçamento negativo, segundo a qual a resposta de restrição alimentar produzia alívio da preocupação com a comida. Em outras palavras, Mayra passou a ser supervisionada pelos pais e não conseguia mais se esquivar dos alimentos que considerava perigosos. Uma vez que a paciente voltou a comer, aumentou sua preocupação com a ingestão de alimentos e com o possível ganho de peso associado.

Em período de seguimento (três meses após o término da intervenção), todas as subescalas do EDE-q diminuíram significativamente, sendo a maior delas a preocupação com a forma (1,37). No Gráfico 1 estão descritos os indicadores de gravidade do transtorno alimentar nas três fases do tratamento.

Gráfico 1. Avaliação de psicopatologia alimentar (EDE-q), em pré-tratamento, pós-tratamento e seguimento

Fonte: elaboração do autor.

No Quadro 9 estão descritos os determinantes antecedentes e consequentes dos comportamentos de restrição alimentar e de realização de atividades e exercícios físicos com finalidade de perder peso.

Quadro 9. Análise funcional dos comportamentos de atividade física, exercício físico e restrição alimentar de Mayra

Antecedente	Resposta	Consequência	Efeitos
<ul style="list-style-type: none"> • Adoção de uma irmã <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Privação de atenção dos pais</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comer transtornado⁸ da família • Pais seguindo dietas restritivas • <i>Bullying</i> na escola relacionado ao sobrepeso. (colegas chamam Mayra de gorda, olham para seu prato e perguntam, com tom desdenhoso: “Mayra, você vai comer tudo isso”?) • Regra: “para ser uma boa bailarina é preciso ser muito magra” • Regra: “as melhores bailarinas não têm peito nem bunda” • Autorregra: “meu pai não quer que eu cresça”. • Pediatra indica restrição de açúcares e gorduras com a finalidade de postergar a puberdade. • Pais brigando e falando sobre divórcio na presença de Mayra. • Regra: “só as pessoas com pouca força de vontade comem as coisas que querem” • Insatisfação corporal 	<ul style="list-style-type: none"> • Restrição alimentar • Fazer exercício físico 	<ul style="list-style-type: none"> • Perda de peso (SR+/SR-) 	<p>Curto Prazo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Livrar-se das situações de <i>bullying</i> (SR-) • Livrar-se dos comentários sobre o tamanho do prato, na escola (SR-) • Elogios de colegas, pais, do professor de <i>ballet</i> e do médico pediatra (SR+) • Ficar em conformidade com a regra sobre ser muito magra para ser uma boa bailarina (SR+) • Sensação de controle do corpo e da alimentação (SR+) • Evitar a sensação de estar envelhecendo (SR-) • Atender à orientação médica de perder peso (SR+) • Atenção dos pais (SR+) • Evitar o divórcio dos pais (SR-) • Não poder ingerir alimentos apetitivos (SP-) • Sensação de fome (SP+) • Irritabilidade (SP+) <p>Longo Prazo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desnutrição associada à anedonia e fadiga (SP+) • Ideias obsessivas sobre peso, forma, alimentação e comida (SP+) • Medo intenso de ganhar peso (SP+) • Isolamento social (SP-) • Sensação de perda de controle (SP+) • Não poder fazer <i>ballet</i> (SP-) • Não poder ingerir alimentos apetitivos (SP-) • Sensação de fome (SP+) • Irritabilidade (SP+) • Preocupação e atenção dos pais (SR+) • Pessoas dizendo que Mayra parece doente e que não está bonita (SP+)

Fonte: elaboração do autor.

⁸ Comer transtornado é um termo recente que descreve comportamentos alimentares característicos de transtornos alimentares (por exemplo, pular refeições, calcular as calorias das refeições, ter compulsões alimentares, evitar alimentos e grupo de alimentos considerados proibidos, apresentar medo intenso de ganhar peso ou perder o controle da alimentação, fazer jejum) que não se apresentam em frequência para satisfazer critérios diagnósticos para um transtorno alimentar, e nem prejudicam o funcionamento adaptativo do indivíduo de maneira pervasiva.

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

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

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

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

Foi abordado, em sessão com os pais e com a adolescente, que a restrição alimentar autoimposta de muitas alunas de *ballet*, motivada pela relação entre um corpo emagrecido e necessário para bom desempenho na atividade, era um fator de risco importante para o aparecimento de um transtorno alimentar. Mayra já havia percebido

essa relação ao mencionar que as melhores bailarinas da classe, diferentemente dela, não tinham “peito nem bunda”.

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

Quando perguntados, nas entrevistas iniciais, sobre suas hipóteses sobre o adoecimento de Mayra, tanto Milena quanto Danilo, embora não soubessem descrever a relação existente, mencionaram que o adoecimento aconteceu ao mesmo tempo em que Nathália, filha adotiva, chegou à casa. A hipótese de Danilo, ao explorar essa correlação, foi de que com a presença de Nathália tirou o foco do casal de Mayra, e que ela não soube lidar com menos atenção do que o habitual, ficando cada vez mais fechada e aparentemente deprimida. Essa hipótese foi corroborada por Mayra, em sessão posterior, em que a adolescente falou que desde a chegada de Nathália ela se sentia mais sozinha e com menos atenção dos pais. Disse ainda ter dificuldade de interação com a irmã adotiva.

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

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

operante, quando há quebra de contingência de reforçamento, e o processo de explosão pós-extinção, para prevenir que os pais reforçassem, inadvertidamente, comportamentos sintomáticos, após a quebra da contingência de reforçamento, que tenderiam a aumentar de frequência e de forma, antes de se extinguirem.

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

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

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

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

Considerarei que Mayra pode ter criado uma regra segundo a qual se tornar um adulto poderia ser aversivo. É possível que essa regra não tenha selecionado comportamentos associados à AN, mas que pudesse figurar entre os determinantes que mantiveram os comportamentos, na medida em que os pais a tratavam como se ela fosse

uma criança desde seu adoecimento, por exemplo, poupando-a de atividades de cuidar da casa, de ir à escola sozinha – todas atividades que ela não tinha condições físicas de fazer.

Quando o pesquisador trouxe o assunto em sessão com os pais, Danilo reconheceu que era difícil ver sua filha crescer, não porque não queria vê-la se desenvolvendo, mas porque achava que sua função como pai diminuiria e que Mayra sofreria como adulta. Diante desse contexto, foi explorado o que ele entendia sobre ser adulto e o porquê de sua dificuldade em ver sua Mayra crescer. O pesquisador sugeriu que Danilo achava difícil a vida de um homem adulto, e ele concordou. Reportou que tem sentimentos de melancolia e de idealização do passado, desde muito cedo, após a morte de seu pai, quando ele tinha 19 anos e precisou de tratamento para depressão.

Foi pontuado que aquela era a história dele, e que a vida de um adulto pode ser tão boa ou até melhor que a infância, na medida em que o desenvolvimento neuropsicomotor e socioemocional permite maior autonomia. Adicionalmente, foi validada sua impressão de que todo desenvolvimento também implica perdas. O pesquisador sugeriu a Danilo que procurasse psicoterapia individual para abordar suas dificuldades, e enfatizou que cuidar de suas dificuldades poderia ser, indiretamente, uma maneira de cuidar de sua filha, uma vez que com mais autoconhecimento ele poderia ser um modelo positivo para sua filha e aperfeiçoar e desenvolver repertório comportamental educativo adequado. Por fim, o pesquisador pontuou que os filhos, principalmente crianças e adolescentes, aprendem muito mais por modelo do que por instruções.

Embora não tenha sido uma recomendação do pesquisador, ao final do tratamento, os pais trocaram Mayra de escola. A adolescente havia pedido a mudança aos pais e pesquisado espontaneamente escolas próximas à sua residência. Os pais atenderam ao seu pedido ao verificarem que o perfil da escola anterior acabava por reforçar as características de personalidade mais rígidas e perfeccionistas de Mayra. Na nova escola, a paciente não foi contestada sobre a alimentação e não houve nenhum tipo de hostilidade relacionada a peso e comida.

O manejo comportamental com finalidade de recuperação de peso foi baseado nos passos descritos nos capítulos psicoeducativos e de manejo comportamental, em que foram explicitados a noção de comportamento operante, reforço e punição, e o processo de extinção operante, bem como orientações sobre como proceder em situações relacionadas à realimentação. Basicamente, a orientação era de que Mayra estava, temporariamente, incapaz de escolher o que comer e em que momento se alimentar.

Sendo assim, os pais deveriam ficar responsáveis pela realimentação, acompanhando Mayra, preparando sua comida nas seis refeições diárias e garantindo que a quantidade correta de cada alimento estava sendo ingerida.

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

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

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

Aos poucos, em psicoterapia e no acompanhamento nutricional, a paciente e seus pais começaram a se familiarizar com os comportamentos alterados na AN, bem como a identificá-los e lutar contra eles. Essa separação foi útil para diminuir a ansiedade dos pais no manejo comportamental, ao indicar que eles não deveriam “negociar com os comportamentos da anorexia”. Assim ficava menos difícil não atender aos pedidos de Mayra de comer menos, de exercitar, e outros tipos de barganhas.

O funcionamento adaptativo de Mayra era considerado normal, no início do tratamento, em todas as áreas. Uma vez que a intervenção envolveu internação domiciliar e afastamento das atividades acadêmicas, o domínio das relações interpessoais sofreu grande prejuízo, verificado na avaliação pós-intervenção. Todavia, no período de

seguimento, todos os domínios retornaram ao nível normal. Na Tabela 2 estão apresentados os escores brutos, ponderados, o percentil correspondente e a classificação dos escores, de acordo com a amostra normativa do YSR.

Tabela 2. Escores brutos, ponderados, percentil e classificação da competência social de Mayra (YSR) na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento

Funcionamento Adaptativo		Pré-intervenção	Pós-intervenção	Seguimento
Atividades	Escore Bruto	9,5	10	10,5
	Escore Ponderado (T)	42	43	45
	Percentil	21	24	31
	Classificação	Normal	Normal	Normal
Social	Escore Bruto	8,0	3,5	6,5
	Escore Ponderado (T)	47	28	41
	Percentil	38	<3	18
	Classificação	Normal	Clínico	Normal
Desempenho escolar	Escore Bruto	2,5	2,5	2,0
	Escore Ponderado (T)	-	-	-
	Percentil	-	-	-
	Classificação	-	-	-
Competência Social Total	Escore Bruto	20	16	19
	Escore Ponderado (T)	43	34	41
	Percentil	24	6	18
	Classificação	Normal	Clínico	Normal

Fonte: elaboração do autor.

No início do tratamento Mayra apresentava problemas de comportamento internalizantes e totais em nível clínico. Após a intervenção esses indicadores se reduziram e, na etapa de seguimento, problemas de comportamento internalizantes, externalizantes e totais foram classificados no nível normal. Considera-se que a melhora expressiva dos indicadores de problemas de comportamento de Mayra teve relação com a superação da desnutrição e de seus efeitos adversos ao desenvolvimento emocional, ao processo de psicoterapia e ao tratamento farmacológico. Na Tabela 3 estão apresentados os escores brutos, ponderados, o percentil correspondente e a classificação dos escores, de acordo com a amostra normativa do instrumento.

Tabela 3. Problemas de comportamento internalizantes, externalizantes e totais reportados por Mayra (YSR) na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento

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

Fonte: elaboração do autor.

No início do tratamento, Mayra apresentava escores de depressão/ansiedade e problemas de pensamento em nível clínico. Ao final da intervenção os escores baixaram para as faixas limítrofe e normal, respectivamente. No período de seguimento, com exceção dos escores da subescala de depressão e ansiedade, que atingiram a faixa limítrofe, todos estavam na faixa de normalidade. Na Tabela 4 estão apresentados os escores brutos, ponderados, o percentil correspondente e a classificação dos escores, de acordo com a amostra normativa do instrumento.

Tabela 4. Subescalas de problemas de comportamento reportadas por Mayra (YSR) na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento

Subescalas		Pré-intervenção	Pós-intervenção	Seguimento
Depressão/Ansiedade	Escore Bruto	18	12	13
	Escore Ponderado (T)	78	65	65
	Percentil	>97	93	95
	Classificação	Clínico	Limítrofe	Limítrofe
Isolamento/Depressão	Escore Bruto	9	4	4
	Escore Ponderado (T)	69	55	55
	Percentil	97	69	69
	Classificação	Limítrofe	Normal	Normal
Queixas somáticas	Escore Bruto	7	4	1
	Escore Ponderado (T)	63	54	50
	Percentil	90	65	<50
	Classificação	Normal	Normal	Normal
Problemas interpessoais	Escore Bruto	3	4	2
	Escore Ponderado (T)	52	55	51
	Percentil	58	69	54
	Classificação	Normal	Normal	Normal
Problemas de pensamento	Escore Bruto	14	5	5
	Escore Ponderado (T)	73	56	56
	Percentil	>97	73	73
	Classificação	Clínico	Normal	Normal
Problemas de atenção	Escore Bruto	7	3	4
	Escore Ponderado (T)	57	51	52
	Percentil	76	54	58
	Classificação	Normal	Normal	Normal
Comportamentos de quebrar regras	Escore Bruto	4	0	1
	Escore Ponderado (T)	54	50	50
	Percentil	65	<50	<50
	Classificação	Normal	Normal	Normal
Comportamento agressivo	Escore Bruto	12	6	5
	Escore Ponderado (T)	62	52	51
	Percentil	89	58	54
	Classificação	Normal	Normal	Normal

Fonte: elaboração do autor.

Os indicadores de responsividade e de exigência eram altos, ao início do tratamento, tanto de Danilo quanto de Milena, a partir da perspectiva de Mayra. Não houve alteração significativa dos escores de Milena, no entanto, houve aumento

expressivo dos escores de responsividade de Danilo, o que indica que ao final do tratamento e em seguimento Mayra percebia seu pai mais atento às suas necessidades emocionais. Nesse caso, tanto a observação clínica das interações entre pais-filha quanto o relato dos pais corroboram os resultados do instrumento de avaliação de estilo parental. Na Tabela 5 estão descritos os escores brutos e a classificação do estilo parental de Danilo e Milena, segundo a perspectiva de Mayra.

Tabela 5. Escores de responsividade e exigência reportados por Mayra e classificação do estilo parental (ERE) na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento

		Pré-intervenção	Pós-intervenção	Seguimento
Mãe	Responsividade	54 (alta)	56 (alta)	56 (alta)
	Exigência	47 (alta)	49 (alta)	47 (alta)
	Estilo Parental	Autoritativo	Autoritativo	Autoritativo
Pai	Responsividade	43 (alta)	50 (alta)	52 (alta)
	Exigência	48 (alta)	54 (alta)	49 (alta)
	Estilo Parental	Autoritativo	Autoritativo	Autoritativo

Fonte: elaboração do autor.

O nível de suporte familiar reportado por Mayra foi reduzido, ao final da intervenção, em comparação com o reportado em linha de base, e aumentou no período de seguimento, sendo que o nível de suporte familiar total passou de médio-baixo para médio-alto. A redução dos indicadores de suporte familiar, ao final do tratamento, pode ter relação com os embates durante as refeições e o estresse inerente às etapas do tratamento. Na etapa de seguimento, em que a fase aguda da AN estava controlada, os indicadores de suporte familiar reportados pela paciente aumentaram significativamente (63 vs 46 vs 64). Na Tabela 6 estão apresentados os escores brutos, percentis e classificação do nível de suporte familiar percebido por Mayra.

Tabela 6. Percepção de suporte familiar reportada por Mayra (IPSP) na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento

Domínio		Pré-intervenção	Pós-intervenção	Seguimento
Afetivo-Consciente	Escore Bruto	31	17	30
	Percentil	50-60	10	50-60
	Classificação	Médio-alto	Baixo	Médio-alto
Adaptação	Escore Bruto	19	18	21
	Percentil	10-20	20	40

	Classificação	Médio-baixo	Baixo	Médio-baixo
Autonomia	Escore Bruto	13	11	13
	Percentil	50	30	50
	Classificação	Médio-alto	Médio baixo	Médio-alto
Total	Escore Bruto	63	46	64
	Percentil	40-50	10-20	50
	Classificação	Médio-baixo	Baixo	Médio-alto

Fonte: elaboração do autor.

Não houve alterações expressivas em nenhum dos domínios de suporte familiar avaliados por Milena. Os escores permaneceram nas faixas médio-alto ou alto, em todos as áreas, com exceção do domínio de adaptação, que estiveram baixo ou médio-baixo, ao final do tratamento, e em seguimento, respectivamente. Na Tabela 7 estão apresentados os escores brutos, percentis e classificação do nível de suporte familiar percebido por Milena.

Tabela 7. Percepção de suporte familiar reportada por Milena (IPSF) na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento

Domínio		Pré-intervenção	Pós-intervenção	Seguimento
Afetivo-Consciente	Escore Bruto	32	33	31
	Percentil	60	70	50-60
	Classificação	Médio-alto	Médio-alto	Médio-alto
Adaptação	Escore Bruto	20	18	20
	Percentil	30	20	30
	Classificação	Médio-baixo	Baixo	Médio-baixo
Autonomia	Escore Bruto	15	15	15
	Percentil	75	75	75
	Classificação	Alto	Alto	Alto
Total	Escore Bruto	67	66	66
	Percentil	60	50-60	50-60
	Classificação	Médio-alto	Médio-alto	Médio-alto

Fonte: elaboração do autor.

Tampouco houve alterações expressivas na percepção de suporte familiar de Danilo, sendo que os escores totais permaneceram na faixa médio-baixo em todas as avaliações. Na Tabela 8 estão apresentados os escores brutos, percentis e classificação do nível de suporte familiar percebido por Danilo.

Tabela 8. Percepção de suporte familiar reportada por Danilo (IPSF) na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento

Domínio		Pré-intervenção	Pós-intervenção	Seguimento
Afetivo-Consciente	Escore Bruto	33	30	29
	Percentil	70	50-60	50
	Classificação	Médio-alto	Médio-alto	Médio-alto
Adaptação	Escore Bruto	17	16	17
	Percentil	10-20	10-20	10-20
	Classificação	Baixo	Baixo	Baixo
Autonomia	Escore Bruto	7	8	9
	Percentil	<10	10	10-20
	Classificação	Baixo	Baixo	Baixo
Total	Escore Bruto	57	54	55
	Percentil	30-40	25	25-30
	Classificação	Médio-baixo	Médio-baixo	Médio-baixo

Fonte: elaboração do autor.

Na comparação dos escores de funcionamento adaptativo de Milena em pré e pós-intervenção, verificou-se ligeira queda dos escores, que permaneceram na faixa normal nos dois momentos. A avaliação de seguimento também esteve dentro da faixa normal, embora os escores brutos em relacionamentos conjugais e de família tenham se reduzido. Na Tabela 9 estão apresentados os escores brutos, ponderados, o percentil correspondente e a classificação dos escores de funcionamento adaptativo, de acordo com a amostra normativa do ASR.

Tabela 9. Funcionamento adaptativo reportado por Milena (ASR)⁹ na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento

Funcionamento Adaptativo		Pré-intervenção	Pós-intervenção	Seguimento
Amigos	Escore Bruto	9	8	10
	Escore Ponderado (T)	50	46	54
	Percentil	50	34	65
	Classificação	Normal	Normal	Normal
Relacionamento Conjugual	Escore Bruto	5	3	2
	Escore Ponderado (T)	47	40	38
	Percentil	38	16	12
	Classificação	Normal	Normal	Normal
Família	Escore Bruto	1,6	1,8	1,4
	Escore Ponderado (T)	46	50	42
	Percentil	38	50	21

⁹ O domínio “educação” não está apresentado porque o paciente não participava de nenhuma atividade acadêmica.

	Classificação	Normal	Normal	Normal
Emprego	Escore Bruto	1	1	1
	Escore Ponderado (T)	42	42	42
	Percentil	21	21	21
	Classificação	Normal	Normal	Normal
Média adaptativa	Escore Bruto	46,5	44,5	44
	Escore Ponderado (T)	45	42	41
	Percentil	31	21	18
	Classificação	Normal	Normal	Normal

Fonte: elaboração do autor.

A classificação dos problemas de comportamento de Milena era normal nas categorias internalizantes, totais e nos itens críticos, e limítrofe em problemas externalizantes. Houve melhora nos problemas de comportamento externalizantes, ao final do tratamento. No entanto, esses indicadores atingiram nível limítrofe em seguimento. Todos os outros permaneceram normais e estáveis, em seguimento. Na Tabela 10 estão apresentados os escores brutos, ponderados, o percentil correspondente e a classificação dos escores de problemas de comportamento, de acordo com a amostra normativa do ASR.

Tabela 10. Problemas de comportamento reportados por Milena (ASR) na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento

Problemas de Comportamento		Pré-intervenção	Pós-intervenção	Seguimento
Internalizantes	Escore Bruto	13	13	13
	Escore Ponderado (T)	55	55	55
	Percentil	69	69	69
	Classificação	Normal	Normal	Normal
Externalizantes	Escore Bruto	14	12	13
	Escore Ponderado (T)	61	59	60
	Percentil	87	81	84
	Classificação	Limítrofe	Normal	Limítrofe
Totais	Escore Bruto	43	43	43
	Escore Ponderado (T)	54	54	54
	Percentil	65	65	65
	Classificação	Normal	Normal	Normal
Itens críticos	Escore Bruto	4	4	3
	Escore Ponderado (T)	57	57	54
	Percentil	76	76	65
	Classificação	Normal	Normal	Normal

Fonte: elaboração do autor.

Nas subescalas de problemas de comportamento, com exceção do comportamento agressivo, que permaneceu na faixa limítrofe em todas as avaliações, todos os outros indicadores de problemas de comportamento estavam na faixa normal. Na Tabela 11 estão apresentados os escores brutos, ponderados, o percentil correspondente e a classificação dos escores das subescalas de problemas de comportamento, de acordo com a amostra normativa do ASR.

Tabela 11. Escores das subescalas de problemas de comportamento reportados por Milena (ASR) na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento

Subescalas		Pré-intervenção	Pós-intervenção	Seguimento
Depressão/Ansiedade	Escore Bruto	10	8	7
	Escore Ponderado (T)	59	56	55
	Percentil	81	73	69
	Classificação	Normal	Normal	Normal
Isolamento	Escore Bruto	2	4	4
	Escore Ponderado (T)	52	59	59
	Percentil	62	81	81
	Classificação	Normal	Normal	Normal
Queixas somáticas	Escore Bruto	1	1	2
	Escore Ponderado (T)	51	51	52
	Percentil	54	54	58
	Classificação	Normal	Normal	Normal
Problemas de pensamento	Escore Bruto	0	0	0
	Escore Ponderado (T)	50	50	50
	Percentil	<50	<50	<50
	Classificação	Normal	Normal	Normal
Problemas de atenção	Escore Bruto	5	5	7
	Escore Ponderado (T)	53	53	57
	Percentil	62	62	76
	Classificação	Normal	Normal	Normal
Comportamento agressivo	Escore Bruto	12	11	10
	Escore Ponderado (T)	68	67	65
	Percentil	97	96	93
	Classificação	Limítrofe	Limítrofe	Limítrofe
Comportamentos de quebrar regras	Escore Bruto	1	0	2
	Escore Ponderado (T)	51	50	55
	Percentil	54	<50	69
	Classificação	Normal	Normal	Normal
Escore Bruto		1	1	1

Comportamento Intrusivo	Escore Ponderado (T)	51	51	51
	Percentil	54	54	54
	Classificação	Normal	Normal	Normal

Fonte: elaboração do autor.

Todos os indicadores de funcionamento adaptativo de Danilo foram classificados como normais, nas três avaliações realizadas. Não houve grandes alterações dos escores brutos. Na Tabela 12 estão apresentados os escores brutos, ponderados, o percentil correspondente e a classificação dos escores de funcionamento adaptativo, de acordo com a amostra normativa do ASR.

Tabela 12. Funcionamento adaptativo reportado por Danilo (ASR)¹⁰ na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento

Funcionamento Adaptativo		Pré-intervenção	Pós-intervenção	Seguimento
Amigos	Escore Bruto	8	8	10
	Escore Ponderado (T)	47	47	56
	Percentil	38	38	>69
	Classificação	Normal	Normal	Normal
Relacionamento Conjugal	Escore Bruto	4	3	3
	Escore Ponderado (T)	42	39	39
	Percentil	21	14	14
	Classificação	Normal	Normal	Normal
Família	Escore Bruto	2	2	1,8
	Escore Ponderado (T)	57	57	51
	Percentil	>69	>69	54
	Classificação	Normal	Normal	Normal
Emprego	Escore Bruto	3	2	3
	Escore Ponderado (T)	52	47	52
	Percentil	58	38	58
	Classificação	Normal	Normal	Normal
Média adaptativa	Escore Bruto	49,5	47,5	49,5
	Escore Ponderado (T)	50	47	50
	Percentil	50	38	50
	Classificação	Normal	Normal	Normal

Fonte: elaboração do autor.

¹⁰ O domínio “educação” não está apresentado porque o paciente não participava de nenhuma atividade acadêmica.

Verificou-se piora dos problemas de comportamento internalizantes, externalizantes e totais, bem como elevação dos escores dos itens críticos, após o tratamento. Tem-se como hipótese que a piora reportada por Danilo tenha relação com a aversividade do tratamento e com a culpa que o pai sentia pela doença da filha. Adicionalmente, o tratamento envolveu rever dificuldades individuais, das quais Danilo se esquivava em seu funcionamento diário. No período de seguimento, houve expressiva melhora desses indicadores, sem que nenhuma das categorias atingisse nível clínico. Na Tabela 13 estão apresentados os escores brutos, ponderados, o percentil correspondente e a classificação dos escores de problemas de comportamento, de acordo com a amostra normativa do ASR.

Tabela 13. Problemas de comportamento reportados por Danilo (ASR) na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento

Problemas de Comportamento		Pré-intervenção	Pós-intervenção	Seguimento
Internalizantes	Escore Bruto	17	22	16
	Escore Ponderado (T)	61	65	60
	Percentil	87	93	84
	Classificação	Limítrofe	Clínico	Limítrofe
Externalizantes	Escore Bruto	9	12	14
	Escore Ponderado (T)	54	57	59
	Percentil	65	76	81
	Classificação	Normal	Normal	Normal
Totais	Escore Bruto	56	75	65
	Escore Ponderado (T)	59	65	62
	Percentil	81	93	89
	Classificação	Normal	Clínico	Limítrofe
Itens críticos	Escore Bruto	5	10	7
	Escore Ponderado (T)	59	69	64
	Percentil	81	97	92
	Classificação	Normal	Limítrofe	Normal

Fonte: elaboração do autor.

Na mesma direção, os escores das subescalas de depressão/ansiedade e de problemas de atenção, que no início do tratamento estavam na faixa normal, após a intervenção atingiram a faixa clínica. No entanto, em seguimento, esses indicadores voltaram para a faixa limítrofe. Na Tabela 14 estão apresentados os escores brutos,

ponderados, o percentil correspondente e a classificação dos escores das subescalas de problemas de comportamento, de acordo com a amostra normativa do ASR.

Tabela 14. Escores das subescalas de problemas de comportamento reportados por Danilo (ASR) na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento

Subescalas		Pré-intervenção	Pós-intervenção	Seguimento
Depressão/Ansiedade	Escore Bruto	12	18	13
	Escore Ponderado (T)	64	72	65
	Percentil	92	>97	93
	Classificação	Normal	Clínico	Limítrofe
Isolamento	Escore Bruto	2	1	1
	Escore Ponderado (T)	51	50	50
	Percentil	54	<50	<50
	Classificação	Normal	Normal	Normal
Queixas somáticas	Escore Bruto	3	3	2
	Escore Ponderado (T)	57	57	53
	Percentil	76	76	62
	Classificação	Normal	Normal	Normal
Problemas de pensamento	Escore Bruto	5	7	7
	Escore Ponderado (T)	66	70	70
	Percentil	95	>97	>97
	Classificação	Limítrofe	Clínico	Clínico
Problemas de atenção	Escore Bruto	11	17	13
	Escore Ponderado (T)	64	76	68
	Percentil	92	>97	97
	Classificação	Normal	Clínico	Limítrofe
Comportamento agressivo	Escore Bruto	4	5	7
	Escore Ponderado (T)	53	56	59
	Percentil	62	73	81
	Classificação	Normal	Normal	Normal
Comportamentos de quebrar regras	Escore Bruto	3	5	3
	Escore Ponderado (T)	56	61	56
	Percentil	73	87	73
	Classificação	Normal	Normal	Normal
Comportamento Intrusivo	Escore Bruto	2	2	4
	Escore Ponderado (T)	52	52	58
	Percentil	58	58	79
	Classificação	Normal	Normal	Normal

Fonte: elaboração do autor.

Os escores do questionário de satisfação com a intervenção poderiam variar entre 0 e 40, sendo que escores mais elevados indicam maior satisfação. Tanto Danilo quanto Milena avaliaram o tratamento com 38 pontos. Ambos pontuaram 3 (regular), em uma escala Likert de 0-5, na duração dos encontros. A seguir, foram apresentadas as respostas dos pais às questões.

Quadro 10. Satisfação com o tratamento (Milena e Danilo)

1) Que parte/elemento do programa você mais gostou?	
Milena	Danilo
Gostei da forma como o programa foi conduzido, a comunicação da equipe. A cada sessão um novo tema era abordado. As informações foram apresentadas de forma gradativa e crescente. Além disso, o programa abordou questões familiares e individuais, e não apenas relacionadas à doença da Mayra.	Consegui compreender que alimentar minha filha era o único remédio eficaz para o problema. A partir daí, aprender como fazer isso mudou nossas vidas.
2) O que você considera que poderia ser modificado ou melhorado no programa?	
Milena	Danilo
Talvez o número de sessões pudesse ser maior.	Sinceramente não tenho condições de sugerir nada que contribuísse mais. Nesse momento, talvez a insegurança que ainda existe me leve a querer que as sessões e nossas conversas pudessem se estender por mais tempo.

Fonte: elaboração do autor.

FAMÍLIA II (Márcia, Mariana e Henri)

A família II é composta de: Márcia, 13 anos, com diagnóstico de AN restritiva (DSM-5), ensino fundamental incompleto; a mãe, Mariana, 40 anos, pedagoga, professora de ensino médio; e o pai, Henri, 51 anos, engenheiro, desempregado. No momento da avaliação inicial a renda familiar era de R\$ 7.000,00 (média classe média, de acordo com os critérios de renda da APEB desde 2014).

A família entrou em contato com o pesquisador responsável encaminhada por uma nutricionista especialista em transtornos alimentares que estava atendendo o caso em sua clínica privada. No momento da avaliação inicial, Márcia já estava sendo acompanhada por uma médica psiquiatra que corroborou o diagnóstico de AN subtipo restritivo.

Em junho de 2017, momento em que Márcia começou a emagrecer, seu peso era de 57 kg, e altura de 1,57 m (IMC=23,12; *Z-score* [IMC/idade]=+1,26). Ao longo de dois meses, Márcia perdeu 14,1 kg (24,7% de seu peso), sendo preenchido o critério A do DSM-5, de perda significativa de peso. Além disso, pensamentos obsessivos sobre corpo, comida e calorias, medo mórbido de ganhar peso e distorção de imagem corporal foram verificados. O emagrecimento se deu por meio de drástica restrição alimentar autoimposta e por exercícios diários, como caminhadas, corridas, e atividades físicas durante a noite, como limpar a casa e subir e descer as escadas do prédio em que residia.

O início do tratamento psicológico se deu em setembro de 2017. Nesse momento Márcia estava com 42,9 kg (IMC=17,18; *Z-score* [IMC/Idade]=-0,93). Mesmo com todas as orientações de manejo comportamental e psicoeducação, a paciente perdeu 0,7 kg da primeira para a segunda sessão. Assim, com a finalidade de restringir o gasto calórico e inibir comportamentos de restrição e atividade física, Márcia foi afastada das atividades escolares e ficou em regime de internação domiciliar, sempre supervisionada por um dos pais, que revezavam a tarefa de realimentá-la e de evitar atividades e exercícios físicos. A internação domiciliar foi realizada até o final de novembro, quando a paciente voltou, gradativamente, às atividades escolares. Na Tabela 15 está descrita a evolução antropométrica da paciente ao longo dos encontros.

Tabela 15. Evolução das medidas antropométricas de Márcia avaliadas semanalmente

	Data	Idade (anos)	Peso (kg)	Altura (m)	Variação (kg)	IMC (kg/m ²)	Z-score IMC/Idade
Avaliação Inicial	25/09/2017	13	42,9	1,58	-	17,18	-0,93
Tratamento	02/10/2017	13	42,2	1,58	-0,7	16,90	-1,08
	05/10/2017	13	42,6	1,58	+0,4	17,06	-1,00
	09/10/2017	13	42,7	1,58	+0,1	17,10	-0,98
	16/10/2017	13	43,0	1,58	+0,3	17,22	-0,93
	26/10/2017	13	43,5	1,58	+0,5	17,43	-0,84
	30/10/2017	13	44,0	1,58	+0,5	17,63	-0,75
	06/11/2017	13	44,2	1,58	+0,2	17,71	-0,71
	13/11/2017	13	45,1	1,58	+0,9	18,07	-0,56
	21/11/2017	13	45,8	1,59	+0,7	18,12	-0,66
	27/11/2017	13	46,6	1,59	+0,8	18,43	-0,41
	04/12/2017	13	47,4	1,59	+0,8	18,75	-0,28
	11/12/2017	13	48,4	1,59	+1,0	19,14	-0,13
	18/12/2017	13	48,7	1,59	+0,3	19,26	-0,09
	08/01/2018	13	49,1	1,59	+0,4	19,42	-0,04
	22/01/2018	14	49,1	1,59	0,0	19,42	-0,05
	29/01/2018	14	49,1	1,59	0,0	19,42	-0,05
Avaliação final	10/02/2018	14	49,2	1,59	+0,1	19,46	-0,03
Seguimento I	26/02/2018	14	48,9	1,59	-0,3	19,34	-0,08
Seguimento II	26/03/2018	14	48,6	1,59	-0,3	19,22	-0,10
Seguimento III	03/05/2018	14	48,6	1,59	-	19,22	-0,10

Fonte: elaboração do autor.

Márcia chegou ao final do tratamento eutrófica, com 49,2 kg, havendo recuperado 6,3 kg (IMC=19,46; Z-score [IMC/Idade]=-0,03). Do final do tratamento até o seguimento III a paciente havia perdido 0,6 kg, permanecendo eutrófica após três meses da finalização do tratamento (IMC=48,6; Z-score [IMC/idade]=-0,10). Foi verificada amenorreia secundária na avaliação inicial, e os ciclos menstruais estavam regulares ao final do tratamento e permaneceram estáveis no seguimento.

Com relação à gravidade dos sintomas cognitivos e comportamentais de AN, conforme o Gráfico 2 ilustra, no início do tratamento, Márcia apresentava escores bastante elevados em todas as subescalas do EDE-q. Esses escores, que podem variar de

0 a 6, estavam todos acima de 5, sendo que na subescala de preocupação com a comida verificou-se escore máximo.

Ao final do tratamento houve redução expressiva da severidade do TA. Todos os escores eram menores ou iguais a 1. Em período de seguimento, três meses após o término da intervenção, houve nova redução da gravidade da AN e as subescalas de restrição alimentar e preocupação com a comida atingiram nível mínimo. No Gráfico 2 estão descritos os indicadores de gravidade do transtorno alimentar nas três fases do tratamento.

Gráfico 2. Avaliação de psicopatologia alimentar (EDE-q), em pré-tratamento, pós-tratamento e seguimento

Fonte: elaboração do autor.

Quadro 11. Análise funcional dos comportamentos de atividade física, exercício físico e restrição alimentar de Márcia

Antecedente	Resposta	Consequências	Efeitos
<ul style="list-style-type: none"> • Comer transtornado da família • Mãe com Transtorno alimentar subclínico não tratado • Valorização da forma física na família • Autorregra: “Eu tenho que agradar meus pais e a todos” • Comentários na escola sobre o Márcia estar gordinha • Autorregra: “Eu tenho que fazer tudo perfeito” • Crítica dos pais sobre a alimentação de Márcia • Nutricionista prescreve dieta restritiva • Pais estimulam e valorizam a prática de exercício físico para perder peso • Peso considerado inadequado pela própria paciente <p style="text-align: center;">↓</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insatisfação corporal 	<ul style="list-style-type: none"> • Restrição alimentar • Fazer exercício físico 	<ul style="list-style-type: none"> • Perda de peso (SR+/SR-) 	<p>Curto Prazo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Livrar-se dos comentários de amigas sobre seu peso e forma física (SR-) • Livrar-se dos comentários dos pais sobre sua alimentação (SR-) • Elogio dos pais sobre a força de vontade e determinação de Márcia (SR+) • Admiração das amigas (SR+) • Validação da nutricionista (SR+) • Ficar em conformidade com a autorregra sobre agradar os pais e cumprir de maneira perfeita seus objetivos (SR+) • Sensação de controle do corpo e da alimentação (SR+) • Atender à orientação da nutricionista sobre perder peso (SR+) • Não poder ingerir alimentos apetitivos (SP-) • Sensação de fome (SP+) • Irritabilidade (SP+) <p>Longo Prazo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anedonia e fadiga associada à desnutrição (SP+) • Ideias obsessivas sobre peso, forma, alimentação e comida (SP+) • Medo intenso de ganhar peso (SP+) • Isolamento social (SP-) • Sensação de perda de controle (SP+) • Não poder ingerir alimentos apetitivos (SP-) • Sensação de fome (SP+) • Irritabilidade (SP+) • Preocupação e atenção dos pais (SR+)

Fonte: elaboração do autor.

Durante as sessões de psicoterapia de Mariana e Henri, e a partir do modo como se apresentavam, o pesquisador identificou que o casal dava ênfase à saúde e beleza. Ambos praticavam exercício físico regularmente e, embora nenhum deles apresentasse critérios para o diagnóstico de um transtorno alimentar, ambos apresentavam comportamentos alimentares transtornados, como evitar ativamente alimentos ricos em calorias, considerá-los proibidos e nocivos à saúde, fazer exercício físico como método para “pagar o consumo calórico diário”, pular refeições e sentir medo de se tornar obeso, mesmo ambos estando dentro da faixa eutrófica, mais próximos ao limite inferior.

Ao entrar em contato com os critérios para o diagnóstico de anorexia nervosa, Mariana reportou que possivelmente já tenha preenchido os critérios para o transtorno alimentar em sua adolescência, época em que, em suas palavras:

vivia de regime, era muito magra e me achava gordinha, fazia muito exercício físico e cuidava muito do corpo. Morria de medo de engordar. Quando decidi que iria engravidar, parei com os regimes, ganhei um pouco de peso, e ficava péssima. Depois que a Márcia nasceu emagreci de novo, mas nunca mais fui tão magra. (Mariana)

O clínico perguntou a Mariana, que tinha aspecto bastante emagrecido, porém saudável, se as questões alimentares eram um problema que justificasse o encaminhamento para equipe interdisciplinar. Ela reportou que não achava que precisava de ajuda naquele momento, mas que, quando era adolescente, certamente seria bastante desejável.

É possível que a supervalorização dos pais da aparência física, do engajamento em atividades esportivas, como musculação e corrida como meio de controle do peso, e o comer transtornado da família possam ter modelado, ao longo dos anos, uma relação conturbada com a comida de Márcia. Embora os pais nunca tenham criticado a forma física de Márcia, puniam comportamentos de comer alimento como pizza, sanduíches, pães e doces, e consideravam esses alimentos como “porcarias”. Puniam também comportamentos como comer além do que eles consideram necessário. Por outro lado, reforçavam quando a filha controlava a alimentação, fazia esportes ou atividades físicas, e quando perdia peso.

Comentários negativos na escola associados ao peso de Márcia, sua própria percepção de estar acima do peso ideal e insatisfação corporal, somados às autorregras da paciente de fazer tudo de maneira perfeita, e sua necessidade de ser admirada pelos

pais e amigos, foram antecedentes que forneceram contexto para que a paciente se engajasse em uma dieta restritiva prescrita por uma nutricionista.

O pesquisador explicou aos pais que crianças e adolescentes aprendem mais por meio de modelo do que por orientação. Pediu que cuidassem da própria relação com o corpo e comida, e que evitassem falar desses assuntos na presença da filha. Sugeriu que ambos poderiam se beneficiar de psicoterapia para abordarem essa questão.

A partir do contato com a nutricionista, Márcia passou a seguir à risca suas recomendações e se sentia muito culpada quando comia algo que não constava em sua dieta. Mudou completamente sua alimentação e diminuía, por conta própria, as porções e variações de alimentos prescritos pela nutricionista. Algumas semanas após a consulta inicial, havia perdido mais peso do que seria esperado e a nutricionista recomendou um novo plano de alimentação, que Márcia recusou. Deixou de ir à nutricionista e passou a controlar sua alimentação sem as orientações da profissional, restringindo progressivamente sua ingestão calórica.

Em termos de consequências que selecionaram e mantiveram comportamentos com função de perder peso, foi verificado que a paciente sentia vergonha de seu corpo, que começou em função de comentários de colegas de escola sobre sua forma física. Nesse sentido, emagrecer produziu como consequência se livrar desses comentários (reforço negativo), dos comentários dos pais sobre sua alimentação (reforçamento negativo) e, concomitantemente, produzia atenção e validação dos pais e de amigas da escola (reforçamento positivo). Outros reforçadores identificados foram a sensação de controlar o corpo, atender e superar às expectativas da nutricionista nas primeiras pesagens e ficar em conformidade com a autorregra sobre agradar os pais e cumprir de maneira perfeita seus objetivos (fontes de reforçamento positivo).

Essas contingências de reforçamento, sobretudo as provenientes de variáveis sociais, concorriam, em curto prazo, como punidores como sensação de fome e instabilidade de humor associada à privação de alimentos (punidores positivos). Em longo prazo, outros punidores associados à desnutrição foram produzidos, como anedonia e fadiga associada à desnutrição (punição positiva), ideias obsessivas sobre peso, forma, alimentação e comida e medo intenso de ganhar peso (SP+), além da restrição de liberdade associada à internação domiciliar, nas primeiras semanas do processo de psicoterapia. Mesmo com todos esses punidores de alta magnitude, o comportamento de restringir a alimentação e fazer exercícios físicos se mantinha amplamente controlado

pela atenção e proximidade dos pais (reforçamento positivo), pelo medo de se tornar obesa (reforçamento negativo) e pela distorção de imagem corporal (reforçamento negativo).

O manejo comportamental com finalidade de recuperação de peso foi baseado nos passos descritos nos capítulos psicoeducativos e de manejo comportamental, nos quais foram explicitados a noção de comportamento operante, reforço e punição, e o processo de extinção operante, bem como orientações sobre como proceder em situações relacionadas à realimentação. A orientação era de que Márcia estava, temporariamente, incapaz de escolher o que comer e em que momento se alimentar. Sendo assim, os pais deveriam ficar responsáveis pela realimentação, acompanhando a adolescente e preparando sua comida nas seis refeições diárias e garantindo que a quantidade correta de cada alimento estava sendo ingerida.

A realimentação de Márcia foi bastante difícil e estressante para os pais e para a paciente, que ficava agitada e hostil durante as refeições. Chorava, era agressiva com os pais e dizia que queria se matar. Jogava os pratos de comida fora e se trancava no banheiro durante as refeições. Os pais foram orientados a permanecer na mesa até o término da refeição e a ficarem na presença da filha uma hora após a refeição, para diminuir a probabilidade de autoindução de vômito. Adicionalmente, foram orientados a tirar remédios, facas e qualquer outro objeto que pudesse ser utilizado para se machucar por Márcia. Além disso, foram orientados a acompanhar Márcia em tempo integral, validando sua angústia e assegurando a ela que as primeiras semanas são as mais difíceis e que o desejo de morrer passaria.

Os pais, frente à angústia e agitação de Márcia, negociavam com ela as porções e tinham muita dificuldade de manter o que foi combinado com o psicólogo, nutricionista e psiquiatra em termos de objetivos de realimentação. Também foi verificada dificuldade de compreender a gravidade da doença e de abrir mão dos compromissos sociais que tinham planejado previamente. A dificuldade dos pais de cumprir regras e o questionamento frequente das condutas tornaram o tratamento desgastante também para os profissionais que cuidavam de Márcia. Paralelamente, os pais pressionavam a filha para que melhorasse rapidamente, para que pudessem retornar às suas atividades cotidianas.

Como nas primeiras semanas de tratamento houve perda expressiva de peso, foi recomendada a internação domiciliar e a retirada de Márcia de todas as atividades

extracurriculares. Mariana e Henri foram orientados a dormir, em rodízio, no quarto de Márcia para evitar que a adolescente se exercitasse a noite. Nos momentos em que a paciente tomava banho, um de seus pais foi orientado a ficar com ela, também para reduzir a probabilidade de exercício físico nesse momento.

Mariana reportou, nas primeiras semanas de internação domiciliar, sintomas de falta de ar, sudorese, ansiedade, dor no peito, sensação de morte e muita angústia. Todos esses comportamentos são compatíveis com o que a literatura descreve como um ataque de pânico possivelmente associado à ansiedade extrema. Esse episódio denotou a sobrecarga do tratamento e o pai foi convocado a participar mais ativamente dos cuidados da filha, que estavam, até o momento, bastante concentrados em Mariana.

Foi verificado que Mariana tinha um perfil bastante controlador e centralizador do tratamento, e que invalidava e criticava as tentativas do pai de contribuir para o processo de realimentação da filha e de se expressar, ao longo do processo de psicoterapia. Paralelamente, o pai apresentava um perfil bastante passivo e submisso, e com muita dificuldade de estabelecer limites e realimentar a filha. A família dispunha de quase nenhuma rede de apoio social, como membros da família de origem ou amigos próximos que pudessem ajudar.

O pai permaneceu “fora do tratamento” ao longo do processo, e não se mostrou capaz de se responsabilizar pela realimentação da filha, quando demandado, permitindo que ela jogasse comida fora e não cumprindo os combinados de monitoramento em tempo integral. Mariana, por sua vez, tinha muita dificuldade de cumprir a prescrição das recomendações apresentadas no material psicoeducativo e pelo terapeuta. Mesmo com todas as dificuldades, a paciente recuperou peso e estava eutrófica ao final do tratamento.

Os escores de funcionamento adaptativo de Márcia eram normais na avaliação inicial. Após o tratamento permaneceram estáveis, com ligeiro aumento na competência social total. Em seguimento, a competência social total permaneceu dentro da faixa normal, e houve novo ligeiro aumento. Esse achado contraria a hipótese inicial do estudo, segundo a qual o funcionamento adaptativo do adolescente com AN estaria em nível clínico, uma vez que a literatura aponta prejuízos nas áreas sociais, acadêmicas e de atividades para pessoas nessa condição.

No caso de Márcia, a redução acentuada de peso chamou a atenção dos pais, e após três meses do início dos sintomas de AN, a paciente já estava em tratamento nutricional e psiquiátrico, sendo que o acompanhamento psicológico aconteceu após quatro meses do

início dos sintomas. A melhora dos indicadores de competência social, após o tratamento e em seguimento, vai ao encontro da hipótese inicial de que a intervenção produziria efeitos positivos em termos de aquisição de novos repertórios e exposição a novas contingências de reforçamento. Na Tabela 16 estão apresentados os escores brutos, ponderados, o percentil correspondente e a classificação dos escores, de acordo com a amostra normativa do YSR.

Tabela 16. Escores brutos, ponderados, percentil e classificação da competência social de Márcia (YSR) na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento

Funcionamento Adaptativo		Pré-intervenção	Pós-intervenção	Seguimento
Atividades	Escore Bruto	11	10	10
	Escore Ponderado (T)	46	43	43
	Percentil	34	24	24
	Classificação	Normal	Normal	Normal
Social	Escore Bruto	6,5	9,5	10
	Escore Ponderado (T)	41	52	54
	Percentil	18	58	65
	Classificação	Normal	Normal	Normal
Desempenho escolar	Escore Bruto	2,5	2,0	2,5
	Escore Ponderado (T)	-	-	-
	Percentil	-	-	-
	Classificação	-	-	-
Competência Social Total	Escore Bruto	20,0	21,5	22,5
	Escore Ponderado (T)	43	47	50
	Percentil	24	38	50
	Classificação	Normal	Normal	Normal

Fonte: elaboração do autor.

Verificou-se problemas de comportamento internalizantes em nível clínico na avaliação inicial. Após o tratamento, os indicadores de problemas internalizantes, externalizantes e totais permaneceram na faixa normal, e na etapa de seguimento houve redução dos escores brutos de todos os indicadores. Na Tabela 17 estão apresentados os escores brutos, ponderados, o percentil correspondente e a classificação dos escores, de acordo com a amostra normativa do instrumento.

Tabela 17. Problemas de comportamento internalizantes, externalizantes e totais referidos por Márcia (YSR) na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento

Problemas de Comportamento		Pré-intervenção	Pós-intervenção	Seguimento
Internalizantes	Escore Bruto	29	8	7
	Escore Ponderado (T)	68	47	45
	Percentil	97	38	31
	Classificação	Clínico	Normal	Normal
Externalizantes	Escore Bruto	7	5	3
	Escore Ponderado (T)	48	44	40
	Percentil	42	28	16
	Classificação	Normal	Normal	Normal
Totais	Escore Bruto	54	19	15
	Escore Ponderado (T)	58	42	40
	Percentil	79	21	16
	Classificação	Normal	Normal	Normal

Fonte: elaboração do autor.

Nas subescalas de problemas de comportamento, atingiram nível clínico depressão/ansiedade nível limítrofe a subescala de isolamento/depressão. Ao final do tratamento, todos os escores estavam dentro da faixa normal e permaneceram normais na etapa de seguimento. Na Tabela 18 estão apresentados os escores brutos, ponderados, o percentil correspondente e a classificação dos escores das subescalas do YSR.

Tabela 18. Subescalas de problemas de comportamento referidos por Márcia (YSR) na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento

Subescalas		Pré-intervenção	Pós-intervenção	Seguimento
Depressão/Ansiedade	Escore Bruto	16	8	5
	Escore Ponderado (T)	73	59	52
	Percentil	>97	81	58
	Classificação	Clínico	Normal	Normal
Isolamento/Depressão	Escore Bruto	9	0	2
	Escore Ponderado (T)	69	50	51
	Percentil	65	<50	54
	Classificação	Limítrofe	Normal	Normal
Queixas somáticas	Escore Bruto	4	0	0
	Escore Ponderado (T)	54	50	50
	Percentil	65	<50	<50
	Classificação	Normal	Normal	Normal
Problemas interpessoais	Escore Bruto	2	2	1
	Escore Ponderado (T)	51	51	50
	Percentil	54	54	<50
	Classificação	Normal	Normal	Normal
Problemas de pensamento	Escore Bruto	5	0	1
	Escore Ponderado (T)	56	50	50
	Percentil	73	<50	<50
	Classificação	Normal	Normal	Normal
Problemas de atenção	Escore Bruto	8	1	1
	Escore Ponderado (T)	60	50	50
	Percentil	84	<50	<50
	Classificação	Normal	Normal	Normal
Comportamentos de quebrar regras	Escore Bruto	3	3	2
	Escore Ponderado (T)	52	52	51
	Percentil	58	58	54
	Classificação	Normal	Normal	Normal
Comportamento agressivo	Escore Bruto	4	2	1
	Escore Ponderado (T)	50	50	50
	Percentil	<50	<50	<50
	Classificação	Normal	Normal	Normal

Fonte: elaboração do autor.

O estilo parental de Mariana foi classificado como autoritativo em todas as fases da intervenção. Henri, por sua vez, apresentou estilo parental indulgente na avaliação inicial, marcado por alta responsividade e baixo nível de exigência. Após a intervenção e em seguimento, os escores de exigência aumentaram significativamente (28 vs 39 vs 41), e os indicadores de responsividade permaneceram estáveis após o tratamento e com aumento do escore bruto em seguimento, sendo que o estilo parental nessas duas fases foi classificado como autoritativo. Na Tabela 19 estão descritos os escores brutos e a classificação do estilo parental de Mariana e Henri, segundo a perspectiva de Márcia.

Tabela 19. Escores de responsividade e exigência reportados por Márcia e classificação do estilo parental (ERE) na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento

		Pré-intervenção	Pós-intervenção	Seguimento
Mãe	Responsividade	57 (alta)	52 (alta)	59 (alta)
	Exigência	36 (alta)	43 (alta)	47 (alta)
	Estilo Parental	Autoritativo	Autoritativo	Autoritativo
Pai	Responsividade	54 (alta)	54 (alta)	59 (alta)
	Exigência	28 (baixa)	39 (alta)	41 (alta)
	Estilo Parental	Indulgente	Autoritativo	Autoritativo

Fonte: elaboração do autor.

O nível de suporte familiar percebido por Márcia na avaliação inicial variava entre médio-alto e alto. Após a intervenção todos os escores foram considerados altos e, em seguimento, todos permaneceram altos, com ligeiro aumento dos escores brutos nos domínios afetivo-consciente, autonomia e total. Na tabela 20 estão apresentados os escores brutos, percentis e classificação do nível de suporte familiar percebido por Márcia.

Tabela 20. Percepção de suporte familiar referida por Márcia (IPSF) na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento

Domínio		Pré-intervenção	Pós-intervenção	Seguimento
Afetivo-Consciente	Escore Bruto	36	36	38
	Percentil	80	80	90
	Classificação	Alto	Alto	Alto
Adaptação	Escore Bruto	22	26	26
	Percentil	50	90	90
	Classificação	Médio-alto	Alto	Alto
Autonomia	Escore Bruto	14	15	16
	Percentil	60-70	80	90
	Classificação	Médio-alto	Alto	Alto
Total	Escore Bruto	72	77	80
	Percentil	75-80	>90	>90
	Classificação	Alto	Alto	Alto

Fonte: elaboração do autor.

A percepção de suporte familiar reportada por Mariana na avaliação inicial variou de médio-baixa a médio alta, sendo que o escore total foi classificado como médio-alto. Após a intervenção houve expressivo aumento do domínio adaptação, que variou de 21 (médio-baixo) para 26 (alto). Todos os outros domínios tiveram ligeiro aumento dos escores brutos. Em seguimento os domínios afetivo-consciente e de adaptação permaneceram altos e o domínio de autonomia teve queda expressiva e foi classificado como médio-baixo. Na tabela 21 estão apresentados os escores brutos, percentis e classificação do nível de suporte familiar percebido por Mariana.

Tabela 21. Percepção de suporte familiar referida por Mariana (IPSF) na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento

Domínio		Pré-intervenção	Pós-intervenção	Seguimento
Afetivo-Consciente	Escore Bruto	32	33	34
	Percentil	60	60-70	70-75
	Classificação	Médio-alto	Médio-alto	Alto
Adaptação	Escore Bruto	21	26	25
	Percentil	40	90	80
	Classificação	Médio-baixo	Alto	Alto
Autonomia	Escore Bruto	14	16	11
	Percentil	60-70	90	30
	Classificação	Médio-alto	Alto	Médio-baixo
Total	Escore Bruto	67	75	70
	Percentil	60	80	70
	Classificação	Médio-alto	Alto	Médio-alto

Fonte: elaboração do autor.

A percepção de suporte familiar reportada por Henri variou de médio-baixa a médio-alta, no início do tratamento. Ao final do tratamento houve expressivo aumento dos escores em todos os domínios, que foram classificados no estrato superior. Em seguimento verificou-se uma ligeira redução em todos os domínios, que ficaram classificados no nível médio-alto. Na tabela 22 estão apresentados os escores brutos, percentis e classificação do nível de suporte familiar percebido por Henri.

Tabela 22. Percepção de suporte familiar referida por Henri (IPSF) na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento

Domínio		Pré-intervenção	Pós-intervenção	Seguimento
Afetivo-Consciente	Escore Bruto	32	41	37
	Percentil	60-70	>90	80-90
	Classificação	Médio-alto	Alto	Médio-alto
Adaptação	Escore Bruto	23	26	24
	Percentil	50	>90	60-70
	Classificação	Médio-alto	Alto	Médio-alto
Autonomia	Escore Bruto	10	16	13
	Percentil	20-25	>90	50
	Classificação	Médio-baixo	Alto	Médio-alto
Total	Escore Bruto	65	83	74
	Percentil	50-60	>90	80-90
	Classificação	Médio-alto	Alto	Médio-alto

Fonte: elaboração do autor.

A média adaptativa de Mariana esteve dentro da faixa normal em todas as fases da intervenção. Houve pequenas variações, em termos de escore bruto. Na Tabela 23 estão apresentados os escores brutos, ponderados, o percentil correspondente e a classificação dos escores de funcionamento adaptativo, de acordo com a amostra normativa do ASR.

Tabela 23. Funcionamento adaptativo referido por Mariana (ASR) na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento

Funcionamento Adaptativo ¹¹		Pré-intervenção	Pós-intervenção	Seguimento
Amigos	Escore Bruto	10	10	11
	Escore Ponderado (T)	54	54	58
	Percentil	65	65	>69
	Classificação	Normal	Normal	Normal
Relacionamento Conjugual	Escore Bruto	5	4	3
	Escore Ponderado (T)	47	43	40
	Percentil	38	24	16
	Classificação	Normal	Normal	Normal
Família	Escore Bruto	1,4	1,4	1,2
	Escore Ponderado (T)	42	42	39
	Percentil	21	21	14
	Classificação	Normal	Normal	Normal
Emprego	Escore Bruto	3	1	0
	Escore Ponderado (T)	52	42	37
	Percentil	58	21	10
	Classificação	Normal	Normal	Normal
Média adaptativa	Escore Bruto	49	45,5	43,5
	Escore Ponderado (T)	49	44	40
	Percentil	46	28	16
	Classificação	Normal	Normal	Normal

Fonte: elaboração do autor.

Problemas de comportamento internalizantes e externalizantes atingiram a faixa limítrofe na avaliação inicial e houve melhora expressiva após a intervenção. Os problemas de comportamento totais estavam dentro da faixa de normalidade em todas as fases da intervenção. Em seguimento, os problemas de comportamento externalizantes atingiram nível clínico. Na Tabela 24 estão apresentados os escores brutos, ponderados, o percentil correspondente e a classificação dos escores de problemas de comportamento internalizantes, externalizantes e totais, de acordo com a amostra normativa do ASR.

¹¹ O domínio “educação” não está apresentado porque o paciente não participava de nenhuma atividade acadêmica.

Tabela 24. Problemas de comportamento internalizantes, externalizantes e totais referidos por Mariana (ASR) na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento

Problemas de Comportamento		Pré-intervenção	Pós-intervenção	Seguimento
Internalizantes	Escore Bruto	22	15	16
	Escore Ponderado (T)	62	57	58
	Percentil	89	76	79
	Classificação	Limítrofe	Normal	Normal
Externalizantes	Escore Bruto	15	7	18
	Escore Ponderado (T)	62	52	66
	Percentil	89	58	95
	Classificação	Limítrofe	Normal	Clínico
Totais	Escore Bruto	56	33	52
	Escore Ponderado (T)	59	50	58
	Percentil	81	50	79
	Classificação	Normal	Normal	Normal
Itens críticos	Escore Bruto	4	1	1
	Escore Ponderado (T)	57	50	50
	Percentil	76	<50	<50
	Classificação	Normal	Normal	Normal

Fonte: elaboração do autor.

Na avaliação inicial, a escala de comportamento agressivo atingiu a faixa limítrofe. Todas as outras subescalas estavam dentro da faixa normal. Após a intervenção todas as subescalas estavam dentro da faixa normal. Em seguimento, as escalas de comportamento agressivo atingiram nível clínico, e os comportamentos de quebrar regras atingiram a faixa limítrofe. Na Tabela 25 estão apresentados os escores brutos, ponderados, o percentil correspondente e a classificação dos escores das subescalas de problemas de comportamento, de acordo com a amostra normativa do ASR.

Tabela 25. Subescalas de problemas de comportamento referidas por Mariana (ASR) na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento

Subescalas		Pré-intervenção	Pós-intervenção	Seguimento
Depressão/Ansiedade	Escore Bruto	12	9	9
	Escore Ponderado (T)	62	58	58
	Percentil	89	79	79
	Classificação	Normal	Normal	Normal
Isolamento	Escore Bruto	5	3	4
	Escore Ponderado (T)	62	56	59
	Percentil	89	73	81
	Classificação	Normal	Normal	Normal
Queixas somáticas	Escore Bruto	5	3	3
	Escore Ponderado (T)	59	54	54
	Percentil	81	65	65
	Classificação	Normal	Normal	Normal
Problemas de pensamento	Escore Bruto	4	0	1
	Escore Ponderado (T)	62	50	51
	Percentil	89	<50	54
	Classificação	Normal	Normal	Normal
Problemas de atenção	Escore Bruto	5	3	5
	Escore Ponderado (T)	53	51	53
	Percentil	62	54	62
	Classificação	Normal	Normal	Normal
Comportamento agressivo	Escore Bruto	10	5	10
	Escore Ponderado (T)	65	56	65
	Percentil	93	73	93
	Classificação	Limítrofe	Normal	Limítrofe
Comportamentos de quebrar regras	Escore Bruto	2	1	6
	Escore Ponderado (T)	55	51	70
	Percentil	69	54	>97
	Classificação	Normal	Normal	Clínico
Comportamento Intrusivo	Escore Bruto	3	1	2
	Escore Ponderado (T)	56	51	53
	Percentil	73	54	62
	Classificação	Normal	Normal	Normal

Fonte: elaboração do autor.

A média adaptativa de Henri foi classificada dentro da faixa normal em todas as fases da intervenção. Na avaliação inicial o domínio de relacionamento conjugal atingiu a faixa limítrofe. Nas avaliações posteriores essa área ficou dentro da faixa normal. Na Tabela 26 estão apresentados os escores brutos, ponderados, o percentil correspondente e a classificação dos escores de funcionamento adaptativo, de acordo com a amostra normativa do ASR.

Tabela 26. Funcionamento adaptativo reportado por Henri (ASR) na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento

Funcionamento Adaptativo ¹²		Pré-intervenção	Pós-intervenção	Seguimento
Amigos	Escore Bruto	7	8	10
	Escore Ponderado (T)	43	47	56
	Percentil	24	38	>69
	Classificação	Normal	Normal	Normal
Relacionamento Conjugal	Escore Bruto	1	4	3
	Escore Ponderado (T)	33	42	39
	Percentil	5	21	14
	Classificação	Limítrofe	Normal	Normal
Família	Escore Bruto	2,0	1,8	1,8
	Escore Ponderado (T)	57	51	51
	Percentil	>69	54	54
	Classificação	Normal	Normal	Normal
Média adaptativa	Escore Bruto	44,5	46,5	48,5
	Escore Ponderado (T)	43	45	49
	Percentil	24	31	46
	Classificação	Normal	Normal	Normal

Fonte: elaboração do autor.

Na avaliação inicial de Henri, problemas de comportamento internalizantes e totais atingiram nível clínico, e problemas externalizantes ficaram na faixa limítrofe. Após a intervenção todos os indicadores estavam na faixa limítrofe, e em seguimento todos os domínios atingiram a faixa de normalidade. Na Tabela 27 estão apresentados os escores brutos, ponderados, o percentil correspondente e a classificação dos escores de

¹² Os domínios de “educação” e “trabalho” não foram apresentados porque o paciente não participava de nenhuma atividade acadêmica e tampouco estava empregado no momento da avaliação.

problemas de comportamento internalizantes, externalizantes e totais, de acordo com a amostra normativa do ASR.

Tabela 27. Problemas de comportamento internalizantes, externalizantes e totais reportados por Henri (ASR) na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento

Problemas de Comportamento		Pré-intervenção	Pós-intervenção	Seguimento
Internalizantes	Escore Bruto	31	18	14
	Escore Ponderado (T)	71	62	58
	Percentil	>98	89	79
	Classificação	Clínico	Limítrofe	Normal
Externalizantes	Escore Bruto	16	15	12
	Escore Ponderado (T)	61	60	57
	Percentil	87	84	76
	Classificação	Limítrofe	Limítrofe	Normal
Totais	Escore Bruto	94	64	51
	Escore Ponderado (T)	74	62	58
	Percentil	>98	89	79
	Classificação	Clínico	Limítrofe	Normal
Itens críticos	Escore Bruto	10	6	7
	Escore Ponderado (T)	69	62	64
	Percentil	97	89	92
	Classificação	Limítrofe	Normal	Normal

Fonte: elaboração do autor.

Na avaliação inicial das subescalas de problemas de comportamento foram verificados escores dentro da faixa clínica nas áreas de depressão/ansiedade e problemas de pensamento. Problemas de atenção atingiram a faixa limítrofe. Após a intervenção houve melhora expressiva dos problemas de comportamento, e apenas as subescalas de depressão/ansiedade e de Comportamento Intrusivo atingiram a faixa limítrofe. Em seguimento, todas as subescalas estavam dentro da faixa normal. Na Tabela 28 estão apresentados os escores brutos, ponderados, o percentil correspondente e a classificação dos escores das subescalas de problemas de comportamento, de acordo com a amostra normativa do ASR.

Tabela 28. Subescalas de problemas de comportamento reportadas por Henri (ASR) na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento

Subescalas		Pré-intervenção	Pós-intervenção	Seguimento
Depressão/Ansiedade	Escore Bruto	22	14	10
	Escore Ponderado (T)	78	66	61
	Percentil	>97	86	81
	Classificação	Clínico	Limítrofe	Normal
Isolamento	Escore Bruto	3	1	1
	Escore Ponderado (T)	54	50	50
	Percentil	65	<50	<50
	Classificação	Normal	Normal	Normal
Queixas somáticas	Escore Bruto	6	3	3
	Escore Ponderado (T)	64	57	57
	Percentil	92	76	76
	Classificação	Normal	Normal	Normal
Problemas de pensamento	Escore Bruto	9	4	4
	Escore Ponderado (T)	75	63	63
	Percentil	>97	90	90
	Classificação	Clínico	Normal	Normal
Problemas de atenção	Escore Bruto	12	8	7
	Escore Ponderado (T)	66	58	56
	Percentil	95	79	73
	Classificação	Limítrofe	Normal	Normal
Comportamento agressivo	Escore Bruto	8	7	4
	Escore Ponderado (T)	61	59	53
	Percentil	87	81	62
	Classificação	Normal	Normal	Normal
Comportamentos de quebrar regras	Escore Bruto	3	1	3
	Escore Ponderado (T)	56	51	56
	Percentil	73	54	73
	Classificação	Normal	Normal	Normal
Comportamento Intrusivo	Escore Bruto	5	7	5
	Escore Ponderado (T)	61	69	61
	Percentil	87	97	87
	Classificação	Normal	Limítrofe	Normal

Fonte: elaboração do autor.

Os escores do questionário de satisfação com a intervenção poderiam variar entre 0 e 40, sendo que os escores mais elevados indicam maior satisfação. Henri classificou o tratamento com 34 pontos, marcando 4 (um pouco melhor do que antes) na questão que avaliava o quanto a intervenção contribuiu para melhorar o relacionamento entre pai e filha, 1 (muita dificuldade) na questão que se refere ao nível de dificuldade que o pai teve em colocar em prática as orientações recebidas, e 4 (suficiente), no número de sessões da intervenção.

Mariana classificou a intervenção com 35 pontos, assinalando 4 (um pouco melhor do que antes) na questão sobre o quanto o tratamento contribuiu para melhorar o relacionamento entre mãe e filha, 2 (pouca dificuldade) na questão que se refere ao nível de dificuldade em aceitar e colocar em prática as orientações recebidas e 4 (suficiente), no número de sessões da intervenção. No Quadro 12 apresentam-se as respostas dos pais às questões:

Quadro 12. Satisfação com o tratamento (Henri e Mariana)

1) Que parte/elemento do programa você mais gostou?	
Henri	Mariana
Gostei como a Anorexia é apresentada, porque se a gente sabe o que está acontecendo, podemos lidar melhor.	Gostei porque o tratamento foi programado em diversas fases, e feito pouco a pouco. Isso ajuda muito a cumprir todas as etapas, cada uma com um objetivo. A primeira coisa é a recuperação de peso e entender o que é a doença, para depois falar mais da parte psicológica mesmo.
2) O que você considera que poderia ser modificado ou melhorado no programa?	
Henri	Mariana
Acho que o material psicoeducativo poderia ter sido entregue na primeira semana, porque a gente fica desorientado com o diagnóstico e acaba esquecendo muita coisa do que foi falado na sessão.	Os capítulos do livrinho poderiam ter sido entregues antes.

Fonte: elaboração do autor.

FAMÍLIA III (Bianca, Daniela e Diego)

A família III é composta de: Bianca, 13 anos, com diagnóstico de AN (DSM-5), ensino fundamental incompleto; a mãe, Daniela, 39 anos, advogada; e o pai, Diego, 43 anos, administrador de empresa própria. A renda familiar, no início do tratamento, era de R\$ 25.000,00 (alta classe alta de acordo com os critérios de renda da APEB desde 2014). Daniela entrou em contato com o pesquisador responsável a partir da divulgação da pesquisa na rede social *Linked in*. Bianca nunca havia sido avaliada por profissionais da área de saúde mental até sua participação no presente projeto de pesquisa.

A perda de peso e outros sintomas de AN começaram nas primeiras semanas de fevereiro de 2017, segundo relato dos pais, quando Bianca pesava aproximadamente 49 kg, com 1,55 m de altura (IMC=20,39; *Z-score* [IMC/Idade]=+0,64). Em cinco meses, a paciente perdeu 4,9 kg (10% de seu peso) e cresceu 1 cm (IMC=18,12; *Z-score* [IMC/Idade]=-0,39), sendo preenchido o critério A do DSM-5 de perda significativa de peso, que se deu por restrição alimentar autoimposta e por exercícios e atividade física em excesso.

Bianca apresentava medo intenso de ganhar peso, imagem corporal distorcida (achava-se gorda, mesmo com IMC abaixo do mínimo esperado para sua idade, sexo e altura) e seu humor oscilava junto à sua forma física. A paciente passou a restringir atividades sociais que envolvessem comida e reportou pensamentos obsessivos sobre corpo, calorias, medidas e peso.

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

Bianca foi diagnosticada pela médica psiquiatra com Transtorno de Ansiedade Generalizada, comórbido ao transtorno alimentar. Para o tratamento dos sintomas de ansiedade a paciente foi medicada com Cloridrato de Venlafaxina, 37,5 mg. Trata-se de um antidepressivo Inibidor Seletivo da Recaptação de Serotonina e Noradrenalina, que em doses baixas tem função de ansiolítico. A paciente não aderiu ao tratamento medicamentoso, reportando efeitos colaterais de tontura, boca seca e cefaleia. Bianca

iniciou o tratamento com 44,1 kg (IMC=18,12; *Z-score* [IMC/Idade]=-0,39). Na Tabela 29 está descrita a evolução antropométrica da paciente ao longo dos encontros.

Tabela 29. Evolução das medidas antropométricas de Bianca avaliadas semanalmente

	Data	Idade (anos)	Peso (kg)	Altura (m)	Variação (kg)	IMC (kg/m ²)	Z-score IMC/Idade
Avaliação Inicial	08/08/2017	13	44,1	1,56	-	18,12	-0,39
Tratamento	15/08/2017	13	45,2	1,56	1,1	18,57	-0,20
	24/08/2017	13	45,6	1,56	0,4	18,74	-0,13
	31/08/2017	13	45,4	1,57	-0,2	18,42	-0,26
	05/09/2017	13	46,1	1,57	0,7	18,70	-0,15
	18/09/2017	13	46,7	1,57	0,6	18,95	-0,05
	25/09/2017	13	46,2	1,57	-0,5	18,74	-0,13
	03/10/2017	13	47,3	1,57	1,1	19,19	+0,05
	09/10/2017	13	47,3	1,57	0,0	19,19	+0,05
	16/10/2017	13	48,2	1,57	0,9	19,55	+0,18
	24/10/2017	13	47,3	1,57	-0,9	19,19	+0,05
	31/10/2017	13	47,7	1,57	0,4	19,35	+0,11
	07/11/2017	13	47,8	1,57	0,1	19,39	+0,12
	14/11/2017	13	47,3	1,57	-0,5	19,19	+0,05
	21/11/2017	13	48,1	1,57	0,8	19,51	+0,17
	05/12/2017	13	47,2	1,57	-0,9	19,15	+0,03
	12/12/2017	13	47,1	1,57	-0,1	19,11	+0,01
Avaliação final	19/12/2017	13	46,7	1,57	-0,4	18,95	-0,05
Seguimento I	09/01/2017	13	46,6	1,57	-0,1	18,91	-0,04
Seguimento II	18/01/2017	13	47,1	1,57	+0,5	19,11	+0,01
Seguimento III	21/03/2018	13	47,9	1,58	+0,8	19,18	+0,10

Fonte: elaboração do autor.

Bianca chegou ao final do tratamento eutrófica, com 46,7 kg, havendo recuperado 2,6 kg (IMC=18,95; *Z-score* [IMC/Idade]=-0,05). Do final do tratamento até o seguimento III a paciente recuperou mais 1,2 kg, permanecendo eutrófica após três meses da finalização do tratamento (IMC=19,18; *Z-score* [IMC/idade]=+0,10). Foi verificada instabilidade dos ciclos menstruais no início do tratamento. Ao final da intervenção e em seguimento os ciclos menstruais estavam regulares.

Bianca apresentava escores das subescalas e global pouco acima do nível médio, em linha de base. Ao final da intervenção verificou-se diminuição expressiva dos escores em todas as subescalas. Em seguimento, uma nova diminuição da severidade do TA foi verificada nas escalas de restrição alimentar, preocupação com a forma, com o peso, e escore global. No Gráfico 3 estão descritos os indicadores de gravidade do transtorno alimentar nas três fases do tratamento.

Gráfico 3. Avaliação de psicopatologia alimentar (EDE-q) em pré-tratamento, pós-tratamento e seguimento

Fonte: elaboração do autor.

Quadro 13. Análise funcional dos comportamentos de atividade física, exercício físico e restrição alimentar de Bianca

Antecedente	Resposta	Consequências	Efeitos
<ul style="list-style-type: none"> Nascimento da irmã Demissão de funcionária que cuidou de Bianca desde seu nascimento até seus 12 anos Pais com longa jornada de trabalho, de segunda a sábado <p style="text-align: center;">↓</p> <ul style="list-style-type: none"> Privação de atenção e afeto Pedido do pediatra para perder peso com finalidade de evitar puberdade precoce Punição da ingestão de alimentos calóricos pelo pai Regra: “as pessoas gostam muito mais de gente bonita, e para ser bonita tem que ser magra” Autorregra: “Para eu ser selecionada como líder de torcida na escola tenho que ter o corpo mais bonito” Regra: “Ninguém gosta de gente gorda Insatisfação corporal 	<ul style="list-style-type: none"> Restrição alimentar Fazer exercício físico 	<ul style="list-style-type: none"> Perda de peso (SR+/SR-) 	<p>Curto Prazo</p> <ul style="list-style-type: none"> Atenção e afeto dos pais (SR+) Pais atendem a todos os pedidos de Bianca (SR+) Pais deixam de exigir responsabilidades de Bianca (SR-) Atender à demanda de perder peso do pediatra (SR+) Pais, familiares próximos colegas de classe elogiam a forma física de Bianca (SR+) Bianca é selecionada para ser a líder de torcida de sua escola (SR+) Sentir-se mais bonita -> sentir-se querida (SR+) Evitar puberdade precoce - > crescer mais (SR-) Sensação de controle do corpo e da alimentação (SR+) Não poder ingerir alimentos apetitivos (SP-) Sensação de fome (SP+) Irritabilidade (SP+) <p>Longo Prazo</p> <ul style="list-style-type: none"> Anedonia e fadiga associada à desnutrição (SP+) Não poder ingerir alimentos apetitivos (SP-) Sensação de fome (SP+) Irritabilidade (SP+) Ideias obsessivas sobre peso, forma, alimentação e comida (SP+) Medo intenso de ganhar peso (SP+) Isolamento social (SP-) Sensação de perda de controle (SP+) Restrição de liberdade (SP-) Atenção e afeto dos pais (SR+) Pais atendem a todos os pedidos de Bianca (SR+)

Fonte: elaboração do autor.

Os pais de Bianca reportaram que aos 10 anos a adolescente começou a apresentar sinais de que entraria na puberdade. O médico pediatra indicou que Bianca deveria evitar alimentos ricos em calorias e gorduras para evitar a puberdade precoce, para, então, poder crescer mais. Esse foi um dos gatilhos para o início da sua dieta restritiva, principal fator de risco para o aparecimento de um transtorno alimentar. Nessa fase Bianca começou a frequentar mais a casa de duas tias, irmãs de Daniela, que têm dificuldades alimentares, sendo que uma delas faz tratamento psicológico e psiquiátrico para Bulimia Nervosa. Nesses encontros elas falavam sobre medidas corporais ideais, peso, receitas de comidas saudáveis, pouco calóricas, e por exercícios físicos. Daniela e Diego foram orientados, em termos psicoeducativos, sobre o risco de dietas restritivas para o surgimento de um transtorno alimentar, e orientados a não permitir restrição alimentar de Bianca. O pesquisador reforçou a importância de seguir o plano alimentar prescrito pela nutricionista comportamental. Os pais foram orientados ainda a restringir momentos em que Bianca ficava sozinha com as tias com dificuldades alimentares.

Uma competição para líder de torcida na escola, em que a adolescente mais bonita seria escolhida por uma banca julgadora, estimulou a emissão de respostas com função de perder peso. Uma vez que a paciente tinha a autorregra que para ser bonita é preciso ter um corpo bastante emagrecido, é natural que tenha emitido diversos comportamentos com essa finalidade. Ter sido vencedora dessa competição possivelmente reforçou esse padrão. Uma vez que os pais foram orientados a restringir qualquer atividade física de Bianca, a paciente deixou de frequentar o treinamento para líder de torcida.

Foi verificado que muitas das consequências que selecionaram e que mantiveram o comportamento de restrição alimentar e exercício físico, como elogio e atenção dos pais, tinham relação com o hábito da família de supervalorização da aparência física de Bianca, em detrimento de outras características. Por exemplo, na primeira sessão, Diego reportou, com orgulho, que Bianca era a menina mais bonita da sala. Em uma das sessões, em que Bianca estava bastante angustiada devido à recuperação de peso, a adolescente reportou:

eu não quero engordar, porque daí vou ficar feia, e ser bonita é a única coisa que eu tenho, que faço bem. (Bianca)

Esse relato corroborou a hipótese funcional, segundo a qual a adolescente apresentava déficits importantes em termos de habilidades socioemocionais e de vida cotidiana, e que tinha baixa autoestima. Daniela reportou que a obsessão de Bianca com

beleza e corpo teve início aos 10 anos, aproximadamente, e piorou com o início das competições para líder de torcida na escola. Relatou que imaginava que essas obsessões cessariam com o fim da competição em que Bianca foi vencedora, mas comportamentos como se maquiar por uma hora todos os dias, não permitir que outras pessoas a vissem sem maquiagem e medir sua cintura e seios permaneceram ao final da competição e aumentaram de frequência, posteriormente. Os pais foram orientados a identificar e reforçar comportamentos adequados e não associados à aparência física de Bianca. Adicionalmente, foram orientados a manejar as contingências de modo a estimular comportamentos esperados para meninas da idade de Bianca, como pegar ônibus, ajustar o despertador e cuidar da arrumação de seu quarto, de maneira gradativa, com o objetivo de aumentar o senso de autoeficácia da adolescente. Todas essas responsabilidades ficavam sob os cuidados de Daniela, anteriormente.

Quando perguntados, nas entrevistas iniciais, sobre suas hipóteses sobre o adoecimento de Bianca, seus pais mencionaram que o ano de 2016 havia sido especialmente difícil para a filha devido ao nascimento de Yasmin, a irmã mais nova, e devido à demissão de Ingrid, funcionária à qual Bianca era extremamente apegada e que foi sua cuidadora desde seu nascimento até os 12 anos, além das longas jornadas de trabalho dos pais, de segunda-feira à sábado. Segundo Daniela, em 2016, a adolescente passou muito tempo sozinha:

antes ela era o centro do nosso universo. Nós fazíamos tudo para ela, era tratada como uma princesa por mim e pela Ingrid. De repente veio a Yasmin, que não foi planejada, a Ingrid foi embora, e eu e o Diego estávamos passando por diversas mudanças no trabalho. Foi um baque e acho que ela não aguentou. (Daniela)

Daniela reportou ainda que no segundo semestre de 2016 a filha ligava diversas vezes para ela, muitas vezes chorando, por não saber fazer coisas como pedir uma pizza, ligar o fogão ou colocar roupa na máquina de lavar. Segundo a mãe,

ela se desesperava porque achava que não conseguia fazer as coisas, e nem tentava. Hoje vejo que nós acostumamos mal a Bianca, sempre fazendo tudo para ela. Ela não aprendeu. (Daniela)

A partir desse relato ficou claro que a superproteção inicial produziu dependência de Bianca de seus pais, e muita dificuldade de lidar com as demandas do dia a dia de forma

eficaz. Essa dependência foi verificada durante as sessões de psicoterapia em que Bianca recorria diversas vezes aos pais, no momento do preenchimento dos questionários de avaliação, demonstrando sua dificuldade de autonomia e infantilização. Por diversas mudanças de contingências abruptas, como a demissão de Ingrid, o excesso de trabalho dos pais e o nascimento de uma irmã, repertório de autonomia foram requeridos, mas Bianca não os tinha desenvolvidos. Nesse contexto, a AN pode ter tido função de “recuperar a atenção dos pais” e sinalizar que a adolescente não se sentia preparada para as demandas da vida de uma adolescente típica.

Tendo como hipótese que o adoecimento de Bianca estava sendo mantido, também, pela atenção dos pais direcionada a comportamentos associados ao quadro de AN (por exemplo, recusar comida nas refeições, medir-se ou pesar-se na presença dos pais, falar sobre como estava se sentindo obesa, entre outros), o pesquisador os orientou a ficarem sensíveis e reforçarem diferencialmente os comportamentos de Bianca de falar sobre a falta que sente dos pais, pedir ajuda e interagir de maneira prossocial com sua irmã. Os pais foram orientados também a fazer atividades dirigidas à Bianca, como conversar em seu quarto e chamá-la para jantar fora.

Diego sempre enfrentou problemas com o peso, reportou que no ensino fundamental sofreu *bullying* associado à obesidade. Relatou que se sentia muito culpado, porque com medo de a filha passar pelo mesmo tipo de situação, sempre perguntava a ela se era necessário comer tanta “coisa gorda”. Nas palavras do pai:

eu vigiava e pegava no pé mesmo, porque via que ela estava começando a ficar gordinha. Quando até o médico falou que ela tinha que perder peso, eu fiquei em cima dela. E quando ela começou a emagrecer, fiquei superfeliz, elogiava muito e dava a maior força. No começo ela ficou muito bonita, mas depois murchou. (Diego)

A punição de comportamentos de comer alimentos calóricos diminuiu a probabilidade de emissão dessa resposta de Bianca, pelo menos na presença de Diego. O pai foi orientado a reforçar comportamento de comer de maneira saudável o que a nutricionista prescreveu e não falar de alimentos calóricos ou ricos em gorduras como “porcarias”.

O manejo comportamental com finalidade de recuperação de peso foi baseado nos passos descritos nos capítulos psicoeducativos e de manejo comportamental, em que explicitou-se a noção de comportamento operante, reforço e punição, o processo de

extinção operante, além de orientações sobre como proceder em situações relacionadas à realimentação.

Basicamente, a orientação era de que Bianca estava, temporariamente, incapaz de escolher o que comer e em que momento se alimentar. Sendo assim, os pais deveriam ficar responsáveis pela realimentação, acompanhando a adolescente em todas as refeições e preparando sua comida, garantindo que estava sendo ingerida a quantidade correta de cada alimento.

Bianca não apresentou resistência ativa ao processo de realimentação, no entanto, as oscilações de peso e perda de peso, na quarta e sétima pesagem indicavam que a paciente não estava comendo as porções indicadas ou estava apresentando comportamentos compensatórios. Quando perguntada sobre o porquê de não estar ganhando o peso esperado, Bianca reportou que fazia exercícios à noite, e que ficava se mexendo durante o dia, para gastar calorias. Adicionalmente, reportou que na escola não pegava o elevador e subia e descia para os intervalos pela escada. A coordenação da escola foi avisada de que Bianca não poderia fazer atividades ou exercícios físicos naquele semestre. A adolescente também foi afastada do treinamento para líder de torcida. Para inibir comportamentos de checagem do corpo a balança foi retirada de sua casa, bem como a fita métrica que ela tinha em seu quarto.

Diego e Daniela reportaram que estavam cumprindo o manejo comportamental parcialmente, e que em algumas ocasiões a adolescente cuidou de sua alimentação por conta própria. Foi reforçada a necessidade de acompanhamento em todas as refeições e o cumprimento de todos os combinados descritos no livro psicoeducativo.

A competência social total de Bianca foi classificada como clínica em pré e pós-intervenção, sobretudo devido aos baixos escores na subescala de atividades. Em seguimento, a competência social total ficou dentro da faixa limítrofe, com melhora dos indicadores de engajamento em atividades e na área de social. Na Tabela 30 estão apresentados os escores brutos, ponderados, o percentil correspondente e a classificação dos escores de competência social, de acordo com a amostra normativa do YSR.

Tabela 30. Competência social referida por Bianca (YSR) na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento

Funcionamento Adaptativo		Pré-intervenção	Pós-intervenção	Seguimento
Atividades	Escore Bruto	5,5	7,0	7,0
	Escore Ponderado (T)	30	35	35
	Percentil	<3	7	7
	Classificação	Clínico	Limítrofe	Limítrofe
Social	Escore Bruto	8,5	6,5	9,5
	Escore Ponderado (T)	48	41	52
	Percentil	42	18	58
	Classificação	Normal	Normal	Normal
Desempenho escolar	Escore Bruto	2,0	2,5	2,0
	Escore Ponderado (T)	-	-	-
	Percentil	-	-	-
	Classificação	-	-	-
Competência Social Total	Escore Bruto	16,0	16,0	18,5
	Escore Ponderado (T)	34	34	40
	Percentil	6	6	16
	Classificação	Clínico	Clínico	Limítrofe

Fonte: elaboração do autor.

Os problemas de comportamento totais estiveram em nível clínico na avaliação de linha de base, com escores clínicos em problemas internalizantes. Após a intervenção, problemas de comportamento internalizantes, externalizantes e totais foram classificados como limítrofes. Em seguimento houve aumento dos escores de problemas de comportamento internalizantes e externalizantes, e os problemas de comportamento totais ficaram dentro da faixa clínica. Na Tabela 31 estão apresentados os escores brutos, ponderados, o percentil correspondente e a classificação dos escores de problemas de comportamento, de acordo com a amostra normativa do YSR.

Tabela 31. Problemas de comportamento internalizantes, externalizantes e totais referidos por Bianca (YSR) na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento

Problemas de Comportamento		Pré-intervenção	Pós-intervenção	Seguimento
Internalizantes	Escore Bruto	26	22	23
	Escore Ponderado (T)	65	62	63
	Percentil	93	89	90
	Classificação	Clínico	Limítrofe	Limítrofe
Externalizantes	Escore Bruto	16	17	21
	Escore Ponderado (T)	60	61	65
	Percentil	Limítrofe	Limítrofe	Clínico
	Classificação	84	87	93
Totais	Escore Bruto	70	62	76
	Escore Ponderado (T)	64	61	65
	Percentil	92	87	93
	Classificação	Clínico	Limítrofe	Clínico

Fonte: elaboração do autor.

Nas subescalas verificou-se, na avaliação inicial, depressão/ansiedade e queixas somáticas em nível clínico. Após a intervenção, nenhum dos indicadores atingiu a faixa clínica. Em seguimento queixas somáticas, problemas de atenção e de pensamento ficaram dentro da faixa limítrofe, e nenhum indicador foi classificado como clínico. Na Tabela 32 estão apresentados os escores brutos, ponderados, o percentil correspondente e a classificação dos escores de problemas de comportamento das subescalas do YSR, de acordo com a amostra normativa do instrumento.

Tabela 32. Subescalas de problemas de comportamento referidos por Bianca (YSR) na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento

Subescalas		Pré-intervenção	Pós-intervenção	Seguimento
Depressão/Ansiedade	Escore Bruto	14	13	10
	Escore Ponderado (T)	68	66	62
	Percentil	97	95	89
	Classificação	Clínico	Limítrofe	Normal
Isolamento/Depressão	Escore Bruto	0	1	4
	Escore Ponderado (T)	50	50	55
	Percentil	<50	<50	69
	Classificação	Normal	Normal	Normal
Queixas somáticas	Escore Bruto	12	8	9
	Escore Ponderado (T)	72	65	66
	Percentil	>97	93	95
	Classificação	Clínico	Limítrofe	Limítrofe
Problemas interpessoais	Escore Bruto	7	4	5
	Escore Ponderado (T)	64	55	58
	Percentil	92	69	79
	Classificação	Normal	Normal	Normal
Problemas de pensamento	Escore Bruto	7	7	10
	Escore Ponderado (T)	61	61	66
	Percentil	87	87	95
	Classificação	Normal	Normal	Limítrofe
Problemas de atenção	Escore Bruto	8	7	11
	Escore Ponderado (T)	60	57	69
	Percentil	84	76	97
	Classificação	Normal	Normal	Limítrofe
Comportamentos de quebrar regras	Escore Bruto	4	5	8
	Escore Ponderado (T)	54	57	63
	Percentil	65	76	90
	Classificação	Normal	Normal	Normal
Comportamento agressivo	Escore Bruto	12	12	13
	Escore Ponderado (T)	62	62	63
	Percentil	89	89	90
	Classificação	Normal	Normal	Normal

Fonte: elaboração do autor.

Os indicadores de responsividade e de exigência de Daniela foram considerados altos, ao início do tratamento, a partir da perspectiva de Bianca, e ambos os pais foram classificados com estilo autoritativo em todas as avaliações realizadas. Verificou-se expressiva redução dos escores brutos exigência de Daniela após o tratamento e ligeiro aumento em seguimento. Os indicadores de responsividade permaneceram estáveis nas três etapas de avaliação. O estilo parental de Diego também foi considerado autoritativo nas três fases de avaliação, com ligeira redução da responsividade após a intervenção e nova redução em seguimento. Os indicadores de exigência tiveram expressiva queda após a intervenção e permaneceram estáveis em seguimento. Na Tabela 33 estão descritos os escores brutos e a classificação do estilo parental de Daniela e Diego, segundo a perspectiva de Bianca.

Tabela 33. Escores de responsividade e exigência reportados por Bianca e classificação do estilo parental (ERE) na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento

		Pré-intervenção	Pós-intervenção	Seguimento
Mãe	Responsividade	60	59	59
	Exigência	49	41	43
	Estilo Parental	Autoritativo	Autoritativo	Autoritativo
Pai	Responsividade	60	58	55
	Exigência	46	33	33
	Estilo Parental	Autoritativo	Autoritativo	Autoritativo

Fonte: elaboração do autor.

A percepção de suporte familiar de Bianca foi classificada como baixa, ao início do tratamento. Ao final da intervenção houve expressiva melhora da percepção de suporte familiar em todos os domínios. Em seguimento, o total dos escores brutos permaneceu estável em comparação à avaliação anterior, e bastante superior aos reportados na avaliação inicial. Na Tabela 34 estão apresentados os escores brutos, ponderados, o percentil correspondente e a classificação dos escores, de acordo com a amostra normativa do IPSF.

Tabela 34. Percepção de suporte familiar de Bianca (IPSF) na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento

Domínio		Pré-intervenção	Pós-intervenção	Seguimento
Afetivo-Consciente	Escore Bruto	9	34	35
	Percentil	<10	90	75-80
	Classificação	Baixo	Alto	Alto
Adaptação	Escore Bruto	9	21	21
	Percentil	<10	40	40
	Classificação	Baixo	Médio-baixo	Médio-baixo
Autonomia	Escore Bruto	3	12	10
	Percentil	<10	40	25
	Classificação	Baixo	Médio-baixo	Médio-baixo
Total	Escore Bruto	21	67	66
	Percentil	<10	60	50-60
	Classificação	Baixo	Médio-alto	Médio-alto

Fonte: elaboração do autor.

A percepção de suporte familiar de Daniela foi classificada como alta em todos os domínios avaliados em pré-intervenção. Todos os domínios permaneceram na faixa superior ao final da intervenção e em seguimento, com ligeiro aumento no domínio afetivo-consciente e ligeira redução no domínio de adaptação. Na Tabela 35 estão apresentados os escores brutos, ponderados, o percentil correspondente e a classificação dos escores, de acordo com a amostra normativa do IPSF.

Tabela 35. Percepção de suporte familiar de Daniela na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento

Domínio		Pré-intervenção	Pós-intervenção	Seguimento
Afetivo-Consciente	Escore Bruto	38	37	39
	Percentil	90	88	90
	Classificação	Alto	Alto	Alto
Adaptação	Escore Bruto	26	26	24
	Percentil	90	90	70-75
	Classificação	Alto	Alto	Alto
Autonomia	Escore Bruto	16	16	16
	Percentil	90	90	90
	Classificação	Alto	Alto	Alto
Total	Escore Bruto	80	79	79
	Percentil	>90	>90	>90
	Classificação	Alto	Alto	Alto

Fonte: elaboração do autor.

A percepção de suporte familiar de Diego foi classificada como alta em todos os domínios avaliados em pré-intervenção. Todos as áreas avaliadas permaneceram na faixa superior ao final da intervenção e em seguimento. Na Tabela 36 estão apresentados os escores brutos, ponderados, o percentil correspondente e a classificação dos escores, de acordo com a amostra normativa do instrumento.

Tabela 36. Percepção de suporte familiar de Diego na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento

Domínio		Pré-intervenção	Pós-intervenção	Seguimento
Afetivo-Conscente	Escore Bruto	39	42	42
	Percentil	90	>90	>90
	Classificação	Alto	Alto	Alto
Adaptação	Escore Bruto	25	24	26
	Percentil	80	80	>90
	Classificação	Alto	Alto	Alto
Autonomia	Escore Bruto	16	16	16
	Percentil	>90	>90	>90
	Classificação	Alto	Alto	Alto
Total	Escore Bruto	80	82	84
	Percentil	90	90	>90
	Classificação	Alto	Alto	Alto

Fonte: elaboração do autor.

A média adaptativa de Daniela foi considerada normal em todas as fases da intervenção, havendo tendência de diminuição dos escores brutos após a intervenção e aumento desses escores em seguimento. Na Tabela 37 estão apresentados os escores brutos, ponderados, o percentil correspondente e a classificação dos escores de funcionamento adaptativo, de acordo com a amostra normativa do ASR.

Tabela 37. Funcionamento adaptativo referido por Daniela (ASR) na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento

Funcionamento Adaptativo		Pré-intervenção	Pós-intervenção	Seguimento
Amigos	Escore Bruto	10	10	8
	Escore Ponderado (T)	54	54	46
	Percentil	65	65	34
	Classificação	Normal	Normal	Normal
Relacionamento Conjugual	Escore Bruto	8	5	8
	Escore Ponderado (T)	60	47	60
	Percentil	>69	38	>69
	Classificação	Normal	Normal	Normal
Família	Escore Bruto	1,8	1,8	2,0
	Escore T Ponderado (T)	50	50	56
	Percentil	50	50	>69
	Classificação	Normal	Normal	Normal
Emprego	Escore Bruto	3	3	3
	Escore T Ponderado (T)	52	52	52
	Percentil	58	58	58
	Classificação	Normal	Normal	Normal
Média adaptativa	Escore Bruto	54	51	53,5
	Escore T Ponderado (T)	57	52	56
	Percentil	>69	58	>69
	Classificação	Normal	Normal	Normal

Fonte: elaboração do autor.

Os escores de problemas de comportamento de Daniela ficaram dentro da faixa normal em todas as fases do estudo, com aumento dos escores brutos de problemas totais ao final da intervenção e redução desses escores na avaliação de seguimento. Na Tabela 38 estão apresentados os escores brutos, ponderados, o percentil correspondente e a classificação dos escores de problemas de comportamento de Daniela, de acordo com a amostra normativa do ASR.

Tabela 38. Problemas de comportamento internalizantes, externalizantes e totais referidos por Daniela (ASR), na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento

Problemas de Comportamento		Pré-intervenção	Pós-intervenção	Seguimento
Internalizantes	Escore Bruto	10	10	13
	Escore Ponderado (T)	52	52	55
	Percentil	58	50	69
	Classificação	Normal	Normal	Normal
Externalizantes	Escore Bruto	2	3	1
	Escore Ponderado (T)	42	45	38
	Percentil	21	31	12
	Classificação	Normal	Normal	Normal
Totais	Escore Bruto	16	23	20
	Escore Ponderado (T)	41	46	44
	Percentil	18	34	28
	Classificação	Normal	Normal	Normal
Itens críticos	Escore Bruto	0	0	0
	Escore Ponderado (T)	50	50	50
	Percentil	<50	<50	<50
	Classificação	Normal	Normal	Normal

Fonte: elaboração do autor.

Nas subescalas de problemas de comportamento não foi verificada nenhuma alteração expressiva. Todos os indicadores foram considerados normais na avaliação inicial, e permaneceram dentro da faixa normal no fim da intervenção. Em seguimento, a subescala de queixas somáticas atingiu a faixa limítrofe e todas as outras foram consideradas normais. Na Tabela 39 estão apresentados os escores brutos, ponderados, o percentil correspondente e a classificação dos escores das subescalas de problemas de comportamento de Daniela, de acordo com a amostra normativa do ASR.

Tabela 39. Subescalas de problemas de comportamento referidos por Daniela (ASR) na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento

Subescalas		Pré-intervenção	Pós-intervenção	Seguimento
Depressão/ Ansiedade	Escore Bruto	5	5	4
	Escore Ponderado (T)	52	52	51
	Percentil	58	58	54
	Classificação	Normal	Normal	Normal
Isolamento	Escore Bruto	1	0	0
	Escore Ponderado (T)	51	50	50
	Percentil	54	<50	<50
	Classificação	Normal	Normal	Normal
Queixas somáticas	Escore Bruto	4	5	9
	Escore Ponderado (T)	57	59	67
	Percentil	76	81	96
	Classificação	Normal	Normal	Limítrofe
Problemas de pensamento	Escore Bruto	0	0	0
	Escore Ponderado (T)	50	50	50
	Percentil	<50	<50	<50
	Classificação	Normal	Normal	Normal
Problemas de atenção	Escore Bruto	0	1	1
	Escore Ponderado (T)	50	50	50
	Percentil	<50	<50	<50
	Classificação	Normal	Normal	Normal
Comportamento agressivo	Escore Bruto	1	3	1
	Escore Ponderado (T)	50	52	50
	Percentil	<50	58	<50
	Classificação	Normal	Normal	Normal
Comportamentos de quebrar regras	Escore Bruto	0	0	0
	Escore Ponderado (T)	50	50	50
	Percentil	<50	<50	<50
	Classificação	Normal	Normal	Normal
Comportamento Intrusivo	Escore Bruto	1	0	0
	Escore Ponderado (T)	51	50	50
	Percentil	54	<50	<50
	Classificação	Normal	Normal	Normal

Fonte: elaboração do autor.

A média adaptativa de Diego foi considerada normal na avaliação inicial, com exceção do domínio de emprego, que esteve dentro da faixa clínica por conta de preocupações com mudanças na empresa e preocupações com o futuro nessa área. Após a intervenção foram verificados escores normais em todas as áreas, com pequena redução do escore bruto total. Em seguimento os indicadores permaneceram normais, com aumento do escore de média adaptativa. Na Tabela 40 estão apresentados os escores brutos, ponderados, o percentil correspondente e a classificação dos escores de funcionamento adaptativo, de acordo com a amostra normativa do ASR.

Tabela 40. Funcionamento adaptativo referido por Diego (ASR) na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento

Funcionamento Adaptativo		Pré-intervenção	Pós-intervenção	Seguimento
Amigos	Escore Bruto	12	12	12
	Escore Ponderado (T)	60	60	60
	Percentil	>69	>69	>69
	Classificação	Normal	Normal	Normal
Relacionamento Conjugual	Escore Bruto	8	5	8
	Escore Ponderado (T)	59	44	59
	Percentil	>69	28	>69
	Classificação	Normal	Normal	Normal
Família	Escore Bruto	1,8	1,6	1,6
	Escore T Ponderado (T)	51	47	47
	Percentil	54	38	38
	Classificação	Normal	Normal	Normal
Emprego	Escore Bruto	-3	0	1
	Escore T Ponderado (T)	30	41	44
	Percentil	2	18	28
	Classificação	Clínico	Normal	Normal
Educação	Escore Bruto	-	-	-
	Escore T Ponderado (T)	-	-	-
	Percentil	-	-	-
	Classificação	-	-	-
Média adaptativa	Escore Bruto	50	48	52,5
	Escore T Ponderado (T)	51	48	55
	Percentil	54	42	>69
	Classificação	Normal	Normal	Normal

Fonte: elaboração do autor.

Os problemas de comportamento externalizantes e totais de Diego atingiram a faixa clínica na avaliação inicial. Após a intervenção, problemas de comportamento internalizantes permaneceram estáveis e houve redução dos problemas de comportamento externalizantes. Em seguimento houve redução significativa de todos os indicadores de problemas de comportamento. Na Tabela 41 estão apresentados os escores brutos, ponderados, o percentil correspondente e a classificação dos escores das subescalas de problemas de comportamento de Diego, de acordo com a amostra normativa do ASR.

Tabela 41. Problemas de comportamento internalizantes, externalizantes e totais referidos por Diego (ASR) na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento

Problemas de Comportamento		Pré-intervenção	Pós-intervenção	Seguimento
Internalizantes	Escore Bruto	18	18	15
	Escore Ponderado (T)	62	62	59
	Percentil	89	89	81
	Classificação	Limítrofe	Limítrofe	Normal
Externalizantes	Escore Bruto	22	28	21
	Escore Ponderado (T)	67	72	66
	Percentil	96	>98	95
	Classificação	Clínico	Clínico	Clínico
Totais	Escore Bruto	72	79	58
	Escore Ponderado (T)	64	66	60
	Percentil	92	95	84
	Classificação	Clínico	Clínico	Limítrofe
Itens críticos	Escore Bruto	5	9	5
	Escore Ponderado (T)	59	68	59
	Percentil	81	97	81
	Classificação	Normal	Limítrofe	Normal

Fonte: elaboração do autor.

Na avaliação inicial das subescalas verificou-se nível limítrofe em problemas de atenção, comportamento agressivo e comportamento intrusivo. No fim da intervenção, os problemas de atenção permaneceram na faixa limítrofe, e houve aumento dos escores de comportamento agressivo e intrusivo, que atingiram nível clínico. Em seguimento houve melhora de todos os problemas de comportamento supracitados, sendo que apenas comportamentos intrusivos permaneceram na faixa limítrofe. Todas as outras subescalas estavam dentro da faixa normal. Na Tabela 42 estão apresentados os escores brutos,

ponderados, o percentil correspondente e a classificação dos escores das subescalas de problemas de comportamento de Diego, de acordo com a amostra normativa do ASR.

Tabela 42. Subescalas de problemas de comportamento referidos por Diego (ASR) na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento

Subescalas		Pré-intervenção	Pós-intervenção	Seguimento
Depressão/Ansiedade	Escore Bruto	11	12	11
	Escore Ponderado (T)	63	64	63
	Percentil	90	92	90
	Classificação	Normal	Normal	Normal
Isolamento	Escore Bruto	2	1	0
	Escore Ponderado (T)	51	50	50
	Percentil	54	<50	<50
	Classificação	Normal	Normal	Normal
Queixas somáticas	Escore Bruto	5	5	4
	Escore Ponderado (T)	62	62	60
	Percentil	89	89	84
	Classificação	Normal	Normal	Normal
Problemas de pensamento	Escore Bruto	1	1	0
	Escore Ponderado (T)	51	51	50
	Percentil	54	54	<50
	Classificação	Normal	Normal	Normal
Problemas de atenção	Escore Bruto	12	13	6
	Escore Ponderado (T)	66	68	55
	Percentil	95	97	59
	Classificação	Limítrofe	Limítrofe	Normal
Comportamento agressivo	Escore Bruto	11	17	9
	Escore Ponderado (T)	66	77	62
	Percentil	95	>97	89
	Classificação	Limítrofe	Clínico	Normal
Comportamentos de quebrar regras	Escore Bruto	4	3	6
	Escore Ponderado (T)	59	56	63
	Percentil	81	73	90
	Classificação	Normal	Normal	Normal
Comportamento Intrusivo	Escore Bruto	7	8	6
	Escore Ponderado (T)	69	70	65
	Percentil	97	>97	93
	Classificação	Limítrofe	Clínico	Limítrofe

Fonte: elaboração do autor.

Os escores do questionário de satisfação com a intervenção poderiam variar entre 0 e 40, sendo que escores mais elevados indicam maior satisfação. Diego classificou o tratamento com 34 pontos, assinalando 4 (um pouco melhor do que antes) na questão que abordava o quanto a intervenção contribuiu para melhorar o relacionamento entre pai e filha, 1 (muita dificuldade) na questão que se refere ao nível de dificuldade que o pai teve em aceitar e colocar em prática as orientações recebidas, e 4 (suficiente), no número de sessões do tratamento.

Daniela classificou o tratamento com 35 pontos, assinalando 4 (um pouco melhor do que antes) na questão que abordava o quanto a intervenção contribuiu para melhorar o relacionamento entre mãe e filha, 2 (pouca dificuldade) na questão que se refere ao nível de dificuldade que o pai teve em aceitar e colocar em prática as orientações recebidas e 4 (suficiente), no número de sessões do tratamento.

No Quadro 14, a seguir, estão transcritas as respostas dos pais às questões do questionário de satisfação com a intervenção.

Quadro 14. Satisfação com o tratamento (Diego e Daniela)

3) Que parte/elemento do programa você mais gostou?	
Diego	Daniela
O que mais gostei é que o programa me ensinou a diferença entre a adolescência e o distúrbio alimentar.	Os encontros semanais nos mostraram a importância de prestar atenção nas pequenas coisas, que foram fundamentais para ajudar no tratamento contra o transtorno alimentar.
4) O que você considera que poderia ser modificado ou melhorado no programa?	
Diego	Daniela
Que outros familiares próximos também recebessem orientações sobre como tratar o adolescente de acordo com as recomendações do tratamento.	Considero que poderia ter sido proveitosa a extensão do tratamento para familiares próximos.

Fonte: elaboração do autor.

FAMILIA IV (Maria Luiza, Daniel e Luciana)

A família IV é composta de: Maria Luiza, 12 anos, com diagnóstico de AN (DSM-5), cursando ensino fundamental; a mãe, Luciana, 38 anos, ensino superior completo, assistente administrativa; e o pai, Daniel, 38 anos, advogado. A renda familiar, no início do tratamento, era de R\$ 7.000,00 (média classe média, de acordo com os critérios de renda da APEB desde 2014).

A família entrou em contato com o pesquisador responsável por meio do material de recrutamento, ao qual Luciana teve acesso por meio de uma rede social. A mãe, que estava preocupada com o emagrecimento acentuado da filha, identificou na postagem os sinais e sintomas de AN descritos, e agendou a entrevista de triagem, na qual vieram pai, mãe e filha.

Maria Luiza começou a perder peso em fevereiro de 2017, aos 11 anos, por indicação de um pediatra, que apontou sobrepeso. Nesta fase, Maria Luiza pesava 45 kg, com 1,50 m (IMC=20,0; *Z-score* [IMC/Idade]=+1,00). Em sete meses, a paciente cresceu 3 cm e perdeu 8,4 kg (18,6% de seu peso), sendo preenchido o critério A do DSM-5, de perda significava de peso, que se deu por restrição alimentar autoimposta e por atividades e exercícios físicos em excesso. Nesses meses, a paciente se alimentava de pequenas quantidades de diversos tipos de alimentos, inclusive daqueles bastante calóricos. Fazia exercício físico de maneira vigorosa, calculando em um aplicativo de celular o gasto calórico. Fazia exercícios antes de dormir e ao longo da noite, nos dias em que sentia que havia comido além de suas expectativas. A partir de março de 2017, passou a se alimentar exclusivamente de frutas, salada e proteína, com episódios esporádicos em que ingeria doces. Não foram verificados compulsão alimentar nem purgação.

Maria Luiza já havia sido avaliada por uma psicóloga clínica, que não trabalhava com a hipótese de transtorno alimentar. Os pais não tinham conhecimento das alterações cognitivas e comportamentais comuns em quadros de AN. O início do tratamento foi em agosto de 2017. Foi recomendado que a paciente fosse atendida por uma nutricionista comportamental especialista em TA na infância e adolescência e que fosse avaliada por um médico psiquiatra infantil. Os pais buscaram atendimento nutricional para Maria Luiza, que ocorreu concomitantemente ao tratamento psicológico, mas resistiram em procurar avaliação psiquiátrica. Mais tarde, descobriu-se que Daniel havia tido uma

experiência ruim em atendimento psiquiátrico e não considerava a possibilidade de a filha ser avaliada pelo médico.

Quadro 14. Análise funcional dos comportamentos de atividade física, exercício físico e restrição alimentar de Maria Luiza

Antecedente	Resposta	Consequências	Efeitos
<ul style="list-style-type: none"> Sobrepeso leve Insatisfação corporal Indicação do pediatra para que a paciente perdesse peso. Controle dos pais sobre a alimentação de Maria Luiza <i>Histórico de bullying do pai associado à obesidade, na infância – vigilância da comida da filha</i> Colega de classe ressaltou que ela havia ganhado peso, no início das aulas, em 2016 Mãe obesa, modelo de relação hostil com a comida e com o corpo Privação de atenção do pai Autorregra: eu tenho que fazer tudo perfeito Autorregra: eu tenho que ter tudo sob controle 	<ul style="list-style-type: none"> Restrição alimentar Fazer exercício físico 	<ul style="list-style-type: none"> Perda de peso (SR+/SR-) 	<p>Curto Prazo</p> <ul style="list-style-type: none"> Livrar-se das cobranças do pai (SR-) Livrar-se das possíveis situações de <i>bullying</i> antecipadas pelo pai (SR-) Admiração da mãe (SR+) Sensação de controle do corpo e da alimentação (SR+) Estar de acordo com a autorregra sobre “ter de ser perfeita” (SR+) Atender à orientação médica de perder peso (SR+) Atenção e preocupação do pai (SR+) Sensação de fome (SP+) Irritabilidade (SP+) <p>Longo Prazo</p> <ul style="list-style-type: none"> Desnutrição associada a anedonia e fadiga (SP+) Ideias obsessivas sobre peso, forma, alimentação e comida (SP+) Medo intenso de ganhar peso (SP+) Isolamento social (SP-) Sensação de perda de controle (SP+) Restrição de liberdade (SP)

Fonte: elaboração do autor.

Sabe-se que nem todas as pessoas que fazem dieta restritiva desenvolvem um transtorno alimentar, mas todo transtorno alimentar se inicia com uma dieta. No caso de Maria Luiza, a motivação de perder peso se iniciou a partir de comentários sobre sua forma física na escola, após a adolescente ganhar peso durante as férias. A recomendação

de iniciar uma dieta restritiva partiu também do pediatra da adolescente, que verificou sobrepeso, de acordo com o relato dos pais.

Durante o processo de psicoterapia dos pais, o pesquisador verificou que Daniel, com histórico de obesidade na infância e situações de *bullying* associadas ao peso, preocupava-se muito com o sobrepeso da filha:

às vezes eu via ela comendo macarrão, depois tomar sorvete, e ficava preocupado. Perguntava para ela se tinha necessidade de comer aquela quantidade. (...) Mas a minha questão não era com a minha filha gordinha, mas o medo que tinha dela acabar passando pelas coisas que passei na escola. (Daniel)

Na mesma sessão, em outro momento, o pai reportou:

eu nunca quis que ela fosse gorda, porque sei como as pessoas tratam na escola os gordinhos. Eu fui vítima de um *bullying* terrível, e atrapalhou muito minha estima. (Daniel)

O pesquisador verificou que Daniel acabou, inadvertidamente, punindo comportamentos de comer doces ou alimentos que ele considerava engordativos e reforçando comportamentos de restrição alimentar, referindo-se à força de vontade e à capacidade de controle da filha como qualidades memoráveis.

Daniel permanecia aproximadamente 14 horas por dia no trabalho, seis dias por semana, e o tema de preocupação com o sustento da família era recorrente em nossos encontros e também nos instrumentos de avaliação psicológica utilizados. Mesmo nos momentos em que estava em casa, Daniel tinha pouco contato com a Maria Luiza, e sentia-se bastante distante dela. Essa distância foi corroborada por Luciana, que já há alguns anos percebia o distanciamento entre os dois, referindo que Daniel não sabia conversar com a filha e que deixava todas as responsabilidades para ela.

Embora os comportamentos alimentares característicos de AN de Maria Luiza não tenham sido selecionados pela privação de atenção do pai, é provável que essa variável tenha contribuído para sua manutenção, na medida em que Daniel passou a dar mais atenção para sua filha ao perceber seu emagrecimento.

Adicionalmente, é provável que Maria Luiza tenha presenciado, ao longo dos anos, a luta de sua mãe contra a obesidade e sua relação hostil com o corpo e com a comida. Luciana fez, ao longo de 10 anos, diversas dietas restritivas com e sem uso de

anorexígenos. Conseguia perder peso e entrar dentro da faixa de eutrofia, no entanto, em alguns meses recuperava o que tinha perdido e ainda ganhava um pouco mais. De acordo com Luciana,

eu nunca estive dentro do peso esperado para mim. Sempre foi uma luta, e que eu sempre perdi. Ver que a minha filha estava tendo um caminho diferente do meu me deixava muito alegre. Ela parecia que tinha mais força de vontade que eu. Ficava feliz e elogiava ela, sem saber que ali ela já estava doente. (Luciana)

Características de personalidade mais rígidas e inflexíveis, modeladas a partir da história de vida, sobretudo no âmbito familiar, via orientação, reforçamento diferencial e modelo, contribuíram para a produção de autorregras como: “eu tenho que fazer tudo perfeito” e “eu tenho que ter tudo sob controle”. Essas autorregras, por sua vez, fazem parte da cadeira causal que selecionou e manteve comportamentos associados ao controle das medidas do corpo, do peso, das calorias ingeridas e gastas ao longo do dia, entre outros comportamentos associados ao diagnóstico de AN.

Em termos de consequências que contribuíram para a seleção e/ou manutenção da AN, tem-se: livrar-se das cobranças do pai sobre a quantidade de comida ingerida (SR-), esquivar-se de possíveis situações de *bullying* associadas ao sobrepeso (SR-), ficar em concordância com as autorregras sobre controle e perfeição (SR+) e obter admiração e atenção dos pais (SR+). O estado anterior de privação de afeto paterno pode ter funcionado como operação motivadora que aumentou o valor reforçador desse contato.

Todos esses reforçadores, positivos e negativos, concorriam com punidores de curto prazo como sensação de fome (SP+) e irritabilidade (SP+), e de longo prazo, como isolamento social (sobretudo de situações sociais que envolvem comida) (SP+), ideias obsessivas sobre peso e comida, características de quadros de desnutrição grave (SP+), anedonia (SP+), medo intenso e perturbador de ganhar peso (SP+), sensação de perda de controle (SP+) e restrição de liberdade (SP-), associada ao manejo comportamental para recuperação de peso.

A intervenção com finalidade de recuperação de peso foi baseada nos passos descritos nos capítulos psicoeducativos e de manejo comportamental, nos quais explicitou-se a noção de comportamento operante, reforço e punição, e o processo de extinção operante, bem como orientações sobre como proceder em situações

relacionadas à realimentação e a possíveis recusas ou tentativas de burlar o manejo comportamental recomendado.

Os pais foram orientados com relação à incapacidade temporária de Maria Luiza de escolher o que comer e em que momento deveria se alimentar. Sendo assim, Daniel e Luciana deveriam ficar responsáveis pela realimentação, acompanhando sua filha e preparando sua comida nas seis refeições diárias e garantindo que a quantidade correta de cada alimento estava sendo ingerida, de acordo com a recomendação da nutricionista. Os pais foram orientados a permanecerem na mesa até o término da refeição e a ficarem na presença da filha uma hora após a refeição, para diminuir a probabilidade de autoindução de vômito.

Maria Luiza não apresentou hostilidade na realimentação, no entanto, tentava contracontrolar as intervenções dos pais fazendo exercício físico durante a madrugada e jogando fora a comida que lhe era servida, sempre que possível, sem que os pais percebessem. Além disso, o avô de Maria Luiza, que residia na mesma casa, presenciou, em uma noite em que acordou para ir ao banheiro, Maria Luiza fazendo exercícios físicos em seu quarto, durante a madrugada. Após essa situação foi recomendado que a paciente dormisse com a porta aberta, e, em até uma hora de após a refeição, fosse ao banheiro sem trancar a porta. Além disso, deveria tomar banho também com a porta aberta, para evitar que a adolescente se exercitasse nesses momentos.

Aos poucos, em psicoterapia e no acompanhamento nutricional, a paciente e seus pais começaram a se familiarizar com os comportamentos alterados na AN, a identificá-los e a lutar contra eles. Essa separação foi útil para diminuir a ansiedade dos pais no manejo comportamental, ao indicar que eles não deveriam “negociar com os comportamentos/pensamentos da anorexia”.

Embora Maria Luiza não tenha oferecido resistência ativa ao processo de realimentação, seus pais, bastante culpados pela doença da filha e ansiosos por sua recuperação, aumentaram, por conta própria, a quantidade de comida recomendada pela nutricionista, com a expectativa de que a paciente recuperasse peso mais rapidamente. Foi explicado a eles que é importante que o ganho de peso fosse gradual, para que a adolescente vá se acostumando, aos poucos, com a nova alimentação e novo corpo, da forma menos aversiva possível.

Maria Luiza iniciou o tratamento com 36,6 kg (IMC=15,6; *Z-score* [IMC/Idade]=-1,47). Na Tabela 43 está descrita a evolução antropométrica da paciente ao longo dos

encontros. A paciente recuperou peso progressivamente e não houve necessidade de internação domiciliar ou afastamento das atividades escolares.

Tabela 43. Evolução das medidas antropométricas de Maria Luiza avaliadas semanalmente

	Data	Idade (anos)	Peso (kg)	Altura (m)	Variação (kg)	IMC (kg/m ²)	Z-score IMC/Idade
Avaliação Inicial	10/08/2017	12	36,6	1,53	-	15,60	-1,47
Tratamento	17/08/2017	12	36,8	1,53	+0,20	15,70	-1,42
	22/08/2017	12	38	1,53	+1,20	16,20	-1,13
	29/08/2017	12	38,8	1,53	+0,80	16,60	-0,94
	12/09/2017	12	38,9	1,53	+0,10	16,60	-0,92
	19/09/2017	12	39,7	1,53	+0,80	17,00	-0,75
	26/09/2017	12	40	1,53	+0,30	17,10	-0,68
	03/10/2017	12	40,6	1,53	+0,60	17,30	-0,56
	10/10/2017	12	41,3	1,53	+0,70	17,60	-0,42
	17/10/2017	12	41,6	1,53	+0,30	17,80	-0,36
	24/10/2017	12	42,2	1,54	+0,60	17,80	-0,35
	31/10/2017	12	43,0	1,54	+0,80	18,10	-0,20
	07/11/2017	13	42,5	1,54	-0,50	17,90	-0,30
	14/11/2017	13	43,0	1,54	+0,50	18,10	-0,20
	21/11/2017	13	44,2	1,54	+1,20	18,60	+0,00
	30/11/2017	13	43,8	1,54	-0,40	18,50	-0,06
	05/12/2017	13	44,6	1,54	+0,80	18,80	+0,07
	11/12/2017	13	44,6	1,54	0,0	18,8	+0,07
Avaliação final	21/12/2017	13	44,8	1,54	+0,20	18,89	+0,10
Seguimento I	05/02/2018	13	44,9	1,54	+0,10	18,93	+0,11
Seguimento II	19/02/2018	13	44,6	1,54	-0,3	18,80	+0,07
Seguimento III	16/03/2018	13	44,6	1,54	0,0	18,80	+0,07

Fonte: elaboração do autor.

Maria Luiza chegou ao final do tratamento eutrófica, com 44,8 kg (IMC=18,89; Z-score [IMC/Idade]=+0,10), havendo recuperado 8,2 kg. No período de seguimento a paciente permaneceu eutrófica, sem diferenças significativas de peso. Foi verificada amenorreia secundária na avaliação inicial, os ciclos menstruais estavam regulares ao final do tratamento e permaneceram estáveis no seguimento.

Com relação aos indicadores de gravidade do transtorno alimentar, com exceção da subescala de preocupação com a comida, todas se apresentavam acima de 3 na avaliação inicial. Ao final do tratamento houve redução expressiva da severidade do TA em todas as subescalas. Em período de seguimento, três meses após o término da intervenção, novamente houve redução expressiva dos escores de gravidade do TA, com exceção da escala de restrição alimentar, em que houve ligeiro aumento (0,40 vs 1,4). No Gráfico 4 estão descritos os indicadores de gravidade do transtorno alimentar nas três fases do tratamento.

Gráfico 4. Avaliação de psicopatologia alimentar (EDE-q), em pré-tratamento, pós-tratamento e seguimento

Fonte: elaboração do autor.

Maria Luiza iniciou o tratamento com indicadores de competência social normais. Houve piora desses indicadores ao final do tratamento, sobretudo no domínio social, que atingiu nível clínico. Essa piora se deu devido à restrição de atividades, como ir à casa de amigos, fazer atividade física ou participar de grupos, com a finalidade de redução de perda calórica. Na fase de seguimento, os indicadores de competência social ficaram na faixa limítrofe. Na Tabela 44 estão apresentados os escores brutos, ponderados, o percentil correspondente e a classificação dos escores, de acordo com a amostra normativa do YSR.

Tabela 44. Competência social referida por Maria Luiza (YSR) na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento

Funcionamento Adaptativo		Pré-intervenção	Pós-intervenção	Seguimento
Atividades	Escore Bruto	10,5	10,5	9,5
	Escore Ponderado (T)	45	45	42
	Percentil	31	31	21
	Classificação	Normal	Normal	Normal
Social	Escore Bruto	7,0	4,0	6,0
	Escore Ponderado (T)	43	29	38
	Percentil	24	<3	12
	Classificação	Normal	Clínico	Normal
Desempenho escolar	Escore Bruto	2,5	2,5	2,5
	Escore Ponderado (T)	-	-	-
	Percentil	-	-	-
	Classificação	-	-	-
Competência Social Total	Escore Bruto	20,0	17	18
	Escore Ponderado (T)	43	36	38
	Percentil	24	8	12
	Classificação	Normal	Clínico	Limítrofe

Fonte: elaboração do autor.

No início do tratamento os problemas de comportamento internalizantes e totais atingiram a faixa limítrofe. Esses indicadores se agravaram após a intervenção e, ao final do tratamento, problemas de comportamento internalizantes, externalizantes e totais atingiram a faixa clínica. Esses achados contrariam a hipótese inicial do estudo, segundo a qual a recuperação de peso produziria melhora nos indicadores de problemas de comportamento.

Na Tabela 45 estão apresentados os escores brutos, ponderados, o percentil correspondente e a classificação dos escores de problemas de comportamento internalizantes, externalizantes e totais, de acordo com a amostra normativa do YSR.

Tabela 45. Problemas de comportamento internalizantes, externalizantes e totais referidos por Maria Luiza (YSR) na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento

Problemas de Comportamento		Pré-intervenção	Pós-intervenção	Seguimento
Internalizantes	Escore Bruto	19	24	25
	Escore Ponderado (T)	60	64	65
	Percentil	84	92	93
	Classificação	Limítrofe	Clínico	Clínico
Externalizantes	Escore Bruto	14	16	22
	Escore Ponderado (T)	57	60	66
	Percentil	73	84	95
	Classificação	Normal	Limítrofe	Clínico
Totais	Escore Bruto	59	59	74
	Escore Ponderado (T)	60	60	65
	Percentil	84	84	93
	Classificação	Limítrofe	Limítrofe	Clínico

Fonte: elaboração do autor.

Maria Luiza iniciou o tratamento sem nenhuma das subescalas de problemas de comportamento em nível clínico. Ao final da intervenção os escores de queixas somáticas e comportamento agressivo aumentaram expressivamente, atingindo a faixa limítrofe. Em seguimento, as subescalas de depressão/ansiedade e comportamento agressivo atingiram níveis clínicos. Na Tabela 46 estão apresentados os escores brutos, ponderados, o percentil correspondente e a classificação das subescalas de problemas de comportamento, de acordo com a amostra normativa do YSR.

Tabela 46. Subescalas de problemas de comportamento (YSR) referidos por Maria Luiza na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento

		Pré-intervenção	Pós-intervenção	Seguimento
Depressão/Ansiedade	Escore Bruto	13	12	15
	Escore Ponderado (T)	66	65	70
	Percentil	95	93	>97
	Classificação	Limítrofe	Limítrofe	Clínico
Isolamento/Depressão	Escore Bruto	4	4	5
	Escore Ponderado (T)	55	55	58
	Percentil	69	69	79
	Classificação	Normal	Normal	Normal
Queixas somáticas	Escore Bruto	2	8	5
	Escore Ponderado (T)	51	65	57
	Percentil	54	93	76
	Classificação	Normal	Limítrofe	Normal
Problemas interpessoais	Escore Bruto	5	5	6
	Escore Ponderado (T)	58	58	61
	Percentil	79	79	87
	Classificação	Normal	Normal	Normal
Problemas de pensamento	Escore Bruto	5	1	3
	Escore Ponderado (T)	56	50	52
	Percentil	73	<50	58
	Classificação	Normal	Normal	Normal
Problemas de atenção	Escore Bruto	7	8	11
	Escore Ponderado (T)	57	60	69
	Percentil	76	84	97
	Classificação	Normal	Normal	Limítrofe
Comportamentos de quebrar regras	Escore Bruto	3	1	4
	Escore Ponderado (T)	52	50	54
	Percentil	58	<50	65
	Classificação	Normal	Normal	Normal
Comportamento agressivo	Escore Bruto	11	15	18
	Escore Ponderado (T)	60	67	70
	Percentil	84	96	>97
	Classificação	Normal	Limítrofe	Clínico

Fonte: elaboração do autor.

Tem-se como hipótese que os comportamentos de fazer exercício físico e controlar a alimentação tinham função de redução de sensação de ansiedade (SR-). Uma vez que ao

longo do tratamento a paciente foi impedida de emitir esses comportamentos, houve quebra da contingência de reforçamento, havendo, portanto, maior contato com sentimentos de ansiedade.

Esses resultados dão indícios de que é possível que a paciente tenha, previamente ao desenvolvimento do transtorno alimentar, um transtorno de ansiedade ou sintomas obsessivos compulsivos (SOC), que eram neutralizados pelos comportamentos associados ao quadro de anorexia. Essa hipótese ganha força a partir da constatação de que, na medida em que a anorexia nervosa ficou controlada, comportamentos obsessivos e compulsivos, como arrumar o quarto, a casa, comer alimentos diferentes em pratos diferentes, não deixar que alimentos molhados, como feijão, entre em contato com alimentos secos, como arroz, aumentaram de frequência após a recuperação de peso. A paciente, indagada sobre esses comportamentos, confirmou o aumento de frequência desses comportamentos:

isso está acontecendo mais agora. Se não faço essas coisas sinto uma coisa ruim.
(Maria Luiza)

A hipótese de transtorno de ansiedade ou presença de sintomas obsessivos compulsivos prévia ganha força na medida em que o pai relatou que foi diagnosticado, depois de adulto, com Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), e que também apresenta SOC, e que seus comportamentos ansiosos e SOC o acompanham desde sua adolescência. Nesse sentido, hipotetiza-se que Daniel tenha modelado comportamentos rígidos e ansiosos na filha, via modelo e via reforçamento diferencial desses comportamentos.

Os indicadores de responsividade e de exigência de Daniel e Luciana eram altos, ao início do tratamento, a partir da perspectiva de Maria Luiza. Após a intervenção, o estilo parental de Luciana permaneceu autoritativo, embora tenha havido redução da responsividade e ligeira redução de exigência. Em seguimento houve expressivo aumento dos indicadores de responsividade e exigência. O mesmo padrão se repetiu na avaliação do estilo parental de Daniel. Ao final do tratamento o estilo parental permaneceu autoritativo, com redução expressiva da responsividade e ligeira redução de exigência. Em seguimento verificou-se o aumento da responsividade e ligeiro aumento dos indicadores de exigência. Na Tabela 47 estão descritos os escores brutos e a classificação do estilo parental de Daniel e Luciana, segundo a perspectiva de Maria Luiza.

Tabela 47. Escores de responsividade e exigência reportados por Maria Luiza e classificação do estilo parental (ERE) na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento

		Pré-intervenção	Pós-intervenção	Seguimento
Mãe	Responsividade	54 (alta)	47 (alta)	57(alta)
	Exigência	43 (alta)	42 (alta)	51(alta)
	Estilo Parental	Autoritativo	Autoritativo	Autoritativo
Pai	Responsividade	51 (alta)	41 (alta)	46(alta)
	Exigência	45 (alta)	44 (alta)	45(alta)
	Estilo Parental	Autoritativo	Autoritativo	Autoritativo

Fonte: elaboração do autor.

Uma vez que o instrumento foi preenchido pela adolescente, pode ter havido percepção de que seus pais, ao seguirem as indicações do tratamento, que envolviam restrição de atividade física, bem como de qualquer outra atividade que exigisse gasto calórico, estariam menos responsivos às suas necessidades. Assim, pode ser que a paciente, sob controle do desejo de continuar perdendo peso, tenha interpretado os cuidados parentais como invasivos e/ou agressivos.

Faz-se necessário destacar que os resultados dos indicadores de estilos parentais reportados por Maria Luiza contrastam bastante da observação clínica das interações entre pais e filha, e também do relato dos pais. Foi observado, ao longo dos encontros, um padrão distante do pai, que passava a maior parte do tempo no trabalho e tinha pouco conhecimento sobre a rotina de Maria Luiza. Daniel tinha suas próprias dificuldades em termos de habilidades de comunicação e de expressão de afeto, o que dificultava sua interação com a filha. A partir do relato de Daniel, as conversas diretamente com a filha eram raras, e os momentos de proximidade entre os dois eram inexistentes. Corroborando os dados de observação clínica, o próprio pai reportou, em uma das sessões, que ele se sentia pouco responsivo às necessidades emocionais de Maria Luiza. Em termos de exigência, Daniel reportou que considerava que essa tarefa era de Luciana, e que não costumava demandar limites da filha. Essas características de baixa responsividade e baixa exigência classificam o pai com estilo parental negligente. Esse padrão de interação pai-filha foi reiterado por Luciana.

Luciana, por sua vez, foi considerada por Maria Luiza como altamente responsiva às suas necessidades emocionais. No entanto, a partir da observação clínica, foi possível verificar um padrão de superproteção e de dificuldade de deixar que Maria Luiza

aprendesse, a partir do contato direto com as contingências, as habilidades necessárias para seu desenvolvimento emocional.

Foi verificado um padrão bastante rígido e perfeccionista de Luciana, que, ao invés de modelar as aproximações sucessivas de Maria Luiza, fazia as atividades por ela, com a finalidade de garantir um resultado melhor. Por exemplo, passava o diário alimentar escrito à mão por Maria Luiza para o computador, mediava e tentava resolver dificuldades que apareciam entre sua filha e outros adolescentes, e falava por ela durante o processo de psicoterapia. Quando foi apontado em psicoterapia esse padrão de blindagem da filha contra as adversidades normais de sua faixa-etária, Luciana reportou:

eu não quero que ela sofra, por isso acabo atropelando e protegendo demais. Agora vejo que isso não ajuda ela a crescer, porque acaba sem saber fazer por conta dela mesma. (Luciana)

Esse padrão comportamental de superproteção pode ser considerado pouco responsivo, na medida em que está mais sob controle do que Luciana considera correto ou ideal fazer e pouco sobre controle das necessidades de aprendizagem e exposição de sua filha. Uma vez que o nível de exigência foi considerado alto, o estilo parental de Luciana seria considerado autoritário.

A percepção de suporte familiar de Maria Luiza foi classificada na faixa médio-baixa, ao início do tratamento. Ao final da intervenção, houve queda nos escores de suporte familiar total, e em seguimento esses indicadores voltaram ao que foi verificado em linha de base. Na Tabela 48 estão apresentados os escores brutos, ponderados, o percentil correspondente e a classificação dos escores, de acordo com a amostra normativa do instrumento.

Tabela 48. Percepção de suporte familiar de Maria Luiza (IPSF) na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento

Domínio		Pré-intervenção	Pós-intervenção	Seguimento
Afetivo-Consciente	Escore Bruto	29	21	27
	Percentil	50	20	40
	Classificação	Médio-alto	Baixo	Médio-Baixo
Adaptação	Escore Bruto	19	21	20
	Percentil	25	40	30
	Classificação	Médio-baixo	Médio-baixo	Médio-baixo
Autonomia	Escore Bruto	12	12	13
	Percentil	40	40	50
	Classificação	Médio-baixo	Médio-baixo	Médio-Alto
Total	Escore Bruto	60	54	60
	Percentil	40	25	40
	Classificação	Médio-baixo	Médio-baixo	Médio-baixo

Fonte: elaboração do autor.

Daniel iniciou o tratamento com indicadores de funcionamento adaptativo normais, com exceção do domínio de relacionamento conjugal e emprego, que atingiram a faixa limítrofe. Ao final do tratamento houve piora no relacionamento conjugal, que atingiu a faixa clínica, e a média adaptativa foi limítrofe. Em período de seguimento houve melhora em todos os domínios, com exceção do emprego, que atingiu nível clínico. Na Tabela 49 estão apresentados os escores brutos, ponderados, o percentil correspondente e a classificação dos escores de funcionamento adaptativo, de acordo com a amostra normativa do ASR.

Tabela 49. Funcionamento adaptativo referido por Daniel (ASR) na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento

Funcionamento Adaptativo ¹³		Pré-intervenção	Pós-intervenção	Seguimento
Amigos	Escore Bruto	7	7	8
	Escore Ponderado (T)	43	43	47
	Percentil	24	24	38
	Classificação	Normal	Normal	Normal
Relacionamento Conjugual	Escore Bruto	0	-1	2
	Escore Ponderado (T)	31	30	35
	Percentil	3	2	7
	Classificação	Limítrofe	Clínico	Limítrofe
Família	Escore Bruto	2,0	1,6	2
	Escore T Ponderado (T)	57	47	57
	Percentil	>69	38	>69
	Classificação	Normal	Normal	Normal
Emprego	Escore Bruto	-2	-2	-3
	Escore T Ponderado (T)	34	34	30
	Percentil	6	6	2
	Classificação	Limítrofe	Limítrofe	Clínico
Média adaptativa	Escore Bruto	41,5	38,5	42,5
	Escore T Ponderado (T)	37	33	39
	Percentil	10	5	14
	Classificação	Normal	Limítrofe	Normal

Fonte: elaboração do autor.

Os problemas de comportamento de Daniel atingiram níveis clínicos em problemas de comportamento internalizantes, externalizantes e totais, no início do tratamento. Após a intervenção houve piora dos problemas de comportamento internalizantes e melhora expressiva dos problemas externalizantes, e os problemas de comportamento totais permaneceram em nível clínico. Em três meses de seguimento permaneceram em nível clínico os problemas internalizantes e totais. Na Tabela 50 estão apresentados os escores brutos, ponderados, o percentil correspondente e a classificação dos escores de

¹³ O domínio “educação” não está apresentado porque o paciente não participava de nenhuma atividade acadêmica.

problemas de comportamento internalizantes, externalizantes e totais, de acordo com a amostra normativa do ASR.

Tabela 50. Problemas de comportamento internalizantes, externalizantes e totais referidos por Daniel (ASR) na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento

		Pré-intervenção	Pós-intervenção	Seguimento
Internalizantes	Escore Bruto	31	39	30
	Escore Ponderado (T)	71	77	70
	Percentil	>98	>98	98
	Classificação	Clínico	Clínico	Clínico
Externalizantes	Escore Bruto	23	15	16
	Escore Ponderado (T)	67	60	61
	Percentil	96	84	87
	Classificação	Clínico	Limítrofe	Limítrofe
Totais	Escore Bruto	89	83	74
	Escore Ponderado (T)	71	68	64
	Percentil	>98	97	92
	Classificação	Clínico	Clínico	Clínico
Itens críticos	Escore Bruto	9	2	4
	Escore Ponderado (T)	68	51	57
	Percentil	97	54	76
	Classificação	Limítrofe	Normal	Normal

Fonte: elaboração do autor.

No início do tratamento as subescalas de queixas somáticas e comportamento agressivo foram classificadas como clínicas e os escores de depressão/ansiedade e problemas de atenção estavam na faixa limítrofe. Ao final do tratamento, Daniel reportou piora dos indicadores de depressão/ansiedade e isolamento, e melhora dos indicadores de comportamento agressivo e problemas de atenção. Em seguimento houve melhora significativa, e apenas a subescala de queixas somáticas atingiu a faixa clínica. Na Tabela 51 estão apresentados os escores brutos, ponderados, o percentil correspondente e a classificação dos escores de problemas de comportamento das subescalas do ASR.

Tabela 51. Subescala de problemas de comportamento referidos por Daniel (ASR) na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento

		Pré-intervenção	Pós-intervenção	Seguimento
Depressão/Ansiedade	Escore Bruto	15	19	15
	Escore Ponderado (T)	67	73	67
	Percentil	96	>97	96
	Classificação	Limítrofe	Clínico	Limítrofe
Isolamento	Escore Bruto	4	9	5
	Escore Ponderado (T)	58	70	61
	Percentil	79	>97	87
	Classificação	Normal	Clínico	Normal
Queixas somáticas	Escore Bruto	12	11	10
	Escore Ponderado (T)	74	72	70
	Percentil	>97	>97	>97
	Classificação	Clínico	Clínico	Clínico
Problemas de pensamento	Escore Bruto	3	0	0
	Escore Ponderado (T)	59	50	50
	Percentil	81	<50	<50
	Classificação	Normal	Normal	Normal
Problemas de atenção	Escore Bruto	12	9	9
	Escore Ponderado (T)	66	60	60
	Percentil	95	84	84
	Classificação	Limítrofe	Normal	Normal
Comportamento agressivo	Escore Bruto	16	10	12
	Escore Ponderado (T)	75	64	68
	Percentil	>97	92	97
	Classificação	Clínico	Normal	Limítrofe
Comportamentos de quebrar regras	Escore Bruto	3	1	2
	Escore Ponderado (T)	56	51	53
	Percentil	73	54	62
	Classificação	Normal	Normal	Normal
Comportamento Intrusivo	Escore Bruto	4	4	2
	Escore Ponderado (T)	58	58	52
	Percentil	79	79	58
	Classificação	Normal	Normal	Normal

Fonte: elaboração do autor.

No início do tratamento os escores de percepção de suporte familiar de Daniel estavam na faixa média-baixa ou média alta. Ao final do tratamento houve redução significativa no domínio afetivo-consciente. Os domínios de adaptação e autonomia permaneceram estáveis. Em seguimento houve ligeira queda dos escores nos domínios afetivo-consciente e adaptação, e ligeiro aumento no domínio de autonomia. Esses achados contrariam a hipótese do estudo, segundo a qual o tratamento envolvendo a família produziria efeitos positivos na percepção de suporte familiar dos pais e do filho adolescente. Na Tabela 52 estão apresentados os escores brutos, percentis e classificações do nível de suporte familiar percebido por Daniel nas três fases de avaliação.

Tabela 52. Percepção de suporte familiar de Daniel (IPSF) na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento

Domínio		Pré-intervenção	Pós-intervenção	Seguimento
Afetivo-Consciente	Escore Bruto	32	26	25
	Percentil	60-70	40	30-40
	Classificação	Médio-alto	Médio-baixo	Médio-baixo
Adaptação	Escore Bruto	21	22	20
	Percentil	30	40	25
	Classificação	Médio-baixo	Médio-baixo	Médio-baixo
Autonomia	Escore Bruto	13	13	15
	Percentil	50	50	70
	Classificação	Médio-alto	Médio-alto	Alto
Total	Escore Bruto	66	61	60
	Percentil	60	40-50	40
	Classificação	Médio-alto	Médio-baixo	Médio-baixo

Fonte: elaboração do autor.

A média de funcionamento adaptativo de Luciana era normal, no início do tratamento, com apenas o domínio de relação conjugal na faixa limítrofe. Todos os indicadores permaneceram estáveis, ao final do tratamento e em seguimento. Na Tabela 53 estão apresentados os escores brutos, ponderados, o percentil correspondente e a classificação dos escores de funcionamento adaptativo de Luciana, de acordo com a amostra normativa do ASR.

Tabela 53. Funcionamento adaptativo referido por Luciana (ASR) na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento

Funcionamento Adaptativo		Pré-intervenção	Pós-intervenção	Seguimento
Amigos	Escore Bruto	10	7	9
	Escore Ponderado (T)	54	42	50
	Percentil	65	21	50
	Classificação	Normal	Normal	Normal
Relacionamento Conjugual	Escore Bruto	0	0	1
	Escore Ponderado (T)	33	33	35
	Percentil	5	5	7
	Classificação	Limítrofe	Limítrofe	Limítrofe
Família	Escore Bruto	1,8	2,0	2
	Escore T Ponderado (T)	50	56	56
	Percentil	50	>69	>69
	Classificação	Normal	Normal	Normal
Emprego	Escore Bruto	2	0	2
	Escore T Ponderado (T)	47	37	47
	Percentil	38	10	38
	Classificação	Normal	Normal	Normal
Educação	Escore Bruto	5	4	-
	Escore T Ponderado (T)	54	48	-
	Percentil	65	42	-
	Classificação	Normal	Normal	-
Média adaptativa	Escore Bruto	47,5	43	47
	Escore T Ponderado (T)	47	40	46
	Percentil	38	16	34
	Classificação	Normal	Normal	Normal

Fonte: elaboração do autor.

Os escores de problemas de comportamento de Luciana, no início do tratamento eram normais. Ao final do tratamento, problemas de comportamento externalizantes atingiram a faixa limítrofe, e todos os outros permaneceram estáveis, com ligeira piora dos escores brutos. Em seguimento, todos os indicadores de problemas de comportamento voltaram ao nível normal. Na Tabela 54 estão apresentados os escores brutos, ponderados, o percentil correspondente e a classificação dos escores de

problemas de comportamento internalizantes, externalizantes e totais de Luciana, de acordo com a amostra normativa do ASR.

Tabela 54. Problemas de comportamento internalizantes, externalizantes e totais referidos por Luciana (ASR) na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento

		Pré-intervenção	Pós-intervenção	Seguimento
Internalizantes	Escore Bruto	13	17	13
	Escore Ponderado (T)	55	58	55
	Percentil	69	79	69
	Classificação	Normal	Normal	Normal
Externalizantes	Escore Bruto	11	14	7
	Escore Ponderado (T)	58	61	52
	Percentil	79	87	58
	Classificação	Normal	Limítrofe	Normal
Totais	Escore Bruto	43	55	31
	Escore Ponderado (T)	54	59	50
	Percentil	65	81	50
	Classificação	Normal	Normal	Normal
Itens críticos	Escore Bruto	3	6	0
	Escore Ponderado (T)	54	63	50
	Percentil	65	90	<50
	Classificação	Normal	Normal	Normal

Fonte: elaboração do autor.

Na avaliação inicial e ao final do tratamento, todas as subescalas de problemas de comportamento foram classificadas como normais, com exceção da escala de comportamento intrusivo, que antes da intervenção e após o tratamento atingiram a faixa limítrofe, e em período de seguimento foi considerada normal. Na Tabela 55 estão apresentados os escores brutos, ponderados, o percentil correspondente e a classificação dos escores das subescalas de problemas de comportamento de Luciana, de acordo com a amostra normativa do ASR.

Tabela 55. Subescalas de problemas de comportamento referidos por Luciana (ASR) na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento

		Pré-intervenção	Pós-intervenção	Seguimento
Depressão/Ansiedade	Escore Bruto	8	10	5
	Escore Ponderado (T)	56	59	52
	Percentil	73	81	58
	Classificação	Normal	Normal	Normal
Isolamento	Escore Bruto	0	2	3
	Escore Ponderado (T)	50	53	56
	Percentil	<50	62	73
	Classificação	Normal	Normal	Normal
Queixas somáticas	Escore Bruto	5	5	5
	Escore Ponderado (T)	59	59	59
	Percentil	81	81	81
	Classificação	Normal	Normal	Normal
Problemas de pensamento	Escore Bruto	1	1	0
	Escore Ponderado (T)	51	51	50
	Percentil	54	54	<50
	Classificação	Normal	Normal	Normal
Problemas de atenção	Escore Bruto	5	9	4
	Escore Ponderado (T)	53	61	52
	Percentil	62	87	58
	Classificação	Normal	Normal	Normal
Comportamento agressivo	Escore Bruto	3	6	2
	Escore Ponderado (T)	52	58	51
	Percentil	58	79	54
	Classificação	Normal	Normal	Normal
Comportamentos de quebrar regras	Escore Bruto	2	3	1
	Escore Ponderado (T)	55	59	51
	Percentil	69	81	54
	Classificação	Normal	Normal	Normal
Comportamento Intrusivo	Escore Bruto	6	5	4
	Escore Ponderado (T)	68	65	60
	Percentil	97	93	84
	Classificação	Limítrofe	Limítrofe	Normal

Fonte: elaboração do autor.

No início do tratamento os escores de percepção de suporte familiar de Luciana estavam na faixa média-alta ou alta. No fim do tratamento houve redução dos escores em todos os domínios, contrariando as hipóteses iniciais do estudo, segundo as quais o tratamento envolvendo a família produziria efeitos positivos na percepção de suporte familiar dos pais e do filho adolescente. Em seguimento houve ligeira melhora dos escores brutos, com exceção do domínio afetivo-consciente. Na Tabela 56 estão apresentados os escores brutos, percentis e classificações do nível de suporte familiar percebido por Luciana nas três fases de avaliação.

Tabela 56. Percepção de suporte familiar de Luciana (IPSF) na avaliação inicial, pós-tratamento e em seguimento

Domínio		Pré-intervenção	Pós-intervenção	Seguimento
Afetivo-Consciente	Escore Bruto	33	26	24
	Percentil	60-70	30-40	30
	Classificação	Médio-alto	Médio-baixo	Médio-baixo
Adaptação	Escore Bruto	24	21	23
	Percentil	70	40	60
	Classificação	Alto	Médio-baixo	Médio-alto
Autonomia	Escore Bruto	14	12	14
	Percentil	60-70	40	60-70
	Classificação	Médio-alto	Médio-baixo	Médio-alto
Total	Escore Bruto	71	59	61
	Percentil	75	30-40	60
	Classificação	Alto	Médio-baixo	Médio-baixo

Fonte: elaboração do autor.

Os escores do questionário de satisfação com a intervenção poderiam variar entre 0 e 40, sendo que escores mais elevados indicam maior satisfação. Daniel classificou o tratamento com 38 pontos, assinalando 4 (um pouco de dificuldade) na questão que abordava o nível de dificuldade de compreender e aceitar as orientações da intervenção e 4 (suficiente) no número de sessões do tratamento. Luciana classificou o tratamento com 39 pontos, assinalando 4 (um pouco de dificuldade) na questão que abordava o nível de dificuldade de compreender e aceitar as orientações da intervenção. O Quadro 15, a seguir, foram transcritas as respostas dos pais às questões.

Quadro 15. Satisfação com o tratamento (Daniel e Luciana)

5) Que parte/elemento do programa você mais gostou?	
Daniel	Luciana
A possibilidade de entender o problema de saúde de minha filha podendo ajudar no tratamento.	Eu gostei da parte que se refere à alimentação, inclusive da indicação da nutricionista. Para mim foi tudo fundamental uma vez que eu não tinha conhecimento de nada sobre a doença.
6) O que você considera que poderia ser modificado ou melhorado no programa?	
Daniel	Luciana
Considero que seria importante iniciar o tratamento apontando para os principais sintomas da doença, convencendo os pais de que seu filho realmente tem um problema de saúde.	Eu modificaria a data em que foram entregues, os textos. Sugeriria que os textos de manejo da alimentação fossem entregues desde o primeiro encontro. No geral, na minha opinião, o tratamento foi perfeito.

Fonte: elaboração do autor.

ANÁLISE GLOBAL DOS RESULTADOS

A análise global dos resultados indica que todas as adolescentes que participaram do estudo recuperaram peso e voltaram a faixa de eutrofia após a intervenção e mantiveram ou recuperaram ainda mais peso na etapa de seguimento. O status menstrual de três das quatro participantes era regular ao final do tratamento, e, em seguimento, todas as adolescentes estavam com os ciclos menstruais regularizados. Houve redução significativa da gravidade do transtorno alimentar das quatro participantes do estudo, sendo que os escores totais do EDE-q ao final do tratamento variaram de 0,5 a 2,63, e em seguimento, de 0,1 até 0,89.

Apenas o funcionamento adaptativo de uma das adolescentes era clínico no início do tratamento. No fim do tratamento, três das quatro adolescentes apresentaram média de funcionamento adaptativo na faixa clínica. Na etapa de seguimento, nenhuma das participantes apresentou funcionamento adaptativo clínico. No início do tratamento apenas uma adolescente apresentava problemas de comportamento totais em nível normal. Após a intervenção nenhuma delas apresentava esses indicadores na faixa clínica. Em período de seguimento, no entanto, duas adolescentes reportaram problemas de comportamento na faixa clínica, ambas com altos escores em problemas de comportamento internalizantes, como depressão e ansiedade.

Dos oito pais que participaram do estudo, sete apresentavam estilo parental autoritativo, de acordo com a ERE, e um apresentava estilo indulgente. Após a intervenção, todos os pais apresentavam estilo parental autoritativo. Os mesmos resultados foram avaliados no período de seguimento.

A percepção de suporte familiar dos adolescentes era médio-baixa ou baixa, com exceção de uma adolescente, que avaliou a percepção de suporte familiar como alta em linha de base. Após a intervenção houve mudança de classificação em apenas uma adolescente. Em seguimento o mesmo padrão foi observado. No Quadro 16 estão descritos os escores e classificações correspondentes a cada medida antropométrica ou instrumento de avaliação preenchido pelas adolescentes.

Quadro 16. Apresentação dos escores e classificações correspondentes a cada medida antropométrica ou instrumento de avaliação preenchido pelas adolescentes

		Adolescente I Mayra			Adolescente II Márcia			Adolescente III Bianca			Adolescente IV Maria Luiza		
		Pré	Pós	Seg	Pré	Pós	Seg	Pré	Pós	Seg	Pré	Pós	Seg
IMC (kg/m ²)		15,97	18,34	18,93	17,18	19,46	19,22	18,12	18,95	19,18	15,60	18,90	18,8
Z-score [IMC/Idade]		-1,27	-0,21	+0,04	-0,93	-0,03	-0,10	-0,39	-0,05	+0,10	-1,47	+0,10	+0,07
Status Menstrual		Amenorreia	Regular	Regular	Amenorreia	Irregular	Regular	Irregular	Regular	Regular	Amenorreia	Regular	Regular
EDE-q (total)		4,22	2,63	0,89	5,6	0,5	0,1	3,63	0,78	0,61	3,56	1,67	1,3
Funcionamento Adaptativo		20(N)	16 (C)	19 (N)	43 (N)	47 (N)	50 (N)	16 (C)	16 (C)	18,5 (L)	20 (N)	17 (C)	18 (L)
PC (totais)		78 (C)	40 (N)	37 (N)	54 (N)	19 (N)	15 (N)	70 (C)	62 (L)	76 (C)	59 (L)	59 (L)	74 (C)
Estilo Parental	Mãe	Autoritativo	Autoritativo	Autoritativo	Autoritativo	Autoritativo	Autoritativo	Autoritativo	Autoritativo	Autoritativo	Autoritativo	Autoritativo	Autoritativo
	Pai	Autoritativo	Autoritativo	autoritativo	Indulgente	Autoritativo	Autoritativo	Autoritativo	Autoritativo	Autoritativo	Autoritativo	Autoritativo	Autoritativo
Suporte familiar (TOTAL)		63 Médio- baixo	46 Médio- baixo	64 Médio- baixo	72 Alto	77 Alto	80 Alto	21 Baixo	67 Médio- alto	66 Médio- alto	60 Médio- baixo	54 Médio- baixo	60 Médio- baixo

Fonte: elaboração do autor.

As quatro mães que compuseram a amostra apresentaram média de funcionamento adaptativo normal em todas as fases da intervenção, com tendência de piora dos escores brutos após a intervenção e melhora desses indicadores na fase de seguimento. Os quatro pais que compuseram o estudo também apresentaram média de funcionamento adaptativo normal em linha de base, com a mesma tendência de piora após a intervenção e melhora em seguimento.

Os problemas de comportamento reportados pelas mães também estiveram dentro da faixa normal nas três fases do estudo, sem que tenha sido avaliada nenhuma tendência. Por outro lado, em linha de base, três dos quatro pais apresentavam problemas de comportamento totais em nível clínico, sobretudo problemas de comportamento internalizantes como depressão, isolamento e ansiedade. Ao final da intervenção, três pais permaneceram com escores na faixa clínica. Em seguimento apenas um pai permaneceu com os indicadores de problemas comportamentais totais em nível clínico.

A percepção de suporte familiar reportada pelas mães, em linha de base, era médio-alta ou alta. Não houve variações expressivas desses escores em pós-intervenção ou seguimento. A percepção de suporte familiar reportada pelos pais foi médio-baixo (n=1), médio-alta (n=2) ou alta (n=1). Não houve variações expressivas desses escores em pós-intervenção ou seguimento. No Quadro 17 estão descritos os escores e classificações correspondentes a cada instrumento de avaliação preenchido pelos pais.

Quadro 17. Apresentação dos escores de funcionamento adaptativo, problemas de comportamento, suporte familiar e estilo parental de cada cuidador

	Funcionamento Adaptativo			Problemas de Comportamento totais			Suporte Familiar Total			Estilo Parental		
	Pré	Pós	Seg	Pré	Pós	Seg	Pré	Pós	Seg	Pré	Pós	Seg
Mãe 1	46,5 (N)	44,5 (N)	44 (N)	43 (N)	43 (N)	43 (N)	67 (médio-alto)	66 (médio-alto)	66 (médio-alto)	Autoritativo	Autoritativo	Autoritativo
Mãe 2	49 (N)	45,5 (N)	43,5 (N)	56 (N)	33 (N)	52 (N)	67 (médio-alta)	75 (alta)	70 (médio-alta)	Autoritativo	Autoritativo	Autoritativo
Mãe 3	54 (N)	51 (N)	53,5 (N)	16 (N)	23 (N)	20 (N)	80 (alta)	79 (alta)	79 (alta)	Autoritativo	Autoritativo	Autoritativo
Mãe 4	47,5 (N)	43 (N)	47 (N)	43 (N)	55 (N)	31 (N)	71 (alta)	59 (médio-alto)	61 (médio-alta)	Autoritativo	Autoritativo	Autoritativo
Pai 1	49,5 (N)	47,5 (N)	49,5 (N)	56 (N)	75 (C)	65 (L)	57 (Médio-baixo)	54 (médio-baixo)	55 (médio-baixo)	Autoritativo	Autoritativo	Autoritativo
Pai 2	44,5 (N)	46,5 (N)	48,5 (N)	94 (C)	64 (L)	51 (N)	65 (médio-alto)	83 (alto)	74 (médio-alta)	Indulgente	Autoritativo	Autoritativo
Pai 3	50 (N)	48 (N)	52,5 (N)	72 (C)	79 (C)	58 (L)	80 (alta)	82 (alta)	84 (alta)	Autoritativo	Autoritativo	Autoritativo
Pai 4	41,5 (N)	38,5 (L)	42,5 (N)	89 (C)	83 (C)	74 (C)	66 (médio-alta)	61 (médio-baixo)	60 (médio-baixo)	Autoritativo	Autoritativo	Autoritativo

Fonte: elaboração do autor.

DISCUSSÃO

O objetivo do presente estudo foi desenvolver e avaliar os efeitos de uma intervenção psicoterápica de orientação analítico-comportamental na gravidade do transtorno alimentar de adolescentes com AN, nos indicadores de problema de comportamento e funcionamento adaptativo desses adolescentes e de seus pais, e nos estilos parentais e suporte familiar reportados pelas famílias. A discussão dos resultados foi norteadada pelos seguintes elementos: (1) adesão ao tratamento e engajamento dos participantes; (2) determinantes dos comportamentos com função de perda de peso; (3) efeitos do tratamento nos indicadores antropométricos e gravidade do transtorno alimentar; (4) impacto da intervenção nos problemas de comportamento e funcionamento adaptativo reportados pelos adolescentes e por seus pais; (5) efeitos do tratamento no estilo parental; (6) impacto da intervenção na percepção de suporte familiar; (7) satisfação com a intervenção e recomendações dos pais. Ao final da discussão foram apresentadas as considerações finais.

1. Adesão ao tratamento e engajamento dos participantes

Das oito famílias triadas, cinco iniciaram o tratamento. Todas as adolescentes tinham idade entre 12 e 14 anos, e preenchiam os critérios para o diagnóstico de AN subtipo restritivo, em que não há presença de comportamento de compulsão alimentar e/ou utilização de método compensatório para prevenção de ganho de peso (APA, 2013). O subtipo purgativo de AN é mais frequente em crianças e adolescentes mais jovens, sendo que comportamentos compensatórios mais comuns em adolescentes mais velhos e adultos (Campbell & Peebles, 2014; Pegado, 2018; Pinzon, 2012). A perda de peso de todos os participantes foi produzida por restrição alimentar progressiva e realização de atividades e exercícios físicos.

Quatro famílias finalizaram o tratamento e uma das famílias deixou de participar da intervenção porque a adolescente com AN apresentou IMC < 15 kg/m², que indica a necessidade de tratamento em unidade de internação por haver risco de morte. Por essa razão a família foi encaminhada para um serviço de atendimento pediátrico para recuperação ponderal assistida e restabilização clínica. A aderência das outras quatro

famílias foi integral, sem faltas não justificadas ou interrupções, embora o nível de engajamento tenha variado entre as famílias e dentro da própria família.

Verificou-se que as mães tinham maior engajamento e responsabilidade pela etapa de acompanhar todas as refeições das adolescentes e inibir comportamentos compensatórios. Implicar os pais ou outros membros da família estendida e reforçar diferencialmente seus comportamentos de engajamento na intervenção foi fundamental para promover divisão de tarefas de maneira adequada e tornar o tratamento, que é intensivo e potencialmente aversivo, sustentável.

Nos primeiros meses, em que as sessões eram psicoeducativa e para o manejo comportamental com finalidade de recuperação de peso, a participação ativa e o desejo de autoexposição dos pais foi maior. Por outro lado, nas etapas em que foram abordadas habilidades socioemocionais e estilos parentais, foi verificado que pelo menos metade dos pais não tinha compreensão da importância da autoexposição ou mesmo desejo de envolvimento emocional no tratamento, que envolvia entrar em contato com estimulação aversiva em nível privado decorrente do questionamento de regras, autorregras ou de reavaliação do próprio funcionamento dentro da família. Essa dificuldade de envolvimento emocional dos pais na intervenção já foi reportada em estudos anteriores, em que se verificou que a recuperação de peso parece ser a parte menos difícil do tratamento de TA na infância e adolescência, e que a negociação de novos padrões de relacionamento entre os membros da família configura-se como a tarefa mais complexa e desafiadora (Agras et al., 2014; Dalle-Grave et al., 2013).

Considera-se que implicar os pais e responsabilizá-los pela realimentação de seu filho com AN parece mais fácil porque eles aprendem, ao longo dos encontros, via modelagem e modelação, comportamentos abertos relativamente simples (embora as consequências desses comportamentos não sejam simples) associados à realimentação, como os descritos nos primeiros capítulos do livro psicoeducativo desenvolvido para a intervenção. Por outro lado, o manejo de operantes complexos, como estilos e práticas parentais, envolve um nível de sofisticação mais elevado e o desejo de entrar em contato com desconforto emocional, em curto prazo, para produzir relações mais controladas por reforço positivo, e menos controladas por controle aversivo, em longo prazo.

Sabe-se que o envolvimento dos pais no tratamento de TA na infância e adolescência é um dos principais preditores de sucesso (Ackmin-Carvalho et al., 2018; Lock & Grange, 2015; Pinzon, 2012). No entanto, responsabilizar os pais pelo tratamento

não significa, em absoluto, culpabilizá-los pelo TA de seu filho. Contudo, considera-se que rever os padrões de interação da família, identificar comportamentos/fatores de risco e promover fatores de proteção é uma medida importante para que os resultados das intervenções se sustentem. Para esse fim é imprescindível compreender a função dos comportamentos alimentares alterados do adolescente, compreender seus determinantes antecedentes e consequentes e incentivar mudanças comportamentais.

Uma vez que muitos dos determinantes da AN envolvem variáveis familiares, como padrões de comunicação e de expressão de sentimentos deficitários, altos níveis de controle e ênfase em desempenho e sucesso, considera-se que essas variáveis devem ser abordadas no tratamento. Nesse sentido, habilidade de comunicação, de expressão de sentimentos, nível ótimo de cuidado (diferente de intrusividade ou superproteção), habilidade de resolução de problemas, entre outras, devem ser apresentadas como repertórios que protegem os filhos contra recaídas, e não enfatizadas como fatores de risco para seu adoecimento.

Assim, é bastante útil para o terapeuta pensar que os próprios pais de pacientes com AN podem ter seus déficits de habilidades socioemocionais (Iannaccone & Cotrufo, 2013; Tetley et al., 2014; Robinson et al., 2013) e psicopatologias (Bould et al., 2015; Horesh et al., 2015) e que podem não ter tido modelos de pais e mães que pudessem atender às suas necessidades emocionais de maneira adequada. Tendo essas condições como antecedentes, é esperado que essas pessoas encontrem dificuldades na maternidade e paternidade.

Portanto, pensar os problemas de maneira intergeracional facilita a recepção e compreensão dos pais de maneira empática e afetuosa, e facilita também a validação de suas dificuldades, bem como a valorização de seus esforços em termos de engajamento no tratamento. Todas essas medidas são fundamentais para o estabelecimento de uma boa relação terapêutica, variável imprescindível à adesão ao tratamento.

Nesta pesquisa, entre os pais que demonstraram abertura para maior autoexposição e vulnerabilização, foram verificadas dificuldades emocionais com o corpo, com a alimentação e com seus próprios pais. Por exemplo, Luciana, mãe de Maria Luiza (Família IV), reportou uma relação bastante hostil com a comida e com o corpo, marcada por diversas tentativas de perder peso e por dificuldades em manter-se eutrófica. Danilo, pai de Mayra (Família I), relatou sofrimento associado à alimentação e excesso de controle, além de ansiedade social e alimentar em diversos contextos. Mariana, mãe de

Márcia (Família II), ao rever sua relação com a comida, avaliou que preenchia os critérios para o diagnóstico de AN, na adolescência, e atualmente para TANE. Relatou ainda que sua mãe (avó de Márcia) também apresentava esses comportamentos alimentares alterados, e que a relação entre elas sempre foi bastante hostil e distante.

Psicoterapia para esses pais, nesse contexto, pode ser uma oportunidade de revisitarem, em sua infância e adolescência, os padrões de interação e as características da família de origem, e avaliarem em que medida esses padrões se repetem na família que constituíram, além de ponderarem sobre os efeitos desses comportamentos em curto e em longo prazo. A revisão desses e de outros aspectos das vidas dos pais tem como objetivo a aquisição de repertório de autoconhecimento, ou, em outras palavras, a possibilidade de compreender funcionalmente as relações entre seus comportamentos e o ambiente, e manejá-las de modo a produzir interações mais reforçadoras e protetoras de TA para si mesmos e para seus filhos.

Favorecer o envolvimento dos pais de maneira adequada no tratamento envolve, portanto, a complexa tarefa do terapeuta de mobilizar a família a um “nível ótimo de ansiedade” que os sensibilizem para a gravidade da AN e para o engajamento no tratamento, sem, no entanto, produzir culpa ou ansiedade alta demais, que possa paralisá-los e impedir a participação ativa na intervenção.

2. Determinantes dos comportamentos com função de perda de peso

Entre os determinantes antecedentes aos comportamentos alimentares típicos da AN verificados nas análises funcionais dos casos analisados estão: insatisfação corporal, *bullying* associado ao peso ou forma, recomendação de perda de peso por profissional da saúde, comer transtornado ou transtorno alimentar na família nuclear ou estendida, admiração dos familiares e pares associada à perda de peso, privação de atenção/afeto, ambiente em que se supervaloriza a beleza e a associa ao baixo peso, além de regras e autorregras que associam magreza à determinação e sucesso.

A insatisfação corporal, associada ou não ao sobrepeso, apareceu em todos os casos avaliados como importante motivadora do engajamento das adolescentes atendidas em dietas restritivas. A restrição alimentar, por sua vez, tem sido reportada pela literatura como importante fator de risco para o surgimento de transtornos alimentares (Johnson, Pratt, & Wardle, 2012; Moraes et al., 2017).

Sabe-se que na cultura ocidental, sobretudo em países em desenvolvimento, como o Brasil, a mídia apresenta, mesmo para crianças e adolescentes muito jovens, ideais de beleza incompatíveis com o biotipo da maior parte da comunidade (Oliveira & Hutz, 2010; Vale & Elias, 2011). Essas mensagens apresentadas, repetidas vezes, por diversos canais de comunicação, produzem um clima de insatisfação corporal que motiva o engajamento em dietas e o consumo de diversos produtos para redução de peso (Alves et al., 2008; Hercovici & Bay, 1999; Oliveira & Hutz, 2010; Vale & Elias, 2011).

No entanto, nem todas as meninas brasileiras que apresentam insatisfação corporal desenvolvem AN. Pesquisas recentes indicam que para meninas com baixa autoestima e/ou altamente sensíveis a reforçadores sociais (possivelmente por estarem privadas desses reforçadores em outras áreas da vida), a insatisfação corporal e a objetificação do próprio corpo, como meio de acesso a esses reforçadores, aumentam a probabilidade de restrição alimentar e surgimento de um TA (Dakanalis et al., 2015; Schaefer et al., 2018). Esse funcionamento pode ser ilustrado pela fala de Bianca (Família III), descrita na sessão de resultados, sobre “ser bonita é a única coisa que tenho”.

A restrição alimentar prescrita por profissionais da área da saúde, por razão médica ou não, também foi um dos antecedentes que apareceu em todos os casos tratados. Embora os motivos de saúde, como alto colesterol, risco de puberdade precoce e sobrepeso, justifiquem mudanças no padrão alimentar, permanece o desafio de como prevenir problemas de saúde decorrentes de sobrepeso/obesidade ou de outros problemas de saúde associados à alimentação inadequada sem produzir TA, como BN e AN (Alckmin-Carvalho et al., 2017).

Os passos iniciais para a abordagem desse desafio têm sido dados por psicólogos e nutricionistas comportamentais, que propõem como tema de pesquisa, para além do que se come, a investigação da relação que cada indivíduo estabelece com a comida e a função da alimentação para cada pessoa, ao longo da vida (Alvarenga, Antonaccio, Timerman, & Figueiredo, 2016; Deram, 2014; Katterman et al., 2014). Esses profissionais propõem uma relação compassiva com o próprio corpo, marcada pelo afeto e cuidado, em detrimento da hostilidade e controle (Deram, 2014; Katterman et al., 2014). Propõem ainda estratégias que facilitam o reconhecimento da sensação de fome e saciedade, além do reconhecimento e diferenciação de diversos “tipos de fome” (Deram, 2014; Forman et al., 2009; Katterman et al., 2014).

A literatura tem reportado que o comer transtornado na família é fator de risco para AN em seus filhos (Bould et al., 2015; Horesh, et al., 2015). Essa associação pode ser explicada pelos princípios de aprendizagem, via modelação e modelagem, da função da comida, das autorregras sobre o corpo e alimentação e compreensão do sobrepeso ou da obesidade. Adicionalmente, famílias com essas características costumam reforçar diferencialmente, muitas vezes de maneira não intencional, comportamentos como restrição alimentar, controle das medidas do corpo e realização de atividade física com função de controle do peso, comportamentos de risco para AN.

Paralelamente à supervalorização do corpo emagrecido está a fobia de gordura na cultura ocidental, nas últimas décadas, e o estigma a que pessoas com sobrepeso e obesidade podem estar submetidas (Puhl, Luedicke, Heuer, 2011; Silva Mattos, Perfeito, Carvalho, & Retondar, 2012). Entre as pacientes que participaram da intervenção, duas apresentavam histórico de *bullying* associado ao sobrepeso (Mayra, Família I, e Márcia, Família II) e, em duas famílias (Bianca, Família III, e Maria Luiza, Família IV), os pais das adolescentes puniam comportamentos de comer alimentos ricos em calorias e reforçavam restrição alimentar, com medo de que as pacientes sofressem *bullying* relacionado à forma do corpo, na escola, como havia acontecido com eles, em sua infância.

Entre as consequências que selecionaram e mantiveram a classe de resposta com função de perder peso foram verificados os seguintes reforçadores positivos, em curto prazo: atenção, afeto e elogio dos pais associado à percepção de perda de peso do filho, atender às demandas de profissionais da saúde que recomendaram perda de peso, elogio de colegas e professores associado à redução de peso, sensação de controle do corpo, além de conformidade sobre regras que associam baixo peso à beleza, autocontrole e determinação, e conformidade com autorregras sobre ter de fazer tudo perfeitamente. Verificou-se que em todos os casos avaliados, em longo prazo, os comportamentos com função de perda de peso eram pouco mantidos por reforço positivo, como os descritos anteriormente, e amplamente mantidos por reforço negativo, como esquiva de responsabilidades cotidianas por estar doente, esquiva do ganho de peso (que sinaliza para perda de reforçadores associados à aparência e controle), e esquiva de situações de *bullying* associado ao sobrepeso ou obesidade.

Em curto prazo, os punidores em vigência eram sensação de fome, impossibilidade de comer alimentos apetitivos e irritabilidade associada à privação de alimentos. Em longo prazo, no entanto, diversos punidores foram verificados, muitos deles como

consequência de alterações fisiológicas associadas à desnutrição, como ideias obsessivas sobre corpo, calorias e peso; medo intenso de ganhar peso; isolamento social; sensação de perda de controle e restrição de liberdade para comer e se exercitar.

Sabe-se, a partir do modelo de seleção pelas consequências proposto por Skinner (1989), que uma classe de comportamentos só se sustenta no repertório comportamental de um indivíduo se a soma da magnitude dos reforçadores for superior à soma da magnitude dos punidores. Assim sendo, se os comportamentos com função de perder peso se sustentarem em longo prazo, ainda que produzam muitos punidores, pode-se inferir que a soma da magnitude dos reforçadores (sobretudo negativos) é bastante expressiva e superior à magnitude de estimulação aversiva.

A privação crônica de alimentos se configura como operação estabelecadora que altera o valor reforçador/aversivo das consequências das respostas emitidas pelo organismo desnutrido (Almeida et al., 2014; Meyer, 2008; Vale & Elias, 2011). Desse modo, uma vez que essa necessidade básica está desassistida, toda a atenção e motivação do organismo se volta para sua satisfação e preservação da vida. Assim, essa alteração fisiológica explica os pensamentos repetitivos e intrusivos, ao longo do dia, associados à alimentação e corpo, conforme reportaram as quatro adolescentes atendidas (Almeida et al., 2014; Vale & Elias, 2011). Esse superinvestimento, em termos cognitivos, contribui para o desinvestimento de outras áreas da vida, sobretudo a social, padrão de comportamento comumente verificado em pacientes com AN que têm relação com a perda de diversas fontes de reforçamento social e que pode estar associado à depressão e à menor qualidade de vida reportada por esses pacientes em longo prazo (Claudino & Borges, 2002; Tirico, Stefano & Blay, 2010).

3. Efeitos do tratamento nos indicadores antropométricos e gravidade do TA

Ao final do tratamento, todas as participantes estavam eutróficas e com menstruação regular. Além disso, os indicadores de psicopatologia alimentar, avaliados em linha de base pelo EDE-q, tiveram redução expressiva em todos os casos avaliados após a intervenção. Em seguimento de três meses, os ganhos em termos antropométricos se sustentaram e houve nova melhora nos indicadores de psicopatologia alimentar. Esses resultados vão ao encontro da hipótese do estudo, segundo a qual a participação dos adolescentes e pais na etapa psicoeducativa, bem como o manejo comportamental delineado para os pais, produziriam impacto positivo, tanto em termos de recuperação de

peso quanto na redução de comportamentos de restrição alimentar, preocupação com o peso e com a forma corporal.

Em todos os casos, considerando a média das subescalas do EDE-q, houve melhora progressiva da severidade do transtorno alimentar. Apenas em um caso houve aumento dos escores de preocupação com a comida após a intervenção (Mayra, Família I). No entanto, pode-se considerar que a preocupação com a comida era relativamente pequena, em linha de base, porque a adolescente era bem-sucedida em restringir sua alimentação. A partir do início do tratamento, tanto na intervenção nutricional quanto na psicoterápica, que tinham foco na realimentação, houve quebra da contingência de esquiva de alimentação. Nesse sentido, é esperado que haja maior preocupação por parte da adolescente, uma vez que esta efetivamente comia em frequência e quantidade esperadas para sua idade e altura.

Em termos de remissão do TA, se considerados apenas os indicadores fisiológicos como feito em alguns estudos (e.g.: Accurso et al., 2015; Ball & Mitchell, 2004; Robin et al., 1994; Robin et al., 1999; Paulson-Karlsson et al., 2008), houve remissão total em todos os casos. Por outro lado, se considerada a remissão conforme o DSM-5 indica (2013), abrangendo recuperação nutricional e de indicadores de psicológicos de perturbação de autoimagem e de outros componentes cognitivos e comportamentais alterados em quadros de AN¹⁴, a remissão total foi de 50% (Bianca e Márcia), ao final do tratamento. Esse resultado é superior ao reportado por Lock et al. (2010), que ao compararem duas modalidades de psicoterapia (FBT vs AFT) em uma amostra de 121 adolescentes com AN, chegaram à taxa de remissão total de 22,6% para ASF e de 41,8% para FBT, ao final do tratamento. Por outro lado, é inferior ao reportado por Timko et al. (2015), que chegou a uma taxa de remissão total dos participantes que finalizaram o tratamento de 67%, e de remissão parcial de 32,3%, em uma amostra de 47 adolescentes com AN, sendo o tratamento também com 20 sessões, destinadas aos adolescentes e a seus pais.

Em seguimento de três meses, a taxa de remissão total foi de 75% (Bianca, Márcia e Mayra) e a remissão parcial foi de 25% dos participantes que finalizaram o tratamento. Maria Luiza, paciente com remissão parcial, embora tenha apresentado recuperação ponderal satisfatória, ainda fazia restrição alimentar e tinha preocupações com a forma, peso e alimentação, sendo sua média global de 1,3. A taxa de remissão total em

¹⁴ Para avaliar a remissão total em termos cognitivos e comportamentais adotou-se média global do EDE-q menor que 1, em uma escala Likert de 0 a 6.

seguimento é superior à reportada por estudos anteriores (Agras et al., 2014; Paulson-Karlsson et al., 2008; Robin et al., 1994; Robin et al., 1999) e similar ao reportado por um estudo brasileiro, em que foram tratadas nove adolescentes com AN (Turkiewicz et al., 2010).

Em todas as adolescentes tratadas na presente investigação, verificou-se que a recuperação de peso e a normalização dos comportamentos alimentares parecem ter sido anteriores à normalização cognitiva. Isso indica que a intervenção parece funcionar mais pelos aspectos comportamentais do que pelas alterações cognitivas. Por exemplo, nenhuma paciente deixou de ter medo de ganhar peso ou de se tornar obesa, ou ainda, de perder o controle da alimentação, até o final da intervenção. No entanto, na medida em que as adolescentes foram estimuladas a comerem, mesmo com medo e angústia, esses sentimentos iam progressivamente diminuindo. Esse achado vai ao encontro dos estudos de processo de mudança em psicoterapia, que tendem a acontecer mais frequentemente a partir da exposição aos componentes comportamentais do que dos cognitivos. No caso de transtornos alimentares, a exposição gradual, nos moldes de dessensibilização sistemática, parece ter diminuído o potencial aversivo condicionado à alimentação e recuperação de peso.

4. Impacto da intervenção nos problemas de comportamento e funcionamento adaptativo reportados pelos adolescentes e por seus pais

Três das adolescentes apresentavam, em linha de base, competência social total em nível normal, e uma paciente em nível clínico. Portanto, o impacto do TA nas relações sociais, no desempenho acadêmico e o engajamento em atividades foram relativamente baixos. Como hipótese para esse resultado, tem-se que esses indicadores costumam ser impactados em adolescentes cronicamente doentes, e todas as pacientes avaliadas na presente pesquisa tinham menos de seis meses desde o aparecimento dos sintomas da AN, período considerado curto. Nesse sentido, a identificação e o tratamento precoces desses casos podem ser considerados preventivos do agravamento dos sintomas e das perdas em termos de competência social.

Uma vez que o tratamento envolveu restrição total de atividades e exercícios físicos, duas adolescentes (Mayra, Família I, e Márcia, Família II) deixaram de frequentar as atividades escolares e foram impedidas de ficarem desassistidas por seus pais, por exemplo, em atividades que envolvessem seus pares. Essas medidas, potencialmente

aversivas, produziram impacto na competência social de três das adolescentes, que atingiram nível clínico nessa variável após a intervenção.

Sabe-se que o tratamento para AN envolve punição positiva, como realimentar o adolescente mesmo contra sua vontade, e punição negativa, como restrição de liberdade. No entanto, conforme afirma Sidman (1989), o uso de controle aversivo para alterar o comportamento é justificável quando há risco de morte, como é o caso da AN, que é o problema de saúde mental em que mais se verificam óbitos (Arcelus et al., 2011; Franko et al., 2013; Franko et al., 2013; Vall & Wade, 2015). Em seguimento de três meses, quando todas as pacientes já haviam recuperado peso e podiam exercer suas atividades normalmente, houve melhora expressiva dos indicadores de competência social, sendo que nenhum caso atingiu nível clínico nessa fase de avaliação.

Mayra e Bianca apresentavam problemas de comportamento totais em nível clínico, e Maria Luiza na faixa limítrofe, destacando-se, em todos os casos, os problemas de comportamento internalizantes, como depressão, ansiedade e isolamento. Esse achado vai ao encontro de estudos que avaliam o impacto da AN na qualidade de vida e outras dificuldades emocionais (Cederlöf et al., 2015; Pinzon, 2012; Tirico, Stefano, & Blay, 2010). Apenas Márcia apresentava indicadores de problemas de comportamento em nível normal, na avaliação inicial. Considera-se que esse achado tem relação com o curto período entre o surgimento dos sintomas e a busca por tratamento, que nesse caso foi de apenas três meses.

Após o tratamento, nenhuma das participantes apresentava problemas de comportamento em nível clínico. Esse achado vai ao encontro da hipótese do estudo, segundo a qual participar da intervenção produziria impacto positivo nos indicadores de dificuldades emocionais e comportamentais. Vai ao encontro também de estudos de tratamento de AN na adolescência que produziram impacto positivo em termos de problemas comportamentais e emocionais (Lock et al., 2005; Pegado, 2018; Pegado et al., 2018; Turkiewicz et al., 2010).

Em seguimento, no entanto, Bianca e Maria Luiza (Famílias III e IV, respectivamente) voltaram à faixa clínica em termos de problemas de comportamento. Essas duas participantes são as mesmas que apresentavam outras comorbidades (transtornos de ansiedade generalizada e sintomas obsessivos compulsivos, respectivamente), e seus pais reportaram piora desses sintomas em seguimento. Para

esses pais foi recomendado que suas filhas iniciassem psicoterapia de longo prazo para tratarem dessas dificuldades.

Nenhum dos pais e mães que participaram do estudo apresentavam, em linha de base, indicadores de funcionamento adaptativo em nível clínico. Foi verificada ligeira redução dos escores de funcionamento adaptativo após a intervenção em sete dos oito pais, mas esses escores ainda permaneceram na faixa normal. Um dos pais atingiu a faixa limítrofe na avaliação pós-tratamento. Essa variação pode ser atribuída aos cuidados intensivos, ansiedade e estresse que o tratamento produz. Em seguimento, momento em que os cuidados com os filhos eram menos intensivos e quando os sintomas da AN estavam significativamente controlados, todos os pais apresentaram funcionamento adaptativo normal.

Os problemas de comportamento de todas as mães foram classificados como normais em linha de base, e permaneceram na faixa normal após a intervenção e em seguimento, com tendência de redução dos escores após a intervenção. Por outro lado, os problemas de comportamento de três pais eram clínicos na avaliação inicial, com destaque para problemas de comportamento como depressão, ansiedade e comportamento agressivo. Após a intervenção, três pais permaneceram com indicadores de problemas de comportamento totais em nível clínico, e em seguimento, apenas Daniel (Família IV) apresentava esses indicadores na faixa clínica. Esses resultados vão ao encontro do reportado pela literatura, que aponta que pais de adolescentes com AN apresentam mais problemas emocionais em comparação a pais de controles saudáveis (Bould et al., 2015). O impacto positivo, em seguimento, corrobora a hipótese do estudo sobre o impacto positivo da intervenção psicoterápica nos problemas de comportamento dos pais.

5. Efeitos do tratamento no estilo parental

Sete dos oito pais participantes do tratamento apresentavam, segundo o ERE, estilo parental autoritativo, em linha de base, marcado por responsividade emocional e exigência em níveis ótimos. Esses resultados contrariam a hipótese inicial do estudo, baseada na literatura internacional, segundo a qual adolescentes com AN consideram seus pais exigentes, superprotetores e pouco responsivos emocionalmente (Cella, Iannaccone & Cotrufo, 2013; Jauregui-Lobera, Bolanos-Rios, & Garrido-Casals, 2011; Tetley et al., 2014; Robinson et al., 2013), o que os classificaria como indulgentes ou autoritários. Uma

segunda hipótese seria de que o processo de psicoterapia contribuiria para a transição ao autoritativo.

Após a intervenção todos os pais permaneceram com estilo parental autoritativo, e Henri, pai de Márcia (Família II), que apresentava estilo parental indulgente na avaliação inicial, após o tratamento apresentou indicadores de exigência mais elevados (28 vs 39) e estabilidade dos indicadores de responsividade emocional, caracterizando-o como autoritativo. Todos os outros pais permaneceram com esse estilo parental ao final da intervenção e em seguimento.

Faz-se necessário destacar que os resultados dos indicadores de estilos parentais reportados pelos adolescentes contrastam com a observação clínica das interações entre pais e filha, e também do relato dos pais e dos próprios adolescentes ao longo do processo. Por exemplo, no caso de Maria Luiza (Família IV), verificou-se um padrão distante do pai, que passava a maior parte do tempo no trabalho e que tinha pouco conhecimento sobre a rotina da filha. Daniel tinha suas próprias dificuldades em termos de habilidades de comunicação e de expressão de afeto, o que dificultava sua interação com a filha.

A partir do relato de Daniel, conversas diretamente com a filha eram raras e os momentos de proximidade entre os dois eram inexistentes. Corroborando os dados de observação clínica, o próprio pai reportou, em uma das sessões, que ele se sentia pouco responsivo às necessidades emocionais de Maria Luiza. Em termos de exigência, Daniel reportou que considerava que essa tarefa era de Luciana, e que não costumava demandar limites da filha. Essas características de baixa responsividade e baixa exigência classificaram o pai com estilo parental negligente, padrão de interação pai-filha que foi reiterado por Luciana.

Luciana, por sua vez, foi considerada por Maria Luiza como altamente responsiva às suas necessidades emocionais. No entanto, a partir da observação clínica, foi possível verificar um padrão de superproteção e de dificuldade de deixar que Maria Luiza aprendesse, a partir do contato direto com as contingências, as habilidades necessárias para seu desenvolvimento emocional. Foi verificado um padrão bastante rígido e perfeccionista de Luciana, que, ao invés de modelar as aproximações sucessivas de Maria Luiza, fazia as atividades por ela, com a finalidade de garantir um resultado melhor. Por exemplo, passava o diário alimentar, escrito à mão por Maria Luiza, para o computador, mediava e tentava resolver dificuldades que apareciam entre sua filha e outros adolescentes e falava por ela durante o processo de psicoterapia.

Quando esse padrão de “blindagem da filha” contra as adversidades normais de sua faixa-etária foi apontado em psicoterapia, Luciana reportou:

eu não quero que ela sofra, por isso acabo atropelando e protegendo demais. Agora vejo que isso não ajuda ela a crescer, porque acaba sem saber fazer por conta dela mesma. (Luciana)

Esse padrão comportamental de superproteção pode ser considerado pouco responsivo, na medida em que está mais sob controle do que Luciana considera correto ou ideal fazer e pouco sobre controle das necessidades de aprendizagem e exposição de sua filha. Uma vez que o nível de exigência foi considerado alto, o estilo parental de Luciana foi considerado autoritário.

O mesmo padrão superprotetor foi verificado na criação de Bianca (Família III). Daniela, sua mãe, se ocupava de todas as suas necessidades, fazendo por ela as atividades que seriam esperadas de uma menina de 13 anos, como preparar o café da manhã, colocar o relógio para despertar e preparar sua mochila para as aulas. Levava e buscava a filha na escola, que ficava ao lado de sua casa, e contratava professores particulares, que iam até a casa de Bianca, sempre que ela tinha dificuldades em uma matéria. No entanto, essas dificuldades estavam associadas às faltas frequentes e ao comportamento inadequado em sala de aula, como conversas paralelas e distração, reportada pelos professores em reuniões escolares. Diego, por sua vez, oscilava entre a indulgência (não estabelecia limites ou indicava comportamentos esperados) e o autoritarismo e agressividade, quando sentia que a adolescente tinha “ultrapassado os limites”, em suas palavras. Por exemplo, não acompanhava a rotina escolar da filha com regularidade e, ao final do semestre, quando a adolescente reportava suas notas, o pai a agredia verbalmente, chamando-a de preguiçosa e mimada. Foi discutido, ao longo do processo de psicoterapia da família, o quanto esse padrão de superproteção tinha relação com o baixo senso de autoeficácia de Bianca e sua dependência dos adultos.

Os pais de Mayra (Família I) foram os únicos que apresentavam estilos parentais verdadeiramente autoritativos, verificados pelo instrumento de avaliação e pela observação clínica. Ambos apresentavam indicadores de responsividade emocional adequados e um nível de exigência apropriado à criação de uma adolescente.

Uma vez que o instrumento de avaliação dos estilos parentais foi preenchido pelas adolescentes, pode ter havido percepção de que seus pais, ao seguirem as indicações do

tratamento, que envolviam restrição de atividade física, bem como de qualquer outra atividade que exigisse gasto calórico, estariam menos responsivos às suas necessidades. Assim, pode ser que as pacientes, sob controle do desejo de continuar perdendo peso, tenham interpretado os cuidados parentais como invasivos e/ou agressivos, e, portanto, pontuado na pós-intervenção escores mais baixos de responsividade e mais altos de exigência.

Ademais, tem-se como hipótese que os adolescentes podem considerar comportamentos superprotetores com alta responsividade dos pais às suas necessidades, como nos casos de Bianca e Maria Luiza. No entanto, sabe-se que essa classe de comportamentos não é adequada na medida em que não permite que os filhos entrem em contato direto com as contingências naturais e desenvolvam repertórios necessários para seu desenvolvimento emocional que serão exigidos em ambientes no futuro.

Por fim, como o ERE se trata de um instrumento de avaliação de topografia das respostas e de autopreenchimento, incorre-se no viés de memória e percepção dos participantes, bem como dos antecedentes recentes ao preenchimento do instrumento. Até o momento da avaliação, apenas esses instrumentos tinham evidências de validade para a população brasileira, e por isso foram escolhidos. Em futuras pesquisas recomenda-se a utilização do *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale IV* (FACES IV), internacionalmente utilizado em estudos com famílias de pacientes com AN e recentemente traduzido e com evidências de validade para população brasileira (Santos, Bazon, & Carvalho, 2017).

6. Impacto da intervenção na percepção de suporte familiar

A percepção de suporte familiar é um construto complexo formado por três domínios: Afetivo-Consistente, que avalia expressão de afeto, proximidade, interesse mútuo, comunicação, respeito, empatia, consistência das regras familiares e habilidade de resolução de problemas; adaptação familiar, que avalia a flexibilidade da família frente às mudanças, presença de agressividade, exclusão, isolamento, vergonha, sentimento de não-pertencimento e competitividade. Por fim, o domínio de Autonomia avalia questões de liberdade individual, privacidade e nível de confiança entre os membros da família nuclear (Baptista, 2005).

Na presente investigação a percepção de suporte familiar variou pouco entre as mães participantes. Em linha de base, todas elas consideraram seu suporte familiar

médio-alto ou alto. Após a intervenção e em seguimento essa classificação se manteve, com pequenas variações nos escores brutos. O mesmo foi verificado entre os pais, nas três etapas de avaliação. Esse resultado vai de encontro aos achados internacionais, que, na comparação de características de familiares de pacientes com AN a controles não clínicos, apontam menores índices de suporte familiar, sobretudo com relação à padrões de comunicação deficitários, dificuldade de expressão de afeto, deficiências de habilidade de comunicação e de resolução de problemas (Tetley et al., 2014; Robinson et al., 2013). Ademais, esses achados contrastam também com a avaliação clínica, ao longo dos encontros, em que foram encontradas dificuldades de lidar com o desenvolvimento das filhas e passagem para a adolescência, sobretudo dos pais, perfil evitativo e padrão de comunicação passivo-agressivo.

Sabe-se que pais de adolescentes com AN costumam ter uma visão idealizada de si mesmos e de sua família, pautada em um modelo de perfeccionismo e rigidez, bem como dificuldade de exprimir suas próprias fragilidades, e as dificuldades que a família vem enfrentando, como um todo. Esse padrão de rigidez e perfeccionismo pode ter influenciado o preenchimento dos instrumentos, pelos pais, que podem ter respondido ao IPSF a partir da maneira como eles gostariam que fossem suas famílias, e não como elas são, de fato.

No início da intervenção foi abordado o caráter multifatorial e complexo da etiologia da AN, apresentado por meio da metáfora do bolo, no capítulo 2 do livro psicoeducativo. A finalidade desse capítulo foi desculpabilizar os pais pelo adoecimento de suas filhas e, ao mesmo tempo, motivá-los a se engajarem ativamente no tratamento. No entanto, considera-se que, mesmo esse tema tendo sido exaustivamente abordado, é possível que os pais não tenham preenchido o instrumento de modo a refletir o real funcionamento familiar, controlados por esquiva da sensação de culpa pelo adoecimento de suas filhas.

Os resultados de suporte familiar dos pais também contrastaram grandemente com o de suas filhas. Com exceção de Márcia, que avaliou seu suporte familiar como alto nas três fases da intervenção, todas as outras adolescentes percebiam o suporte familiar como baixo ou médio-baixo, em linha de base. Esse resultado vai ao encontro dos achados na literatura da área (Cella, Iannaccone & Cotrufo, 2013; Jauregui-Lobera, Bolanos-Rios, & Garrido-Casals, 2011) e também corrobora a impressão clínica do psicoterapeuta.

Após a intervenção, os escores indicadores da percepção de suporte familiar de Mayra (Família I) e Maria Luiza (Família IV) caíram. Essas foram as duas famílias nas quais houve maior possibilidade de autoexposição e implicação no processo de psicoterapia, para além das questões alimentares. Ao longo do processo de psicoterapia, portanto, foram abordadas diversas dificuldades no funcionamento familiar que não haviam sido acessadas anteriormente. Assim, tem-se como hipótese que o processo de psicoterapia evidenciou dificuldades já existentes na interação entre os membros da família, mas não apresentadas nas avaliações iniciais, e que controladas por essa percepção atual, as adolescentes preencheram o instrumento no pós-intervenção.

Sabe-se também que a intervenção envolve controle aversivo por parte dos pais, sobretudo com relação à monitoramento e controle da alimentação e de atividades físicas. Esse controle aversivo produziu, nas adolescentes, reações emocionais de raiva. É possível que esse sentimento tenha controlado, em parte, a diminuição da percepção do suporte familiar. Essa é uma das desvantagens da utilização de instrumentos padronizados para a avaliação de construtos psicológicos descritos pelo criador do IPSF, em seu manual (Baptista, 2005).

Em seguimento, a percepção de suporte familiar de todas as participantes foi superior ao reportado em linha de base. Portanto, verificou tendência de piora dos escores brutos, após a intervenção, e melhora desses escores na avaliação de seguimento de três meses, quando as dificuldades alimentares já estavam controladas e diversos temas difíceis que foram aparecendo ao longo do processo, já tratados.

Na presente investigação considerou-se que os resultados em termos de mudanças de estilos parentais e operantes relacionados à suporte familiar foram os mais difíceis de serem alterados, e que a recuperação de peso e diminuição dos sintomas cognitivos e comportamentais do TA foram mais consistentes. Essa mesma impressão foi corroborada por Le Grange et al. (1992), Robin et al. (1994), Robin et al. (1999) e Eisler et al. (2000), que utilizaram instrumentos como o PARQ, FACES-III e FAD para avaliar mudanças no funcionamento familiar ao longo do tratamento para AN.

Como descrito anteriormente, além dos estilos parentais e características das interações entre os membros da família serem considerados operantes complexos, os padrões de interação em famílias em que um dos filhos tem AN, marcado por evitação de conflito, por exemplo, foi reforçado negativamente por muitos anos. Nesse sentido, a intervenção, de aproximadamente seis meses, foi insuficiente para produzir uma

mudança clara desses padrões, embora tenha produzido resultados positivos em seguimento, a partir do relato dos adolescentes.

Por fim, é necessário destacar que o IPSF é um instrumento brasileiro, desenvolvido em 2009, com base em diversos inventários de avaliação familiar internacionais, como o FACES e PBI. Até o momento esse instrumento não foi utilizado nacionalmente para avaliação de percepção de suporte familiar em pacientes com transtornos alimentares. Por isso não foi possível comparar os resultados verificados nesse estudo a achados nacionais sobre o tema.

7. Satisfação com a intervenção e recomendações dos pais

Com relação aos escores indicadores de satisfação com a intervenção, que poderiam variar de 0 a 40, as notas atribuídas pelos pais variaram de 34 a 39, com média de 37,1 (92,7%). Essa elevada média, somada às respostas do questionário de satisfação, indicam que os pais avaliaram a intervenção positivamente, tanto em termos de aprendizagem psicoeducativa quanto aos transtornos alimentares quanto com relação à aquisição de novos repertórios de manejo comportamental para recuperação de peso e de treinamento de estilos e práticas parentais.

Quatro dos oito pais indicaram que a intervenção poderia ser mais longa, e que se sentiriam mais seguros com um período de acompanhamento maior. Ademais, duas famílias indicaram a necessidade da inclusão de membros da família estendida, como avós e tios, no tratamento, para que essas pessoas compreendessem as etapas do tratamento e se comportassem em consonância com o manejo comportamental implementado pelos pais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo produziu evidências de efeitos positivos em termos de recuperação de peso dos participantes, da regularização dos ciclos menstruais e de melhora da gravidade dos sintomas cognitivos e comportamentais associados ao quadro de AN. Ademais, ao final da intervenção foram verificados efeitos benéficos nos indicadores de problema de comportamento e competência social das adolescentes participantes. Os problemas de comportamento e funcionamento adaptativo dos pais, por sua vez, tenderam a se agravar no fim do tratamento, e a se normalizar no período de seguimento. Foi verificada melhora nos estilos parentais, e, ao final do programa, todos os pais apresentavam estilo autoritativo. Não foram verificadas alterações expressivas na percepção de suporte familiar reportada pelos pais, e houve melhora expressiva da percepção de suporte familiar reportada pelos adolescentes, sobretudo em seguimento.

A alta adesão dos participantes e a alta média de satisfação com a intervenção sinalizam para a viabilidade e para o reconhecimento dos benefícios por parte dos pais. Embora o processo de psicoterapia tenha produzido, junto à intervenção nutricional e psiquiátrica, em dois casos, efeitos notavelmente benéficos, algumas limitações do estudo precisam ser descritas:

- a) não foram tratados meninos com TA, sendo que a resposta ao tratamento dessa população e suas especificidades à intervenção psicológica permanece amplamente desconhecida, tanto nacionalmente como internacionalmente;
- b) duas pacientes passaram a tomar antidepressivos para tratar comorbidades como depressão, ansiedade e sintomas obsessivos-compulsivos. Essa variável pode ter tido impacto no relato de problemas de saúde mental, e não foi controlada;
- c) embora todos os participantes tenham passado por intervenção nutricional padrão para o tratamento de TA na infância e adolescência, descrita nos procedimentos do estudo, não houve controle dessa variável. No entanto, pode-se pensar que, frente à indicação das diretrizes internacionais (NICE, 2017) para tratamento de TA, que envolve intervenção interdisciplinar composta de equipe de nutricionista, psicólogo e psiquiatra, que limites éticos frente à gravidade dos

- transtornos alimentares impedem a realização de pesquisas isolando as modalidades de tratamento e testando seus efeitos separadamente;
- d) os resultados dos instrumentos de avaliação de estilos parentais e suporte familiar não puderam ser comparados com estudos realizados em outros países, por não se tratar da mesma metodologia de avaliação;
- e) embora o EDE-q tenha sido traduzido e adaptado pela equipe do PROTAD, até o momento, não existem evidências de validade de suas propriedades psicométricas para a população brasileira.

Recomenda-se a replicação desse estudo com um número maior de participantes no delineamento de estudo de caso, e, posteriormente, o desenvolvimento de um ensaio clínico randomizado, em que seja possível comparar grupos homogêneos em linha de base. Adicionalmente, recomenda-se estudos de caso com a aplicação dessa modalidade de intervenção com meninos, de modo a produzir evidências de eficácia para essa subpopulação, que em termos epidemiológicos tem aumentado e tem sido bastante negligenciada em termos de representatividade em pesquisas na área. Por fim, recomendam-se estudos com a finalidade de apresentar evidências de validade do EDE-q para a população brasileira.

A despeito das limitações mencionadas, considera-se que o estudo cumpriu seus objetivos ao produzir e testar uma intervenção psicológica de orientação analítico-comportamental para o tratamento de AN na adolescência e ao disponibilizar aos pais recursos psicoeducativos e psicoterapêuticos para modelar estilos e práticas parentais adequados às necessidades de seus filhos e da família, como um todo.

REFERÊNCIAS¹⁵

- Aardoom, J. J., Dingemans, A. E., Op't Landt, M. C. S., & Van Furth, E. F. (2012). Norms and discriminative validity of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q). *Eating Behaviors*, 13(4), 305-309.
- Abreu-Gonçalves, J., Moreira, E. A. M., Trindade, E. B. S. D. M., & Fiates, G. M. R. (2013). Transtornos alimentares na infância e na adolescência. *Revista Paulista de Pediatria*, 31(1), 96-103.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2000). *Manual for ASEBA preschool forms & profiles* [Manual]. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms and Profiles* [Manual]. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youths, and Families.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2003). *Manual for the ASEBA Adult Forms & Profiles* [Manual]. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youths, and Families.
- *Agras, W. S., Lock, J., Brandt, H., Bryson, S. W., Dodge, E., Halmi, K. A., Jo, B., Johnson, C., Kaye, W., Wilfley, D., & Woodside, B. (2014). Comparison of 2 family therapies for adolescent anorexia nervosa: a randomized parallel trial. *JAMA Psychiatry*, 71(11), 1279-1286.
- Alckmin-Carvalho, F., Cobelo, A. W., Melo, M. H. D. S., Zeni, R., & Pinzon, V. D. (2017). Age and gender changes in children and adolescent patients of a Brazilian eating disorder program. *Archives of Clinical Psychiatry*, 44(2), 33-34.
- Alckmin-Carvalho, F., & Melo, M. H. S. (2018). Anorexia Nervosa na adolescência: avaliação e tratamento sob a perspectiva analítico-comportamental. In A. K. C. R. de-Farias (Org.). *Clínica Analítico-Comportamental*. (p. 145-164). Porto Alegre: Artmed.
- Alckmin-Carvalho, F., Ferreira, R. E. R., Zazula, R., & Soares, M. R. Z. (2013). Anorexia nervosa: diagnóstico, mudanças no perfil e tratamento. *Pediatria Moderna*, 49(7), 296-299.

¹⁵ As referências utilizadas na revisão sistemática estão precedidas de um asterisco.

- Alckmin-Carvalho, F., Santos, D. R. D., Rafihi-Ferreira, R. E., & Soares, M. R. Z. (2016). Análise da evolução dos critérios diagnósticos da anorexia nervosa. *Avaliação Psicológica*, 15(2), 265-274.
- Alckmin-Carvalho, Bergamo, J. V., Cobelo, A. W., Fabbri, A., Pinzon, V.D., & Melo, M. H. D. S (2018). Evidence-based psychotherapy for treatment of anorexia nervosa in children and adolescents: systematic review. *Archives of Clinical Psychiatry*, 45(2):41-48
- Alckmin-Carvalho, F. Rafihi-Ferreira, R., Pereira, R. & Melo, M. H. S. (no prelo). Terapia Cognitivo-Comportamental para bulimia nervosa crônica e severa: Estudo de Caso. *Revista Brasileira de Psicoterapia*.
- Alckmin-Carvalho, F., Santos, D. R. D., Soares, M. R. Z., & Melo, M. H. S. (submetido). Anorexia Nervosa e estilos e práticas parentais: uma análise sob enfoque analítico-comportamental. *Revista Brasileira de Psicoterapia*.
- Almeida, P. E., Guedes, M. L., Rossi, A. C., Tolosa, B., Rodrigues, B., Tchalekian, B., & Agosti, L. (2014). Comportamento alimentar e transtorno alimentar: uma discussão de variáveis determinantes da anorexia e da bulimia. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 16(1), 21-29.
- Alvarenga, M., Antonaccio, C., Timerman, F., & Figueiredo, M. (2016). *Nutrição comportamental*. Barueri, SP: Editora Manole.
- Alvarenga, M. D. S., Scagliusi, F. B., & Philippi, S. T. (2011). Comportamento de risco para transtorno alimentar em universitárias brasileiras. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 38(1), 3-7.
- Alvarenga, P., & Piccinini, C. (2001). Práticas educativas maternas e problemas de comportamento em pré-escolares. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 14(3), 449-460.
- Alvarenga, P. A., Weber, L. N. D., & Bolsoni-Silva, A. T. (2016). Cuidados parentais e desenvolvimento socioemocional na infância e na adolescência: uma perspectiva analítico-comportamental. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 18(1), 4-21.
- Alves, E., Vasconcelos, F. D. A. G. D., Calvo, M. C. M., & Neves, J. D. (2008). Prevalência de sintomas de anorexia nervosa e insatisfação com a imagem corporal em adolescentes do sexo feminino do Município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 24(3), 503-12.
- American Academy of Pediatrics. (2003). Identifying and treating eating disorders. *Pediatrics*, 111(1), 204-211.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR* [manual]. (4th ed). Washington DC.

- American Psychiatric Association. (2013). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5)* [manual]. Porto Alegre: Artmed.
- Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J., & Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: a meta-analysis of 36 studies. *Archives of General Psychiatry*, 68(7), 724-731.
- *Ball, J., & Mitchell, P. (2004). A randomized controlled study of cognitive behavior therapy and behavioral family therapy for anorexia nervosa patients. *Eating disorders*, 12(4), 303-314.
- Baptista, M. N. (2005). Desenvolvimento do Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF): estudos psicométricos preliminares. *PsicoUSF*, 10(1), 11-19.
- Baptista, M. N. (2007). Inventário de percepção de suporte familiar (IPSF): estudo componencial em duas configurações. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 27(3), 496-509.
- Baptista, M. N. (2009). *Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF)*. São Paulo: Vetor.
- Barber, B. K. (1996). Parental psychological control: Revisiting a neglected construct. *Child Development*, 67(6), 3296-3319.
- Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child Development*, 37(4), 887-907.
- Blampied, N. M. (2000). Single-case research designs: a neglected alternative. *American Psychologist*, 55(8), 960-966.
- Berkien, M., Louwerse, A., Verhulst, F., & van der Ende, J. (2012). Children's perceptions of dissimilarity in parenting styles are associated with internalizing and externalizing behavior. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 21(2), 79-85.
- Bochi, A., Friedrich, D., & Pacheco, J. T. B. (2016). Revisão sistemática de estudos sobre programas de treinamento parental. *Temas em Psicologia*, 24(2), 549-563.
- Bolsoni-Silva, A. T., Loureiro, S. R., & Marturano, E. M. (2016). Comportamentos internalizantes: associações com habilidades sociais, práticas educativas, recursos do ambiente familiar e depressão materna. *Psico*, 47(2), 111-120.
- Bould, H., Koupil, I., Dalman, C., DeStavola, B., Lewis, G., & Magnusson, C. (2015). Parental mental illness and eating disorders in offspring. *International Journal of Eating Disorders*, 48(4), 383-391.
- Braza, P., Carreras, R., Muñoz, J. M., Braza, F., Azurmendi, A., Pascual-Sagastizábal, E., Cardas, J., & Sánchez-Martín, J. R. (2015). Negative maternal and paternal parenting

- styles as predictors of children's behavioral problems: moderating effects of the child's sex. *Journal of Child and Family Studies*, 24(4), 847-856.
- Bryant-Waugh, R. (2013). Feeding and eating disorders in children. *Current Opinion in Psychiatry*, 26(6), 537-542.
- Button, E. J., Chadalavada, B., & Palmer, R. L. (2010). Mortality and predictors of death in a cohort of patients presenting to an eating disorders service. *International Journal of Eating Disorders*, 43(5), 387-392.
- Campbell, K., & Peebles, R. (2014). Eating disorders in children and adolescents: state of the art review. *Pediatrics*, 134(3), 582-592.
- Canetti, L., Kanyas, K., Lerer, B., Latzer, Y., & Bachar, E. (2008). Anorexia nervosa and parental bonding: the contribution of parent-grandparent relationships to eating disorder psychopathology. *Journal of Clinical Psychology*, 64(6), 703-716.
- Cardoso, J., & Veríssimo, M. (2013). Estilos parentais e relações de vinculação. *Análise Psicológica*, 31(4), 393-406.
- Cederlöf, M., Thornton, L. M., Baker, J., Lichtenstein, P., Larsson, H., Rück, C., Bulik, C. M., & Mataix-Cols, D. (2015). Etiological overlap between obsessive-compulsive disorder and anorexia nervosa: a longitudinal cohort, multigenerational family and twin study. *World Psychiatry*, 14(3), 333-338.
- *Ciao, A. C., Accurso, E. C., Fitzsimmons-Craft, E. E., Lock, J., & Le Grange, D. (2015). Family functioning in two treatments for adolescent anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 48(1), 81-90.
- Claudino, A. D. M., & Borges, M. B. F. (2002). Critérios diagnósticos para os transtornos alimentares: conceitos em evolução. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(supl. 3), 7-12.
- Cobelo, A. W., Saikali, M. O., & Schomer, E. Z. (2004). A abordagem familiar no tratamento da anorexia e bulimia nervosa. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31(4), 184-187.
- Cordás, T. A. (2004). Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31(4), 154-157.
- Costa, F. T., Teixeira, M. A., & Gomes, W. B. (2000). Responsividade e exigência: duas escalas para avaliar estilos parentais. *Psicologia: reflexão e crítica*, 13(3), 465-473.
- Couturier, J., & Lock, J. (2006). What is remission in adolescent anorexia nervosa? A review of various conceptualizations and quantitative analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 39(3), 175-183.

- Couturier, J., Kimber, M., & Szatmari, P. (2013). Efficacy of family-based treatment for adolescents with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 46(1), 3-11.
- Crisp, A. H., Norton, K., Gowers, S., Halek, C., Bowyer, C., Yeldham, D., Levett, G., & Bhat, A. (1991). A controlled study of the effect of therapies aimed at adolescent and family psychopathology in anorexia nervosa. *The British Journal of Psychiatry*, 159(3), 325-333.
- *Dalle-Grave, R., Calugi, S., Doll, H. A., & Fairburn, C. G. (2013). Enhanced cognitive behaviour therapy for adolescents with anorexia nervosa: an alternative to family therapy?. *Behaviour Research and Therapy*, 51(1), R9-R12.
- Dakanalis, A., Carrà, G., Calogero, R., Fida, R., Clerici, M., Zanetti, M. A., & Riva, G. (2015). The developmental effects of media-ideal internalization and self-objectification processes on adolescents' negative body-feelings, dietary restraint, and binge eating. *European child & adolescent psychiatry*, 24(8), 997-1010.
- DeHart, T., Pelham, B. W., & Tennen, H. (2006). What lies beneath: parenting style and implicit self-esteem. *Journal of Experimental Social Psychology*, 42(1), 1-17.
- Deram, S. (2014). *O peso das dietas. Emagreça de forma sustentável dizendo não às dietas*. São Paulo: Sensos.
- Dominé, F., Berchtold, A., Akre, C., Michaud, P. A., & Suris, J. C. (2009). Disordered eating behaviors: what about boys? *Journal of Adolescent Health*, 44(2), 111-117.
- *Eisler, I., Dare, C., Hodes, M., Russell, G., Dodge, E., & Le Grange, D. (2000). Family therapy for adolescent anorexia nervosa: the results of a controlled comparison of two family interventions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(06), 727-736.
- Enten, R. S., & Golan, M. (2009). Parenting styles and eating disorder pathology. *Appetite*, 52(3), 784-787.
- Estadão. (2015). França aprova proibição de modelos muito magras. *Estadão*. Recuperado em 06 fevereiro de 2016, de <<http://vida-estilo.estadao.com.br/noticias/moda,assembleia-nacional-da-franca-aprova-proibicao-de-modelos-muito-magras,1664394>>.
- Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16(4), 363-370.
- Forman, E. M., Butryn, M. L., Hoffman, K. L., & Herbert, J. D. (2009). An Ensaio Clínico Aberto of an acceptance-based behavioral intervention for weight loss. *Cognitive and Behavioral practice*, 16(2), 223-235.

- Formiga, N. S. (2012). Variação do estilo parental dos pais e condutas desviantes em jovens brasileiros. *Revista de Psicologia GEPU*, 3(2), 73-87.
- Formiga, N. S. (2015). Dinâmica interna familiar e condutas desviantes: verificação de um modelo teórico em jovens brasileiros. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 5(2), 115-128.
- Franko, D. L., Keshaviah, A., Eddy, K. T., Krishna, M., Davis, M. C., Keel, P. K., & Herzog, D. B. (2013). A longitudinal investigation of mortality in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 170(8), 917-925.
- Godart, N., Berthoz, S., Curt, F., Perdereau, F., Rein, Z., Wallier, J., et al. (2012). A randomized controlled trial of adjunctive family therapy and treatment as usual following inpatient treatment for anorexia nervosa adolescents. *PloS One*, 7(1), e28249.
- *Gowers, S. G., Clark, A., Roberts, C., Griffiths, A., Edwards, V., Bryan, C., Smethurst, N., Byford, S., & Barrett, B. (2007). Clinical effectiveness of treatments for anorexia nervosa in adolescents. *The British Journal of Psychiatry*, 191(5), 427-435.
- Hanna, E. S., & Todorov, J. C. (2002). Modelos de autocontrole na análise experimental do comportamento: utilidade e crítica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 18(3), 337-343.
- Hay, P. (2013). A systematic review of evidence for psychological treatments in eating disorders: 2005–2012. *International Journal of Eating Disorders*, 46(5), 462-469.
- Hercovici, C. R., & Bay, L. (1997). *Anorexia Nervosa e Bulimia: ameaças à autonomia*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Herzog, D. B., Dorer, D. J., Keel, P. K., Selwyn, S. E., Ekeblad, E. R., Flores, A. T., & Keller, M. B. (1999). Recovery and relapse in anorexia and bulimia nervosa: a 7.5-year follow-up study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(7), 829-837.
- Hirsh, J. L., Stockwell, F., & Walker, D. (2014). The effects of contingent caregiver imitation of infant vocalizations: a comparison of multiple caregivers. *The Analysis of Verbal Behavior*, 30(1), 20-28.
- Horesh, N., Sommerfeld, E., Wolf, M., Zubery, E., & Zalsman, G. (2015). Father–daughter relationship and the severity of eating disorders. *European Psychiatry*, 30(1), 114-120.
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2014). Recuperado de <www.ibge.gov.br/>.

- Jaite, C., Hoffmann, F., Glaeske, G., & Bachmann, C. J. (2013). Prevalence, comorbidities and outpatient treatment of anorexia and bulimia nervosa in German children and adolescents. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 18(2), 157-165.
- Jauregui-Lobera, I., Bolanos-Rios, P., & Garrido-Casals, O. (2011). Parenting styles and eating disorders. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(8), 728-735.
- Johnson, F., Pratt M., & Wardle, J. (2012). Dietary restraint and self-regulation in eating behavior. *International Journal of Obesity*, 36(5), 665.
- Kazdin, A. E. (2011). *Single-case research designs: Methods for clinical and applied settings*. Oxford University Press.
- Kawabata, Y., Alink, L. R., Tseng, W. L., Van Ijzendoorn, M. H., & Crick, N. R. (2011). Maternal and paternal parenting styles associated with relational aggression in children and adolescents: A conceptual analysis and meta-analytic review. *Developmental Review*, 31(4), 240-278.
- Kerr, M., & Stattin, H. (2000). What parents know, how they know it, and several forms of adolescent adjustment: further support for a reinterpretation of monitoring. *Developmental Psychology*, 36(3), 366-80.
- Lamborn, S. D., Mounts, N. S., Steinberg, L., & Dornbusch, S. M. (1991). Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. *Child Development*, 62(5), 1049-1065.
- Gonçalves, Rocha & Silveiras, (2011). Estudo preliminar de validação do Inventário de Auto-Avaliação para Adultos (ASR) e do Inventário de Comportamentos para Adultos entre 18 e 59 anos (ABCL). In: 19o Simpósio Internacional de Iniciação Científica da USP, 2011, São Paulo. Anais do 19o SIICUSP, 2011.
- *Grange, D., Eisler, I., Dare, C., & Russell, G. F. (1992). Evaluation of family treatments in adolescent anorexia nervosa: a pilot study. *International Journal of Eating Disorders*, 12(4), 347-357.
- Grange, D., & Lock, J. (2005). The dearth of psychological treatment studies for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 37(2), 79-91.
- Katterman, S. N., Kleinman, B. M., Hood, M. M., Nackers, L. M., & Corsica, J. A. (2014). Mindfulness meditation as an intervention for binge eating, emotional eating, and weight loss: A systematic review. *Eating behaviors*, 15(2), 197-204.
- Lock, J. (2011). Evaluation of family treatment models for eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 24(4), 274-279.

- *Lock, J., Agras, W. S., Bryson, S., & Kraemer, H. C. (2005). A comparison of short and long-term family therapy for adolescent anorexia nervosa. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44(7), 632-639.
- Lock, J., Couturier, J., & Agras, W. S. (2006). Comparison of long-term outcomes in adolescents with anorexia nervosa treated with family therapy. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(6), 666-672.
- Lock, J., & Grange, D. (2015). *Treatment manual for anorexia nervosa: a family-based approach* [manual]. New York: The Guilford Press.
- *Lock, J., Le Grange, D., Agras, W. S., Moye, A., Bryson, S. W., & Jo, B. (2010). Randomized clinical trial comparing family-based treatment with adolescent-focused individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 67(10), 1025-1032.
- Nery, L.B. & Fonseca, F. N. (2018). Análises funcionais moleculares e molares: um passo a passo. In A. K. C. R. Farias, L. B. Nery, & F. N. Fonseca. *Teoria e Formulação de Casos em Análise Comportamental Clínica*. Porto Alegre: Artmed.
- Maccoby, E. E., & Martin, J. A. (1983). *Socialization in the context of the family: Parent-child interaction*. Handbook of child psychology: formerly Carmichael's Manual of child psychology/Paul H. Mussen, editor.
- Madden, S., Morris, A., Zurynski, Y. A., Kohn, M., & Elliot, E. J. (2009). Burden of eating disorders in 5-13-year-old children in Australia. *Medical Journal of Australia*, 190(8), 410-414.
- Meyer, S. B. (1997). O conceito de análise funcional. Sobre comportamento e cognição, 2, 31-36.
- Meyer, S. B. (2008). Functional analysis of eating disorders. *Journal of Behavior Analysis in Health, Sports, Fitness and Medicine*, 1(1), 26-33.
- Mond, J. M., Hay, P. J., Rodgers, B., Owen, C., & Beumont, P. J. (2004). Validity of the eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) in screening for eating disorders in community samples. *Behaviour Research and Therapy*, 42(5), 551-567.
- Morgan, H. G., & Russell, G. F. M. (1975). Value of family background and clinical features as predictors of long-term outcome in anorexia nervosa: four-year follow-up study of 41 patients. *Psychological Medicine*, 5(4), 355-371.
- Murray, S. B., & Le Grange, D. (2014). Family therapy for adolescent eating disorders: an update. *Current Psychiatry Reports*, 16(5), 1-7.

- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (2017). *Eating disorders: recognition and treatment NICE guideline NG69*. Recuperado de <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69/chapter/Recommendations>.
- Nicoletti, M., Gonzaga, A. P., Modesto, S. E. F., & Cobelo, A. W. (2010). Grupo psicoeducativo multifamiliar no tratamento dos transtornos alimentares na adolescência. *Psicologia em Estudo*, 15(1), 217-223.
- Nielsen, S. (1990). The epidemiology of anorexia nervosa in Denmark from 1973 to 1987: a nationwide register study of psychiatric admission. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 81(6), 507-514.
- Nogueira, S. C., & Rodrigues, O. M. P. R. (2016). Práticas educativas e indicadores de ansiedade, depressão e estresse maternos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(1), 35-44.
- Oliveira, L. L., & Hutz, C. S. (2010). Transtornos alimentares: o papel dos aspectos culturais no mundo contemporâneo. *Psicologia em Estudo*, 15(3), 575-582.
- Pacheco, J. T., Teixeira, M. A., & Gomes, W. B. (2012). Estilos parentais e desenvolvimento de habilidades sociais na adolescência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 15(2), 117-126.
- Padierna, A., Quintana, J. M., Arostegui, I., Gonzalez, N., & Horcajo, M. J. (2002). Changes in health related quality of life among patients treated for eating disorders. *Quality of Life Research*, 11(6), 545-552.
- *Paulson-Karlsson, G., Engström, I., & Nevonen, L. (2008). A pilot study of a family-based treatment for adolescent anorexia nervosa: 18 and 36-month follow-ups. *Eating Disorders*, 17(1), 72-88.
- Paxton, S. J., Hay, P., Touyz, S. W., Forbes, D., Madden, S., Girosi, F. et al. (2012). *Paying the price: the economic and social impact of eating disorders in Australia*. Barton, A.C.T.: Deloitte Access Economics. Recuperado de https://www.deloitteaccesseconomics.com.au/uploads/File/Butterfly_Report_Paying%20the%20Price_online.pdf
- Pegado, P., Alckmin-Carvalho, F., Carneiro, L. F., kypriotis, P., Camacho, P., & Fleitlich-Bilyk, B. (2018). Development, applicability and effects of a pilot program of group cognitive-behavioral therapy in brazilian adolescents with anorexia nervosa. *Archives of clinical Psychiatry*, 45(3), 57-60.
- Pinzon, V. D. (2012). Impacto de comorbidades psiquiátricas e de outros fatores de risco na resposta ao tratamento de crianças e adolescentes com transtornos alimentares (Dissertação de Mestrado, Instituto de Psiquiatria Universidade de São Paulo).
- Poston, W. S. C., & Foreyt, J. P. (1999). Obesity is an environmental issue. *Atherosclerosis*, 146(2), 201-209.

- Puhl, R. M., Luedicke, J., & Heuer, C. (2011). Weight-based victimization toward overweight adolescents: observations and reactions of peers. *Journal of School Health, 81*(11), 696-703.
- *Robin, A. L., Siegel, P. T., Koepke, T., Moye, A. W., & Tice, S. (1994). Family therapy versus individual therapy for adolescent females with anorexia nervosa. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 15*(2), 111-116.
- *Robin, A. L., Siegel, P. T., Moye, A. W., Gilroy, M., Dennis, A. B., & Sikand, A. (1999). A controlled comparison of family versus individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 38*(12), 1482-1489.
- Robinson, A. L., Strahan, E., Girz, L., Wilson, A., & Boachie, A. (2013). 'I know I can help you': parental self efficacy predicts adolescent outcomes in family ased therapy for eating disorders. *European Eating Disorders Review, 21*(2), 108-114.
- Rocha, M. M. (2012). *Autoavaliação de competências e problemas de comportamento entre adolescentes brasileiros: um estudo de validação do Inventário de Autoavaliação para Jovens (YSR/2001)*. (Tese de Doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- Rosen, D. S. (2010). Identification and management of eating disorders in children and adolescents. *Pediatrics, 126*(6), 1240-1253.
- Rinhel-Silva, C. M., Constantino, E. P., & Rondini, C. A. (2012). Família, adolescência e estilos parentais. *Estudos de Psicologia, 29*(2), 221-230.
- Sabbag, G. M., & Bolsoni-Silva, A. T. (2015). Interações entre mães e adolescentes e os problemas de comportamento. *Arquivos Brasileiros de Psicologia, 67*(1), 68-83.
- Santos, P. L. D., Bazon, M. R., & Carvalho, A. M. P. (2017). Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale IV (FACES IV): adaptação brasileira. *Avaliação Psicológica, 16*(2), 120-127.
- Schaefer, L. M., Burke, N. L., Calogero, R. M., Menzel, J. E., Krawczyk, R., & Thompson, J. K. (2018). Self-objectification, body shame, and disordered eating: Testing a core mediational model of objectification theory among White, Black, and Hispanic women. *Body image, 24*, 5-12.
- Sidman, M. (1995). *Coerção e suas implicações* (M. A. Andery, & T. M. Sérgio, Trans.). Campinas: Livro Pleno. (Trabalho original publicado em 1989).
- Silva Mattos, R., Perfeito, R., Carvalho, M. C. D. V. S., & Retondar, J. (2012). Obesity and bullying in childhood and adolescence: the stigma of fat. *Demetra: Food, Nutrition & Health, 7*(2), 71-112.

- Simon, J., Schmidt, U., & Pilling, S. (2005). The health service use and cost of eating disorders. *Psychological Medicine*, 35(11), 1543-1551.
- Skinner, B. F. (1974). *About behaviorism*. New York: Vintage Books Edition.
- Skinner, B. F. (1989). *Ciência e comportamento humano* (J. C. Todorov, & R. Azzi, Trans.). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1953).
- Skinner, B. F. (2007). Seleção por consequências. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 9(1), 129-137. (Trabalho original publicado em 1981).
- Smink, F. R., Van-Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Current Psychiatry Reports*, 14(4), 406-414.
- Souza, A. A. D., Souza, J. C., Hirai, E. S., Luciano, H. D. A., & Souza, N. (2011). A study about anorexia and bulimia nervosa in university. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27(2), 195-198.
- Stasiak, G. R., Weber, L. N. D., & Tucunduva, C. (2014). Qualidade na interação familiar e estresse parental e suas relações com o autoconceito, habilidades sociais e problemas de comportamento dos filhos. *Psico*, 45(4), 494-501.
- Strother, E., Lemberg, R., Stanford, S. C., & Turberville, D. (2012). Eating disorders in men: underdiagnosed, undertreated, and misunderstood. *Eating Disorders*, 20(5), 346-355.
- Swanson, S. A., Crow, S. J., Le Grange, D., Swendsen, J., & Merikangas, K. R. (2011). Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents: results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Archives of General Psychiatry*, 68(7), 714-723.
- Teixeira, M. A. P., Bardagi, M. P., & Gomes, W. B. (2004). Refinamento de um instrumento para avaliar responsividade e exigência parental percebidas na adolescência. *Avaliação Psicológica*, 3(1), 1-12.
- Tetley, A., Moghaddam, N. G., Dawson, D. L., & Rennoldson, M. (2014). Parental bonding and eating disorders: a systematic review. *Eating Behaviors*, 15(1), 49-59.
- *Timko, C. A., Zucker, N. L., Herbert, J. D., Rodriguez, D., & Merwin, R. M. (2015). An Ensaio Clínico Aberto of Acceptance-based Separated Family Treatment (ASFT) for adolescents with anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 69, 63-74.
- Tirico, P. P., Stefano, S. C., & Blay, S. L. (2010). Qualidade de vida e transtornos alimentares: uma revisão sistemática. *Caderno de Saúde Pública*, 26(3), 431-449.
- Todorov, J. C. (2002). The evolution of the concept of operant. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 18(2), 123-127.

- Turkiewicz, G., Pinzon, V., Lock, J., & Fleitlich-Bilyk, B. (2010). Feasibility, acceptability, and effectiveness of family-based treatment for adolescent anorexia nervosa: an observational study conducted in Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32(2), 169-172.
- Vale, A. M. O. D., & Elias, L. R. (2011). Transtornos alimentares: uma perspectiva analítico-comportamental. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 13(1), 52-70.
- Vall, E., & Wade, T. D. (2015). Predictors of treatment outcome in individuals with eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 48(7), 946-971.
- Velasco, S. M., Garcia-Mijares, M., & Tomanari, G. Y. (2010). Fundamentos metodológicos da pesquisa em análise experimental do comportamento. *Psicologia em Pesquisa*, 4(2), 150-155.
- Zhao, Y., & Encinosa, W. (2009). *Hospitalizations for eating disorders from 1999 to 2006. HCUP statistical brief #70*. Recuperado de <<http://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb70.jsp>>.
- Watson, T. L., Bowers, W. A., & Andersen, A. E. (2014). Involuntary treatment of eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157(11), 1806-1810.
- Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., & Vos, T. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 382(9904), 1575-1586.
- WHO – World Health Organization. (2016). WHO Anthro Plus [computer program].

APÊNDICES

APÊNDICE A – Material de divulgação da pesquisa nas redes sociais

**Tratamento Psicológico GRATUITO
para DIFICULDADES ALIMENTARES
em ADOLESCENTES**

Você é pai ou mãe de um adolescente,
menino ou menina (10 até 17 anos), que
apresenta os seguintes comportamentos?

- Perda de peso nas últimas semanas ou meses
- Apresenta medo intenso de ganhar peso
- Come cada vez menos
- Tem medo de alimentos considerados calóricos
- Considera-se acima do peso, mesmo estando magro ou muito magro
- Preocupa-se intensamente com o corpo e com alimentação
- Tenta prevenir o ganho de peso quando considera que comeu demais, por meio de atividade física, jejum ou outro método.

Se você respondeu sim para algumas dessas questões, entre
em contato. Seu filho ou filha pode estar precisando de ajuda.

SAIBA COMO VOCÊ PODE AJUDA-LO.

Projeto de Doutorado
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
Financiamento: CAPES
(Processo nº 33002010039D4)
Projeto aprovado pelo comitê de ética:
CAAE:67037317.3.00005561

Profissional Responsável:

Felipe Alckmin Carvalho

Psicólogo Clínico (CRP: 06/110792)
Especialista em Transtornos Alimentares (USP).
Mestre e Doutorando em Psicologia Clínica (USP).

✉ felipealckminc@gmail.com

☎ (11) 96662-1437

INSTITUTO DE PSICOLOGIA
www.ip.usp.br

Esta modalidade de tratamento é totalmente gratuita em todas as suas fases.

APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista Clínica

ROTEIRO DE ENTREVISTA FAMILIAR

Nome Mãe: _____ Telefone: _____

Nome Pai: _____ Telefone: _____

Nome do paciente: _____

Data: ____/____/____

Terapeuta-Entrevistador: _____

PESO: _____

ALTURA: _____

IDADE: _____

IMC: _____

INTERPRETAÇÃO DO IMC: _____

1 - Grau de instrução

0 – Analfabeto / Primário Incompleto

1 – Primário Completo/ Ginásial Incompleto

2 – Ginásial Completo/ Colegial Incompleto

3 – Colegial Completo/ Superior Incompleto

4 – Superior Completo

2 - Faz dieta?

0 – Não

1 – Sim

3 - Qual a razão da dieta?

1 - Transtorno Alimentar

2 – Doenças Clínicas

3 – Hábito Familiar

4 - Compulsão Alimentar?

0 – Não

1 – Sim

5 - Vômitos?

0 – Não

1 – Sim

6 - Laxantes?

0 – Não

1 – Sim

7 - Abuso de álcool?

0 – Não

1 – Sim

8 - Frequência

1 – 1 ou 2 por ano

2 – 1 por mês

3 – 1 ou 2 por mês

4 – 3 ou 4 por mês

5 – 1 por dia

6 – Vários por dia

9 - Tabagismo

0 – Não

	1 – Sim
10 - Frequência	1 – 1 ou 2 por ano 2 – 1 por mês 3 – 1 ou 2 por mês 4 – 3 ou 4 por mês 5 – 1 por dia 6 – Vários por dia
11 - Drogas: Maconha, Cocaína, anfetaminas	0 - Não 1 – Sim
12 - Frequência	1 – 1 ou 2 por ano 2 – 1 por mês 3 – 1 ou 2 por mês 4 – 3 ou 4 por mês 5 – 1 por dia 6 – Vários por dia
13 - Depressão	0 - Não 1 – Sim
14 - Transtornos de Ansiedade	0 - Não 1 - Sim
15 - Abuso ou dependência de Drogas	0 - Não 1 - Sim Qual?
16 - Transtornos Psiquiátricos	0 - Não 1 – Sim Qual?
17 - Transtornos Alimentares	0 - Não 1 - Sim Qual?

18. Descreva algumas de suas características que você considera boas/adequadas.

19. Descreva algumas dificuldades que você reconhece em si.

20. Como você conheceu seu esposo(a)?

21. Como é sua relação com seu esposo(a)?

22. Como foi o nascimento de sua(seu) filha(o)? A gravidez foi planejada?

23. Como foi o período de amamentação?

24. Como foi escolhido o nome de sua(seu) filha(o)?

25. Como você vê a sua relação com sua(seu) filha(o)?

26. Descreva algumas qualidades de sua(seu) filha(o).

27. Descreva algumas dificuldades de sua(seu) filha(o).

28. Descreva suas principais preocupações quanto à(ao) sua(seu) filha(o).

29. Você, como mãe, deve ter alguma teoria ou hipótese sobre a doença de sua(seu) filha(o). Fale um pouco sobre isso.

APÊNDICE C – Inventário de satisfação com a intervenção

Nome: _____

Nome do Filho: _____

Para cada questão, circule a resposta que melhor expresse como você realmente se sente com relação ao processo de psicoterapia realizado.

I. Em relação às técnicas e orientações para lidar com os problemas de alimentação de meu filho/minha filha, eu penso que aprendi:

1. nada	2. muito pouco	3. alguma coisa	4. várias coisas	5. muitas coisas
---------	----------------	-----------------	------------------	------------------

II. Sobre o relacionamento entre mim e meu filho/minha filha, eu sinto que nós nos entendemos:

1. muito pior que antes	2. pouco pior que antes	3. o mesmo que antes	4. pouco melhor que antes	5. muito melhor que antes
-------------------------	-------------------------	----------------------	---------------------------	---------------------------

III. Os problemas de alimentação que meu filho/minha filha apresentava no início do programa estão:

1. muito piores	2. pouco piores	3. iguais	4. pouco melhores	5. muito melhores
-----------------	-----------------	-----------	-------------------	-------------------

IV. Em que grau ter participado da intervenção psicoterapêutica ajudou você a lidar com os outros problemas de seu filho/sua filha?

1. atrapalhou muito	2. atrapalhou pouco	3. nem atrapalhou nem ajudou	4. ajudou pouco	5. ajudou muito
---------------------	---------------------	------------------------------	-----------------	-----------------

V. Em que grau a orientação tem ajudado com outros problemas gerais, pessoais ou familiares não diretamente relacionados ao seu filho/à sua filha com Anorexia Nervosa?

1. atrapalhou muito	2. atrapalhou pouco	3. nem atrapalhou nem ajudou	4. ajudou pouco	5. ajudou muito
---------------------	---------------------	------------------------------	-----------------	-----------------

VI. Em que grau você teve dificuldades para aceitar e colocar em prática as orientações recebidas?

1. Muita dificuldade	2. Pouca dificuldade	3. Não tive dificuldade nem facilidade	4. Um pouco de facilidade	5. Muita facilidade
----------------------	----------------------	--	---------------------------	---------------------

VII. O número de sessões/encontros do programa foi:

1. muito insuficiente	2. insuficiente	3. regular	4. suficiente	5. muito suficiente
--------------------------	-----------------	------------	---------------	---------------------

VIII. Meu sentimento geral sobre a intervenção que eu participei é:

1. detestei	2. não gostei	3. neutro(a)	4. gostei	5. gostei muito
-------------	---------------	--------------	-----------	-----------------

IX. Que parte/elemento do programa de intervenção que você mais gostou?

X. O que você considera que poderia ser modificado ou melhorado no programa de intervenção?

APÊNDICE D – Questionário Sociodemográfico

Nome da Mãe: _____

Nome do Pai: _____

Nome do Paciente: _____

Data de Nascimento do Paciente: _____ Cidade de nascimento: _____

Idade do paciente no início do tratamento: _____

Endereço: Rua/Av. _____

Nº _____ Apto. _____ Bairro: _____

Telefones: residencial: _____ Celular (pai e mãe): _____

Cidade: _____ Estado: _____

Número de Filhos: _____

Filho 1: Sexo? ()F ()M / Nome: _____ Idade: _____**Filho 2:** Sexo? ()F ()M / Nome: _____ Idade: _____**Filho 3:** Sexo ? ()F ()M / Nome: _____ Idade: _____

Quem mora na casa com o paciente? _____

Dados sobre o adolescente participante do tratamento

Escola: _____ Particular () Pública()

Ano: _____ Turma: _____ Histórico de Repetência ou evasão escolar? _____

Dados sobre os paisGrau de Instrução **pai:** () Analfabeto/Primário Incompleto () Primário Completo/Ginasial Incompleto

() Ginásial Completo/Colegial Incompleto () Colegial Completo/Superior Incompleto

() Superior Completo () Pós-graduação () Mestrado () Doutorado

Grau de Instrução **mãe:** () Analfabeto/Primário Incompleto () Primário Completo/Ginasial Incompleto

() Ginásial Completo/ Colegial Incompleto () Colegial Completo/Superior Incompleto

() Superior Completo () Pós-graduação () Mestrado () Doutorado

Ocupação do Pai: _____ Renda Pai _____

Ocupação da Mãe: _____ Renda Mãe _____

Desemprego? _____

Se sim, há quanto tempo? _____

APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento para Pais

Universidade de São Paulo
Instituto de Psicologia – Departamento de Psicologia Clínica
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO

(Obrigatório para Pesquisas em Seres Humanos – (Capítulo IV da Resolução nº 466/12 – Conselho Nacional de Saúde)

Você e seu (sua) filho(a) estão sendo convidados a participar da pesquisa **“Desenvolvimento e avaliação dos efeitos de uma intervenção psicoterápica destinada a adolescentes com Anorexia Nervosa e seus pais: coletânea de casos”**, projeto de doutorado realizado por Felipe Alckmin Carvalho (pesquisador responsável), no Instituto de Psicologia da universidade de São Paulo (IP-USP).

Este estudo tem como objetivo avaliar os efeitos de um tratamento psicológico destinado a adolescentes com Anorexia Nervosa e seus pais. Trata-se de uma intervenção psicológica desenvolvida para auxiliar vocês, pais de um adolescente com o diagnóstico de Anorexia Nervosa, a entender os aspectos emocionais e comportamentais associados a este problema e também instrumentalizá-los para manejar melhor estes problemas da melhor maneira possível. Adicionalmente, abordaremos as práticas empregadas na educação dos filhos e o funcionamento da família de vocês. Nós teremos 20 sessões de psicoterapia, com duração aproximada de uma hora cada, nos próximos seis meses. Seu filho também será atendido pelo mesmo terapeuta, em horários específicos para ele, e, em algumas sessões que envolvem toda a família.

Todos os encontros acontecerão no Laboratório de Terapia Comportamental do IP-USP, situado no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, na Av. Prof. Mello Moraes, 1721, Butantã. Todo o processo será gratuito. Vocês receberão um livreto (*Anorexia Nervosa na adolescência: como a família pode ajudar?*), desenvolvido pelo pesquisador responsável. Esse livreto servirá de guia para o processo de psicoterapia.

a) Riscos/desconfortos: A entrevista inicial, o preenchimento de questionários e a participação no processo de psicoterapia apresentam riscos mínimos, mas, caso alguma questão ou orientação cause qualquer tipo de desconforto, você poderá entrar em contato com o pesquisador responsável.

b) Benefícios esperados: O primeiro benefício esperado é que vocês, pais, desenvolvam habilidades para realimentar o filho de vocês com Anorexia Nervosa, e que ele recupere peso. Além disso, espera-se que o processo de psicoterapia produza melhora das habilidades educativas empregadas na socialização de seus filhos, aumentando a coesão familiar e a qualidade de vida de todos os participantes. Espera-se também que seu filho aprenda habilidades para manejar de maneira mais adequada sua alimentação, bem como desenvolva habilidades socioemocionais que o protegem de recaídas no futuro. Por fim, a participação de vocês contribuirá para o desenvolvimento e aprimoramento de tratamentos da Anorexia Nervosa na adolescência, podendo beneficiar outros pais que passam pela mesma situação.

c) Liberdades/garantias: Você possui total liberdade para se recusar a participar desta pesquisa ou de retirar o seu consentimento, a qualquer momento, sem penalização ou prejuízo. Você possui total liberdade de não responder às perguntas ou não participar de orientações que possam lhe causar constrangimento.

e) Sigilo/Anonimato: Suas informações serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer etapa do estudo. Garantimos o sigilo das informações coletadas e o seu anonimato. Respeitamos a sua privacidade, mantendo em segredo as suas informações pessoais no decorrer da pesquisa e após sua conclusão.

f) Despesas: Esta pesquisa não resultará em despesas ou prejuízos para você. No caso de eventual despesa, assumiremos a responsabilidade de ressarcimento.

g) Resultados e Publicação: Você terá o direito de se manter atualizado(a) quanto aos resultados da pesquisa. Informamos que os resultados da pesquisa poderão ser publicados em revistas da área de psicologia ou de medicina, bem como apresentados em eventos científicos, colaborando, assim, na compreensão do conhecimento teórico-científico e na melhoria de intervenções e tratamentos para transtornos alimentares na infância e adolescência.

h) Encaminhamento: Caso os problemas alimentares de seus filhos permaneçam após a intervenção, o pesquisador responsável fará o encaminhamento do caso para o PROTAD. O estudo está sob responsabilidade do pesquisador Felipe Alckmin Carvalho, RG: 13793170, CRP: 06/110792. O pesquisador pode ser contatado pelo e-mail felipcarvalho@usp.br, pelo telefone (11) 96662-1437 e também no Instituto de Psicologia da USP, Av. Prof. Mello Moraes, 1721, Butantã, Prédio F, sala 19, São Paulo, SP – Brasil. Se

você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética dessa pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, pelo Av. Prof. Mello Moraes, 1721, Bloco G, sala 27 – Cidade Universitária – São Paulo/SP – CEP: 05508-030, telefone (11) 3091-4182, e-mail ceph.ip@usp.br. Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi elaborado em duas vias; uma delas ficará com você e a outra com o pesquisador.

Confirmo que, após entender todas estas informações sobre o estudo, aceito participar do processo de psicoterapia descrito. Todo o processo é gratuito e não envolve nenhuma forma de transição financeira. Autorizo a publicação dos resultados da pesquisa em revistas científicas de psicologia, aulas e congressos, sem que meu nome venha a público.

São Paulo, _____ de _____ de 2017

Assinatura do participante

Felipe Alckmin Carvalho (Pesquisador responsável)

APÊNDICE F – Termo de Assentimento Informado

Universidade de São Paulo
Instituto de Psicologia – Departamento de Psicologia Clínica
TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO

(Obrigatório para Pesquisas em Seres Humanos
(Capítulo IV da Resolução nº 466/12 – Conselho Nacional de Saúde)

Assentimento Informado para participação na pesquisa **“Desenvolvimento e avaliação dos efeitos de uma intervenção psicoterápica destinada a adolescentes com Anorexia Nervosa e seus pais: coletânea de casos”**.

Meu nome é Felipe, eu sou psicólogo clínico e pesquisador no Instituto de Psicologia da USP. Eu trabalho com pessoas que têm dificuldades com a alimentação, com o peso e com o corpo. Estou fazendo um estudo para tentar ajudar você e seus pais a entender melhor os aspectos emocionais e comportamentais associados a estas dificuldades e a superá-las.

Caso concorde, você, seu pai e sua mãe participarão do processo de psicoterapia, que deverá acontecer nos próximos seis meses, com duração aproximada de 20 encontros. Seus pais vão receber um livrinho chamado: *Anorexia Nervosa na adolescência: como a família pode ajudar?*, que irá guiar nossos encontros. Você também receberá esse livrinho e nós falaremos sobre ele em nossas sessões juntos.

Você pode discutir qualquer informação deste formulário com seus pais, amigos ou qualquer pessoa com quem você se sentir à vontade de conversar. Pode haver algumas palavras que você não entenda ou alguma coisa que você queira que eu explique mais detalhadamente. Se isso acontecer, pergunte-me e eu explicarei. Nossas conversas geralmente têm risco mínimo, mas se você se sentir desconfortável, me avise que falaremos sobre isso para tentar entender o que está acontecendo.

A sua participação é muito importante porque este estudo nos ajudará a entender as dificuldades que adolescentes como você tem enfrentado com relação à alimentação, ao peso, à família, e também com relação a outras dificuldades da vida, sobretudo as que aparecem na adolescência. Para isso, talvez eu tenha que conversar sobre nossos encontros com outros pesquisadores que fazem do meu grupo de estudo sobre esse tema.

Se isto acontecer, eu não vou mencionar seu nome ou nenhuma informação que permita que eles identifiquem quem você é.

Qualquer dúvida entre em contato comigo pelo telefone (11) 6662-1437 ou pelo e-mail: felipcarvalho@usp.br. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética dessa pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, pelo Av. Prof. Mello Moraes, 1721, Bloco G, sala 27- Cidade Universitária – São Paulo/SP – CEP: 05508-030. Telefone (11) 3091-4182, e-mail ceph.ip@usp.br

ASSENTIMENTO

Confirmo que, após entender todas estas informações sobre o estudo, aceito participar como informante (preencher alguns questionários).

São Paulo, _____ de _____ de 2017

Nome completo do adolescente

Felipe Alckmin Carvalho (Pesquisador responsável)

APÊNDICE G – Checklist para avaliação da viabilidade da participação na pesquisa

<p>Data da aplicação: ____/____/____</p> <p>Respondente: _____</p> <p>Paciente: _____</p>

1.	Você já foi diagnosticado com algum problema de saúde mental?	SIM	NÃO
2.	Está sendo atendimento em acompanhamento psiquiátrico ou psicológico atualmente?	SIM	NÃO
3.	Seu (sua) filho (a) já foi diagnosticado com algum problema de saúde mental?	SIM	NÃO
4.	Seu (sua) filho (a) está em acompanhamento psicológico ou psiquiátrico atualmente?	SIM	NÃO
5.	Tem disponibilidade de comparecer, semanalmente, ao tratamento, por aproximadamente seis meses?	SIM	NÃO
6.	É viável para você e seu marido/esposa virem ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, semanalmente, por aproximadamente seis meses?	SIM	NÃO
7.	Você tem recursos financeiros para se deslocar até o Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo?	SIM	NÃO
8.	Você tem a possibilidade de deixar seu filho adolescente aos cuidados de um terceiro, durante o tratamento?	SIM	NÃO
9.	Por que você acha que seu (sua) filho (a) precisa de ajuda? _____ _____ _____		

APÊNDICE H – Descrição do enquadre e da conduta das sessões de psicoterapia**Sessão 1****Avaliação diagnóstica e verificação da elegibilidade da família****Enquadre:**

- Participantes: pai, mãe e adolescente.
- Duração do encontro: 2h.

Conduta:

- Acolhimento da família.
- Diagnóstico de AN (DSM-V).
- Comunicação do diagnóstico.
- Avaliação da elegibilidade dos participantes (avaliação dos critérios de inclusão e exclusão).
- Apresentação da proposta de tratamento e assinatura dos termos de consentimento e assentimento.
- Psicoeducação sobre AN: (a) descrição das alterações cognitivas e comportamentais associadas à AN, (b) apontamento da gravidade da AN, (c) explicação sobre a impossibilidade do adolescente de escolher o que , quando, e a quantidade a ser comida, (d) diferenciação do paciente de seu TA, (e) explicação da necessidade que o casal parental se una ao terapeuta para manejar os comportamentos de restrição alimentar, purgação (se AN purgativa) e exercício físico; (f) diferenciação de cuidado e controle no manejo comportamental.
- Manejo Comportamental dos pais: (a) restrição de atividade física, (b) solicitação de acompanhamento nas seis refeições diárias, nas quais os pais devem servir a comida do dia, em porções adequadas ao tamanho e faixa-etária do adolescente (c) necessidade de monitoramento do adolescente após a refeição para inibir comportamentos purgativos/compensatórios, como vômito ou exercícios físicos, (d) afastamento das atividades de educação física na escola e (e) solicitação que o adolescente permaneça com a porta do quarto aberta, durante a noite para evitar exercícios físicos nesse período; retirada de balança, fita métrica ou qualquer outro aparelho que avalie gasto calórico, peso ou medidas, (f) retirada do computador do quarto do paciente, se for o caso, para evitar acesso a sites pró-anorexia e permissão de uso do celular sob supervisão e (g) sugestão que os pais não leiam nada na internet sobre transtornos alimentares.
- Encaminhamento para tratamento nutricional e médico, caso o adolescente ainda não estiver sendo assistido por esses profissionais.

Sessão 2

Avaliação Inicial, psicoeducação e manejo comportamental

Enquadre:

- Participantes: pai, mãe e adolescente.
- Material: Instrumentos de avaliação psicológica.
- Duração do encontro: 1,5h.

Conduta:

- Contato com a nutricionista para receber informações sobre avaliação da altura, peso, IMC e percentil do adolescente. Em caso de recuperação de peso, reforçar a conduta dos pais. Em caso de perda ou manutenção de peso, avaliar se os combinados foram integralmente cumpridos e se o adolescente se engajou em atividades para prevenir o ganho de peso.

- Entrega do material psicoeducativo Capítulo I: “O que é Anorexia Nervosa” (um para mãe, um para pai e um para adolescente).

- Pedido para que os pais leiam o capítulo I e anotem dúvidas ou outras considerações que desejem fazer no próximo encontro.

- Entrega e apresentação dos instrumentos de avaliação psicológica: ASR, IPSF e Questionário Sociodemográfico para pais e EDE-q, YSR, ERE e IPSF para os adolescentes;

- Avaliação dos combinados na semana anterior.

- Reforço diferencial dos combinados na sessão anterior que foram cumpridos. Em caso de não cumprimento, validação da dificuldade e investigação de seus determinantes. Reafirmar sobre a gravidade da AN e da necessidade de a família se engajar no tratamento e cumprir todos os combinados para a semana posterior.

- Explicação sobre contingências de reforçamento, quebra de contingência de reforçamento e os efeitos da extinção operante, com finalidade que os pais não reforcem, inadvertidamente, comportamentos como resistência, choro, recusa de comer.

Sessão 3

Psicoeducação e manejo comportamental

Enquadre:

- Participantes: pai, mãe e adolescente
- Material: Slides sobre Capítulo I
- Duração do encontro: 1,5h

Conduta:

- Contato com a nutricionista para receber informações sobre avaliação da altura, peso, IMC e percentil do adolescente. Em caso de recuperação de peso, reforçar a conduta dos pais. Em caso de perda ou manutenção de peso, avaliar se os combinados foram integralmente cumpridos e se o adolescente se engajou em comportamentos para prevenir o ganho de peso.

- Reforço diferencial dos combinados na sessão anterior que foram cumpridos. Em caso de não cumprimento, validação da dificuldade e investigação de seus determinantes. Reafirmar sobre a gravidade da AN e da necessidade de a família se engajar no tratamento e cumprir todos os combinados para a semana posterior.

- Devolutiva sobre problemas de comportamento e competência social do adolescente à família.

- Devolutiva individual dos problemas de comportamento e funcionamento adaptativo, a cada cuidador, individualmente.

- Devolutiva sobre escores de responsividade e exigência aos pais, juntos;

- Entrega do capítulo I (O que é Anorexia Nervosa), do livro “Anorexia Nervosa na adolescência: como a família pode ajudar?”, e pedido de leitura desse texto para próximo encontro.

Sessão 4

Psicoeducação e manejo comportamental

Enquadre:

- Participantes: pai, mãe e adolescente.
- Material: Slides sobre Capítulo I.
- Duração do encontro: 1,5h.

Conduta:

- Contato com a nutricionista para receber informações sobre avaliação da altura, peso, IMC e percentil do adolescente. Em caso de recuperação de peso, reforçar a conduta dos pais. Em caso de perda ou manutenção de peso, avaliar se os combinados foram integralmente cumpridos e se o adolescente se engajou em comportamentos para prevenir o ganho de peso.

- Reforço diferencial dos combinados na sessão anterior que foram cumpridos. Em caso de não cumprimento, validação da dificuldade e investigação de seus determinantes. Reafirmar sobre a gravidade da AN e da necessidade de a família se engajar no tratamento e cumprir todos os combinados para a semana posterior.

- Psicoeducação sobre o tema do capítulo I: “O que é Anorexia Nervosa” (Slides);
- Verificação da avaliação de cada pai sobre em que medida os comportamentos, pensamentos e sentimentos descritos no Capítulo I tem relação com a filha (o).
- Verificação de dúvidas e/ou sugestões sobre o Capítulo I.
- Entrega do material psicoeducativo Capítulo II: “Por que meu filho tem Anorexia Nervosa”.
- Pedido para que os pais leiam o Capítulo II e anotem dúvidas ou outras considerações que desejem fazer no próximo encontro.

Sessão 5

Psicoeducação e manejo comportamental

Enquadre:

- Participantes: pai, mãe e adolescente.
- Material: Slides sobre Capítulo II.
- Duração do encontro: 1,5h.

Conduta:

- Contato com a nutricionista para receber informações sobre avaliação da altura, peso, IMC e percentil do adolescente. Em caso de recuperação de peso, reforçar a conduta dos pais. Em caso de perda ou manutenção de peso, avaliar se os combinados foram integralmente cumpridos e se o adolescente se engajou em comportamentos para prevenir o ganho de peso.

- Reforço diferencial dos combinados na sessão anterior que foram cumpridos. Em caso de não cumprimento, validação da dificuldade e investigação de seus determinantes. Reafirmar sobre a gravidade da AN e da necessidade de a família se engajar no tratamento e cumprir todos os combinados para a semana posterior.

- Verificação das dificuldades e dúvidas do adolescente durante a semana e conversa informal para formação de vínculo (primeiros 30 minutos da sessão). -Ajudar o adolescente a diferenciar sua parte saudável da “parte anorexia”, e não atender aos “pensamentos da anorexia”.

- Psicoeducação sobre o tema do capítulo II: “Por que meu filho tem Anorexia Nervosa” (Slides).

- Verificação da avaliação de cada pai sobre o tema abordado e esclarecimento sobre possíveis sentimentos de culpa associados ao aparecimento da doença.

- Verificação de dúvidas e/ou sugestões sobre o capítulo II.

- Entrega do material psicoeducativo Capítulo III: “O papel da família no Tratamento”

- Pedido para que os pais leiam o capítulo III e anotem dúvidas ou outras considerações que desejem fazer no próximo encontro.

Sessão 6

Entrevista Clínica Semiestruturada

Enquadre:

- Participantes: pai e mãe.
- Entrevista Clínica Semiestruturada (Apêndice B).
- Duração do encontro: 2h.

Conduta:

- Contato com a nutricionista para receber informações sobre avaliação da altura, peso, IMC e percentil do adolescente. Em caso de recuperação de peso, reforçar a conduta dos pais. Em caso de perda ou manutenção de peso, avaliar se os combinados foram integralmente cumpridos e se o adolescente se engajou em comportamentos para prevenir o ganho de peso.

- Reforço diferencial dos combinados na sessão anterior que foram cumpridos. Em caso de não cumprimento, validação da dificuldade e investigação de seus determinantes. Reafirmar sobre a gravidade da AN e da necessidade de a família se engajar no tratamento e cumprir todos os combinados para a semana posterior.

- Acolhimento dos pais, separadamente, sobre as dúvidas e dificuldades que apareceram ao longo das cinco primeiras semanas e avaliação de como o tratamento tem afetado, direta e indiretamente as vidas de cada um.

- Realização da entrevista clínica com os pais e mãe, separadamente.

Observação:

Nessa sessão o objetivo é coletar o máximo de informação possível sobre o surgimento do transtorno alimentar e sobre as variáveis que selecionaram e que mantiveram comportamentos alimentares alterados. São investigados antecedentes familiares de problemas de saúde mental, problemas de saúde mental dos pais, tratamentos prévios, dados sobre a relação entre os membros da família, principais preocupações com o filho e hipóteses sobre o seu adoecimento.

Sessão 7

Psicoeducação e manejo comportamental

Enquadre:

- Participantes: pai e mãe.
- Material: Slides sobre Capítulo III.
- Duração do encontro: 1,5h.

Conduta:

- Contato com a nutricionista para receber informações sobre avaliação da altura, peso, IMC e percentil do adolescente. Em caso de recuperação de peso, reforçar a conduta dos pais. Em caso de perda ou manutenção de peso, avaliar se os combinados foram integralmente cumpridos e se o adolescente se engajou em comportamentos para prevenir o ganho de peso.

- Reforço diferencial dos combinados na sessão anterior que foram cumpridos. Em caso de não cumprimento, validação da dificuldade e investigação de seus determinantes. Reafirmar sobre a gravidade da AN e da necessidade de a família se engajar no tratamento e cumprir todos os combinados para a semana posterior.

- Psicoeducação sobre o tema do capítulo III: “O papel da Família no Tratamento” (Slides).

- Verificação da avaliação de cada pai sobre o tema abordado.

- Verificação de dúvidas e/ou sugestões sobre o capítulo III.

- Entrega do material psicoeducativo Capítulo IV: “As famílias não são (e nem têm de ser) perfeitas”.

- Pedido para que os pais leiam o capítulo IV e anotem dúvidas ou outras considerações que desejem fazer no próximo encontro.

Sessão 8

Família ideal vs família real

Enquadre

- Participantes: pai e mãe e adolescente.
- Material: Slides sobre Capítulo III.
- Duração do encontro: 1,5h.

Conduta:

- Contato com a nutricionista para receber informações sobre avaliação da altura, peso, IMC e percentil do adolescente. Em caso de recuperação de peso, reforçar a conduta dos pais. Em caso de perda ou manutenção de peso, avaliar se os combinados foram integralmente cumpridos e se o adolescente se engajou em comportamentos para prevenir o ganho de peso.

- Reforço diferencial dos combinados na sessão anterior que foram cumpridos. Em caso de não cumprimento, validação da dificuldade e investigação de seus determinantes. Reafirmar sobre a gravidade da AN e da necessidade de a família se engajar no tratamento e cumprir todos os combinados para a semana posterior.

- Psicoeducação sobre o tema do capítulo IV: “As famílias não são (e nem têm de ser) perfeitas.

- Verificação da avaliação de cada pai sobre o tema abordado sobre o funcionamento da família.

- Verificação de dúvidas e/ou sugestões sobre o capítulo IV.

- Pedir que os pais e filho preencham as tabelas I (família real e família ideal), II (eu real e eu ideal) e III (filho real e filho ideal), localizadas no final do capítulo IV, separadamente, em casa.

- Não há leitura para casa nessa semana.

Sessão 9

Família ideal vs família real

Enquadre:

- Participantes: pai, mãe e adolescente.
- Material: capítulo IV sobre família ideal vs família real.
- Duração do encontro: 1,5h.

Conduta:

- Contato com a nutricionista para receber informações sobre avaliação da altura, peso, IMC e percentil do adolescente. Em caso de recuperação de peso, reforçar a conduta dos pais. Em caso de perda ou manutenção de peso, avaliar se os combinados foram integralmente cumpridos e se o adolescente se engajou em comportamentos para prevenir o ganho de peso.

- Início da sessão apenas com o adolescente para saber sobre os acontecimentos da semana e possíveis dificuldades relacionadas ou não ao tratamento do transtorno alimentar.

- Reforço diferencial dos combinados na sessão anterior que foram cumpridos. Em caso de não cumprimento, validação da dificuldade e investigação de seus determinantes. Reafirmar sobre a gravidade da AN e da necessidade de a família se engajar no tratamento e cumprir todos os combinados para a semana posterior.

- Avaliação individual da proposta de atividade de casa, sobre família ideal vs família real (aproximadamente 20 minutos para cada membro da família).

- Fechamento de atividade com a família.

- Pedido para que os pais leiam o Capítulo V – treinamento de habilidades de comunicação e anotem dúvidas ou outras considerações que desejem fazer no próximo encontro.

Sessão 10

Treinamento Habilidade Comunicação

Enquadre:

- Participantes: pai, mãe e adolescente.
- Material: Capítulo V sobre habilidade de comunicação.
- Duração do encontro: 1,5h.

Conduta:

- Contato com a nutricionista para receber informações sobre avaliação da altura, peso, IMC e percentil do adolescente.
- Início da sessão apenas com o adolescente para saber sobre os acontecimentos da semana e possíveis dificuldades relacionadas ou não ao tratamento do transtorno alimentar.
 - Introduzir o tema de habilidades de comunicação e os possíveis padrões de comunicação passivo, agressivo e assertivo. Tratar da passagem do polo passivo ao agressivo e identificação dos possíveis prejuízos associados a cada um deles.
 - Verificar se os pais e adolescente têm dúvidas ou considerações sobre o tema.
 - Fechar a intervenção familiar e pedir que apenas os pais permaneçam na sala.
 - Questionamento do padrão comportamental dos pais com seus respectivos pais e avaliação de como o padrão de comunicação mais frequente impactou o relacionamento.
 - Tarefa: (a) preenchimento da atividade de avaliação do padrão de comunicação entre cada membro da família (capítulo V, página 20): pai-filha; mãe-filha; pai-mãe; filha-possíveis irmãos e pais-possíveis irmãos, com exemplos do cotidiano. (b) avaliação de como o padrão de comunicação mais frequente impactou e têm impactado a relação com cada membro da família e (c) nos casos em que o padrão de comunicação for passivo, agressivo ou passivo-agressivo, pensar em formas de tornar a comunicação mais assertiva, as dificuldades dessa mudança e os possíveis benefícios associados.

Sessão 11

Treinamento Habilidade Comunicação

Enquadre:

- Participantes: pai, mãe e adolescente.
- Material: Capítulo V sobre habilidade de comunicação.
- Duração do encontro: 1,5h.

Conduta:

- Contato com a nutricionista para receber informações sobre avaliação da altura, peso, IMC e percentil do adolescente. Para os casos em que ainda há necessidade de ganho de peso, verificar o manejo comportamental com a família e introduzir o tema de retornar o controle da alimentação para o filho.

- Início da sessão apenas com o adolescente para saber sobre os acontecimentos da semana e possíveis dificuldades relacionadas ou não ao tratamento do transtorno alimentar.

- Pedir que os pais falem como foi fazer a atividade e que tipo de sentimentos ou pensamentos essa tarefa produziu.

- Pedir que cada cuidador fale sobre a atividade proposta na semana anterior, e que conte sobre seu padrão de interação com cada membro da família nuclear, que dê alguns exemplos que caracterizam esse padrão e que fale sobre as possibilidades pensadas para tornar a comunicação mais clara, bem como as possíveis dificuldades e benefícios da mudança.

- Fazer um fechamento sobre o tema, com base no material trazido e destacar a importância do aprimoramento de habilidade de comunicação como fator de proteção para transtornos alimentares.

- Falar brevemente sobre o próximo tema a ser abordado e pedir que os pais leiam o capítulo VI, sobre expressão de sentimentos.

Sessão 12

Expressão de sentimentos

Enquadre:

- Participantes: pai, mãe e adolescente.
- Material: Capítulo VI sobre expressão de sentimentos.
- Duração do encontro: 1,5.

Conduta:

- Contato com a nutricionista para receber informações sobre avaliação da altura, peso, IMC e percentil do adolescente.
- Início da sessão apenas com o adolescente para saber sobre os acontecimentos da semana e possíveis dificuldades relacionadas ou não ao tratamento do transtorno alimentar.
- Avaliar possíveis dúvidas sobre a leitura do capítulo sobre expressão de sentimentos.
- Pedir aos pais que tentem se lembrar de como a família de origem lidava com os sentimentos, quais eram os sentimentos mais prevalentes na relação com cada membro, se eles se sentiam ouvidos e contemplados em suas necessidades emocionais e se havia espaço para expressão de sentimentos difíceis, como raiva e desapontamento.
- Pedir aos pais que avaliem, em que medida, o modelo de expressão de sentimentos na família de origem impacto as relações de amizade, de trabalho e amorosas.
- Fazer um fechamento sobre o tema e parafrasear de maneira empática e livre de julgamento as informações que aparecerem ao longo do encontro.
- Pedir que os pais façam a atividade no final do capítulo VI, sobre identificação e expressão de sentimentos.

Sessão 13

Expressão de sentimentos

Enquadre:

- Participantes: pai, mãe e adolescente.
- Material: Capítulo VI sobre expressão de sentimentos.
- Duração do encontro: 1,5.

Conduta:

- Contato com a nutricionista para receber informações sobre avaliação da altura, peso, IMC e percentil do adolescente.
- Início da sessão apenas com o adolescente para saber sobre os acontecimentos da semana e possíveis dificuldades relacionadas ou não ao tratamento do transtorno alimentar.
- Ajudar o adolescente a diferenciar sua parte saudável da “parte anorexia”, e não atender aos “pensamentos da anorexia”.
- Pedir que os pais falem como foi fazer a atividade sobre expressão de sentimentos e que tipo pensamentos/reflexões apareceram.
- Pedir que os pais leiam as respostas a cada uma das perguntas da proposta de atividade e relatem suas impressões.
- Fazer um fechamento sobre o tema e parafrasear de maneira empática e livre de julgamento as informações que aparecerem ao longo do encontro.
- Destacar a importância do aprimoramento expressão de sentimentos (fáceis e difíceis), como fator de proteção para transtornos alimentares e de aproximação entre os membros da família.
- Introduzir o tema de individualidade e autonomia.
- Pedir que os pais leiam o capítulo VII, sobre este tema.

Sessão 14

Individualidade e autonomia

Enquadre:

- Participantes: pai, mãe e adolescente.
- Material: capítulo VII sobre individualidade e autonomia.
- Duração do encontro: 1,5h.

Conduta:

- Contato com a nutricionista para receber informações sobre avaliação da altura, peso, IMC e percentil do adolescente.

- Início da sessão apenas com o adolescente para saber sobre os acontecimentos da semana e possíveis dificuldades relacionadas ou não ao tratamento do transtorno alimentar.

- Ajudar o adolescente a diferenciar sua parte saudável da “parte anorexia”, e não atender aos “pensamentos da anorexia”.

- Abordar, com o adolescente, a possibilidade de que o controle da alimentação volte a ele, gradativamente, e avaliar seu posicionamento. Se for positivo, fazer uma lista com 10 atividades relacionadas à alimentação, e pedir que o adolescente classifique o nível de risco de cada uma delas (por exemplo, escolher a comida do lanche da manhã, comer desacompanhado no lanche da tarde, porcionar o almoço, jantar sem a vigilância dos pais, entre outras).

- Informar aos pais sobre a lista e a atividade selecionada, para o devido manejo durante a semana.

- Com os pais, apresentar um panorama sobre o capítulo de individualidade e autonomia.

- Pedir aos pais que tentem se lembrar e que falem sobre: (a) como eram seus pais em termos de exigência e responsividade emocional; (b) em caso de superproteção ou negligência, de que maneira essas características os afetaram, em curto e longo, prazo nas variadas áreas da vida; e (c) se eles sentiam que na família de origem eles podiam “ser eles mesmos”, com suas especificidades e diferenças dos outros membros.

- Fazer um fechamento sobre o tema e parafrasear de maneira empática e livre de julgamento as informações que aparecerem ao longo do encontro.

- Apontar a relação entre déficits de autonomia e habilidades socioemocionais como fator de risco para o surgimento de um transtorno alimentar, e a importância do desenvolvimento dessas habilidades como fator de proteção para as dificuldades alimentares.

- Pedir que os pais façam a atividade no final do capítulo VII, sobre individualidade e autonomia.

Sessão 15

Individualidade e autonomia

Enquadre:

- Participantes: pai, mãe e adolescente.
- Material: capítulo VII sobre individualidade e autonomia.
- Duração do encontro: 1,5h.

Conduta:

- Contato com a nutricionista para receber informações sobre avaliação da altura, peso, IMC e percentil do adolescente. Em caso de perda de peso, suspender a atividade de retomada do controle da alimentação pelo adolescente.

- Início da sessão apenas com o adolescente para saber sobre os acontecimentos da semana e possíveis dificuldades relacionadas ou não ao tratamento do transtorno alimentar.

- Avaliar se o adolescente conseguiu realizar a atividade que ele escolheu na lista construída na semana anterior e verificar possíveis sentimentos e dificuldades associadas. Parabenizar caso o manejo tenha sido realizado de maneira adequada e reconhecer e validar as possíveis dificuldades. Se o peso permanecer estável, dentro da faixa eutrófica, falar sobre a segunda atividade da lista com menor risco e propor sua execução ao longo da semana. Se o desafio tiver sido muito custoso, ou não tiver sido realizado de maneira adequada, manter a mesma atividade por mais uma semana.

- Informar aos pais sobre a lista e a atividade selecionada, para o devido manejo durante a semana.

- Pedir que os pais falem como foi fazer a atividade sobre autonomia e individualidade e que tipo pensamentos/reflexões apareceram.

- Pedir que os pais leiam as respostas a cada uma das perguntas da proposta de atividade e relatem suas impressões.

- Fazer um fechamento sobre o tema e parafrasear de maneira empática e livre de julgamento as informações que aparecerem ao longo do encontro.

- Destacar a importância da responsividade emocional associada a níveis adequados de exigência, de exposição gradual dos filhos a dificuldades normais de cada faixa-etária e do desenvolvimento de autonomia e individualidade, como fatores de proteção para transtornos alimentares.

- Introduzir brevemente o tema da adolescência.

- Pedir que os pais leiam o capítulo VIII, sobre este tema.

Sessão 16 **Adolescência**

Enquadre:

- Participantes: pai, mãe e adolescente.
- Material: capítulo VIII sobre adolescência.
- Duração do encontro: 1,5h.

Conduta:

- Contato com a nutricionista para receber informações sobre avaliação da altura, peso, IMC e percentil do adolescente. Em caso de perda de peso, suspender a atividade de retomada do controle da alimentação pelo adolescente.

- Início da sessão apenas com o adolescente para saber sobre os acontecimentos da semana e possíveis dificuldades relacionadas ou não ao tratamento do transtorno alimentar.

- Avaliar se o adolescente conseguiu realizar a atividade que ele escolheu na lista construída na semana anterior e verificar possíveis sentimentos e dificuldades associadas. Parabenizar caso o manejo tenha sido realizado de maneira adequada e reconhecer e validar as possíveis dificuldades. Se o peso permanecer estável, dentro da faixa eutrófica, falar sobre a terceira atividade da lista com menor risco e propor sua execução ao longo da semana. Se o desafio tiver sido muito custoso, ou não tiver sido realizado de maneira adequada, manter a mesma atividade por mais uma semana.

- Informar aos pais sobre a lista e a atividade selecionada, para o devido manejo durante a semana.

- Com os pais, apresentar um panorama sobre o capítulo sobre adolescência e anorexia nervosa.

- Pedir aos pais que tentem se lembrar e que falem sobre: (a) como eles eram na adolescência; (b) que tipo de medos ou dificuldades encontraram nessa fase; (c) como ficaram as relações familiares nessa fase e (d) como era a relação com o corpo e a comida.

- Fazer um fechamento sobre o tema e parafrasear de maneira empática e livre de julgamento as informações que aparecerem ao longo do encontro.

- Pedir que os pais façam a atividade no final do Capítulo VIII, sobre a adolescência.

Sessão 17

Adolescência

Enquadre:

- Participantes: pai, mãe e adolescente.
- Material: capítulo VIII sobre adolescência.
- Duração do encontro: 1,5h.

Conduta:

- Contato com a nutricionista para receber informações sobre avaliação da altura, peso, IMC e percentil do adolescente. Em caso de perda de peso, suspender a atividade de retomada do controle da alimentação pelo adolescente.

- Início da sessão apenas com o adolescente para saber sobre os acontecimentos da semana e possíveis dificuldades relacionadas ou não ao tratamento do transtorno alimentar.

- Avaliar se o adolescente conseguiu realizar a atividade que ele escolheu na lista construída na semana anterior e verificar possíveis sentimentos e dificuldades associadas. Parabenizar caso o manejo tenha sido realizado de maneira adequada e reconhecer e validar as possíveis dificuldades. Se o peso permanecer estável, dentro da faixa eutrófica, falar sobre a quarta atividade da lista com menor risco e propor sua execução ao longo da semana. Se o desafio tiver sido muito custoso, ou não tiver sido realizado de maneira adequada, manter a mesma atividade por mais uma semana. Informar aos pais sobre a lista e a atividade selecionada, para o devido manejo durante a semana.

- Pedir que os pais falem como foi fazer a atividade sobre adolescência e que tipo pensamentos/reflexões apareceram.

- Pedir que os pais leiam as respostas a cada uma das perguntas da proposta de atividade e relatem suas impressões.

- Fazer um fechamento sobre o tema e parafrasear de maneira empática e livre de julgamento as informações que aparecerem ao longo do encontro.

- Apontar que lembrar da própria adolescência, de seus principais desafios e medos ajuda a compreender e a lidar de maneira mais empática com o filho adolescente, e ainda, que diferenciar a adolescência dos comportamentos alimentares alterados é bastante importante na medida em que permite sua identificação precoce e manejo adequado.

- Destacar que haverá mais 3 sessões, antes do encerramento do tratamento.

- Pedir que os pais leiam da página 15-58 do livro “O peso das dietas”, de Sophie Deram (um livro foi dado a cada família no início da intervenção).

Sessão 18

Comer transtornado

Enquadre:

- Participantes: pai, mãe e adolescente.
- Material: livro “O peso das dietas”, de Sophie Deram.
- Duração do encontro: 1h.

Conduta:

- Contato com a nutricionista para receber informações sobre avaliação da altura, peso, IMC e percentil do adolescente. Em caso de perda de peso, suspender a atividade de retomada do controle da alimentação pelo adolescente.

- Início da sessão apenas com o adolescente para saber sobre os acontecimentos da semana e possíveis dificuldades relacionadas ou não ao tratamento do transtorno alimentar.

- Avaliar se o adolescente conseguiu realizar a atividade que ele escolheu na lista construída na semana anterior e verificar possíveis sentimentos e dificuldades associadas. Parabenizar caso o manejo tenha sido realizado de maneira adequada e reconhecer e validar as possíveis dificuldades. Se o peso permanecer estável, dentro da faixa eutrófica, falar sobre a quinta atividade da lista com menor risco e propor sua execução ao longo da semana. Se o desafio tiver sido muito custoso, ou não tiver sido realizado de maneira adequada, manter a mesma atividade por mais uma semana. Informar aos pais sobre a lista e a atividade selecionada, para o devido manejo durante a semana.

- Com os pais, pedir que falem sobre suas impressões sobre a leitura dos capítulos do livro “O peso das dietas”.

- Questionar sobre comportamentos que indicam comer transtornado e pedir exemplos. Perguntar sobre insatisfação corporal, relação com o peso e com a comida, de pai e mãe. Em caso de comer transtornado, falar sobre a necessidade de tratamento psicoterápico individual e sugerir a leitura dos outros capítulos do livro indicado.

- Fazer um fechamento sobre o tema e parafrasear de maneira empática e livre de julgamento as informações que aparecerem ao longo do encontro.

- Apontar que dar modelo de uma relação saudável com o próprio corpo, peso e alimentação são fatores familiares de proteção contra o surgimento de transtornos alimentares nos filhos e contra recaídas.

- Destacar que haverá mais duas sessões, antes do encerramento do tratamento.

Sessão 19

Preparação para o fechamento e Prevenção de recaída

Enquadre:

- Participantes: pai, mãe e adolescente.
- Material: capítulos I, II e III do livro “Anorexia Nervosa na adolescência: como a família pode ajudar?”.
- Duração do encontro: 1,5h.

Conduta:

- Fazer uma retrospectiva das diversas fases do tratamento, apontando os comportamentos dos pais e dos adolescentes que mais ajudaram na aquisição e manutenção de ganho de peso e de habilidades socioemocionais e educativas.
- Apontar para o risco de recaída, fazer uma retrospectiva do material psicoeducativo (capítulos iniciais do livro) e pedir que os pais e adolescentes fiquem alerta para comportamentos associados ao transtorno alimentar e retomar como manejar esses comportamentos, caso reapareçam após o tratamento.
- Avaliar necessidade de encaminhamento do adolescente e de seus pais para serviços de saúde mental da rede pública
- Dizer ao adolescente e pais que eles estão chegando ao final do tratamento e pedir que eles contribuam com outros pais e adolescentes que estejam iniciando o tratamento. Informar que um livro está sendo construído para novos pacientes, e que os depoimentos serão utilizados nesse livro.
- Entregar uma folha ao adolescente com o seguinte cabeçalho: o que você diria para um adolescente que está iniciando hoje o tratamento para anorexia nervosa, como você fez há 6 meses atrás? O que você percebeu ao longo do seu tratamento que poderia ser interessante, que outros adolescentes com anorexia nervosa soubessem, desde o começo?
- Entregar uma folha para pai e uma para mãe com o seguinte cabeçalho: o que você diria para um pai/mãe de adolescente que está iniciando hoje o tratamento para anorexia nervosa, como você fez há 6 meses atrás? O que você percebeu ao longo do seu tratamento que poderia ser interessante, que outros pais de adolescentes com anorexia nervosa soubessem, desde o começo?
- Pedir que os pais e adolescentes leiam seus depoimentos, em família, e agradecer pela contribuição de cada um na elaboração desse material.
- Dizer aos pais que no último encontro serão aplicados os mesmos instrumentos de avaliação psicológica utilizados no início do tratamento.

Sessão 20 Avaliação Final

Enquadre:

- Participantes: pai, mãe e adolescente.
- Material: capítulos I, II e III do livro “Anorexia Nervosa na adolescência: como a família pode ajudar?”.
- Duração do encontro: 2h.

Conduta:

- Pedir que os pais preencham, cada um em uma sala, os instrumentos de avaliação psicológica: ASR e IPSF, bem como o questionário de satisfação com a intervenção (Apêndice B).
- Pedir que o adolescente preencha os seguintes instrumentos de avaliação psicológica: EDE-q, YSR, ERE e IPSF.
- Dar *feedback* sobre a participação de cada um dos membros da família, ao longo do tratamento.
- Pedir *feedback* do adolescente e dos seus pais sobre o processo de psicoterapia.
- Agendar a avaliação de seguimento, três meses após a avaliação final.
- Agradecer a participação das famílias no tratamento.

ANEXOS

ANEXO A – Escala de Responsividade e Exigência (ERE)¹⁶

Abaixo, há uma série de frases sobre atitudes de pais e mães para você avaliar. Por diversos motivos, nem sempre as pessoas que fazem o papel de pai e de mãe em nossas vidas são os nossos pais biológicos. Você deve responder aos itens a seguir considerando as pessoas que, na sua vida pessoal, cumprem esses papéis de pai e de mãe. Às vezes, pode ser um padrasto ou madrasta, ou mesmo uma outra pessoa (tio ou tia, avô ou avó...). Antes de começar, indique quem você vai considerar mãe e pai nas suas avaliações:

Para mãe: () mãe biológica

() madrasta

() outra pessoa (indicar):

Para pai: () pai biológico

() padrasto

() outra pessoa (indicar):

Para cada um dos itens abaixo, marque, à direita, a resposta que melhor se aproxima à sua opinião de acordo com a chave de respostas abaixo. Você pode usar os números 1, 2, 3, 4 e 5 dependendo da frequência ou intensidade com que ocorrem as situações descritas nas frases (quanto maior o número, mais frequente ou intensa é a situação). Não esqueça que você pode usar os números intermediários (2, 3 e 4) para expressar níveis intermediários de frequência ou intensidade das situações, e não apenas as opções extremas representadas pelos números 1 e 5. Assinale apenas uma resposta por frase, e não deixe nenhum item sem resposta.

Quase nunca ou bem pouco	1	2	3	4	5	Geralmente ou bastante
--------------------------	---	---	---	---	---	------------------------

<i>A respeito de seus pais, considere as seguintes frases:</i>	<i>MÃE</i>	<i>PAI</i>
1. Sabe aonde vou quando saio de casa.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
2. Controla as minhas notas no colégio.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
3. Exige que eu vá bem na escola.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
4. Impõe limites para as minhas saídas de casa.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
5. Me cobra quando eu faço algo errado.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
6. Tem a última palavra quando discordamos sobre um assunto importante a meu respeito.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
7. Controla os horários de quando eu estou em casa e na rua.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
8. Faz valer as suas opiniões sem muita discussão.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
9. Exige que eu colabore nas tarefas de casa.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
10. Me cobra que eu seja organizado(a) com as minhas coisas.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
11. É firme quando me impõe alguma coisa.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
12. Me pune de algum modo se desobedeço uma orientação sua.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
13. Posso contar com a sua ajuda caso eu tenha algum tipo de problema.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
14. Me incentiva a que eu tenha minhas próprias opiniões sobre as coisas.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

¹⁶ (Costa, Teixeira, & Gomes, 2000).

15. Encontra um tempo para estar comigo e fazermos juntos algo agradável.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
16. Me explica os motivos quando me pede para eu fazer alguma coisa.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
17. Me encoraja para que eu melhore se não vou bem na escola.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
18. Me incentiva a dar o melhor de mim em qualquer coisa que eu faça.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
19. Se interessa em saber como eu ando me sentindo.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
20. Ouve o que eu tenho para dizer mesmo quando não concorda.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
21. Demonstra carinho para comigo.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
22. Me dá força quando eu enfrento alguma dificuldade ou decepção.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
23. Mostra interesse pelas coisas que eu faço.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
24. Está atenta(o) às minhas necessidades mesmo que eu não diga nada.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

ANEXO B – Eating Disorder Examination (EDE-q) (Fairburn & Beglin, 1994)

Questionário sobre alimentação

Instruções: As questões a seguir dizem respeito somente às últimas 4 semanas (28 dias). Por favor, leia cada questão atentamente e responda todas as questões. Obrigado.

Questões 1 a 12: Por favor assinale o número que considerar mais apropriado. Lembre-se que as questões se referem somente às últimas 4 semanas (28 dias).

Em quantos dos últimos 28 dias...	Nenhum dia	1-5 dias	6-12 dias	13-15 dias	16-22 dias	23-27 dias	todos os dias
1. Você <u>tentou</u> de forma consciente restringir o que come para influenciar sua forma ou peso (mesmo que não tenha sido bem-sucedido)?	0	1	2	3	4	5	6
2. Você passou muito tempo sem comer alguma coisa (8 horas ou mais, estando acordado) para influenciar sua forma ou peso?	0	1	2	3	4	5	6
3. Você <u>tentou</u> evitar algum tipo de alimento de que gosta para influenciar sua forma ou peso (mesmo que não tenha sido bem-sucedido)?	0	1	2	3	4	5	6
4. Você <u>tentou</u> seguir regras definidas em relação à sua alimentação (por exemplo, um limite de calorias) para influenciar sua forma ou peso (mesmo que não tenha sido bem-sucedido)?	0	1	2	3	4	5	6
5. Você teve um forte desejo de ficar com o estômago <u>vazio</u> para influenciar sua forma ou peso?	0	1	2	3	4	5	6
6. Você teve um forte desejo de ter o abdome <u>totalmente plano</u> ?	0	1	2	3	4	5	6

Em quantos dos últimos 28 dias ...	Nenhum dia	1-5 dias	6-12 dias	13-15 dias	16-22 dias	23-27 dias	todos os dias
7. Pensar sobre <u>comida, alimentação ou calorias</u> dificultou a concentração em coisas que te interessam (por exemplo, trabalho, conversar, ler)?	0	1	2	3	4	5	6
8. Pensar sobre <u>forma ou peso</u> dificultou a concentração em coisas que te interessam (por exemplo, trabalho, conversar, ler)?	0	1	2	3	4	5	6
9. Você teve um medo intenso de perder o controle sobre a alimentação?	0	1	2	3	4	5	6
10. Você teve um medo intenso de ganhar peso?	0	1	2	3	4	5	6
11. Você se sentiu gordo (a)?	0	1	2	3	4	5	6
12. Você teve um forte desejo de perder peso?	0	1	2	3	4	5	6

Questões 13-18: Por favor preencha a lacuna com o número apropriado. Lembre-se que as questões só se referem às últimas 4 semanas (28 dias).

Durante as últimas 4 semanas (28 dias) ...

13. Quantas vezes você comeu o que outras pessoas considerariam uma quantidade excessivamente grande de comida (nas mesmas circunstâncias)?
14. Em quantas dessas ocasiões você teve a sensação de ter perdido o controle sobre que você estava comendo (no momento em que estava comendo)?
15. Em quantos DIAS esses episódios de ingestão excessiva ocorreram (isto é, você ingeriu uma quantidade excessivamente grande de comida e teve a sensação de perder o controle na mesma ocasião)?
16. Quantas vezes você provocou o vômito como meio de controlar sua forma ou peso?
17. Quantas vezes você tomou laxantes como meio de controlar sua forma ou peso?

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

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

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

Questões 22 a 23: Por favor assinale o número apropriado. Lembre-se que as questões se referem somente às últimas 4 semanas (28 dias).

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

Nos últimos 28 dias ...	Nem um pouco	Ligeiramente	Moderadamente	Profundamente			
24. Quanto você teria se chateado se te pedissem para se pesar uma vez por semana (nem mais, nem menos) pelas próximas 4 semanas?	0	1	2	3	4	5	6
25. Quão insatisfeito/a você se sentiu com seu <u>peso</u> ?	0	1	2	3	4	5	6
26. Quão insatisfeito/a você se sentiu com sua <u>forma</u> ?	0	1	2	3	4	5	6
27. Quão desconfortável você se sentiu vendo seu corpo (por exemplo, observando sua forma no espelho, em reflexos em vitrines, ao se despir ou ao tomar banho)?	0	1	2	3	4	5	6
28. Quão desconfortável você se sentiu com <u>outras pessoas</u> vendo seu corpo (por exemplo, num vestiário, ao nadar, ou ao usar roupas apertadas)?	0	1	2	3	4	5	6

Qual seu peso atual? (Por favor coloque a melhor estimativa possível)

Qual sua altura? (Por favor coloque a melhor estimativa possível)

Se mulher: Ficou sem menstruar nos últimos 3 ou 4 meses?

Em caso de resposta afirmativa, por quantos meses?

Você está tomando anticoncepcionais (pílula)?

Obrigado(a)

ANEXO C – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos

USP- INSTITUTO DE
PSICOLOGIA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Desenvolvimento e avaliação da eficácia de uma intervenção psicoterápica destinada a pais de adolescentes com Anorexia Nervosa: estudo piloto

Pesquisador: Felipe Alckmin Carvalho

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 67037317.3.0000.5561

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Patrocinador Principal: UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.065.588

Apresentação do Projeto:

Projeto de Doutorado. A Anorexia Nervosa (AN) caracteriza-se pela significativa perda de peso, por meio de restrição alimentar auto-imposta e negação da gravidade do estado nutricional. Tomando por base os dados internacionais sobre prevalência do transtorno alimentar, calcula-se que, no Brasil, cuja população é estimada em 202,7 milhões de habitantes (IBGE, 2014) há aproximadamente 600 mil pessoas que sofrem ou sofreram de AN. Prevalência em mulheres jovens. E seu aparecimento é mais comum durante a adolescência e início da idade adulta. A AN considerada o transtorno psiquiátrico em que mais frequentemente o desfecho é a morte do paciente (Arcelus, Mitchell, Wales, & Nielsen, 2011; Franko et al., 2013) por complicações fisiológicas decorrentes da inanição crônica ou por suicídio (Button, Chahalavada, & Palmer, 2010). Somados aos achados provenientes de pesquisas empíricas, psicólogos clínicos que trabalham no tratamento de pacientes com transtornos alimentares observam particularidades no funcionamento de famílias em que um dos membros desenvolveu AN. A AN é um transtorno alimentar pervasivo, que compromete profundamente a qualidade de vida da pessoa nesta condição, produzindo sofrimento ao indivíduo com este transtorno alimentar e, ainda, gerando prejuízos financeiros e emocionais à família. O estudo será realizado no Laboratório de Terapia Comportamental (LTC), localizado no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP-USP).

Endereço: Av. Prof. Mello Moraes, 1721 - Bl. "G" sala 27

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 05.508-030

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3091-4182

E-mail: cep@ip.usp.br