



O PAPEL DA FAMÍLIA NOS TRANSTORNOS ALIMENTARES

Alessandra Richter Neves

Trabalho de Conclusão de Curso
como requisito para obtenção do grau de Psicóloga

Porto Alegre/RS, 2017

O PAPEL DA FAMÍLIA NOS TRANSTORNOS ALIMENTARES

Alessandra Richter Neves

Trabalho de Conclusão de Curso como requisito para obtenção do grau de Psicóloga sob orientação da Prof.^a Dra. Giana Bitencourt Frizzo e coorientação da Psicóloga e Terapeuta de Família Mara Lúcia Rossato

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Instituto de Psicologia

Junho de 2017

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente a minha mãe Sandra, pois não mediu esforços para que eu pudesse chegar até aqui e me apoiou incondicionalmente nos momentos mais difíceis desse percurso.

A minha avó Juvita que sempre acreditou em mim, mesmo quando eu, por vezes, deixava de acreditar em mim mesmo.

A Mara Lúcia Rossato, por ter me proporcionado incontáveis aprendizados sobre Terapia Familiar, sobre Transtornos Alimentares, e sobre a vida.

A minha orientadora Giana, por ter aceitado minha ideia, e ter contribuído muito para que eu desenvolvesse esse trabalho. Sempre me dando retornos rápidos sobre o texto e me enviando conteúdos excelentes para que eu pudesse desenvolvê-lo, com certeza, a melhor orientadora que eu poderia ter.

Às colegas e amigas Kenya Golbert e Natália Karam que sempre me ajudaram muito no decorrer da universidade e na realização desse trabalho.

Ao Marcelo, que me conheceu exatamente há um ano, o último ano de faculdade, o mais complicado e estressante. Obrigada por ter aguentado minhas angústias e medos, mas principalmente, obrigada por ter entendido esses momentos, ter-me ajudado e me motivado para que eu seguisse em frente. Você foi fundamental para que eu chegasse até aqui.

Por fim, agradeço a todos os amigos e familiares pelo apoio diante das dificuldades desse longo percurso de seis anos. Muito obrigada!

SUMÁRIO

Resumo	5
Introdução.....	6
CAPÍTULO 1	
1.1 História e Nosologia.....	8
1.1.1 Anorexia.....	8
1.1.2 Bulimia.....	11
CAPÍTULO 2	
2.1 Etiologia dos Transtornos Alimentares.....	13
2.1.1 Fatores Socioculturais.....	14
2.1.2 Fatores Neurobiológicos.....	14
2.1.3 Fatores Genéticos.....	15
2.1.4 Fatores Individuais.....	15
2.1.5 Fatores Familiares.....	16
CAPÍTULO 3	
3.1 A terapia familiar no tratamento de Transtornos Alimentares.....	19
3.2 Estudo de Caso.....	22
Considerações Finais.....	26
Referências Bibliográficas.....	27

Resumo

Este estudo se propõe a fazer uma revisão literária sobre o papel da família no desenvolvimento e na manutenção dos Transtornos Alimentares. Iniciando pela história da Anorexia Nervosa e da Bulimia Nervosa citando alguns dos primeiros escritos sobre essas patologias. Suas classificações de acordo com a última edição do Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM V). As diferentes etiologias propostas ao longo do tempo, com ênfase nos fatores familiares, que descrevem a disfuncionalidade das famílias dos indivíduos portadores desses transtornos. Como a terapia familiar se estabelece no tratamento de bulímicos e anoréxicos. Por fim, buscou-se ilustrar com o estudo de caso de uma menina de 12 anos atendida no Programa de Transtornos Alimentares do Centro de Atenção Psicossocial da Infância (CAPSi) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre com o referencial teórico do paradigma sistêmico. As informações obtidas através desse estudo demonstraram que famílias disfuncionais tendem a contribuir para o desenvolvimento e manutenção da sintomatologia dos transtornos alimentares.

Introdução

Os Transtornos Alimentares são patologias que se caracterizam por apresentar graves perturbações no comportamento alimentar, alteração na percepção da forma corporal, preocupação excessiva com o peso e intenso medo de engordar (Busse & Silva, 2004). Na versão mais recente do Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais (DSM-5) dividem-se nas seguintes categorias diagnósticas: Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Pica, Transtorno de Ruminação, Transtorno Alimentar Restritivo/Evitativo e Transtorno de Compulsão Alimentar (American Psychiatric Association, 2014)¹. Este artigo discorrerá acerca da Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa.

O número de casos de transtornos alimentares (TAs) tem crescido de forma significativa nas últimas décadas, acometendo principalmente adolescentes e jovens adultos (Hercovici & Bay, 1997b). Acredita-se que este aumento esteja relacionado ao padrão estético atual, reforçado pela mídia e redes sociais, que liga a magreza à imagem de sucesso e perfeição (Goldbloom & Garfinkel, 1992). Em relação à anorexia, nos últimos anos tem-se constatado mudanças no perfil habitual desses pacientes (Alckmin-Carvalho, Rafihi-Ferreira, Zazula, & Soares, 2013), uma dessas mudanças é aumento do número de homens com esse diagnóstico (Abreu-Gonçalves, Moreira, Trindade, & Fiates, 2013).

Lucas, Beard, O'Fallon e Kurland (1991), em um estudo epidemiológico sobre Anorexia Nervosa, realizado em Rochester, nos Estados Unidos, verificaram que a incidência do transtorno entre os anos de 1935 e 1939 foi de 16,6/100000, aumentando para 26,3/100000 entre 1980 e 1984. Sukster (1998) em estudos sobre a avaliação da imagem corporal em adolescentes do sexo feminino de uma escola particular da cidade de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul, constatou taxas de 21,5 % de padrões alimentares anormais e 58% de insatisfação com a imagem corporal. Em outro estudo feito na cidade de Porto Alegre, Pinheiro e Giugliani (2006) verificaram numa amostra representativa da população de crianças entre 8 e 11 anos, que 82% estavam insatisfeitas

¹ A obesidade não está incluída no DSM-5 como um transtorno mental. A obesidade (excesso de gordura corporal) resulta do excesso de ingestão energética em relação ao gasto energético ao longo do tempo (American Psychiatric Association, 2014).

com sua imagem corporal. Outro estudo epidemiológico feito nos Estados Unidos, utilizando uma amostra de 10.123 adolescentes, obteve como resultado que 0,3% dos participantes preenchem critérios diagnósticos para o transtorno (Swanson, Crow, Le Grange, Swendsen, & Merikangas, 2011)

Essa massificação da ideia de um corpo esbelto tem levado muitos indivíduos a desenvolverem esses transtornos, frequentam academias de ginástica, ingerem alimentos dietéticos, e mudam o corpo com cirurgias plásticas (Sanchez, 2006). Há relatos mundiais sobre o aumento do número de casos, e no Brasil, principalmente na região sul, já se observa que essas patologias abrangem todas as classes sociais (Jaeger, 2003).

A questão que impulsionou a escrita desse artigo é: por que apenas alguns indivíduos adoecem, se muitos aderem a métodos para emagrecer? Quanto à etiologia dos transtornos alimentares, vários autores (Goldbloom & Garfinkel, 1992, Hercovici & Bay, 1997a, Morgan, Vecchiatti, & Negrão 2002, Souza & Santos, 2006) consideram como multifatorial, ou seja, determinado por múltiplos fatores que interagem entre si, na origem e ou na manutenção da patologia. Entre os principais fatores estão: fatores hereditários, padrões de interação familiar, socioculturais e traços de personalidade. Em relação às características familiares, Bruch (1973) expôs as dificuldades de separação-individuação nas famílias de jovens anoréxicas. Minuchin, Rosman e Baker (1978) caracterizaram essas famílias como emaranhadas, superprotetoras, rígidas em seus relacionamentos intrafamiliares e incapazes de resolver seus próprios conflitos. Entretanto, recentemente as metodologias empregadas nesses estudos têm sido questionadas. Oliveira (2004) e Eisler (2005) entendem que não existe suporte empírico consistente para a afirmação de que a dinâmica familiar seria fator de predisposição para o desencadeamento da sintomatologia.

O objetivo desse estudo é realizar uma revisão literária dos estudos sobre o papel da família nos TAs, especificamente anorexia e ou bulimia, ilustrando com um estudo de caso de uma paciente de 12 anos de idade, atendida no Programa de Transtornos Alimentares do Centro de Atenção Psicossocial da Infância (CAPSi) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre com diagnóstico de Anorexia Nervosa. Ainda que não haja consenso na literatura sobre o tema, espera-se evidenciar alguns aspectos dos padrões de interação familiares que podem contribuir para o desenvolvimento e manutenção da sintomatologia dos TAs.

CAPÍTULO 1

1.1 História e Nosologia

1.1.1 Anorexia

O termo Anorexia Nervosa (AN) deriva do grego *orexis* (apetite), acrescido do prefixo An (privação, ausência). Apesar do termo não ser necessariamente adequado, visto que a maioria dos pacientes nega a fome ao invés de perderem o apetite. Apenas em alguns casos há ausência do apetite, acontecendo geralmente em estágios extremamente avançados da doença (Nunes, Apolinário, Abuchaim, & Coutinho, 1998).

A AN foi descrita pela primeira vez – como condição médica – por Sir William Gull e Ernest Lasègue, na segunda metade do século XIX. Porém, a prática de jejuar existe há séculos, nos levando a pensar que pode não ser uma doença “nova” (Nunes, 2006). Entre os séculos V e XIII, o jejum voluntário era interpretado como possessão do demônio ou milagre divino, relatos como esse aparecem na literatura teológica (Skrabanek, 1983). Há na literatura a descrição sobre 260 santas e beatas da Igreja Católica em suas práticas de jejum religioso a partir do século XIII, a mais popular é a Catarina de Siena, nascida em 1347. Aos 15 anos, após a morte de sua irmã, Catarina passou a comer pouco e ocupar muito tempo dos seus dias rezando, meditando e autoflagelando-se. Com o decorrer do tempo passou a se alimentar apenas de ervas, e eventualmente, colocava galhos na garganta para provocar vômitos quando era forçada a se alimentar (Bell, 1985). O jejum era como uma prova da devoção a Deus. Para Bell (1985) a “anorexia sagrada” é semelhante a “anorexia moderna”, pois em ambas existe um conflito de identidade, e a tentativa de libertação de uma sociedade patriarcal.

Atualmente a prática de jejuar retornou, as redes sociais e sites postam diariamente dicas de como fazê-lo. Segundo Emagrecendo.info (2017), Jejum Intermitente (JI) é o nome dado ao estilo de alimentação que alterna períodos de jejum com períodos de alimentação. Pode-se dizer que o JI não é uma dieta, mas sim um “estilo de alimentação”. O site disponibiliza para compra um manual chamado “Código Emagrecer de Vez” que ensina os iniciantes a prática do jejum com o objetivo de emagrecer.

A prevalência durante a vida para AN entre as mulheres jovens é de aproximadamente 0,4%. Pouco se sabe a respeito da prevalência entre homens, mas o transtorno é bem menos comum no sexo masculino do que no feminino, com populações clínicas geralmente mostrando uma proporção aproximada de 10:1, ou seja, a cada dez mulheres, apenas um homem é diagnosticado. A AN começa geralmente durante a adolescência ou na idade adulta jovem. O início do transtorno raramente ocorre em mulheres com mais de 40 anos, porém já foram descritos casos de início precoce (durante a infância) e tardio (após os 40 anos). Por isso não se deve excluir AN do diagnóstico com base apenas em idade mais avançada (American Psychiatric Association, 2014).

O início do transtorno costuma estar associado a um evento estressante do ciclo vital. O desenvolvimento e o desfecho da AN variam de acordo com o indivíduo, alguns se recuperam inteiramente depois de um episódio único, alguns apresentam um padrão instável de ganho de peso seguido por recaída, e outros vivenciam um curso crônico ao longo de muitos anos. A hospitalização é necessária em alguns casos para recuperar o peso e tratar complicações clínicas decorrentes do transtorno. A maioria dos indivíduos com AN sofre remissão dentro de cinco anos depois do início do transtorno. A taxa bruta de mortalidade (TBM) para AN é de cerca de 5% por década. A morte geralmente resulta de complicações clínicas associadas ao transtorno ou de suicídio (American Psychiatric Association, 2014).

Segundo a Associação de Psiquiatria Americana os critérios diagnósticos para Anorexia Nervosa são:

A. 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.

B. Medo intenso de ganhar peso ou de engordar, ou comportamento persistente que interfere no ganho de peso, mesmo estando com peso significativamente baixo.

C. 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.

O diagnóstico divide-se em dois subtipos:

Tipo restritivo: Durante os últimos três meses, o indivíduo não se envolveu em episódios recorrentes de compulsão alimentar ou comportamento purgativo (i.e., vômitos auto induzidos 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).

A alternância entre os subtipos ao longo do transtorno é comum; portanto, a descrição do subtipo deverá ser usada para indicar os sintomas atuais.

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)² 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 \geq 17 kg/m²

Moderada: IMC 16-16,99 kg/m²

Grave: IMC 15-15,99 kg/m²

Extrema: IMC < 15 kg/m²

² O índice de massa corporal (IMC; calculado como o peso em quilogramas dividido pela altura em m²) é uma medida útil para determinar o peso corporal em relação à altura (American Psychiatric Association, 2014).

1.1.2 Bulimia

A Bulimia Nervosa (BN) é mais recente na literatura, foi descrita pela primeira vez na década de 1940 como uma síndrome relacionada à AN, embora a BN seja conhecida há séculos como sintoma da AN (Casper, 1983). O termo Bulimia deriva de *bou* (grande quantidade) ou *boul* (boi) e *limos* (fome), designando, assim, um apetite tão grande que seria possível a um homem comer um boi ou quase (Nunes et al., 1994). No início do século XX, eram observados sintomas bulímicos em pacientes com diabetes melitos e entre jovens estudantes que ficavam em internatos, afastadas de suas famílias (Habermas, 1989). Os primeiros relatos eram de pacientes que apresentavam um padrão alimentar peculiar, comiam de forma exagerada e frequentemente vomitavam logo em seguida. Esse quadro tinha diversas denominações: síndrome do caos dietético, hiperorexia, disorexia, transtorno bulímico, entre outros (Vandereycken, 1994).

A prevalência de 12 meses da BN entre mulheres jovens é de 1 a 1,5%. A prevalência ponto é maior entre adultos, pois o transtorno tem seu ápice no fim da adolescência e início da idade adulta. Assim como a AN, a BN é bem menos comum no sexo masculino, com a proporção de 10:1, ou seja, a cada dez mulheres, apenas um homem é diagnosticado. O transtorno geralmente tem início na adolescência ou na idade adulta jovem, sendo incomum seu aparecimento antes da puberdade ou após os 40 anos. A compulsão alimentar frequentemente começa durante ou depois de alguma dieta para perder peso. Eventos estressores podem contribuir para o aparecimento da BN. A perturbação do comportamento alimentar em geral persiste por muitos anos. O curso pode ser crônico ou intermitente, com períodos de remissão à compulsão alimentar. A taxa de mortalidade é de 2% por década. A mudança diagnóstica de BN para AN ocorre de 10 a 15% dos casos. Indivíduos que apresentam essa transição comumente reverterem para a BN ou tem diversos períodos de alternância entre esses dois transtornos (American Psychiatric Association, 2014).

Segundo a Associação de Psiquiatria Americana os critérios diagnósticos para Bulimia Nervosa são:

A. Episódios recorrentes de compulsão alimentar. Um episódio de compulsão alimentar é caracterizado pelos seguintes aspectos:

1. Ingestão, em um período de tempo determinado (p. ex., dentro de cada período de duas horas), de uma quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria dos indivíduos consumiria no mesmo período sob circunstâncias semelhantes.

2. Sensação de falta de controle sobre a ingestão durante o episódio (p. ex., sentimento de não conseguir parar de comer ou controlar o que e o quanto se está ingerindo). B. Comportamentos compensatórios inapropriados recorrentes a fim de impedir o ganho de peso, como vômitos autoinduzidos; uso indevido de laxantes, diuréticos ou outros medicamentos; jejum; ou exercício em excesso.

C. A compulsão alimentar e os comportamentos compensatórios inapropriados ocorrem, em média, no mínimo uma vez por semana durante três meses.

D. A autoavaliação é indevidamente influenciada pela forma e pelo peso corporal.

E. A perturbação não ocorre exclusivamente durante episódios de anorexia nervosa.

Especificar se:

Em remissão parcial: Depois de todos os critérios para bulimia nervosa terem sido previamente preenchidos, alguns, mas não todos os critérios, foram preenchidos por um período de tempo sustentado.

Em remissão completa: Depois de todos os critérios para bulimia nervosa terem sido previamente preenchidos, nenhum dos critérios foi preenchido por um período de tempo sustentado.

Especificar a gravidade atual: O nível mínimo de gravidade baseia-se na frequência dos comportamentos compensatórios inapropriados. O nível de gravidade pode ser elevado de maneira a refletir outros sintomas e o grau de incapacidade funcional.

Leve: Média de 1 a 3 episódios de comportamentos compensatórios inapropriados por semana.

Moderada: Média de 4 a 7 episódios de comportamentos compensatórios inapropriados por semana.

Grave: Média de 8 a 13 episódios de comportamentos compensatórios inapropriados por semana.

Extrema: Média de 14 ou mais comportamentos compensatórios inapropriados por semana.

CAPÍTULO 2

2.1 Etiologia dos Transtornos Alimentares

Desde as primeiras descrições da AN e BN, a etiologia dos transtornos alimentares passou por diversas fases, variando de causas biológicas a psicológicas. No início do século XX, a AN foi apontada como tendo uma origem orgânica, consequência de deficiência pituitária³. Na década de 1940 ressurgiram as teorias de causas psicológicas, influenciadas pela psicanálise. Durante a década de 60 e 70 surgiram as teorias que abordavam o ambiente familiar como fator de desenvolvimento para esses sintomas. Nos anos 80 os estudos se voltaram para os traumas infantis resultantes de abusos sexuais. Também houve interesses na exploração biológica, principalmente dos fatores genéticos relacionados à origem dos TAs (Galvão, Pinheiro, & Somenzi, 2006). Recentemente uma pesquisa buscou identificar os fatores de predisposição aos transtornos alimentares. O resultado apontou uma predisposição elevada na população estudada à anorexia e bulimia, que pode ser analisada a partir dos efeitos da incidência da cultura da imagem de um corpo esbelto sobre as adolescentes na contemporaneidade, um ideal estético muitas vezes inalcançável (Lima Rosa, & Rosa, 2012).

Visto que o objetivo deste trabalho é o estudo das características familiares dos pacientes com TAs, será feita apenas uma breve apresentação sobre os outros aspectos predisponentes associados.

³ A glândula pituitária ou hipófise é uma glândula, situada na sela túrcica (cavidade óssea localizada na base do crânio), ligado ao hipotálamo pelo pedúnculo hipofisário. A hipófise é responsável por várias funções do organismo como crescimento, metabolismo, produção de corticoides naturais, menstruação e produção de óvulos, produção de espermatozoides e produção de leite nas mamas após o nascimento da criança. (Instituto Oncoguia, 2017).

2.1.1 Fatores Socioculturais

Já na década de 70 falava-se sobre as influências culturais na gênese dos TAs e em relação a crescente demanda por um corpo magro e perfeito (Minuchin, 1974). A economia influenciou de forma significativa o conceito de beleza, principalmente em relação à oferta de alimentos, pois em épocas nas quais os alimentos eram escassos, ter um corpo com formas mais avantajadas era sinal de poder e grandeza. Porém, em épocas nas quais os alimentos são oferecidos de forma abundante, como atualmente, a magreza representa sucesso e disciplina (Hercovici & Bay, 1997a). A supervalorização do corpo magro na cultura ocidental e a exposição da mídia reforçam os aspectos psicopatológicos centrais na BN e na AN, essa pressão social em relação à magreza pode criar um ambiente psicológico favorável ao desenvolvimento desses transtornos quando a pessoa apresenta outros fatores de risco, como por exemplo, baixa autoestima, perfeccionismo, traços obsessivo-compulsivos, entre outros. Assim como a mídia, a influência dos familiares e dos amigos, também é considerada importante para o desenvolvimento e manutenção dos sintomas. Adolescentes comportam-se como aprendem com a família e amigos, sendo encorajadas, ou tendo medo de não serem aceitas em determinado grupo. A opinião da família é importante na formação da opinião dos filhos em relação à aparência física (Galvão *et al.*, 2006).

2.1.2 Fatores Neurobiológicos

O sistema serotoninérgico tem importante função na regulação do comportamento alimentar. A serotonina é uma monoamina que produz efeitos na saciedade. Alguns autores formularam hipóteses de que uma disfunção nos sistemas serotoninérgicos poderia ser fator de predisposição a transtornos alimentares (Frank *et al.*, 2002). Estudos experimentais em animais e humanos mostram que o aumento dos níveis de serotonina tende a reduzir a ingestão de comida, e a diminuição da atividade serotoninérgica induz a compulsão alimentar (Galvão *et al.*, 2006). Existem evidências de alterações da função serotoninérgica tanto na BN, quanto na AN, porém não tem uma tendência definida em relação à elevação e diminuição dos níveis de serotonina em cada uma delas. Outra hipótese é em relação à disfunção no PPY, um membro da família dos polipeptídeos pancreáticos, nos pacientes com bulimia. O PPY chegou a ser chamado de

peptídeo “bulímico”, pois tem propriedades significativas que induzem a alimentação (Crow & Mitchell, 2001).

2.1.3 Fatores Genéticos

Os transtornos alimentares são doenças complexas, isso significa que o padrão de herança genética é o resultado da interação de múltiplos genes com o ambiente. A interação do acúmulo de vários genes com fatores ambientais desfavoráveis tendem a aumentar o risco da doença, porém apenas a vulnerabilidade genética pode não ser o suficiente para causar a doença (Galvão *et al.*, 2006). Um estudo mostrou que o risco relativo para AN era de 11,3 e 12,3% em familiares do sexo feminino de indivíduos com AN e BN, respectivamente. O risco relativo para BN era de 4,2 e 4,4% em familiares do sexo feminino de indivíduos com AN e BN, respectivamente. A transmissão cruzada desses transtornos nas famílias indica uma predisposição a essas doenças, ou seja, existe um maior risco da patologia se desenvolver em familiares de indivíduos com transtornos alimentares (Strober, Freeman, Lampert, Diamond, & Kaye, 2000). Porém, além de seus genes, os humanos também transmitem o ambiente para os seus filhos, os estudos feitos até o momento não são capazes de separar os componentes genéticos dos ambientais nas transmissões (Galvão *et al.*, 2006).

2.1.4 Fatores Individuais

Há diversos fatores específicos do indivíduo que podem contribuir para o desenvolvimento dos TAs, alguns são características do próprio indivíduo, como traços da personalidade e déficits na auto estima, outros envolvem experiências pessoais. Dentre as experiências pessoais que têm sido frequentemente relacionadas ao desenvolvimento de TAs estão: abuso sexual, trauma e o constante recebimento de comentários depreciativos na infância. O abuso sexual na infância não é fator de risco específico para desenvolvimento de TA, porém alguns aspectos particulares do abuso sexual estão associados aos sintomas alimentares, como por exemplo, parentalidade inconsistente, diminuição da competência social e transtorno de estresse pós-traumático. Os pacientes com história de abuso físico e ou sexual costumam focar sua atenção no peso e na forma física, numa tentativa desesperada de lidar com seus problemas emocionais. Os bulímicos sentem-se emocionalmente aliviados quando tem compulsões

e purgações, e os anoréxicos sentem prazer quando conseguem evitar os alimentos (Galvão *et al.*, 2006).

A puberdade é um período complexo do desenvolvimento, caracterizado por mudanças físicas significativas que contribuem para o aparecimento de sintomas de TAs. Nas meninas uma das mudanças físicas que ocorre é o aumento do peso em cerca de 40%, e o aumento da gordura corporal de 8 para 22%. Já nos meninos o aumento de peso refere-se à massa muscular (Schimidt, 2003).

Dentre as comorbidades psiquiátricas que parecem estar associadas em pacientes bulímicos estão os transtornos dissociativos, transtorno somatoforme, dissociação somatoforme, automutilação, abuso de substâncias e transtorno da personalidade (Brewerton, 2005).

Entretanto, a prevalência de transtornos de personalidade entre os indivíduos com diagnóstico de AN e BN ainda é desconhecida (Sansone, Levitt & Sansone, 2005).

2.1.5 Fatores Familiares

Psiquiatras e psicólogos que trabalham com crianças e adolescentes há muitos anos reforçam que os fatores familiares têm significativa importância na AN e na BN, diversos estudos descrevem a disfuncionalidade das famílias e dos pacientes com TAs (Sanchez, 2006). Na década de 40 as ideias psicanalíticas dominavam o meio científico, trazendo muitas hipóteses sobre os pacientes anoréxicos e o relacionamento com suas famílias. Os estudos focavam a negação do comer, relacionando com componentes orais, como por exemplo, o desejo e medo de engolir a mãe, e o medo de ser fecundada oralmente pelo pai (Goldbloom & Garfinkel, 1992).

Bruch (1973) observou que os pacientes anoréxicos demonstravam déficits no senso de identidade e autonomia. Os indivíduos que apresentavam a patologia eram descritos pela família como tendo sido ótimos filhos, obedientes e com bom desempenho escolar. Para o autor, o comportamento exemplar era uma atitude para se defender de sentimentos de incapacidade e impotência. Em sua visão, a origem do transtorno estaria na relação mãe-bebê, mais precisamente na incapacidade da mãe de responder as necessidades da criança.

Oliveira-Cardoso e Santos (2012) em uma pesquisa sobre o perfil psicológico de pacientes com anorexia e bulimia observaram que o relacionamento com as figuras parentais, principalmente com as mães, é experimentado de forma ambivalente, tendo

oscilações entre extrema dependência e autonomia. Os sentimentos, sejam eles de ódio ou amor, são vivenciados de forma muito intensa, desencadeando atitudes explosivas.

Para Fortes (2011), a persistência da anoréxica em não comer pode ser analisada de duas maneiras: a negação do alimento como forma de afirmar seu desejo inconsciente de se separar da sua mãe e acabar com a relação simbiótica, ou uma estratégia de aniquilação desse desejo.

Minuchin (1982) e Minuchin, S., Rosman, B. L. & Baker (1978) descrevem as famílias de pacientes com TAs como tendo um perfil psicossomático, descrevendo quatro características padrão: a primeira refere-se ao aglutinamento, uma forma de proximidade excessiva nas interações familiares; a segunda, a superproteção, impacta no desenvolvimento da autonomia, os pacientes têm dificuldade de estabelecer uma identidade própria, separada da família; a terceira, diz respeito à rigidez na forma de se relacionar entre os membros da família, tentando manter uma suposta harmonia; a quarta característica é sobre os conflitos familiares ou de casal, esses conflitos geralmente não são resolvidos, e o paciente está frequentemente triangulado com os pais. A triangulação refere-se à participação do paciente nos conflitos familiares, como por exemplo, é comum que nas brigas entre os pais, o paciente defenda ou o pai ou a mãe. Ainda segundo Minuchin (1985), nessas famílias a comunicação e a expressão de sentimentos não são estimuladas, poderíamos dizer que é uma família “magra em sentimentos”.

Para Dallos & Denford (2008) os relacionamentos nas famílias de pacientes com TAs comumente acontecem sobre uma base falsa ou frágil, com discussões e conflitos frequentes. Cordás (1998) destaca os relatos dos pacientes e dos pais descrevendo a família como conflituosas, desorganizadas, desunidas, e com falta de cuidado e encorajamento na relação pais-filhos.

Humphrey (1989) observou em uma análise interacional que os pais das pacientes não estimulavam sua independência, pois ao mesmo tempo em que sugeriam apoio às filhas, minavam sua autoconfiança, o que acabava gerando um sentimento de inadequação nelas.

Fasolo e Diniz (1998) perceberam em suas experiências clínicas que os pais de adolescentes com AN eram descritos como muito exigentes e tendo altas expectativas em relação às filhas, esperando que fossem carinhosas, obedientes, e que correspondessem ao padrão estético da sociedade. Os pais não conseguiam compreender como as filhas desenvolveram tais sintomas, pois as consideravam inteligentes e bem-

sucedidas. Sentiam-se confusos, culpados e fracassados, não conseguindo reagir à doença.

Os estudos sobre as relações familiares vistos acima não indicam um único padrão disfuncional, mas várias características de padrões disfuncionais que possivelmente estão presentes nos casos de TAs.

Sanchez (2006) fez um estudo para investigar o funcionamento parental na infância, sua amostra consistia em 24 pacientes do sexo feminino que estavam inseridas no Programa de Transtornos Alimentares do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e 97 controles que estudavam nas mesmas instituições de ensino das pacientes, e não apresentavam histórico de TAs, transtornos psiquiátricos ou repetência escolar. O estudo foi realizado através da aplicação do Instrumento de Vínculo Parental (*Parental Bonding Instrument, PBI*), que contém duas escalas, medindo cuidado e superproteção. Quando os escores de cuidado e proteção são gerados, os pais são identificados em um dos quadrantes de funcionamento parental: Ótimo, Controle com Afeto, Controle sem Afeto e Negligente. O resultado do estudo constatou um padrão nas pacientes de relação mãe-filha de “Controle Sem Afeto” e pai-filha de “Controle Sem Afeto” ou “Negligente”, enquanto os grupos controles apresentaram predominância do padrão “Ótimo” para ambas as relações. Isto é, pais e mães das pacientes foram lembrados como menos cuidadosos do que o grupo controle, e as mães das pacientes lembradas como mais protetoras do que o grupo controle. Esses resultados reforçam a importância do papel da família na predisposição e manutenção dos TAs, e a necessidade de se incluir a família no processo terapêutico do paciente.

Valdanha, Scorsolini-Comin, Peres, & Santos (2013) num estudo científico que visava analisar a influência do grupo familiar na sintomatologia da AN e da BN obteve resultados indicando que os relacionamentos familiares exercem impacto significativo tanto no desenvolvimento quanto na manutenção de sintomas de TA. Os padrões de alimentação geralmente são transmitidos entre as gerações, assim como os aspectos não elaborados da função materna.

Todavia, Gowers e North (1999) num estudo sobre as dificuldades de funcionamento familiar e a AN, utilizando escalas autoaplicáveis, verificaram que as dificuldades do funcionamento familiar não têm correlação direta com a severidade da AN. Nunes e Ramos (1998) afirmam que não é possível verificar um padrão de uma família anoréxica, mas sim algumas características específicas do relacionamento disfuncional. Souza e Santos (2006) afirmam que diversos estudos buscam correlações

entre o funcionamento familiar e o aparecimento dos TAs, mas há dissidências entre os resultados e as metodologias utilizadas. Oliveira (2004) em um estudo sobre a interação de famílias de adolescentes com AN, afirma que não foi possível estabelecer uma estrutura única de funcionamento familiar, mas sim, padrões inadequados de interação nos aspectos investigados, sendo eles: comunicação, regras, papéis, liderança, conflitos, manifestação da agressividade, afeição física, interação conjugal, individualização, integração, autoestima, Estilos Parentais e Práticas Educativas Parentais.

A gama de aspectos envolvidos na etiologia dos TAs é muito ampla, gerando um desafio importante para aqueles quem trabalham com esses transtornos, que é não apenas descrever todos esses elementos envolvidos, mas também compreender como os diversos fatores interagem entre si em cada paciente (Morgan *et al.*, 2002).

CAPÍTULO 3

3.1 A terapia familiar no tratamento de Transtornos Alimentares

A teoria sistêmica está fundamentada no fato de que o homem não é um ser isolado, ele é ativo e reativo nos grupos sociais aos quais pertence (Minuchin, 1982). Ainda segundo o autor, o homem influencia e é influenciado pelo contexto em que vive. Assim pode-se presumir que os sintomas dos TAs são influenciados pelo ambiente no qual os indivíduos estão inseridos.

Jaeger, Seminiotti e Falceto (2011) observou que os mecanismos de controle estão sempre presentes nesses transtornos, e contaminam todos os membros da família. Primeiramente há o controle dos pacientes sobre o seu próprio corpo, sobre as calorias, alimentos e líquidos ingeridos, e o controle do seu peso através de comportamentos purgativos e ou a realização excessiva de exercícios. A partir de um momento os papéis se invertem, e eles passam a ser controlados por esses comportamentos. O pensamento passa a ter características obsessivas e a vida dos pacientes passa a girar em torno da conduta alimentar. Essas atitudes afetam todos os membros da família, que também passam a ser controlados pela doença, ou seja, os familiares, por mais que sejam superprotetores, conforme a literatura evidencia, tornam-se impossibilitados de proteger o doente, pois não conseguem visualizar o transtorno. A AN então se constituiria em uma luta para conquistar uma noção de identidade e sentir-se no controle (Dorfman & Rossato, 2016).

Hercovici e Bay (1997a) afirmam que a pessoa com transtorno alimentar não é a única a sofrer as consequências. Quando descoberta, a anorexia nervosa se torna a principal preocupação de toda a família.

A AN depois de descoberta pela família, frente aos graves sintomas decorrentes da inanição da jovem, desorganiza o sistema e determina um superenvolvimento dos familiares, e os sentimentos de sofrimento aparecem. A BN, normalmente demora mais para aparecer, pois é mais facilmente escondida. A paciente pode vomitar, ou adotar outros métodos para controle de peso por muitos anos, sem que a família perceba, porque a doença não é visível, pois geralmente as bulímicas tem peso normal. Portanto, é comum que os casos de BN cheguem para tratamento anos após o seu início (Herzog, Hartmann, Andholz, & Stammer, 1991).

O principal objetivo da terapia familiar é auxiliar os membros da família a melhorarem o nível de diferenciação do eu. Geralmente os membros estão em fusão uns com os outros, e por mais que digam que estão separados, as relações entre eles estão emaranhadas. Minuchin (1985) afirmou que as famílias das anoréxicas tem uma característica predominante: estão embaraçadas a tal ponto em que as fronteiras são muito fracas para proteger os indivíduos que fazem parte do sistema. O conceito de diferenciação do eu está relacionado com a maneira com a qual o indivíduo vai se diferenciando emocionalmente de seus pais, esse processo acontece na adolescência, pois é nessa época da vida em que os jovens se deparam pela primeira vez com a chance de conquistar sua independência.

As sessões de terapia devem ocorrer de forma que os papéis dos membros do sistema sejam bem definidos, desfazendo-se os emaranhados. A função do terapeuta de família é ajudar a paciente e a família, facilitando a transformação do sistema familiar. Segundo Minuchin (1982), esse processo tem três passos essenciais: o terapeuta se une à família, ocupando uma posição de liderança; ele descobre e avalia a estrutura familiar, e cria circunstâncias que permitirão a transformação dessa estrutura. Facilitando a comunicação, a terapia se propõe a possibilitar que o casal se depare com seus conflitos na tentativa de buscar resoluções. Neste sentido, o terapeuta redefine as fronteiras, deixando claros os papéis dos subsistemas conjugal e parental. As mudanças são positivas para todos os membros da família, mas principalmente para o paciente que pode ser liberado da triangulação com o casal. Além disso, procura-se produzir alterações na estrutura de funcionamento familiar, reforçando o exercício da função parental, validando a participação do pai e ajudando a mãe a investir energia em si

mesma e no casal, permitindo que a filha possa dirigir-se no sentido de buscar autonomia.

A literatura existente a respeito dos TAs é escassa em relação ao papel do pai nestas famílias. Apesar disso, sabe-se que o pai costuma exercer uma posição claramente passiva, ficando geralmente sobre a responsabilidade da mãe as decisões familiares. Mesmo que o pai esteja presente fisicamente, ele não costuma ter autonomia, parece não exercer a função paterna. A relação com a filha costuma ser superficial, pois o pai sendo uma figura apagada, não evidencia valor nas relações familiares (Dorfman & Rossato, 2016).

Nodin e Leal (2005), citando Marcelli e Braconnier (1989) referem-se ao pai da anoréxica como sendo um sujeito fraco, passivo e de estrutura obsessiva. Geralmente permissivo, pouco interferindo nas decisões familiares.

Percebe-se que o pai tem sido citado como tendo dificuldade em exercer sua função paterna, e se mantém à sombra da mãe. A mãe não permite a entrada do pai, e este não se impõe para estabelecer corte necessário na simbiose mãe-filha, processo importante para o início da vida adulta. Estes aspectos do funcionamento familiar, nos quais estão implicados pai, mãe e filho sintomático, devem necessariamente receber atenção específica no tratamento dos TAs. Ou seja, é importante que dentro de uma abordagem multidisciplinar, a terapia familiar seja incluída com o objetivo de ajudar a família a redefinir seus papéis e funções, favorecendo assim a autonomia do familiar sintomático (Dorfman & Rossato, 2016).

Osório (2004) em um capítulo do livro *Doença e Família*, relata um caso de Anorexia Nervosa atendido por ele em meados da década de 70, quando ainda não tinha contato com o pensamento sistêmico, ou seja, a paciente foi atendida através de uma abordagem psicanalítica. Anaís, uma adolescente de 14 anos, morava numa cidade do interior e as sessões com ela ocorriam nos finais de semana. Anaís mostrava interesse em compreender o que acontecia com ela, e motivação para o atendimento. Apresentava uma capacidade acima da média em adquirir *insight* de seus processos inconscientes, e isso foi responsável pelo seu rápido progresso em apenas seis meses de atendimento. Quando, de repente e sem nenhuma explicação por parte da mãe de Anaís, o tratamento foi interrompido. Alguns dados colhidos durante as sessões foram: Anaís morava com a mãe viúva, a avó e uma irmã menor, seu pai havia falecido quando ela tinha cerca de sete anos. Sua família era muito religiosa, e desde a morte do marido, a mãe sempre recorreu ao padre como mentor da educação moral das filhas. Conforme relatos da mãe,

logo que Anaís menstruou pela primeira vez, mostrou um intenso desejo de se relacionar com garotos, esse desejo tão rápido apareceu como desapareceu, sem que precisasse qualquer intervenção da mãe. Anaís passou a evitar a companhia dos meninos, e logo em seguida surgiram os primeiros vômitos, deixou de frequentar a escola e ficava o dia inteiro em casa ajudando a mãe nas tarefas domésticas, evitando de sair à rua. Os desenhos produzidos por Anaís ao longo de seu atendimento ilustravam o conflito da paciente com a sua feminilidade e com as mudanças do seu corpo, também ilustravam sua progressiva melhora aceitando suas formas mais curvilíneas. A mãe e a avó sobreviveram aos homens e atestaram a periculosidade feminina capaz de aniquilar o pai edípico impedindo a aproximação do pai de Anaís enquanto ele era vivo. A exemplo das demais mulheres da família, Anaís procurava exorcizar as tentações do demônio. Através do processo psicoterápico a menina libertou essa sexualidade reprimida, porém isso desestabilizou o sistema familiar, reativando provavelmente temores fóbicos nas demais mulheres adultas da casa, determinando assim a brusca interrupção do tratamento de Anaís, para que se reinstalasse homeostase familiar em torno da repressão. Essa situação ilustra a noção de paciente identificado, isto é, Anaís seria a emergente da conflitividade sexual desse sistema familiar, e seus sintomas estariam expressando o sofrimento coletivo da família. Essa visão sistêmica nos permite supor que dificilmente as melhoras alcançadas por Anaís durante a psicoterapia terão sido consolidadas após a interrupção. E nos levam a hipótese de que o desfecho desse caso teria sido diferente se na época o autor já tivesse incluído o referencial da terapia familiar sistêmica em seus recursos clínicos.

3.2 Estudo de Caso

Com intuito de ilustrar o que foi discorrido a respeito do papel da família nos transtornos alimentares, será relatado o caso de uma adolescente atendida no Programa de Transtornos Alimentares do Centro de Atenção Psicossocial da Infância (CAPSi) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. O CAPSi existe há quase 15 anos e destaca-se por ser o único tratamento público do sul do país e por ter como base a abordagem familiar, com ênfase na terapia familiar sistêmica. A intenção é proporcionar um atendimento multidisciplinar aos pacientes, contando com uma equipe de profissionais da área de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, Nutrição, Psicologia, Enfermagem, Educação Física, Terapia Ocupacional e Terapia de Família.

O programa avalia a situação dos jovens e o contexto no qual eles se desenvolvem, incluindo as relações intra e extrafamiliares. Utiliza-se um padrão integrativo para a abordagem do Transtorno Alimentar que indique e esclareça as pessoas que fazem parte do sistema familiar dos pacientes. A metodologia utilizada pelos profissionais é a de estabelecer e favorecer o diálogo entre os participantes de maneira reflexiva, procurando o entendimento do que é um TA e as variáveis que o transtorno pode trazer no desenvolvimento físico e psíquico do adolescente e sua família.

Os critérios de inclusão no programa são idades entre 10 e 18 anos e sintomas sugestivos de TAs. Os critérios de exclusão são retardo mental, ausência de suporte familiar e/ou institucional, transtornos psicóticos, uso de drogas e/ou risco de suicídio no momento da avaliação.

O paciente chega através de encaminhamento do posto de saúde ou da internação. Em seguida, passa por uma triagem por um médico residente da Psiquiatria da Infância/Adolescência do HCPA com supervisão da equipe de preceptoria. Ingressa então na rede ambulatorial do CAPSi e é avaliada a inclusão no programa, sendo definidos os profissionais responsáveis por cada uma das modalidades de tratamento. As atividades são realizadas durante duas tardes na semana (terças e quintas-feiras), compostas por grupos multifamiliares, grupos de adolescentes, psicoterapia familiar e individual, grupo de nutrição com participação das famílias e psicoterapia individual, acompanhamento de uma refeição, atendimento psiquiátrico, clínico e reuniões gerais administrativas.

O programa do tratamento é composto por três etapas: intensivo, intermediário e alta. No intensivo, são realizados atendimentos duas vezes por semana para pacientes e familiares. Quando se verifica a melhora dos sintomas alimentares e da organização da dinâmica familiar, a família passa para o intermediário, onde é feito um grupo multifamiliar por mês e um grupo de nutrição por mês, mantendo as terapias nas frequências combinadas com os terapeutas. Esta etapa tem como objetivo a preparação para a alta. Ao final, é feita a alta do programa. Após a alta, o paciente pode seguir com acompanhamento do Médico Hebiatra no hospital até completar 21 anos, dependendo da necessidade, também é recomendado que siga com a (s) terapia (s) fora do CAPSi.

Patrícia tinha de 12 anos e o diagnóstico de Anorexia Nervosa. A família era constituída por pai, mãe e filha, somente. A mãe trabalhava em um hospital, e o pai era

engenheiro. Patrícia estava na sétima série e tinha um bom desempenho escolar, nunca havia repetido o ano.

Patrícia apresentava uma história de mudança recente de comportamento, com dietas e controle rígido através de cálculo das calorias consumidas diariamente, e manobras para esconder os alimentos fornecidos pela mãe. Além disso, apresentava irritabilidade com a família. Segundo a mãe, os sintomas iniciaram após ela ter sido reprovada no exame de admissão para uma escola bem-conceituada, na qual queria muito ingressar a fim de receber educação de qualidade e conquistar o sonho de seguir carreira no Magistrado. A mãe procurou ajuda médica após perceber o emagrecimento intenso da filha, e descobriu o programa de transtornos alimentares lendo uma reportagem em um jornal.

Desde a primeira entrevista, a paciente demonstrou agressividade verbal contra a mãe, com tentativas de menosprezá-la perante o pai. A mãe, por outro lado, tentava exercer todo o controle sobre a filha, desde a merenda escolar, roupas e até fazendo resumos das matérias escolares para ela estudar. O pai, por sua vez, encaixava-se no padrão periférico. No relacionamento conjugal, era distante da esposa. Os dois demonstravam ter gostos bem diferentes um do outro. Além disso, não compartilhavam as despesas da casa, assumidas quase exclusivamente pela esposa. Geralmente a renda do pai era utilizada com seus gastos individuais e viagens internacionais que fazia sozinho na maior parte das vezes. A mãe estava um pouco acima do peso, vestia-se de forma simples, e parecia não se importar muito com a aparência. O pai, ao contrário, demonstrava se importar bastante com sua forma de vestir e sua aparência física, além de ser adepto a esportes radicais e alimentação saudável.

Patrícia nunca escondeu seu desprezo pela família materna, com quem tinha medo de ser identificada pelo motivo dos seus membros serem semelhantes à mãe fisicamente: acima do peso e com prevalência de doenças crônicas como diabetes e hipertensão.

Outro fato bastante representativo era a organização dos espaços da casa, que foi descrita pela família durante as entrevistas. O banheiro do quarto do casal era completamente ocupado com brinquedos de quando a filha era criança e, portanto, sem possibilidade de utilização. A porta do quarto do casal e de Patrícia ficava constantemente aberta, denotando falta de privacidade. Era evidente a triangulação com o casal, com o qual a relação afetiva era intensa, apesar de pouco íntima, e de caráter sedutor. Em entrevista com a família, pediu-se à paciente para organizar a posição em

que cada um dos três deveria permanecer. Ela prontamente ficou justaposta ao pai e posicionou a mãe atrás e distante dos dois. Durante as demais entrevistas, sempre se posicionava entre o casal e bastante próxima ao pai.

Eram evidentes as dificuldades conjugais, no entanto, a partir de discussões com a equipe, priorizou-se na terapia familiar, o trabalho em relação à função parental, redefinindo os papéis de pai e mãe. Ressaltou-se a importância de o casal ter um espaço de privacidade e intimidade conjugal, estimulando-se programas sem a presença da filha, uma vez que nunca mais haviam saído sozinhos após o nascimento da filha, na ilusão de manter a unidade e harmonia familiar. A mãe sofria de ansiedade e indicou-se tratamento individual, o qual foi aceito pela mesma. Com o decorrer do tempo a família conseguiu retirar os brinquedos do banheiro para utilizá-lo e manter as portas dos quartos fechadas, criando fronteiras mais nítidas.

A terapia ocorreu de forma que o maior número de sessões foi com a família completa e algumas apenas com o casal. O pai compareceu em todas as sessões, mostrando-se bastante participativo e empenhado nas mudanças. A mãe também foi bastante participativa, demonstrou maior dificuldade em mudar seus comportamentos e deixar a filha livre para crescer, mas conseguiu deixá-la ter sua individualidade e aceitou o fato dela ser uma adolescente, e não mais uma criança. Uma das falas da mãe em entrevista foi “eu tenho que diminuir minha ansiedade em cima dela, preciso deixar ela crescer”. O casal melhorou em alguns pontos, apresentando, segundo o pai “melhor sintonia”, mas não conseguiram trabalhar em sessão questões mais específicas da relação. Mesmo assim, na entrevista de alta, a mãe disse: “Família foi o ponto chave do tratamento, nos redescobrimos como família e como casal”. Outra mudança significativa foi que antes de iniciar o tratamento a família praticamente não fazia as refeições juntos, e tinham hábitos alimentares bem diferentes um do outro, com o passar do tempo eles passaram a fazer no mínimo duas refeições por dia juntos, comendo geralmente os mesmos alimentos. O tratamento demonstrou ser eficaz, pois Patrícia teve alta mostrando boa percepção a respeito do seu corpo e do transtorno. Em sua entrevista de alta ela disse: “Eu aceitei que eu não preciso ter peso dentro dos limites ou gorda demais ou magra demais, eu posso ser meio termo, antes esse meio termo não existia pra mim”. Sua alimentação mudou radicalmente, pois fazia muitas restrições alimentares, chegando a ficar um dia inteiro sem comer. Com o tratamento, Patrícia passou a ter uma alimentação saudável realizando todas as refeições diárias, ingerindo as calorias necessárias para ter bons níveis de saúde.

Após o período de um ano em tratamento intensivo, a paciente já estava em condições de ter alta do programa, com a recomendação que seguisse em psicoterapia individual, e que o casal continuasse em terapia conjugal, ambos fora do CAPSi.

Considerações Finais

O presente estudo de caso corroborou com a hipótese inicial desse trabalho de que famílias disfuncionais tendem a contribuir para o desenvolvimento e manutenção da sintomatologia dos transtornos alimentares. O caso de Patrícia seguiu um padrão de casos anorexia nervosa no qual a família tem um perfil que Minuchin (1982) definiu como psicossomático. Os próprios pais relataram reconhecer similaridades de funcionamento familiar nos sistemas dos outros pacientes participantes do programa durante os grupos multifamiliares. Na família da paciente em questão, a função paterna estava explicitamente comprometida. O pai era ausente, não tinha autoridade e não exercia seu papel como provedor, sendo incapaz de romper a simbiose mãe-filha, então as duas acabavam por disputar a liderança da família. Nodin e Leal (2005) afirmam que a atitude de sedução no pai pode aparecer ao invés da frieza ou desprezo, durante o tratamento, pode-se observar que Patrícia entrava em conluio com o pai, apresentando uma relação afetiva e um desejo de identificação intenso. Porém, apesar de juntos fisicamente, permaneciam desconectados e distantes, de modo que a figura paterna era idealizada pela filha, enquanto esta hostilizava a mãe. Pai e filha funcionavam mais como irmãos, pois o pai não exercia sua autoridade.

Além disso, um fator diferenciador para a eficácia do tratamento foi o fato de pai e mãe terem se disposto a comparecer em todas as sessões de família e grupos multifamiliares realizados pela equipe, o que não ocorreu com nenhum outro paciente durante o período de observação do programa.

De modo geral, foi procurado exemplificar o que foi exposto na revisão literária sobre as relações familiares disfuncionais dos indivíduos com transtornos alimentares, com ênfase no papel parental, marcado por questões de superproteção e passividade, que ao mesmo tempo em que dificultam a autonomia do paciente, também o deixa excessivamente livre para que faça suas próprias escolhas, mesmo que incoerentes. Devido à complexidade etiológica e envolvimento de fatores tão distintos no universo da doença como a nutrição, psicodinâmica, sistemas familiares e aspectos clínicos, o

tratamento muitas vezes é um processo longo e doloroso para os pacientes e para a família.

Entretanto, pode-se identificar a importância do papel da família nos transtornos alimentares, sugerindo a necessidade de ampliar o foco de atenção e visando incluir os familiares no tratamento dessas patologias.

Referências

- Abreu-Gonçalves, J. D. A., Moreira, E. A. M., Trindade, E. B. S. D. M., & Fiates, G. M. R. (2013). Eating disorders in childhood and adolescence. *Revista Paulista de Pediatria*, 31(1), 96-103.
- Alckmin-Carvalho, F. A., Rafihi-Ferreira, R., Zazula, R., & Soares, M. R. Z. (2013). Anorexia nervosa: diagnóstico, mudanças no perfil e tratamento. *Pediatria Moderna*, 49(7), 296-299.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5* (5a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Bell, R. (1985). *Holy anorexia*. Chicago: University of Chicago.
- Brewerton, T. D. (2005). Psychological trauma and eating disorders. In: S. Wonderlich et al. (Org.). *Eating disorders review* (Part. 1, pp. 137-154). Seattle: Radcliffe.
- Bruch, H. (1973). Eating disorders. *Obesity, nervous anorexia and the person within*. New York: Basic Books.
- Busse, S. R. & Silva, B. (2004). Transtornos alimentares. In S. R. Busse. *Anorexia, bulimia e obesidade*. São Paulo: Editora Manole.
- Casper, R. C. (1983). On the emergence of bulimic nervosa as a syndrome: a historical view. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 03-16.
- Cole-Detke, H., Kobak, R. (1996). Attachment processes in eating disorder and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 282-290.
- Cordás, T. A. (1998). *Bulimia nervosa: diagnóstico e propostas de tratamento*. São Paulo: Lemos.
- Crow, S. & Mitchell, J. E. (2001). Bulimia nervosa. In J. E. Mitchell. *The outpatient treatment of eating disorders bulimia nervosa* (pp. 26-58). Minneapolis: University of Minnesota.
- Dallos, R. & Denford, S. (2008). A qualitative exploration of relationship and attachment themes in families with an eating disorder. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13(2), 305-322.
- Dorfman, I. Z. & Rossato, M. L. (2016). Reflexões Acerca da Relação Parental na Anorexia Nervosa. *Revista Brasileira da Terapia Familiar*, 6(1), 160-168.
- Eisler, I (2005). The empirical and theoretical base of Family therapy and multiple Family day therapy for adolescent anorexia nervosa. *Journal of Family Therapy*, 27, 104 – 132.

- Emagrecendo.info. (2017). *Jejum Intermitente: o guia completo para iniciantes*. Recuperado em 19 junho, 2017, de <https://emagrecendo.info/emagrecer-de-vez/jejum-intermitente/>
- Fasolo, C. & Diniz, T.C. (1998). Aspectos familiares. In M. C. Nunes, J. C. Appolinário, A. L., Abuchaim, W. Coutinho & Cols (Orgs.). *Transtornos alimentares e obesidade* (pp. 77-85). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Fortes, I. (2011). Anorexia: o traço da obstinação na clínica psicanalítica. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 14(1), 83-95.
- Frank, G. K., Kaye, W. H., Meltzer, C. C., Price, J. C., Greer, P., McConaha, C. & Skovira, K. (2002). Reduced 5-HT_{2A} receptor binding after recovery from anorexia nervosa. *Biological Psychiatry*, 52, 896-906.
- Galvão, A. L., Pinheiro, A. P. & Somenzi, L. (2006). *Transtornos alimentares e obesidade* (2a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Godfrey, J. R. (2004). Towards optimal health: the experts discuss eating disorders. *Journal of Women's Health*, 13, 662-667.
- Goldbloom, D. & Garfinkel, P. (1992). Transtornos alimentares: Anorexia nervosa e bulimia nervosa. In B. Garfinkel, G. Carlson & E. Weller (Orgs.). *Transtornos psiquiátricos na infância e adolescência* (pp. 100-111). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Gowers, S. & North, C. (1999). Difficulties in family functioning and adolescent anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 174, 63-66.
- Habermas, T. (1989). The psychiatric history of anorexia nervosa and bulimia nervosa: weight and bulimic symptoms in early case reports. *International Journal of Eating Disorders*, 8, 259-273.
- Habermas, T. (1996). On defense of weigh phobia as the central organizing motive in anorexia nervosa: historical and cultural arguments for a culture-sensitive psychological conception. *International Journal of Eating Disorders*, 19(4), 317-334.
- Hercovici, C. R. & Bay, L. A. (1997a). *Anorexia e bulimia: ameaças à autonomia*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Hercovici, C. R. & Bay, L. A. (1997b). *Escravidão das dietas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Herzog, D. B., Hartmann, A., Andholz, A. & Stammer, A. (1991). Prognostic factors in outpatient psychotherapy of bulimia. *Psychiatry Pshychosom*, 56, 48-55.
- Humphrey, L. L. (1989). Observed family interactions among subtypes of eating disorders using structural analysis of social behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57:206-214.
- Instituto Oncoguia. (2017). *O que é a glândula pituitária? Qual a sua função?*. Recuperado em 28 maio, 2017, de <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/o-que-e-a-glandula-pituitaria-qual-a-sua-funcao/5707/773/>
- Jaeger, M. A. (2003). *O grupo multifamiliar como recurso o tratamento dos transtornos alimentares*. Dissertação de mestrado, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

- Jaeger, M. A. S., Seminotti, N. & Falceto, O. G. (2011). O grupo multifamiliar como recurso no tratamento dos transtornos alimentares. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 33(1), 20-27.
- Lima, N., Rosa, C. & Rosa, J. (2012). Identificação de fatores de predisposição aos transtornos alimentares: anorexia e bulimia em adolescentes de Belo Horizonte, Minas Gerais. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 12, 360-378.
- Lucas, A. R., Beard, C. M., O'Fallon, W. M. & Kurland, L. T. (1991). 50-year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minn.: a population-based study. *American Journal of Psychiatry*, 148, 917-922.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge: Harvard Press.
- Minuchin, S. (1982). *Famílias: funcionamento e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Minuchin, S. (1985). *Calidoscópio familiar*. Buenos Aires: Ediciones Paidós Ibérica.
- Minuchin, S., Rosman, B. L. & Baker, L. (1978). *Psychosomatic families: anorexia nervosa in context*. Cambridge: Harvard University Press.
- Morgan, C. M., Vecchiatti, I. R., & Negrão, A. B. (2002). Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(3), 18 -23.
- Nakamura, E. (2004). Representações sobre o corpo e hábitos alimentares: o olhar antropológico sobre aspectos relacionados aos transtornos alimentares. In S. R. Busse. *Anorexia, bulimia e obesidade*. São Paulo: Manole.
- Nodin, N., Leal, I. (2005). Representações paternas na anorexia nervosa. *Análise Psicológica*, 23(2), 201-208.
- Nunes, M. A. (2006). Etiologia dos transtornos alimentares. In A. L. Galvão, A. Pinheiro & L. Somenzi. *Transtornos alimentares e obesidade* (2a ed., pp. 60-68). Porto Alegre: Artmed.
- Nunes, M. A., Apolinário, J. C., Abuchaim, A. L. G. & Coutinho, V. (1998). *Transtornos alimentares e obesidade*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Nunes, M. A., Bagatini, L. F., Abuchaim, A. L., Kunz, A., Ramos, D., Silva, J. A., Somenzi, L. & Pinheiro, A. (1994). Distúrbio da conduta alimentar: considerações sobre o teste de atitudes alimentares (EAT). *Rev ABP-APAL*, 16, 07-10.
- Nunes, M. A. A. & Ramos, D. C. (1998). Anorexia nervosa: classificação diagnóstica e quadro clínico. In M. C. Nunes, J. C. Appolinário, A. L., Abuchaim, W. Coutinho & Cols (Orgs.), *Transtornos alimentares e obesidade* (pp. 21-30). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Nunes, M. A. et al. (2006). *Transtornos alimentares e obesidade* (2a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Oliveira, P. L. (2004). *Padrões disfuncionais de interação em famílias de adolescentes com anorexia nervosa*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

- Oliveira-Cardoso, E. A. & Santos, M. A. (2012). Avaliação psicológica de pacientes com anorexia e bulimia nervosas: indicadores do Método de Rorschach. *Medicina*, 39(3), 353-360.
- Osório, L. (2004). A família como sistema. In: J. Mello Filho, M. Burd (Org.). *Doença e família*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Pinheiro, A. P. & Giugliani, E. R. (2006). Body dissatisfaction in brazilian schoolchildren: prevalence and associated factors. *Revista de Saúde Pública*, 40(3), 489-496.
- Quiles, M. M. (1995). Estudio comparativo de la personalidad de los padres y de la dinámica relacional de la familia en la anorexia nerviosa. *Anais do Congresso Español de Terapia Familiar*, Valência, Espanha, 16.
- Sanchez, P. C. (2006). *Funcionamento parental em uma amostra brasileira de pacientes com transtornos alimentares*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.
- Sansone, R. A., Levitt, J. L. & Sansone, L. A. (2005). The prevalence of personality disorders among those with eating disorders. *Eating Disorders*, 13, 07-21.
- Schmidt, U. (2003). Aetiology of eating disorders in the 21 st century. New answers to old questions. *European child & Adolescent Psychiatry*, 12, 30-37.
- Skrabanek, P. (1983). Notes towards the history of anorexia nervosa. *Janus*, 70, 109-128.
- Smink, F. R., Hoeken, D., Oldehinkel, A. J., & Hoek, H. W. (2014). Prevalence and severity of DSM-5 eating disorders in a community cohort of adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 47(6), 610-619.
- Souza, L. V. & Santos, M. A. (2006). A família e os transtornos alimentares. *Medicina*, 39(3), 403-409.
- Strober, M., Freeman, R., Lampert, C., Diamond, J. & Kaye, W. (2000). Controlled Family study off anorexia and bulimia nervosa: evidence off shared liability and transmission off partial syndromes. *American Journal of Psychiatry*, 157, 393-401.
- Sukster, E. (1998). *Avaliação da imagem corporal e da função viso-construtiva em adolescentes femininas com padrão de preocupação exagerada dos hábitos alimentares*. Tese de doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.
- 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.
- Valdanha, E. D., Scorsolini-Comin, F., Peres, R. S. & Santos, M. A. (2013). Influência familiar na anorexia nervosa: em busca das melhores evidências científicas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 62(3): 225-233.
- Vandereycken, W. (1994). Emergence of bulimia nervosa as a separate diagnostic entity: review of the literature from 1969 to 1979. *International Journal of Eating Disorders*, 16, 105-116.

Wonderlich, A. S. et al. (1997). The relationship of childhood sexual abuse and eating disorders: a review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1107-1115.