



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



CAROLINE POZZOBON FRANCISCO

**TERAPIA FAMILIAR FOCADA NA EMOÇÃO PARA O TREINAMENTO DE
CUIDADORES DE INDIVÍDUOS COM TRANSTORNOS ALIMENTARES:
ANÁLISE DE ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL.**

UBERLÂNDIA

2022



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



CAROLINE POZZOBON FRANCISCO

**TERAPIA FAMILIAR FOCADA NA EMOÇÃO PARA O TREINAMENTO DE
CUIDADORES DE INDIVÍDUOS COM TRANSTORNOS ALIMENTARES: ANÁLISE
DE ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, do Instituto Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia.
Área de Concentração: Processos Cognitivos
Orientador(a): Prof^ª.Dr^ª. Renata F.F. Lopes

UBERLÂNDIA

2022

Ficha Catalográfica Online do Sistema de Bibliotecas da UFU
com dados informados pelo(a) próprio(a) autor(a).

F819 Francisco, Caroline Pozzobon, 1995-
2022 Terapia Familiar Focada Na Emoção Para O Treinamento
De Cuidadores De Indivíduos Com Transtornos Alimentares:
Análise De Entrevista Com Profissionais De Saúde Mental.
[recurso eletrônico] / Caroline Pozzobon Francisco. -
2022.

Orientadora: Renata F.F.Lopes.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de
Uberlândia, Pós-graduação em Psicologia.
Modo de acesso: Internet.
Disponível em: <http://doi.org/10.14393/ufu.di.2022.281>
Inclui bibliografia.

1. Psicologia. I. F.F.Lopes, Renata ,1970-, (Orient.).
II. Universidade Federal de Uberlândia. Pós-graduação em
Psicologia. III. Título.

CDU: 159.9

Bibliotecários responsáveis pela estrutura de acordo com o AACR2:
Gizele Cristine Nunes do Couto - CRB6/2091
Nelson Marcos Ferreira - CRB6/3074



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
 Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Psicologia
 Av. Pará, 1720, Bloco 2C, Sala 54 - Bairro Umuarama, Uberlândia-MG, CEP 38400-902
 Telefone: +55 (34) 3225 8512 - www.pgpsi.ip.ufu.br - pgpsi@ipsi.ufu.br



ATA DE DEFESA - PÓS-GRADUAÇÃO

Programa de Pós-Graduação em:	Psicologia				
Defesa de:	Dissertação de Mestrado Acadêmico/ número 398, PGPSI				
Data:	Vinte e três de junho de dois mil e vinte e dois	Hora de início:	09:00	Hora de encerramento:	11:00
Matrícula do Discente:	12012PSI008				
Nome do Discente:	Caroline Pozzobon Francisco				
Título do Trabalho:	Terapia Familiar focada na emoção para o treinamento de cuidadores de indivíduos com transtornos alimentares: Análise de entrevista com profissionais de Saúde Mental				
Área de concentração:	Psicologia				
Linha de pesquisa:	Processos Cognitivos				
Projeto de Pesquisa de vinculação:	Terapia familiar focada na emoção para o treinamento de cuidadores de indivíduos com transtornos alimentares.				

Reuniu-se de forma remota, via web conferência, junto a Universidade Federal de Uberlândia, a Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação em Psicologia, assim composta: Professores Doutores: Leonardo Gomes Bernardino - IPUFU; Caudiane A. Guimarães - UNIUBE; Renata Ferrarez Fernandes Lopes, orientadora da candidata. Ressalta-se que todos membros da banca participaram por web conferência, sendo que o Prof. Dr. Leonardo Gomes Bernardino, a orientadora da candidata Prof^ª. Dr^ª Renata Ferrarez Fernandes Lopes e a discente Caroline Pozzobon Francisco participaram da cidade de Uberlândia - MG, a Prof^ª. Dr^ª. Caudiane A. Guimarães participou desde a cidade de Uberlândia, MG, em conformidade com a Portaria nº 36, de 19 de março de 2020.

Iniciando os trabalhos a presidente da mesa, Dr^ª Renata Ferrarez Fernandes Lopes apresentou a Comissão Examinadora e a candidata, agradeceu a presença do público, e concedeu à Discente a palavra para a exposição do seu trabalho. A duração da apresentação da Discente e o tempo de arguição e resposta foram conforme as normas do Programa.

A seguir o senhor(a) presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos(às) examinadores(as), que passaram a arguir o(a) candidato(a). Ultimada a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, a Banca, em sessão secreta, atribuiu o resultado final, considerando o(a) candidato(a):

Aprovada.

Esta defesa faz parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre.

O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas do Programa, a legislação pertinente e a regulamentação interna da UFU.

Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente ata que após lida e achada conforme foi assinada pela Banca Examinadora.



Documento assinado eletronicamente por **Renata Ferrarez Fernandes Lopes, Professor(a) do Magistério Superior**, em 23/06/2022, às 10:53, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Leonardo Gomes Bernardino, Professor(a) do Magistério Superior**, em 23/06/2022, às 10:53, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Claudiane Aparecida Guimarães, Usuário Externo**, em 23/06/2022, às 10:53, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://www.sei.ufu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **3640841** e o código CRC **7CED64CA**.

Sumário

Sumário	4
Introdução	1
Estudos sobre a prevalência dos TAs na América Latina e no Brasil	2
Método Maudsley para TAs	7
Terapia Familiar Focada na Emoção para o Treinamento de Cuidadores de Indivíduos Com Transtornos Alimentares	17
Instrumentos	22
Procedimentos	23
Conclusão	42
Referências	45
Anexo 1 – Folha de aprovação do CEP-UFU	50
Anexo 2- Entrevista.....	52
Anexo 3- Tabela com a revisão de literatura.....	1

Resumo

Os Transtornos Alimentares (TAs) são considerados complexos devido às dificuldades enfrentadas pelos profissionais e familiares no tratamento geral de pacientes com esse diagnóstico. Essas dificuldades são pontuadas no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM -5) e em diversos estudos sobre TAs. Devido à sua complexidade muitos trabalhos foram feitos ao longo do tempo para aprimorar a prática clínica na atuação desses transtornos, e um fator relevante levantado por esses trabalhos é a importância da regulação emocional e da orientação de pais de jovens com algum TA. O Método Maudsley surgiu com a intuito de unir esses fatores relevantes e desenvolver um novo protocolo de atuação ambulatorial para esses casos. Nesse sentido, esse estudo teve por objetivo identificar junto aos profissionais de saúde mental que trabalham com TAs as formas de treinamento e de aplicação do Método Maudsley. Com ênfase para a psicoeducação das metáforas animais para identificação e modificação das estratégias desadaptadas de cuidadores de adolescentes com algum TA. O estudo foi desenvolvido em uma amostra composta por sete indivíduos de ambos os sexos, com idades entre 27 e 52 anos e pertencentes a profissões na área da saúde mental, com experiência em TAs. O instrumento utilizado foi uma entrevista estruturada em formato de questionário. Os dados obtidos através dos entrevistados, como melhora na compreensão dos cuidadores acerca dos TAs e de seus estilos de enfrentamento, com relação aos ganhos da aplicação do método Maudsley são também observados pelos resultados de estudos clínicos e metanálises realizados fora do Brasil.

Palavras-chave: Transtornos Alimentares, Método Maudsley, Metáforas Animais, Psicoeducação.

Abstract

Eating Disorders (EDs) are considered complex because of the difficulties faced by professionals and families in the overall treatment of patients with this diagnosis. These difficulties are pointed out in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) and in several studies on EDs. Due to its complexity, many studies have been done over time to improve clinical practice in the management of these disorders, and a relevant factor raised by these studies is the importance of emotional regulation and guidance for parents of youngsters with ED. The Maudsley Method emerged with the intention of bringing together these relevant factors and developing a new protocol for outpatient treatment for these cases. In this sense, this study aimed to identify with mental health professionals who work with ED the forms of training and application of the Maudsley Method. With emphasis on the psychoeducation of animal metaphors for the identification and modification of maladaptive strategies of caregivers of adolescents with some ED. The study was developed in a sample composed of seven individuals of both sexes, aged between 27 and 52 years, belonging to professions in the mental health area, with experience in ATs. The instrument used was a structured interview in questionnaire format. The data obtained through the interviewees, as an improvement in the caregivers' understanding of EDs and their coping styles, regarding the gains of applying the Maudsley method are also observed by the results of clinical studies and meta-analyses conducted outside Brazil.

Translated with www.DeepL.com/Translator (free version)

Keywords: Eating Disorders, Maudsley Method, Animal Metaphors, Psychoeducation.

Introdução

Este trabalho focaliza aspectos teóricos e práticos da utilização do método Maudsley (Terapia Baseada na Família) e da Terapia Familiar Focada na Emoção para orientação de pais de pessoas portadoras de Transtornos Alimentares (TAs). Para tal, faz-se fundamental, inicialmente, apresentar os aspectos teóricos e epidemiológicos dos TAs.

O DSM-5 (APA-2014), no que tange aos TAs identifica, categoriza, explica, e diferencia seis quadros nosológicos dentro da categoria diagnóstica, sendo eles (1) Pica; (2) Transtorno de Ruminação; (3) Transtorno Alimentar Restritivo/ Evitativo; (4) Anorexia Nervosa; (5) Bulimia Nervosa e, (6) Transtorno de Compulsão Alimentar. O Manual explicita que a obesidade não faz parte dos TAs.

Com essa categorização, o DSM-5 afirma de maneira geral que os indivíduos com TAs se caracterizam por demonstrarem alterações frequentes e intensas na alimentação e/ou no comportamento alimentar, e essas alterações provocam disfunções da absorção fisiológica dos alimentos e alteram o funcionamento geral do corpo, o que compromete a saúde física atrelada a alteração do funcionamento psicossocial (APA, 2014). O DSM -5 afirma também a necessidade de observar a frequência dos episódios dos sintomas elencados em cada subtipo de TA, visto que episódios isolados não podem definir um diagnóstico, e na verdade podem estar relacionados com outros fatores (uso de psicofármacos, alterações fisiológicas primárias ou outros transtornos mentais) (APA, 2014).

Outro aspecto contido no DSM-5 destaca a importância em diversificar os estudos sobre TAs do ponto de vista de seu substrato neuro-humoral, uma vez que algumas pessoas com esse diagnóstico descrevem seus sintomas alimentares de maneira semelhante aos relatados por indivíduos com transtornos por uso de substâncias (APA, 2014).

A perspectiva transdiagnóstica dos transtornos alimentares (TAs) se baseia no fato de que se pode observar características comuns (sinais e sintomas) que são identificadas em

diferentes TAs e parecem ser mantidas por processos similares. O modelo transdiagnóstico ganhou espaço na literatura por sugerir que os mecanismos comuns a diferentes patologias alimentares influenciam na persistência dos sintomas comuns aos TAs (Fairburn, et al., 2003). Esta perspectiva alinha-se ao DSM-5 (APA,2014), cuja perspectiva considera a amplitude de fatores e sintomas comuns que envolvem os TAs. Por sua vez, o modelo transdiagnóstico possibilita uma visualização ampla sobre os TAs, pois compreende que a mesma sintomatologia se faz presente em transtornos diferentes e o tratamento psicológico precisa averiguar, além dos sintomas, os processos psicológicos e fisiológicos comuns que facilitam e mantêm os comportamentos alimentares desadaptados de maneira mais ampla e simultânea (Fairburn, et al., 2003).

Os TAs são relatados na literatura atual como multifatoriais em seu surgimento e manutenção, envolvendo um conjunto de fatores os psicológicos e os biológicos ,como a dinâmica familiar. Essa característica multifatorial aponta para um processo integrado, desde a gênese do TA até a manutenção do transtorno envolvendo a relação do indivíduo com o ambiente (Moreira et al., 2017).

Estudos sobre a prevalência dos TAs na América Latina e no Brasil

Para apresentar as características etiológicas dos TAs, de forma alinhada aos objetivos deste trabalho, serão apresentados, a seguir, dados epidemiológicos dos TAs no Brasil e na América Latina.

Kolar et al. (2016) realizaram uma revisão sistemática com metanálise sobre a prevalência de TAs na América Latina. A revisão destacou 17 pesquisas realizadas na Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, México e Venezuela - países incluídos na revisão. A maioria dos estudos relatou taxas de prevalência em estudos transversais e apenas três estudos forneceram taxas de prevalência ao longo da vida, ou em estudos com período

limitado de observação do transtorno (12 meses de evolução do TA na amostra). Os autores encontraram uma taxa de prevalência em estudos transversais com média de 0,1% para anorexia nervosa (AN), 1,16% para bulimia nervosa (BN) e 3,53% para transtorno da compulsão alimentar (TCA) presentes na população latino-americana em geral. A heterogeneidade amostral para Bulimia Nervosa e Transtorno de Compulsão Alimentar foi grande. Esta metanálise indica que a prevalência de Anorexia Nervosa parece ser menor, enquanto a prevalência de bulimia nervosa e especialmente de transtorno de compulsão alimentar parece ser maior na América Latina comparativamente a países do continente europeu.

Em outro trabalho, Prisco et al. (2013), realizaram um estudo exploratório com uma amostra de 1273 pessoas (sendo 60,2% do sexo feminino, com média de idade de 35 anos) envolvendo trabalhadores urbanos de Feira de Santana, na Bahia. A pesquisa destaca a necessidade de criação de políticas públicas que zelem pelos indivíduos com TAs, e também fornece dados importantes sobre a prevalência dos transtornos alimentares: a prevalência global de Transtorno de Compulsão Alimentar e Bulimia Nervosa, que foram respectivamente: 4,3% e 1,0%. A prevalência de Transtorno de Compulsão Alimentar foi similar entre os sexos, uma diferença observada foi que os mais jovens (até 35 anos de idade) apresentaram prevalência 2,22 vezes maior do que indivíduos acima de 35 anos ($p = 0,005$). Outra constatação de prevalência nessa amostra foi que o Transtorno de Compulsão Alimentar foi 4,22 vezes maior entre os que estavam insatisfeitos com o peso/aparência ($p < 0,001$) quando comparados com os que estavam satisfeitos. Em relação à bulimia, essa diferença foi mais elevada: 6,19 vezes maior para os que estavam insatisfeitos ($p = 0,002$). Entre os que se autodeclararam obesos, a prevalência de Transtorno de Compulsão Alimentar foi de 13,5% e a da bulimia foi de 1,9%; sendo 4,49 vezes maior entre os que se declararam obesos em comparação aos que se consideraram com peso normal ($p < 0,001$). As autoras

encontraram que os comportamentos alimentares disfuncionais prevaleciam entre mulheres mais jovens e com históricos de situações de estresse ao longo da vida, assim como também apresentavam preocupações em áreas específicas, como a área financeira.

Na pesquisa de Maciel et al. (2019), foram coletados dados de uma amostra de 72 pessoas do sexo feminino, com a utilização de questionários e testes desenvolvidos para avaliar aspectos ligados aos TAs, como o *Body Shape Questionnaire* (BSQ-34) e o *Eating Attitudes Test* (EAT-26). Nesse estudo 66,2% da amostra participante demonstrou algum grau de distorção da imagem corporal e 27,78% da amostra apresentou risco para o desenvolvimento de um transtorno alimentar detectável pelo EAT-26. Esse estudo se destaca por ter sido realizado por profissionais da área de nutrição e a amostra ser totalmente formada por mulheres que frequentavam academias no Distrito Federal.

Nascimento et al. (2020) identificaram em sua pesquisa o perfil observado nos estudos brasileiros anteriormente relatados, colocando em pauta a complexidade da apresentação dos sintomas de TAs e de suas comorbidades. A amostra dessa pesquisa foi composta por 271 universitários, de ambos os sexos (62% do sexo feminino), de uma universidade pública no interior de Pernambuco. As idades da amostra variaram dos 18 aos 45 anos, com média de 21,2 anos. Nessa amostra foi possível identificar, com a utilização do *Eating Attitudes Test* (EAT-26), que 7,4% (n=20) apresentou sintomas de TAs, entretanto com o uso do Teste de Investigação Bulímica de Edimburgo (BITE), foi possível identificar que 29,1% da amostra apresentou sintomas de bulimia nervosa. Outro dado importante obtido através do instrumento *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI) foi que 5,5% da amostra (n=15) apresentava risco alto de suicídio e 17,3% (n=47) preenchia sintomatologia para depressão maior. Um resultado a ser destacado foi a associação entre o sexo dos participantes e a presença de TAs e comorbidades: mulheres apresentaram maior probabilidade para desenvolver os sintomas de TAs e comorbidades do que homens.

Com base nessa literatura é possível inferir que mulheres jovens parecem mais suscetíveis a apresentar TAs cuja etiologia e fatores mantenedores se apresentam de forma multifatorial e complexa.

As pesquisas que apresentam uma perspectiva transdiagnóstica, e a própria descrição do DSM-5, sugerem um marcador importante para o trabalho com TAs: o nível de dificuldade de tratamento, devido a sua alta complexidade nos sintomas e nas comorbidades (Brown, et al., 2016; George et al., 2004). Com base nessa apresentação geral o objetivo desse trabalho foi investigar junto aos profissionais de saúde mental que trabalham com TAs as formas de treinamento e de aplicação das metáforas animais com cuidadores de indivíduos cm TAs.

Aspectos Emocionais e Fatores Familiares presentes nos TAs

Segundo Leahy et al. (2013) a desregulação emocional é um marcador importante na manutenção dos sintomas dos TAs, e a utilização de técnicas de regulação emocional faz parte do conjunto de estratégias do tratamento baseados no modelo transdiagnóstico (Fairburn et a., 2003; Leahy et al., 2013). As interações familiares deterioradas pelo enfrentamento desadaptado de um transtorno crônico, como são os TAs são poderosas fontes de desregulação emocional.

Ao observarem que o aspecto emocional e os fatores familiares desempenham um papel importante na sintomatologia (surgimento ou manutenção) dos TAs, Treasure et al. (2017) uniram esses dois fatores na descrição do Método Maudsley no livro “*Skills-based caring for a loved one with an eating disorder*”. Este método tem por objetivo auxiliar os cuidadores gerenciar o conjunto de problemas que a presença dos TAs representa no cotidiano familiar como: modificar hábitos desadaptados, lutar contra medos e mitos sobre a doença e aprender uma forma adequada de comunicação com a pessoa com TA. As autoras

apontam a importância do reconhecimento, da identificação e consideração das emoções, tanto dos indivíduos com o TA quanto dos seus cuidadores. Destacam que a experiência compartilhada, ou seja, pais de pacientes com TAs que compartilham suas experiências com outros pais que estão em circunstâncias similares, aumentam a chance de identificação e compreensão de suas próprias emoções frente os desafios impostos pelos TAs de seus filhos, além de auxiliarem na compreensão e desenvolvimento de estratégias novas no cuidado parental. Nota-se que o método enfatiza a importância de trabalhos de intervenção em grupo.

Outros autores também consideram crucial o envolvimento dos cuidadores no tratamento de indivíduos com TAs por compreenderem que as emoções desses cuidadores influenciam diretamente na forma como eles lidam com o transtorno alimentar dos filhos, e com os filhos em si (Kyriacou et al., 2008; Lafrance et al., 2013; Le Grange et al., 2010; Robinson et al., 2016). Todos estes autores destacam o Método Maudsley como o precursor da chamada Terapia de Base Familiar para TAs, por ser um método pioneiro em colocar os cuidadores como parte integral no tratamento multiprofissional dos filhos (Robinson et al., 2016).

O destaque aos aspectos emocionais, tanto no método Maudsley quanto na Terapia Familiar Focada na Emoção, se deve ao fato de que as emoções têm um papel crucial no desenvolvimento geral dos indivíduos e suas relações, pois são responsáveis por lembrá-los, por exemplo, das necessidades e direitos (afetivos) de cada um, e a partir dessa lembrança as pessoas podem observar quais mudanças são necessárias ou qual a melhor atitude a ser tomada em suas interações familiares. Toda emoção tem uma função e deve ser identificada, avaliada e regulada, quando necessário (Leahy et al., 2013).

Um fato importante a ser considerado seria a funcionalidade do Método Maudsley diante de outras teorias baseadas em evidências dentro da Psicologia, para o tratamento dos TAs quando se trata de integrar a família ao tratamento. As autoras Treasure et al., (2017)

alegam que a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) é bastante funcional no tratamento dos pacientes com TAs e apresenta como parte importante do tratamento a psicoeducação dos pais, em formato de orientação e acolhimento (Moreira et al.,2017), mas na formulação do método Maudsley há itens mais específicos voltados para a psicoeducação de cuidadores, não de forma a divergir da TCC, mas sim de maneira a completar, integrar e avançar nas formas de intervenções com a família .

Como dito anteriormente, o tratamento pioneiro na inserção integral dos cuidadores no tratamento dos TAs, o Método Maudsley, foi unificado, em alguns trabalhos, com a Terapia Focada na Emoção, formando a atual nomenclatura Terapia Familiar Focada na Emoção (TFFE) para TAs. Essa forma de manejo e teoria estão alinhadas ao modelo transdiagnóstico e promove a psicoeducação e a regulação das emoções (Robinson et al.,2016). Esses dois modelos serão apresentados, em linhas gerais, a seguir.

Método Maudsley para TAs

O pioneirismo do Método Maudsley, desenvolvido no hospital homônimo em Londres, nos anos de 1980 trata-se de um protocolo terapêutico fundamentado na Terapia de Base Familiar e desde sua gênese, teve suas etapas de intervenções descritas detalhadamente e aplicado de forma protocolar facilitando sua propagação dentro e fora dos ambientes de cuidado, como hospitais e ambulatórios (Lock , 2018)

Robinson et al.,(2015) apresentam o método Maudsley como um modelo de tratamento ambulatorial muito importante a ser considerado nos casos de transtornos alimentares por permitir que cuidadores adquiram a consciência do poder central que eles possuem na recuperação dos filhos.

No livro *Skills-based caring for a loved one with an Eating Disorder* as autoras Treasure et al., (2017) descrevem um guia de como o método Maudsley pode ser praticado pelos cuidadores de pessoas com TAs, e justificam a escrita do trabalho pelos impactos que o TA gera para todos os que convivem com o indivíduo portador do transtorno. As autoras procuram oferecer aos cuidadores consciência dos impactos do TAs na vida familiar, auxiliam-nos no planejamento de interações satisfatórias com os filhos portadores de TAs, bem como, discutem como as ações dos pais podem ter efeitos positivos ou negativos sobre os TAs. Todo o tratamento envolvendo os cuidadores exige diversos e repetidos passos que são relatados no livro e que se resumiremos a seguir.

Inicialmente, as autoras afirmam que, em casos graves onde o Índice de Massa Corporal (IMC) está abaixo de 17,0 (APA,2014), ou outros fatores de risco são observados como: frequência cardíaca, pressão sanguínea e temperatura baixa; altas porcentagens de perda de peso; deficiência de nutrientes e significativa perda de tônus muscular, a primeira e única prioridade é auxiliar o paciente no ganho de peso e na recuperação física como um todo. Esse é um momento em que equipe de saúde e cuidadores trabalham em conjunto, pois é comum que os pacientes com TAs apresentem comportamentos a fim de evitar ou burlar essa retomada de peso (Treasure et al., 2017):

O percurso do tratamento da pessoa com TA é complexo e geralmente está associado à problemas de adesão por parte do paciente, ou seja, desde esse início, em casos graves, já se percebe a necessidade do desenvolvimento de um tratamento que envolva os cuidadores e a equipe de maneira integrada, não apenas para ajudá-los, mas também acolher as dúvidas e a desregulação emocional dos cuidadores em um momento tão vulnerável.

Treasure et al.(2017) reforçam que mesmo depois da regularização do peso o tratamento do TA deve prosseguir capacitando os cuidadores que devem adquirir consciência dos fatores causais e mantenedores dos TAs, aprenderem a planejar suas interações com os

filhos e tentar, repetidas vezes, implementar ações planejadas. Assim, o livro apresenta, em diversos momentos, uma base na construção do método que é representado pela sigla APT, do inglês *A*wereness (consciência, estar consciente); *P*lanning (planejamento) e *T*rying (tentativas):

- A** Awereness (consciência, estar consciente)
- P** Planning (planejamento)
- T** Trying (tentativas)

Em linhas gerais a sigla APT compila todas as ações principais do método que tem por objetivo instrumentalizar os pais no cuidado dos TAs: **A**- estar consciente do que é o Transtorno Alimentar, quais são os mitos e as verdades acerca dos TAs e compreender que o paciente não se define pelo transtorno. **P**- Planejar ações parentais voltadas para auxiliar a pessoa com TA durante o tratamento pautadas no contexto ou situação; e **T**- não encarar como insucesso os planejamentos que não funcionarem, ou seja, é preciso incentivar que os cuidadores mantenham as tentativas de ajudar seu filho com TA, adaptando-as sempre que necessário (Treasure et al., 2017):

Com a base fundamentada, o método apresenta seus primeiros passos direcionados aos cuidadores (Treasure et al., 2017): 1-Pacientes com TAs não modificam seus comportamentos alimentares desordenados com facilidade, então encorajá-los não será um trabalho fácil ou rápido. Os pacientes possuem a sensação de falso controle, os sintomas do transtorno reforçam neles a ideia distorcida de que ao se privar de comer (períodos enormes de jejuns) significa que eles são capazes de controlar algo em suas vidas, como é o caso do comportamento de privação alimentar típico da anorexia nervosa. Os indivíduos com esse diagnóstico podem compreender que suas emoções são tão desconfortáveis, que essa “sensação de controle alimentar” os conforta. 2- O assunto TA precisa aparecer nos diálogos entre pacientes e cuidadores, e isso deve ser feito de maneira assertiva e baseado em resolução de problemas. 3- Abordar os TAs com certa regularidade exige dos cuidadores um

autocuidado, pois para lidar com uma situação delicada com essa, eles também precisam compreender e regular as próprias emoções e comportamentos.

Para que os cuidadores identifiquem essas emoções com o objetivo de compreender, regular e agir de maneiras alternativas é necessário que eles conheçam de forma ampla seus estilos de enfrentamento. Para isso o método Maudsley desenvolveu algumas metáforas animais que ilustram estratégias disfuncionais de interação entre cuidadores e filhos portadores de TAs conforme pode ser observado na Tabela 1. Estratégias funcionais de enfrentamento dos cuidadores de pacientes com TAs podem ser observadas na Tabela 2. As respostas emocionais e comportamentais ilustradas nas tabelas por meio de analogias animais são utilizadas como ferramenta para o processo de psicoeducação e de regulação emocional dos cuidadores, durante o treinamento e a orientação de pais com filhos com TAs.

TABELA 1

Metáforas Animais: Estilos de Enfrentamentos Desadaptados Método Maudsley

Animais	Pensamentos comuns	Possíveis emoções	Possíveis comportamentos
Avestruz	“É uma fase”; “Quanto mais eu der atenção, pior pode ficar”; “Eu já carrego muito peso no dia a dia”	Medo, ansiedade	Evitar falar sobre o transtorno.
Água-viva	“Sou um fracasso como pai/mãe”; “A culpa deve ser minha, só não entendo onde e quando errei”; “Eu deveria ter feito algo para prevenir”.	Vergonha, culpa	Falar sobre essa culpa na frente dos filhos.
Canguru	“Preciso proteger”; “Ela(e) não vai conseguir”; “Preciso fazer por ele/ela para que isso melhore”	Ansiedade	Tomar a frente nas ações dos filhos.
Rinoceronte	“Preciso dar um choque de realidade”; “Se não comer, vai morrer, é muito simples.”; “Estou exausta(o);	Raiva	Falar de maneira agressiva nos momentos de refeição.
Terrier	“Se eu insistir, uma hora ela/ele vai ceder”; “Se eu colocar ele/ela a prova, vai funcionar”	Frustração	Falar insistentemente sobre um sintoma.

Nota. Baseado em Treasure et al. (2017) para exemplificar os pensamentos, comportamentos e emoções em concordância com as metáforas animais que podem ser identificados pelos cuidadores como estratégias desadaptadas.

TABELA 2

Metáforas Animais: Estilos de Enfrentamentos Adaptados Método Maudsely

Animais	Pensamentos comuns	Possíveis emoções	Possíveis Comportamentos
Golfinho	“Vou guiar o suficiente para estar presente, e permitir que também ande só”; “Me afasto aos poucos quando vejo progressos”	Interesse, Confiança	Fornecer espaço e tempo para que o filho possa desempenhar repertório.
São Bernardo	“Deve ser muito dolorido! Eu estarei ali com ele/ela mesmo nesse caos”;	Compaixão, Segurança	Validar constantemente as emoções desconfortáveis,

Nota. Baseado em Treasure et al. (2017), para exemplificar os pensamentos, comportamentos e emoções em concordância com as metáforas animais que podem ser identificados pelos cuidadores como guia para auxiliar s filhos.

Essas metáforas animais permitem uma associação mais despersonalizada, em um primeiro momento, dos estilos de enfrentamento dos cuidadores, favorecendo a detecção da fadiga e do estresse que o TA dos filhos pode levá-los a ter. Como nos casos de TAs a relação com a comida é conflituosa, os cuidadores percebem esses conflitos e seus estilos de enfrentamento desadaptados, ilustrados pelas metáforas animais, com maior clareza em momentos como a hora da refeição, que em geral são difíceis para os pacientes e seus pais (Treasure et al., 2017).

Outro fator de facilitação da psicoeducação dos estilos de enfrentamentos disfuncionais dos pais nos contextos de conflitos por meio das metáforas animais é na etapa de tornar toda a situação/contexto consciente (o A da sigla APT), pois para isso é preciso compreender que as metáforas agrupam pensamentos e comportamentos disfuncionais que os cuidadores apresentam, e as desregulações emocionais que o ciclo disfuncional mantém. Para que os filhos engajem no tratamento é importante que os cuidadores percebam que a mudança de seus estilos de enfrentamento desadaptados leva a quebra de ciclos disfuncionais

de interação pais-filho (a). Ao se conscientizarem de seus padrões disfuncionais os pais parecem mais inclinados à mudanças e a persistirem em suas tentativas mesmo diante das dificuldades que os TAs trazem para o ambiente familiar (Treasure et al., 2017).

Através das metáforas animais disfuncionais os cuidadores são capazes de perceber que seus estilos de enfrentamento desadaptados os afastam do que o método chama de três Cs: “calma, consistência/coerência e compaixão”, que são aspectos presentes nas metáforas animais funcionais (golfinho e são bernardo) (Treasure et al.,2017). Esses aspectos inerentes a estilos de enfrentamento mais adaptados (três Cs) não são voluntariamente deixados de lado, na verdade a escassez ou o excesso do contato dos cuidadores com suas próprias emoções pode gerar esse afastamento. As autoras destacam que os três Cs (calma, consistência/coerência e compaixão) também precisam se desenvolver nos filhos que apresentam TAs e essa é uma das principais tarefas dos cuidadores.

Para que essas ressignificações e modificações sejam possíveis, o método descreve diversas técnicas para que cuidadores usem no dia a dia, centralizadas na forma como eles devem se comunicar com os filhos. Visto que os cuidadores se tornam conscientes (A da sigla APT) das dificuldades diárias que os filhos enfrentam, pais e filhos (as) precisam estar motivados para tais mudanças, e isso pode ocorrer de forma majoritária pela maneira como a comunicação acontece.

Ao unir as técnicas para uma comunicação intrafamiliar mais eficaz com a psicoeducação das metáforas animais, o método esclarece que as formas de enfrentamento fazem muita diferença nas relações com os filhos, por exemplo: (1) Cuidadores que se identificam com a metáfora do rinoceronte provavelmente apresentarão comportamentos de confronto direto com os filhos, com falas mais ríspidas e pouco estimuladoras; a comunicação tem características mais violentas. Esse estilo afasta os filhos (as) do comportamento que os pais desejam, tornando a situação frustrante para todos os envolvidos;

(2) Aqueles que se identificam com a avestruz costumam evitar a situação conflituosa, especialmente as que envolvem o comportamento alimentar e criam estratégias para não entrar no assunto sobre o TA, ou sobre os sintomas, o que ocasiona a ausência da comunicação e impossibilita a resolução de problemas; (3) Os que se identificam com a água viva percebem que verbalizam e experimentam culpa pela presença do TA dos filhos. Esses pais acreditam que falharam completamente e que se erraram tanto, não há como criar estratégias capazes de ajudar. Comunicações baseadas em culpa durante momentos de conflito, como a hora do almoço ou do jantar podem ser recebidas de maneira distorcida pelo paciente que pode se perceber como um enorme fardo para seus pais; (4) Há também os cuidadores que se percebem como cangurus impedindo comportamentos autônomos em seus filhos (as) com TAs . Pais “cangurus” podem falar por seus filhos, resolverem todos os problemas por eles, antes que eles tenham a oportunidade de criar repertório e agirem sozinhos; (5) já os pais que se identificam como cão Terrie são aqueles que mantém um padrão repetitivo na comunicação. Eles acreditam que se repetirem longos discursos questionando a alimentação, o peso, a melhora do paciente, poderiam modificar os comportamentos alimentares desadaptados. Esses pais dificilmente criam o ambiente agradável ou acolhedor para o assunto em pauta, qualquer momento é o momento para eles falarem ou questionarem. O objetivo do método é substituir essas formas de enfrentamento problemáticas por uma forma de comunicação que não seja repetitiva ou agressiva, mas consistente/ coerente e assertiva (Treasure et al., 2017).

Com o objetivo de alcançar formas assertivas de comunicação intrafamiliar e solucionar problemas de maneira saudável, depois que cuidadores reconhecem seus estilos de enfrentamento e compreendem os mitos e verdades dos TAs (A- awereness/consciência) eles encontrarão formas de manejo (P- planning/planejamento) para manter uma comunicação saudável sobre o TA, e sobre outras áreas da vida familiar, afinal o paciente não é apenas o

seu transtorno e os cuidadores podem deixar claro aos filhos que possuem ciência disso (Treasure et al., 2017).

Treasure et al.(2017) destacam a necessidade de estabelecer formas de manejo (P da sigla APT) mais eficazes para o momento das refeições, pois esse é um momento delicado para todos, então por exemplo, a conversa à mesa pode fluir para outros âmbitos da vida, histórias engraçadas no trabalho, situações na escola dos filhos, lembranças de dias interessantes, músicas, filmes e outros, e com isso a comunicação sai do enfrentamento direto e repetitivo e ainda revela que o TA não é a única vivência que eles experimentam.

Outro ponto fundamental a ser inserido na comunicação, por parte dos cuidadores, é a validação das conquistas diárias dos pacientes com TA. Cada pequena conquista desses pacientes é relevante, afinal trata-se de um transtorno complexo e multifatorial, logo, se o reconhecimento e o elogio das conquistas ocorrem (reforços sociais), os pacientes ganham a chance de também visualizar essas conquistas e os cuidadores não serão as figuras que evitam ou confrontam, mas as que reconhecem as vitórias, mesmo que o objetivo final ainda não esteja perto de ser concluído (Treasure et al., 2017). A validação das conquistas dos filhos pelos cuidadores facilita o desenvolvimento de autoconfiança dos pacientes com TAs, e eles também começam a compreender que são capazes de criar repertório, de agir sobre a própria vida e de obter conquistas.

Ao longo de toda a descrição do método percebe-se a preocupação em deixar claro que mesmo com a compreensão dos cuidadores dos estilos de enfrentamento, dos TAs e todo o conhecimento que pais e filhos possam adquirirem sobre como eles tem reagido frente ao TA (A-awareness/consciência), e com o entendimento de quais ações são necessárias para manter formas assertivas de comunicação, da criação de momentos adequados para conversas mais difíceis e de colocar em prática essas modificações (P-planning/planejamento), é ainda primordial motivar-se para tentar múltiplas vezes as

mudanças planejadas, com adaptações quando necessário, ou seja, a terceira letra da sigla APT - as tentativas de caráter persistente. Essa persistência não é a mesma da metáfora do cão Terrier, pelo contrário, é a persistência interessada e confiante inerente à metáfora do golfinho realizada com a compaixão e a coragem de entrar em contato e lidar com os sentimentos despertados pelos TAs associadas à metáfora do cão bernardo (Treasure et al., 2017).

O Método Maudsley esclarece aos cuidadores que o caminho não será fácil e pontua que eles podem e devem compreender as próprias emoções e reconhecer seus limites, e demonstram que a persistência assertiva, compassiva, calma e consistente/coerente com os filhos(as) portadores de TAs deve ser gerida como tentativas adaptáveis a cada contexto. Haverá ocasiões em que a comunicação, mesmo assertiva e compassiva, pode não funcionar, e isso não significa erro ou um fracasso, significa que os cuidadores precisarão tentar múltiplas vezes.

Estudos iniciais baseados no método Maudsley mostraram que entre 50 e 75% dos adolescentes com anorexia têm o peso restaurado ao final do tratamento. Um estudo de acompanhamento de longo prazo também mostrou que 60–90% dos adolescentes se recuperaram totalmente quatro a cinco anos depois (Le Grange & Eisler, 2009). Pessoas bulímicas, tratados pelo método Maudsley obtiveram taxas mais altas de abstinência de compulsão alimentar e purgação no final do tratamento e no acompanhamento de 6 meses quando comparados com adolescentes tratados com psicoterapia de apoio (Le Grange et al., 2007). Essa abordagem foi adaptada ao programa de hospital-dia da Maudsley e observou-se resultados favoráveis (Girz et al., 2013). Embora muitas pessoas com TAs e suas famílias se recuperem com o método Maudsley, uma minoria significativa não responde adequadamente a essa modalidade de tratamento (Eisler et al., 1997; Lock et al., 2010; Treasure & Russell, 2011). Nesses casos, a revisão dos resultados dos estudos mostrou a necessidade de um

modelo de tratamento ancorado na família que visasse as habilidades de processamento e regulação de emoções tanto quanto a realimentação e a interrupção dos sintomas, especialmente nas fases iniciais do tratamento. A seguir apresentaremos o modelo mais recente baseado método no Maudsley para tratamento dos TAs para pacientes refratários em seu contexto familiar: a Terapia Familiar Focada na Emoção.

Terapia Familiar Focada na Emoção para o Treinamento de Cuidadores de Indivíduos Com Transtornos Alimentares

A terapia focada na emoção é reconhecida como um tratamento baseado em evidências para depressão e trauma (TFE- American Psychological Association [APA], Divisões 12 e 56). Um princípio fundamental da TFE é que a emoção é elemento do psiquismo indispensável para a compreensão da construção do self e é um determinante chave de sua auto-organização (Greenberg, 2011). No desenvolvimento saudável, as respostas dos cuidadores às reações emocionais da criança em desenvolvimento validam a emoção e fornecem orientação sobre como as crianças terão suas necessidades afetivas atendidas, além de auxiliar na regulação de uma variedade de emoções que a criança experimentará (Robinson et al., 2015).

Um processamento adaptado das emoções promove eficácia e resiliência ao lidar com desafios emocionais futuros. Por exemplo, uma regra da família de que não se deve demonstrar raiva pode resultar em uma resposta inadequada, por exemplo, comer compulsivamente, meio pelo qual a raiva saudável (indignação) é suprimida. Deixar de lado as lágrimas ou deixar de buscar afeto pode resultar em vergonha inadequada e na supressão da expressão saudável de tristeza ou desejo de conexão. Ao longo da infância e da adolescência, essa supressão da emoção ligada à eventos como divórcio dos pais, perda de

um ente querido ou traumas, pode contribuir para o desenvolvimento da psicopatologia, como os TAs (Robinson et al., 2015).

O manejo inadequado das emoções na infância e adolescência, devido à natureza desadaptada da relação e do vínculo entre pais e filhos, parece resultar em crenças disfuncionais relacionadas à baixa eficácia, abandono e à vulnerabilidade ao dano podendo contribuir para o desenvolvimento e manutenção dos TAs (Tetley et al., 2014). Esses autores encontraram, através de sua revisão sistemática da literatura, um indicativo de que a superproteção paterna pode gerar crenças de que alguém é vulnerável ao dano. Por sua vez, rejeição dos pais parece favorecer o surgimento de uma percepção defeituosa de si, além de esquemas de abandono e rejeição. A relação entre pais e filhos, ou a maneira como os cuidadores lidam com seus filhos com TAs pode ser mais bem compreendida por eles quando usamos metáforas animais do método Maudsley.

Terapia Familiar Focada na Emoção (TFFE), uma evolução da terapia baseada na família (método Maudsley) é atualmente considerada uma das melhores prática baseada em evidências para o tratamento de TAs presentes em crianças e adolescentes. Parte do princípio de que não há família "anorexígena" ou uma "família com transtornos alimentares" e considera que os pais têm o poder de desempenhar um papel fundamental na recuperação de seus filhos (Lock & Le Grange, 2005). Os terapeutas atuam como consultores para ajudar a família a descobrir seus pontos fortes, enquanto grupo familiar e a minimizar seus pontos frágeis, a fim de combater os TAs presentes nos filhos, especialmente a anorexia nervosa (Robinson et al., 2015).

Robinson et al. (2015), ao retomar o método Maudsley, que teve sua origem na década de 1980, e ampliá-lo integrando a outras inovações, apresentaram o modelo da TFFE, que consiste em três fases que se estendem por um período de seis a doze meses. A primeira fase do modelo de tratamento é voltada para apoiar os pais na promoção do ganho de peso do

(a) filho (a), além de interromper os sintomas e normalizar os padrões alimentares e as escolhas alimentares envolvendo um trabalho multidisciplinar com psicólogos, psiquiatras e nutricionistas que promovem a psicoeducação sobre o TAs nas vertentes psicológicas e nutricionais. Assim que o peso da criança/ adolescente se aproxima da restauração, a segunda fase do tratamento é iniciada e o terapeuta ajuda a família a devolver o controle sobre a alimentação no adolescente. Por exemplo, a pessoa com TA pode ser encorajado a fazer escolhas alimentares apropriadas de forma mais independente, e os pais podem começar a reduzir a supervisão de uma refeição ou lanche de cada vez. Esse processo continua até que a pessoa com TA atinja um nível de autonomia adequado à idade em relação às escolhas alimentares e à alimentação. É também nessa fase que o psicoterapeuta e a família começam a explorar as outras questões psicológicas da pessoa com TA e da família. Na terceira e última fase do tratamento, o foco do tratamento muda para o desenvolvimento da identidade da pessoa com TA, incluindo a necessidade da família se ajustar à independência emergente do adolescente ou da criança. Assim os objetivos primários da Terapia Familiar Focada em Emoção incluem (1) ajudar os pais a apoiar a realimentação de seus filhos e a interrupção dos sintomas; e 2) apoiar os pais a se tornarem "treinadores emocionais" de seus filhos

Lafrance et al. (2016) desenvolveram um estudo piloto sobre a aplicação da terceira fase da TFFE. As pesquisadoras notaram que após apenas 1 dia de realização do grupo de pais com filhos diagnosticados com TA, cuidadores relataram engajamento em vários novos comportamentos adaptados para lidar com o filho(a) com transtorno alimentar. Os cuidadores expressaram intenções claras e específicas para melhorarem seu envolvimento nas tarefas de comunicação após o segundo dia do estudo piloto, além de demonstrarem altos índices de satisfação com o trabalho psicoeducativo conduzido pelas autoras. Pode-se observar que esse estudo revelou um fator importante acerca do treinamento de cuidadores indicando que a psicoeducação pode levar a melhorias na autoeficácia dos pais em relação a seu papel na

recuperação de seu filho (a) com transtorno alimentar, pois a autoeficácia é considerada um mecanismo chave de mudança para o tratamento do TA (Lafrance et al., 2013; Lafrance et al., 2016).

Os indivíduos com TA que passam pela TFFE parecem experimentar uma esperança renovada na possibilidade de se recuperarem de seu TA, à medida que são capazes de identificar, aceitar, permitir e alterar reações emocionais desadaptativas, alterando assim os padrões de comportamento disfuncional e tornando o TA desnecessário como um meio desadaptado de enfrentamento (Robinson et al., 2015).

Os cuidadores que passam pela TFFE também parecem vislumbrar essa renovação da esperança, pois ao compreenderem melhor a multiplicidade de aspectos envolvidos no TA de seus filhos(as) pode regular suas próprias emoções e diminuir a frequência de comportamentos desadaptados que realizam que levam a manutenção dos sintomas do TA em seus filhos (Lafrance et al., 2016)

Pesquisas tem mostrado que os pais com orientação de terapeutas podem apoiar seus filhos no processamento das emoções, aumentando sua própria autoeficácia emocional, bem como a de seu filho (a), aprofundando os relacionamentos pais-filhos(as) e, assim, tornando os sintomas dos TAs menos ativos à medida que se aprende a lidar com experiências emocionais dolorosas utilizando modos de enfrentamento mais adaptados (Robinson et al., 2015). Treasure et al. (2009), já afirmavam que estar sob "orientação de apoio" do terapeuta é essencialmente um ensino de habilidades específicas para os pais que, embora queiram ajudar seus filhos, podem não ter habilidades fundamentais para auxiliar na recuperação dos TAs.

Destaca-se que tanto no método Maudsley original quanto na TFFE, há a presença central das metáforas animais como eixo da identificação dos estilos de enfrentamento dos cuidadores e como mecanismo de psicoeducação geral. Esse aspecto comum proporcionou

que este trabalho de pesquisa objetivasse avaliar a visão de profissionais envolvidos com saúde mental e TAs têm sobre a psicoeducação por meio das metáforas animais.

Existe, na literatura nacional, uma lacuna sobre o desenvolvimento e a aplicação do Método Maudsley e da TFFE, especificamente para cuidadores de indivíduos com TAs. Como descrito ao longo da introdução existem muitos protocolos aplicados no Brasil para os pacientes portadores de TAs, mas há uma enorme lacuna teórica e prática da aplicação do método Maudsley no país, como será apresentado a frente na dificuldade dos participantes em encontrar materiais científicos em português acerca do método. Essa pesquisa quer contribuir com informações sobre o uso do Método Maudsley, com ênfase especial, para a psicoeducação com as metáforas animais do método.

Objetivo

Este estudo teve como objetivo investigar junto aos profissionais de saúde mental que trabalham com TAs as formas de aprendizagem/ treinamento e de aplicação do Método Maudsley, e da Terapia Familiar Focada na Emoção (TFFE) com ênfase para a psicoeducação das metáforas animais para identificação e modificação de estratégias comportamentais e emocionais desadaptadas de cuidadores de adolescentes e adultos jovens com o diagnóstico de algum dos TAs.

Método

Amostra

Participaram dessa pesquisa sete profissionais (quatro psicólogos, dois psiquiatras e um nutricionista) com idade entre 27 e 52 anos que aplicaram o Método Maudsley. Dados detalhados da amostra e seu treinamento no método Maudsley são apresentados e discutidos mais a frente nesse trabalho.

TABELA 3*Caracterização dos Participantes*

Caracterização da Amostra de Profissionais da Saúde	
P1	Feminino, Psiquiatra, 36 anos.
P2	Masculino, Nutricionista, 33 anos.
P3	Feminino, Psiquiatra, 30 anos.
P4	Feminino, Psicóloga, 52 anos.
P5	Masculino, Psicólogo, 38 anos.
P6	Feminino, Psicóloga, 51 anos.
P7	Masculino, Psicólogo, 27 anos.

Nota. A tabela resume os dados de profissão, idade e gênero obtidos através da entrevista dos sete participantes da pesquisa.

Instrumentos

Uma entrevista estruturada foi desenvolvida através de uma revisão de literatura (anexo 2) e enviada no formato de questionário do Google Forms com um total de 30 questões, 13 alternativas fechadas e 17 abertas. As sete primeiras questões da entrevista foram para identificar idade, gênero, formação e se o participante preenchia o critério de atuar como profissional da área da saúde mental. Nessas primeiras alternativas também foi solicitado qual área específica de atuação (médico, psicólogo, enfermeiro ou nutricionista) e qual abordagem de atendimento, no caso dos psiquiatras e psicólogos Terapia Cognitivo Comportamental, Psicanálise e outras.

A entrevista foi dividida em duas partes: a primeira parte com 25 questões (13 questões em que os participantes marcaram alguma alternativa e 12 questões com espaços para o preenchimento com as palavras dos profissionais que responderam). Essa primeira parte foi desenvolvida para visualizar as características da amostra e para verificar a familiaridade dos participantes com o método Maudsley, como por exemplo por quais meios conheceram o método, se possuíam formação específica sobre ele; se o aplicaram com pais

de pessoas com TAs, quais ferramentas de psicoeducação utilizaram; quais metáforas foram mais identificadas por eles; quais metáforas mais eram observadas em cada TA e se observaram mais de uma metáfora combinada nos mesmos cuidadores.

A segunda parte, com cinco questões abertas para os participantes descreverem com mais detalhes suas respostas, foi chamada de aprofundamento e teve o objetivo de verificar como foi a atuação e a percepção dos profissionais sobre os benefícios e as limitações com o Método Maudsley. A entrevista na íntegra é apresentada no Anexo 2.

Procedimentos

Este trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia (UFU) através da plataforma Brasil, foi aprovado e recebeu o número de CAAE: 45210121.6.0000.5152. Após a aprovação pelo comitê, as seguintes ações foram feitas: envio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) online e das entrevistas estruturadas no formato de questionário do Google Forms.

Os e-mails dos profissionais para o envio do TCLE e da entrevista no formato do Forms foram obtidos através da plataforma virtual da Federação Brasileira de Terapeutas Cognitivos (FBTC), e através das redes sociais de uma das pesquisadoras em formato de convite para participar da pesquisa. Os participantes que manifestaram interesse em participar da pesquisa através das redes sociais forneceram seus e-mails. Ao todo as entrevistas foram enviadas para 24 profissionais, 7 aceitaram o TCLE e responderam a entrevista.

Procedimento de análise de dados

As respostas das questões fechadas foram analisadas com base em estatística descritiva, por meio de tabelas, de gráficos e de medidas descritivas. As questões abertas

foram submetidas a uma análise dos discursos usando para isso uma abordagem psicológica discursiva baseada na revisão de literatura realizada que se encontra no Anexo 03.

Resultados e Discussão

Na Tabela 4 são apresentados outros dados gerais da amostra, sua formação acadêmica e sua formação no método Maudsley. Na Tabela 5 observa-se o acesso dos participantes ao material do método Maudsley e a atuação da amostra de profissionais com o método.

A amostra desse estudo tem formação profissional (graduação) semelhante à dos pesquisadores que aplicaram o método Maudsley no exterior. As pesquisas encontradas na literatura foram conduzidas por profissionais da área da saúde mental. Nos trabalhos de Agrad et al. (2014) e Le Grange et al. (2016) os grupos de adolescentes e cuidadores foram conduzidos por profissionais especializados em TAs. O primeiro estudo contou com terapeutas, os autores não esclarecem se os terapeutas eram formados em psicologia ou outra formação específica, e o segundo com psicólogos e assistentes sociais. Nas pesquisas de Robinson et al. (2012), Johnston et al. (2015) e Moskovich et al. (2016) os grupos de psicoeducação utilizando o método foram conduzidos apenas por psicoterapeutas. Girz et al. (2012) utilizaram o método por meio de equipe multiprofissional (médico, nutricionista, psicólogo e educador físico), apesar de nem todos os profissionais participarem diretamente da aplicação do método.

Cabe destacar, entretanto, que na literatura internacional a condução dos grupos de cuidadores também foi realizada por profissionais da enfermagem, como é o caso do trabalho de Toubøl et al. (2019). Este não é o único artigo em que profissionais da enfermagem são capacitados e conduzem os grupos de cuidadores, uma vez que a maioria dessas pesquisas foi desenvolvida em ambiente hospitalar e ambulatorial. Destaca-se que Treasure et al. (2017) afirmam a importância do tratamento multiprofissional e da presença efetiva da família no

tratamento dos TAs. Cabe destacar que nenhum dos participantes entrevistados nessa pesquisa trabalharam o método Maudsley em equipes multiprofissionais.

TABELA 4

Dados Gerais da Amostra: Formação, Formação no Método Maudsley

Porcentagem da amostra	Informações de formação no Método Maudsley
28,6%	Realizaram formação para o método Maudsley
71,4%	Não realizaram formação para o método Maudsley

Nota. A tabela resume os dados sobre a formação dos participantes da pesquisa acerca do Método Maudsley .

Os dados dos entrevistados demonstram que a maior parcela dessa amostra não realizou formação específica para utilizar o método Maudsley, uma realidade diferente da descrita na literatura internacional. Apesar de alguns trabalhos não descreverem de forma explícita, no corpo do artigo, sobre a importância dessa formação técnica/prática os profissionais que interviam eram especialistas no método tanto na terapia de base familiar (método Maudsley) quanto em Transtornos Alimentares (Agras et al., 2014; Le Grange et al., 2016, Girz et al., 2012; Johnston et al., 2015; Moskovich et al., 2016, Toubøl et al., 2019).

TABELA 5

Acesso ao Material do Método Maudsley e Atuação com o método

Disponibilidade do Material do Método Maudsley e alguns formatos de aplicação do método.	Dificuldade de encontrar materiais em português: 85,7%	
	Facilidade de encontrar materiais em português: 14,3%	
	Usou o método na modalidade online/ presencial	online: 57,1%
		presencial: 42,9%
	Aplicou o método em grupos de cuidadores = 28,6%	
	Usou em atendimentos com mais de um cuidador do mesmo paciente: 28,6%	
Aplicou em apenas um dos cuidadores do paciente: 42,8%		

Nota. a tabela resume os dados sobre a utilização dos participantes da pesquisa acerca do Método Maudsley .

Os termos “método Maudsley” e “transtornos alimentares” com o conectivo “E” quando colocados no google acadêmico, sem período de tempo ou qualquer outro especificador, geram 278 resultados, entretanto nenhum desses artigos trata da utilização do método em português. Trata-se de artigos que se remetem ao método em suas introduções teóricas, sempre destacando os estudos de eficiência e eficácia internacionais. Esses mesmos termos em inglês “Maudsley method” AND “eating disorders”, também sem qualquer especificador, geram 14.700 resultados no google acadêmico. É fato que essa informação foi retirada de uma única base de dados, mas a diferença de quantidade de trabalhos é significativa e demonstra a dificuldade de acesso de trabalhos na língua portuguesa. Essa dificuldade de acesso pode ser percebida nos participantes dessa pesquisa visto que 85,7% responderam encontrar dificuldades ao buscarem informações sobre o método em português.

Essa dificuldade de acesso à bons materiais na língua portuguesa sobre tratamento de TAs pode não ser uma exclusividade do método Maudsley e nem da língua, mas dos tratamentos dos Transtornos Alimentares de uma forma mais ampla. Na quinta edição do Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos: Tratamento Passo a Passo, o capítulo dedicado aos TAs destaca uma dificuldade maior, que é a ausência de um tratamento padrão ouro,

principalmente para crianças e adolescentes, devido à escassez de pesquisas com alto rigor metodológico que tornem isso possível (Fairburn & Cooper, 2016). Sem pesquisas de alto rigor poucos são os artigos e materiais sobre métodos de intervenção e protocolos para TAs bem descritos. O mesmo capítulo apresenta o método Maudsley como uma alternativa a ser pesquisada a fundo.

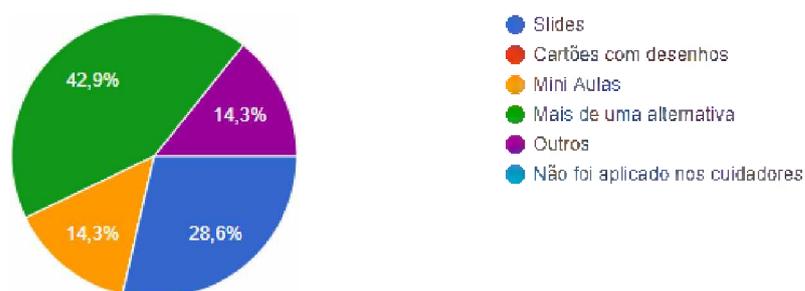
Um aspecto importante do método Maudsley é o treinamento psicoeducativo direcionado aos cuidadores, com a finalidade de que eles identifiquem seus estilos de enfrentamento frente aos sinais e sintomas de seus filhos com TA. A Figura 1 apresenta as formas de apresentação da psicoeducação das metáforas animais. Nota-se que a maioria dos participantes dessa amostra combinam diferentes metodologias de psicoeducação, no entanto todas elas são baseadas em um modelo acadêmico (miniaulas, slides etc.), conforme Figura 1.

Figura 1

Materiais utilizados para Psicoeducar os cuidadores com o Método Maudsley

Quais foram os materiais utilizados para a psicoeducação do cuidador no método Maudsley?

7 respostas



Nota. Uso de Materiais combinados (N=3): slides + cartões + aula (N=1); Slides + mini aulas (N=2)

Quando se solicitou que os participantes identificassem quais TAs possuíam os filhos dos cuidadores que orientaram e psicoeducaram e quantas sessões foram realizadas com

eles, observou-se que os principais TAs indicados foram: Anorexia Nervosa, Bulimia e Transtorno de Compulsão Alimentar, respectivamente. O número médio de sessões conduzidas foi de 8 encontros com duração de tempo variados. Abaixo transcrevemos as respostas:

“Anorexia e Bulimia - foi somente um encontro no formato de workshop durante aproximadamente 4 horas (com intervalo)” (P1)

“Geralmente o acompanhamento nutricional tem durado de dois a três anos para reestabelecimento completo do paciente. Os psicólogos fazem atendimentos” (P2)

“Adolescentes e adultos jovens, foram acompanhados por mim por 1 ano, sessões semanais” (P3)

“Anorexia Nervosa, 15 sessões” (P4)

“Independentemente do TA foram 6 sessões” (P5)

“Anorexia nervosa (8 sessões com os pais); Bulimia (6 sessões com os pais) (P6)

“Compulsão alimentar” (P7)

O participante de número sete (P7) não especificou em quantas sessões totalizaram a aplicação do método Maudsley.

Existe uma variação da quantidade de sessões realizadas com o método também na literatura internacional. No estudo piloto de Robinson et al.(2016) os cuidadores participaram de dois dias de workshop, totalizando aproximadamente 12 horas em contato com a psicoeducação pautada no formato do método Maudsley. Em estudo piloto acerca da adaptação do método Maudsley, dez cuidadores participaram de sete sessões em formato de workshops de psicoeducação para o enfrentamento e manejo diante do diagnóstico de TA do filho ou da filha (Linacre et al.,2016). Na pesquisa de Johnston et al. (2016) os cuidadores receberam psicoeducação ao longo de aproximadamente oito sessões semanais. Em Agras et al. (2014) os terapeutas conduziram 16 sessões ao longo de nove meses, e os pesquisadores compararam a eficácia de dois protocolos diferentes, Terapia de Base Familiar e a Terapia Familiar Sistêmica, no tratamento de indivíduos com TAs envolvendo seus cuidadores. O

resultado estatístico mais relevante foi que com o método Maudsley o ganho de peso dos jovens com anorexia foi mais rápido nas oito primeiras semanas.

Segundo Toubøl et al. (2019), os pesquisadores realizaram sete workshops com os cuidadores para avaliarem em momentos posteriores (*follow up*) diferentes as habilidades desenvolvidas, ou não, com as sessões de psicoeducação em grupo. Com base nesses trabalhos, como a média de sessões utilizadas pelos entrevistados com cuidadores não possui um número que possa ser generalizado, está em concordância com os grupos de workshops apresentados na literatura internacional.

Análise dos estilos de enfrentamento na Anorexia Nervosa

Com relação aos estilos de enfrentamento baseados nas metáforas animais presentes em pais de filhos com Anorexia Nervosa destacam-se respectivamente o estilo Canguru (28,6%) (superprotetor) combinado com outro estilo de enfrentamento (57,8%) - Rinoceronte (pouca empatia para lidar com os sinais do TA), conforme pode ser observado na Figura 2.

Segundo o manual do método Maudsley de Treasure et al. (2017) o estilo de enfrentamento canguru é ativado nos cuidadores ao menor sinal de fragilização física do (a) jovem com TA. Nesses casos os pais se antecipam e geralmente realizam os comportamentos dos filhos, antes que eles possam pensar, agir ou se expressar de forma genuína, sendo este um estilo que inibi a criação de repertório de enfrentamento das situações por parte dos jovens diante de seu TA, e em outros âmbitos da vida. Enquanto o estilo de enfrentamento com a metáfora do canguru reage de forma protetiva ao extremo, o estilo rinoceronte reage emocionalmente com comportamentos mais agressivos e incisivos diante das manifestações dos sintomas de TA dos (as) filhas (os), usando a lógica, sem considerar o contexto das fragilidades causadas pelo transtorno, visando a adesão do jovem para comportamentos não

sintomáticos (Treasure et al.,2017). Ambos os estilos de enfrentamento geram riscos favorecendo a manutenção do transtorno alimentar, pois interferem diretamente em momentos como comunicação na hora das refeições, validação ou invalidação dos ganhos no tratamento, validação ou invalidação da expressão emocional do jovem no dia a dia, e em outros diversos momentos de convívio geral (Treasure et al.,2017).

Com o intuito de proporcionar aos cuidadores novas formas de perceber e enfrentar o TA de seus filhos, Robinson et al. (2016) investigou a mudança de comportamento de cuidadores que passaram por dois dias de workshop voltados para as bases da psicoeducação do método Maudsley. Esses cuidadores foram avaliados antes e depois desses dois dias para a testagem das seguintes hipóteses: pós psicoeducação os cuidadores demonstrariam (1) melhorias em autoeficácia no que diz respeito a apoiar os filhos na recuperação de seu TA, (2) uma mudança positiva nas atitudes em relação ao papel de regulação emocional do filho, e (3) uma diminuição nos medos relacionados ao envolvimento na recuperação da criança. Os dados obtidos indicaram um aumento significativo na autoeficácia dos pais, um resultado positivo de mudança nas atitudes deles em relação ao seu papel como regulador emocional e uma redução dos medos associados com seu envolvimento no tratamento, incluindo uma diminuição da autculpa. Notou-se nos resultados da *Parents versus Anorexia Scale* uma diferença significativa entre a avaliação pré e pós treinamento (a média pré treinamento foi 18,56 e pós 26,06).

Uma das fases do tratamento da anorexia é o reganho de peso, o que inclui momentos de alimentação em conjunto, ou refeições individuais de forma geral, situações que desencadeiam emoções como ansiedade e dificultam o comportamento de alimentação do jovem (Treasure et al., 2017). Os estilos de enfrentamento como os apontados pelos entrevistados podem dificultar ainda mais essa fase. Em Agras et al. (2014), com o objetivo de comparar dois protocolos diferentes (Terapia de Base Familiar- método Maudsley, e

Terapia Sistêmica) no processo de orientação e psicoeducação dos cuidadores no tratamento da anorexia dos filhos, identificou que depois de 16 sessões com as famílias, os jovens do grupo que os pais receberam as psicoeducações com o método Maudsley passaram mais rápido pela fase de reganho de peso, logo nas primeiras oito semanas de aplicação do protocolo. A mudança no enfrentamento e condução dos pais apresentou efeitos em uma fase crucial do tratamento.

Figura 2

Metáforas mais identificadas por pais de filhos com Anorexia Nervosa

Quais metáforas animais mais apareceram no atendimento de cuidadores de filhos com Anorexia Nervosa?

7 respostas



Nota. Identificação de mais de uma metáfora animal: Canguru/avestruz (N=1); Canguru/rinoceronte (N=1) Canguru /Avestruz /Rinoceronte (N=1) ; Cão terrier/Água viva/ Canguru (N=1); nas mães - Avestruz - nos pais rinoceronte (N=1). Total (N=4)

Análise dos estilos de enfrentamento na Bulimia Nervosa

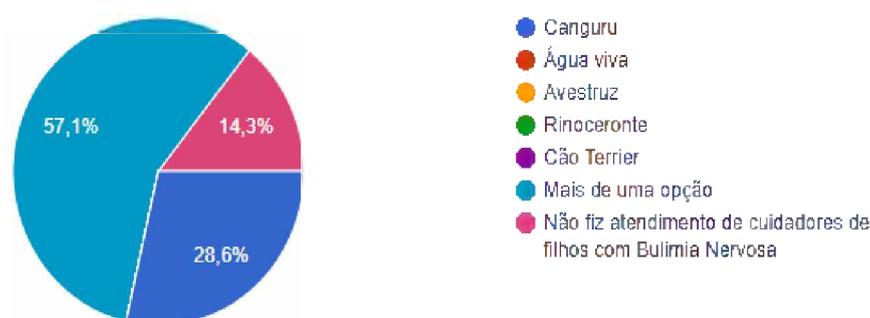
Com relação aos estilos de enfrentamento (metáforas animais) utilizadas pelos pais de pacientes com Bulimia Nervosa destacam-se os mesmos estilos de enfrentamento indicados na Anorexia Nervosa: os estilos Canguru (28,6%) combinado com Rinoceronte, ou outra

combinação de estilos de enfrentamento (avestruz e água viva) (totalizando 57,1%), conforme pode ser observado na Figura 3.

Figura 3

Metáforas mais identificadas por pais de pacientes com Bulimia Nervosa

7 respostas



Nota. Identificação de mais de uma metáfora animal: Canguru /rinoceronte; Cão terriê /rinoceronte (N=1); Canguru / Água-viva (N=1); Avestruz / rinoceronte (N=1). Total (N=3).

É importante destacar, que mesmo dentro da visão transdiagnóstica dos TAs, suas especificidades sejam abordadas. Na Bulimia Nervosa existe o especificador: o comportamento compensatório disfuncional que pode desencadear estilos de enfrentamento mais extremos. Esse sintoma particular precisa ser compreendido não só pelos pacientes, mas de acordo com o método Maudsley, por seus cuidadores (Treasure et al.,2017).

Segundo Treasure et al. (2017) as maneiras funcionais de enfrentamento diante dos sintomas de compensação e/ou purgação, são:

- Solucionar as mudanças de alguns comportamentos dos filhos através de negociações dialogadas;

- Elaborar regras que possam ser cumpridas porque estão acordadas entre pais e filhos;
- Responder às situações desconfortáveis, ou a persistência nos comportamentos disfuncionais dos filhos de forma calma.
- Persistir no diálogo de forma consistente, porém moderada.
- Perceber quando as reações emocionais das pessoas estão ficando intensas e fazer um intervalo, e os cuidadores devem realizar exercícios de relaxamento- respiração para se autorregular emocionalmente.
- Pais devem retirar-se e tentar novamente depois.

Análise dos estilos de enfrentamento no Transtorno de Compulsão Alimentar

Com relação aos estilos de enfrentamento utilizadas pelos pais de pacientes com Transtorno de Compulsão Alimentar destacam-se em conjunto (metáforas animais indicadas ao mesmo tempo) ,avestruz e rinoceronte (14,3%), e separadamente os estilos canguru (14,3%), e cão terrie (14,3%), conforme pode ser observado na Figura 4.

Diante dos sintomas descritos no DSM 5 as metáforas animais percebida pelos profissionais nos pais desses pacientes são disfuncionais ao tratamento.

Os estilos de enfrentamento dos pais caracterizados nas metáforas avestruz, rinoceronte, canguru e cão terrie são incompatíveis com uma comunicação clara, assertiva, acolhedora e persistente. Trata-se de reações de evitação e ausência (avestruz), combate direto para convencer o filho sobre a lógica racional da situação (rinoceronte); proteção excessiva e possível reforço do distanciamento social (canguru) e por fim, reações exageradas na repetição do tema “comportamentos alimentares disfuncionais” em casa, sem espaço para outro assunto (cão Terrie) (Treasure et al., 2017). As reações tanto comportamentais quanto emocionais dos supracitados estilos de metáforas animais prejudicam a modificação dos

comportamentos e sintomas dos TAs ao funcionarem como um dos fatores de manutenção do próprio transtorno com base na interação familiar, Cobranças incisivas aumentam a distorção/a percepção que os jovens desenvolvem acerca de suas capacidades; constantes invalidações ou falta de atenção ao jovem, por exemplo, após uma crise de compulsão alimentar impedem a construção de diálogo, o acolhimento da vergonha e da culpa sentidas pela (o) jovem no momento e o enfrentamento diante de novas crises (Treasure et al., 2017).

Figura 4

Metáforas mais identificadas por pais de filhos com Transtorno do Comer Compulsivo

Quais metáforas animais mais apareceram no atendimento de cuidadores de filhos com Transtorno de Compulsão Alimentar?

7 respostas



Nota. Identificação de mais de uma metáfora animal : Avestruz / Rinoceronte; Cão terriê (N=1); Canguru (N=1).

Percepção dos profissionais sobre as limitações observadas nos pais de jovens com Transtorno Alimentar

Com relação à percepção dos profissionais sobre quais seriam as limitações observadas em cuidadores cujas filhas (os) apresentam o diagnóstico de Transtorno Alimentar, observou-se as seguintes respostas:

“Superproteção e rigidez.” (P1)

“Entender que todo o processo é multifacetado e o tratamento depende de tempo.” (P2)

“Exaustão e descrença com o processo terapêutico” (P3)

“Compreender o TA e diferenciar o filho do Transtorno” (P4)

“Desregulação emocional e falta de estratégias "práticas" para lidar com as dificuldades alimentares” (P5)

“Os pais desconhecem os sintomas dos TAs na maioria dos casos desconhecem sua capacidade de trânsito (transdiagnóstico) e acabam, eles mesmos, sendo gatilhos poderosos na desregulação emocional dos filhos. Tal desregulação emocional manifesta-se por meio dos TAs . Além disso, os pais não sabem como agir a fim de auxiliarem efetivamente seus filhos demandando muita orientação do terapeuta voltada para o comportamento alimentar atípico e para outros aspectos da vida em família.” (P6)

“Compreender que os filhos não são o transtorno” (P7)

As dificuldades observadas e descritas pelos participantes estão alinhadas às formas de enfrentamento disfuncionais descritas pelas metáforas animais identificadas nos cuidadores. Treasure, et al.(2017) esclarecem que à primeira vista pode ser muito assustador ver alguém que se ama com diagnóstico de TA, pois os comportamentos sintomáticos são extremados e persistentes e alguns passos são primordiais nesse primeiro momento: a) perceber/identificar que existe um transtorno alimentar b) conhecer sobre e aceitar que pacientes com TA de fato não são fáceis de ajudar; c) que demandam enfrentamentos diferentes ; d) que se deve encorajar o jovem a entender seu TA de forma acolhedora.; e) que esse é um assunto que precisará ser conversado de forma calma, assertiva e apoiadora; f) todos estarão envolvidos na identificação do problema e nas maneiras de solucioná-lo. Nesse sentido, é importante que exista a preparação dos cuidadores para que possam abordar assunto “Transtorno Alimentar”, e que ele não deve ser colocado em pauta em momentos naturalmente desencadeadores de emoções extremas ou

dos sintomas, como a hora das refeições. Por fim, compreende-se também que tudo que foi descrito não será infalível em um primeiro momento, serão necessárias diversas repetições desses comportamentos diante dos jovens. Isso contempla a limitação identificada pelos participantes em não aplicar o método por mais tempo de forma mais completa e integrada.

As dificuldades detectadas pelos participantes também enumeram desregulação emocional presente nos cuidadores, o que poderá ser ainda mais intenso diante de uma situação estressora como é o manejo de um transtorno alimentar, o estress, a tensão e a desregulação dificultarão a resiliência dos cuidadores durante o dia a dia do tratamento. O desenvolvimento da resiliência dos cuidadores e do potencial em validar as emoções dos filhos é feito através da obtenção das informações corretas (sobre o TA, sobre os filhos, sobre o contexto), da aprendizagem de habilidades novas, e da consolidação das habilidades existentes que são funcionais (Treasure et al.,2017). Para exemplificar a melhora dessas habilidades citadas, através da proposta do método Maudsley, Strahan et al. (2017) testaram a aplicação do método no formato da Terapia Familiar Focada na Emoção para identificar se haveria melhoras pós processos de psicoeducação dos medos acerca do transtorno, da autculpa e da percepção de autoeficácia. Para testar a hipótese de que os cuidadores iriam aumentar a autoeficácia ao longo da intervenção (antes e depois dos dois dias de psicoeducação com os cuidadores) os pesquisadores conduziram um teste t de amostras emparelhadas comparando a autoeficácia dos pais em Tempo 0 e Tempo 1. Este teste revelou um efeito significativo para o tempo, os pais mostraram um grande aumento na autoeficácia ao longo da intervenção.

A autculpa e a percepção de baixa autoeficácia podem ser percebidas na metáfora animal da água viva, o medo pode ser percebido de formas diferentes em diversas metáforas, como canguru, água viva e avestruz (Treasure et al.,2017). Essas metáforas foram identificadas pelos participantes bem como no estudo de Strahan et al. (2017).

Sobre as dificuldades que envolvem o estresse, o desenvolvimento de repertório e a desregulação emocional citadas pelos participantes 3,5 e 6 ressalta-se o que foi observado em Moskvich et al. (2016), onde os autores tiveram como objetivo verificar mudanças no estresse e na percepção de sobrecarga antes e depois das oficinas de psicoeducação desenvolvidas com base no método Maudsley, com cuidadores de filhos diagnosticados com Anorexia e Bulimia. A amostra contou com 10 cuidadores que participaram de todas as sete sessões de oficinas e receberam o manual *Skills-based caring for a loved one with an eating disorder: The new Maudsley method*. Ao compararem as avaliações antes e depois das sete sessões as estatísticas descritivas mostram que, em geral, as pontuações dos cuidadores melhoraram ao longo do workshop.

Na revisão sistemática com metanálise de Couturier et al. (2012), o objetivo foi avaliar se a literatura fornecia dados congruentes para que a Terapia de Base Familiar (o método Maudsley) fosse considerada eficaz, ou melhor, do que o tratamento individual apenas com os jovens. Os pesquisadores utilizaram três métodos na busca por estudos que comparassem a eficácia da Terapia de Base Familiar (TBF) com o tratamento individual de adolescentes com transtornos alimentares: (1) Revisão até à época, encontrando única revisão sistemática e meta-análise da instituição Cochrane sobre o uso de intervenções familiares em indivíduos com Anorexia Nervosa; (2) Pesquisa bibliográfica no banco de dados MEDLINE, com os seguintes descritores: “family therapy AND Anorexia Nervosa” e “Family therapy AND Bulimia Nervosa” e; (3) Busca de ensaios controlados e outros nas bases de dados Cochrane e *Meta Register of Controlled Tests*. Quando combinados em uma metanálise, os dados indicaram que o FBT não foi significativamente diferente do tratamento individual ($z = 1,62$, $p = 0,11$) nos resultados imediatamente ao tratamento. No entanto, quando os dados de acompanhamento de 6 a 12 meses foram analisados, TBF foi superior ao tratamento individual (Couturier et al., 2012).

Robinson et al. (2012) examinaram os resultados dos pais e adolescentes em resposta ao tratamento com TBF para determinar se o aumento da autoeficácia dos pais seria capaz de reduzir os sintomas de humor deprimido e sintomas de ansiedade em adolescentes com Transtornos Alimentares. Através da PvA (*Parents versus Anorexia*) foi detectado que tanto as mães como os pais melhoraram a sua autoeficácia ao longo do tempo. As análises revelaram que o aumento da autoeficácia dos pais de T0 para T1 previu uma diminuição nos sintomas do TA das adolescentes em T1, enquanto que o aumento da autoeficácia nas mães de T0 a T2 previu uma diminuição dos sintomas do TA dos adolescentes no T2. A análise da MASC (Escala de Ansiedade Multidimensional para crianças) mostrou que o aumento da autoeficácia dos pais de T0 para T1 apontou uma diminuição da ansiedade dos adolescentes em T1 e que o aumento da autoeficácia das mães não estava relacionado com a ansiedade adolescente em nenhum dos períodos. Através da análise do CDI (Inventário de Depressão Infantil) foi possível observar que o aumento da autoeficácia dos pais de T0 para T1 gerou uma diminuição dos sintomas de humor deprimido dos adolescentes em T1, enquanto o aumento da autoeficácia das mães de T0 para T2 gerou uma diminuição nos sintomas de humor depressivo dos adolescentes no T2 (Robinson et al.,2012).

Em um estudo mais recente, outra aplicação do Método *Maudsley* foi realizada em formato de treinamento para cuidadores de jovens com TA, em que o grupo de pais participaram de todas as sessões realizadas (sete). Os pesquisadores conseguiram identificar três categorias de melhora: (1) Os pais conseguiram ser capazes de afastar-se da própria reação comportamental e emocional para visualizar o quanto tais reações estavam envolvidas com o transtorno; (2) Desenvolveram a compreensão de que o TA demanda mudanças no relacionamento de pais e filhas; (3) Consciência de que é preciso coragem para encontrar novas formas para enfrentarem sua paternidade/maternidade. Essas três categorias foram as destacadas entre a primeira e segunda entrevista, por meio de grupo focal com os pais

(Toubøl et al., 2019). Esses dados demonstram a possibilidade de eficácia da aplicação do método, mas não foi completamente observado pelos participantes desta pesquisa, visto que os próprios apontam a limitação do uso do método apenas com a psicoeducação através das metáforas animais.

Identificação das limitações dos cuidadores mais frequentes nos TAs

Quando se solicitou que os profissionais identificassem em qual tipo de quadro de TA as limitações dos cuidadores eram mais frequentes observou-se um destaque para a Anorexia Nervosa, conforme afirmativas abaixo:

- “Ambos em anorexia e bulimia.” (P1)
- “Sim. Acredito que estas limitações estão mais presentes em cuidadores de pacientes com anorexia.” (P2)
- “Muito evidente na compulsão alimentar e na anorexia”. (P3)
- “Sim Bulimia Nervosa” (P4)
- “As minhas observações foram independentes do TA (anorexia e bulimia)” (P5)
- “Os pais têm mais dificuldade em manejar quadros de anorexia nervosa.” (P6)
- O Participante 7 não descreveu limitações

Finalmente quando se solicitou que os profissionais descrevessem os ganhos e as limitações, na sua percepção deles, da utilização das metáforas animais na psicoeducação dos pais de filhos(as) com TAs, obteve-se as seguintes repostas:

“É uma abordagem que traz acolhimento e responsabiliza os cuidadores sem culpabilizá-los, além de ser muito didática. Um desafio que apresentei foi no caso de um familiar que era muito simples e possuía limitação cognitiva, mas ainda assim, foi possível trabalhar.” (P1)

“Geralmente quem faz a utilização das metáforas são os psicólogos integrantes da equipe. Nas discussões de caso clínico as

figuras são levadas por eles e então percebemos que faz todo o sentido dentro do tratamento.” (P2)

“Percepção mais clara e consciente de padrões comportamentais” (P3)

“Compreensão concreta de como seu comportamento afeta o paciente e em alguns casos os pais se fixam no que foi dito e tem dificuldades de avançar” (P4)

“As metáforas são muito úteis, pois permitem resumir um conjunto de comportamentos, pensamentos e emoções comuns nos cuidadores. Depois, as metáforas favorecem a auto-observação e a autorregulação comportamental destes. Não vejo limitações, apenas a necessidade da aplicação do programa por várias semanas, em conjunto com os atendimentos psicoterápicos do(a) filho(a). A psicoeducação pontual tem eficácia limitada.” (P5)

“Os ganhos do uso das metáforas é ajudar os pais compreenderem o efeito deletérios de seus comportamentos sobre o transtorno dos filhos de forma distanciada. Isso diminui a culpa ou a raiva que sentem ao perceberem-se contribuindo para o transtorno alimentar. A limitação é que muitos desses animais (do modelo inglês) são desconhecidos ou estão distantes do universo cotidiano dos pais brasileiros. Uma sugestão seria a adaptação de certos animais como o cão terrier. Além disso, identificar-se em uma metáfora não garante o automonitoramento. Assim, mesmo compreendendo o efeito deletério de seus comportamentos é preciso treinar o automonitoramento dos pais.” (P6)

“Ganhos: possibilitou aos pais, uma melhor compreensão sobre o modo que lidavam com os filhos com transtornos alimentares” (P7)

As observações dos profissionais referentes à facilidade de compreensão proporcionada pelas metáforas animais são verificadas na descrição de estilos de enfrentamento comportamental e emocional no manual em inglês.

Essa visualização dos cuidadores de suas formas de enfrentamento como metáforas animais simples parece promover a identificação de situações concretas vivenciadas no dia a dia por eles e os ajudam a reconhecer os comportamentos e desregulações emocionais disfuncionais. Por outro lado, permite aos pais questionarem quais seriam formas de enfrentamentos funcionais: as metáforas do São Bernardo e Golfinho. Dessa maneira, assim

como o programa de psicoeducação descomplica a percepção dos enfrentamentos que atrapalham o tratamento, também possibilita a identificação do aspecto viável do enfrentamento.

O método Maudsley apresenta, além das metáforas com a compilação dos estilos de enfrentamento, uma série de passo a passo para as mudanças de comportamento, como lembretes aos cuidadores. Relembra ao longo do programa os fundamentos para responder aos momentos que podem desencadear as metáforas disfuncionais e quais comportamentos precisam de resiliência para constante repetição.

Um dos pontos chave do tratamento do indivíduo com TA no método Maudsley é fortalecer as conexões sociais nos quesitos confiança e segurança entre os cuidadores e seus filhos, e os pais visualizarem que conseguem desempenhar um papel importante nesse objetivo distanciando das dificuldades descritas por eles frente ao tratamento (Treasure et al., 2017).

Os ganhos relatados pelos entrevistados são também observados pelos resultados de estudos clínicos e metanálises realizados fora do Brasil (Couturier et al.2012; Girz et al.2012; Johnston et al.,2015; Linacre et al.2016; Moskocivh et a.2016; Robison et a.2012; Robinson et al.2014; Strahan et al.2017; Toubøl et al.2019). Esses trabalhos relatam resultados positivos tanto em fases iniciais no tratamento da anorexia nervosa (reganho de peso) quanto nas percepções de autoeficácia e autculpa dos cuidadores.

Ressalta-se que, ao olhar para os estudos aqui apresentados e sumarizados no anexo 3, que sintetiza a revisão da literatura realizada, existem limitações quanto aos resultados, em especial nos dados de *follow up* de pesquisa, pois apesar de alguns estudos não perderem a amostra ao longo dos procedimentos de psicoeducação (Girz et al.2012;Toubøl et al.2019) outras apresentam índices relevantes de desistência no acompanhamento (*follow up*). Em Toubøl et al. (2019) 66% da amostra não se manteve nas testagens de acompanhamento, em

Johnston et al. (2015) 29% da amostra não permaneceu na continuação das testagens pós grupos de psicoeducação. Em alguns casos as desistências dos participantes aconteceram antes do *follow up*, ou seja, abandonaram (por razões diversas e muitas vezes não descritas) o estudo enquanto as sessões de workshop ainda estavam em andamento (Le Grange et al., 2016).

Conclusão

O primeiro ponto a ser destacado para finalizar essa dissertação é a própria importância do trabalho multidisciplinar defendido ao longo do manual do Método Maudsley, (Treasure et al., 2017). A presença constante desse fator não foi observada na prática das pesquisas aqui revisadas sobre o método, visto que poucas descrevem as equipes multidisciplinares envolvidas de forma integrada nas avaliações e intervenção dos jovens diagnosticados com TAs e seus cuidadores. A participação ativa de todos os profissionais: nutricionistas, psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, profissionais da educação física e outros, forneceria informações diferentes ao mesmo tempo que integrariam os vários aspectos do tratamento, o que facilitaria cenários novos de interação entre pais e filhos. Isso poderia facilitar a desmistificação acerca dos TAs, e favorecer o surgimento de situações em que os estilos de enfrentamento desadaptados dos jovens e de seus pais poderiam ser manejados em conjunto com a equipe.

O acesso ao que é produzido na literatura sobre o Método Maudsley em português é percebido como uma dificuldade. Os participantes que responderam a entrevista via google forms alegaram, em sua maioria, que existe escassez de materiais em português sobre o método Maudsley. Além das implicações sobre acessibilidade, que significa tornar mais árduo a ampliação do conhecimento dos protocolos baseados no método para os profissionais diretamente atuantes com o público que possui diagnóstico de TA, há o impasse da produção

científica. Com pouco material disponível em português é notável que poucas pesquisas foram conduzidas no Brasil, o que significa a ausência de testagens em maior escala sobre a aplicação do Método Maudsley em amostras brasileiras.

Acerca dos resultados obtidos através dos participantes entrevistados as combinações de metáforas animais em cada transtorno alimentar reforçam a importância da participação dos cuidadores e do manejo da regulação emocional não só dos pacientes, mas de seus familiares. Os estilos de enfrentamento “Canguru” e “Rinoceronte” combinados observados pelos participantes nos cuidadores de jovens com Anorexia, um TA com muitas comorbidades e alto risco de morte, desfavorecem o engajamento no tratamento, visto que os estilos caracterizam-se pela superproteção e inibição do desenvolvimento de repertórios comportamentais e emocionais dos filhos (canguru) e pela forma combativa e agressiva de se posicionar na relação com o (a) jovem, o transtorno e as situações que envolvem tudo isso (rinoceronte).

Especificamente nos cuidadores de jovens com Bulimia, em que há comportamentos purgativos que geram sofrimento e muitas vezes constrangimentos aos jovens, os pais se combinam nos estilos de enfrentamento “Canguru” e “Rinoceronte”, tal como observado nos pais de jovens com Anorexia, e também apresentam a combinação da Água Viva (estilo de enfrentamento no qual os cuidadores sente culpa e vergonha) com a Avestruz (estilo de enfrentamento que evita a situação em si, e podem gerar afastamento entre os seus). Por fim, no Transtorno de Compulsão alimentar é possível a observação de todas as metáforas animais, com exceção da água viva.

Com a intervenção psicoeducativa através das metáforas animais, os entrevistados perceberam ganhos, ou seja, mudanças nos estilos de manejo dos pais diante de seus filhos e esses ganhos relatados estão em concordância com os resultados de pesquisas clínicas/metanálises realizadas fora do Brasil. Esses trabalhos relatam resultados positivos tanto em

fases iniciais no tratamento da anorexia nervosa (reganho de peso) quanto nas percepções de autoeficácia e autculpa dos cuidadores. Isso demonstra que mesmo que os estilos de enfrentamento desadaptados estejam combinados, como percebido pelos participantes dessa pesquisa, a psicoeducação e a aplicação do protocolo baseado no Método Maudsley parecem possuir efeito no curso do tratamento.

Conforme observado na revisão de literatura, em alguns casos as desistências dos participantes aconteceram antes das finalizações dos procedimentos e da intervenção, as desistências foram por razões diversas e em alguns trabalhos elas não foram declaradas na descrição da amostra. Esse fator pode fazer parte da investigação com os profissionais em uma próxima pesquisa, a taxa de desistência e o nível de adesão dos cuidadores.

O número de participantes que responderam a este trabalho não é suficiente para generalizar o efeito da psicoeducação sobre metáfora animais nessa amostra. Da mesma forma não se realizou uma pesquisa sobre eficácia do Método Maudsley no Brasil. Seria relevante para a literatura que outras pesquisas pudessem ser feitas com mais profissionais que utilizam o método, assim como realizar ensaios clínicos com o método em diferentes regiões do país e com o maior número possível de participantes e de diagnósticos de transtornos alimentares.

Referências

- Agras, W. S., Lock, J., Brandt, H., Bryson, S. W., Dodge, E., Halmi, K. A., Woodside, B. (2014). *Comparison of 2 Family Therapies for Adolescent Anorexia Nervosa*. *JAMA Psychiatry*, *71*(11), 1279. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.1025>
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Brown, J. M., Selth, S., Stretton, A., & Simpson, S. (2016). Do dysfunctional coping modes mediate the relationship between perceived parenting style and disordered eating behaviours? *Journal of eating disorders*, *4*(1), 27. <https://doi.org/10.1186/s40337-016-0123-1>.
- Caminha, R.M., & Pelisoli, C. (2007). Treinamento de pais: aspectos teóricos e clínicos. In M.G. Caminha, & R. M. Caminha, *A prática cognitiva na infância* (pp.274-289). São Paulo: Roca. <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2015.4.18538>
- Couturier, J., Kimber, M., & Szatmari, P. (2012). 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. doi:10.1002/eat.22042
- Coyles, A (2010). Análise do Discurso. In: G.M. Breakwell, S. Hammond, C. Fife-Schaw, & J.A. Smith. *Métodos de pesquisa em Psicologia*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Creswell, J. W. (2009). Mapping the field of mixed methods research. *Journal of Mixed Methods Research*. *3*(2) (pp.95-108) <https://doi.org/10.1177/1558689808330883>.
- Eisler, I., Dare, C., Russell, G. F., Szmulker, G., le Grange, D., & Dodge, E. (1997). Family and individual therapy in anorexia nervosa: A 5-year follow-up. *Archives of general psychiatry*, *54*(11), 1025-1030. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1997.01830230063008>
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour research and therapy*, *41*(5), 509-528. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00088-8)
- Fairburn, C. G., & Cooper, Z. (2016). Transtornos alimentares. Um protocolo transdiagnóstico. In Barlow, D. (org.), *Manual clínico dos transtornos psicológicos* (5ª ed., Cap.17, pp.683-696). Porto Alegre: Artmed.
- George, L., Thornton, C., Touyz, S. W., Waller, G., & Beumont*, P. J. (2004). Motivational enhancement and schema-focused cognitive behaviour therapy in the treatment of chronic eating disorders. *Clinical Psychologist*, *8*(2), 81-85. <https://doi.org/10.1080/13284200412331304054>.
- Girz, L., Lafrance Robinson, A., Forouge, M., Jasper, K., & Boachie, A. (2013). Adapting family-based therapy to a day hospital programme for adolescents with eating

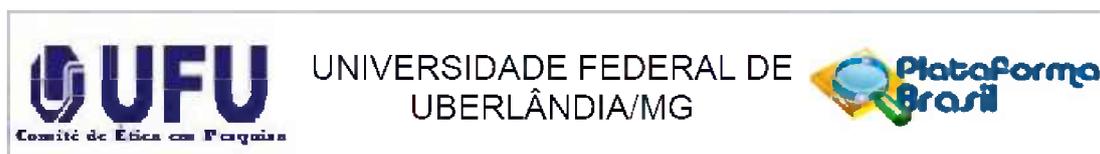
- disorders: Preliminary outcomes and trajectories of change. *Journal of Family Therapy*, 35, 102-120. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2012.00618.x>
- Girz, L., Lafrance Robinson, A., Foroughe, M., Jasper, K., & Boachie, A. (2012). *Adapting family-based therapy to a day hospital programme for adolescents with eating disorders: preliminary outcomes and trajectories of change. Journal of Family Therapy*, 35, 102–120. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2012.00618.x>
- Greenberg, L. S. (2011). *Emotion-focused therapy*. American Psychological Association.
- Johnston, J. A. Y., O’Gara, J. S. X., Koman, S. L., Baker, C. W., & Anderson, D. A. (2015). *A Pilot Study of Maudsley Family Therapy with Group Dialectical Behavior Therapy Skills Training in an Intensive Outpatient Program for Adolescent Eating Disorders. Journal of Clinical Psychology*, 71(6), 527–543. <https://doi.org/10.1002/jclp.22176>
- Kolar, D. R., Rodriguez, D. L. M., Chams, M. M., & Hoek, H. W. (2016). Epidemiology of eating disorders in Latin America: a systematic review and meta-analysis. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(6), 363-371. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000279>
- Kyriacou, O., Treasure, J., & Schmidt, U. (2008). Understanding how parents cope with living with someone with anorexia nervosa: Modelling the factors that are associated with carer distress. *International Journal of Eating Disorders*, 41, 233–242. <https://doi.org/10.1002/eat.20488>
- Lafrance Robinson, A., Dolhanty, J., & Greenberg, L. (2013). Emotion-focused family therapy for eating disorders in children and adolescents. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 22(1),75-82. <http://doi.org/10.1002/cpp.1861>
- Lafrance Robinson, A., Dolhanty, J., Stillar, A., Henderson, K., & Mayman, S. (2016). Emotion-focused family therapy for eating disorders across the lifespan: A pilot study of a 2-day transdiagnostic intervention for parents. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 23(1), 14-23. <https://doi.org/10.1002/cpp.1933>
- Leahy, R. L., Tirsch, D., & Napolitano, L. A. (2013). *Regulação emocional em psicoterapia: um guia para o terapeuta cognitivo-comportamental*. Artmed Editora.
- Le Grange, D., & Lock, J. (2002). Bulimia nervosa in adolescents: treatment, eating pathology and comorbidity. *African Journal of Psychiatry*, 5(3). <https://hdl.handle.net/10520/EJC72980>.
- Le Grange, D., Crosby, R. D., Rathouz, P. J., & Leventhal, B. L. (2007). A randomized controlled comparison of family-based treatment and supportive psychotherapy for adolescent bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 64(9), 1049-1056. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.9.1049>.
- Le Grange, D., & Eisler, I. (2009). Family interventions in adolescent anorexia nervosa. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18(1), 159-173. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2008.07.004>.

- Le Grange, D., Lock, J., Loeb, K., & Nicholls, D. (2010). Academy for eating disorders position paper: The role of the family in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 43(1), 1. <http://doi.org/10.1002/eat.20751>.
- Le Grange, D., Hughes, E. K., Court, A., Yeo, M., Crosby, R. D., & Sawyer, S. M. (2016). *Randomized Clinical Trial of Parent-Focused Treatment and Family-Based Treatment for Adolescent Anorexia Nervosa*. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(8), 683–692. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.05.007>.
- Linacre, S., Green, J., & Sharma, V. (2016). *A pilot study with adaptations to the Maudsley Method approach on workshops for carers of people with eating disorders*. *Mental Health Review Journal*, 21(4), 295–307. <https://doi.org/10.1108/mhrj-05-2016-0010>.
- Lock, J., & Le Grange, D. (2005). Family-based treatment of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 37(S1), S64-S67. <https://doi.org/10.1002/eat.20122>.
- 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. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.128>.
- Lock, J. (2018). Family therapy for eating disorders in youth: current confusions, advances, and new directions. *Current opinion in psychiatry*, 31(6), 431-435. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000451>.
- Maciel, M. G., Brum, M., Del Bianco, G. P., & Costa, L. D. C. F. (2019). Imagem corporal e comportamento alimentar entre mulheres em prática de treinamento resistido. *Revista Brasileira de Nutrição Esportiva*, 13(78), 159-166. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6817529>
- Moreira, G. S. X., Boff, R. M., Pessa, R. P., Oliveira, M. S., & Neufeld, C. B. (2017). Alimentação e Imagem Corporal. In *Terapia Cognitivo-Comportamental para adolescentes: uma perspectiva transdiagnóstica e desenvolvimental*, 150-187.
- Moskovich, A. A., Timko, C. A., Honeycutt, L. K., Zucker, N. L., & Merwin, R. M. (2016). *Change in expressed emotion and treatment outcome in adolescent anorexia nervosa*. *Eating Disorders*, 25(1), 80–91. <https://doi.org/10.1080/10640266.2016.1255111>
- Nascimento, V. S. D., Santos, A. V. D., Arruda, S. B., Silva, G. A. D., Cintra, J., Pinto, T. C. C., & Ximenes, R. C. C. (2020). Associação entre transtornos alimentares, suicídio e sintomas depressivos em universitários de cursos de saúde. *Einstein* (São Paulo), 18. https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020AO4908.
- Papalia, D. E., Olds, S.W., & Feldman, R.D. (2006). Desenvolvimento psicossocial na adolescência. In D.E. Papalia, S. W. Olds, & R. D. Feldman, *Desenvolvimento humano* (8.ed., pp.475-507). Porto Alegre: Artmed.

- Prisco, A. P. K., Araújo, T. M. D., Almeida, M. M. G. D., & Santos, K. O. B. (2013). *Prevalência de transtornos alimentares em trabalhadores urbanos de município do Nordeste do Brasil*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(4), 1109-1118. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000400024>.
- Robinson, A. L., Dolhanty, J., & Greenberg, L. (2015). Emotion-focused family therapy for eating disorders in children and adolescents. *Clinical psychology & psychotherapy*, 22(1), 75-82. <https://doi.org/10.1002/cpp.1933>.
- Robinson, A., Dolhanty, J., Stillar, A., Henderson, K., & Mayman, S. (2016). Emotion-focused family therapy for eating disorders across the lifespan: A pilot study of a 2-day transdiagnostic intervention for parents. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 23(1), 14-23. <https://doi.org/10.1002/cpp.1933>.
- Robinson, A. L., Strahan, E., Girz, L., Wilson, A., & Boachie, A. (2012). "I Know I Can Help You": Parental Self-efficacy Predicts Adolescent Outcomes in Family-based Therapy for Eating Disorders. *European Eating Disorders Review*, 21(2), 108–114. <https://doi.org/10.1002/erv.2180>
- Sampaio, R. F., & Mancini, M. C. (2007). Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 11(1), 83-89. <https://doi.org/10.1590/S1413-35552007000100013>.
- Strahan, E. J., Stillar, A., Files, N., Nash, P., Scarborough, J., Connors, L., ... Lafrance, A. (2017). *Increasing parental self-efficacy with emotion-focused family therapy for eating disorders: a process model*. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 16(3), 256–269. <https://doi.org/10.1080/14779757.2017.1330703>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.10.008>.
- Toubøl, A., Koch-Christensen, H., Bruun, P., & Nielsen, D. S. (2019). *Parenting skills after participation in skills-based training inspired by the New Maudsley Method: a qualitative study in an outpatient eating disorder setting*. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. <https://doi.org/10.1111/scs.12694>
- Treasure, J., & Russell, G. (2011). The case for early intervention in anorexia nervosa: theoretical exploration of maintaining factors. *The British Journal of Psychiatry*, 199(1), 5-7. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.087585>.
- Treasure, J., Smith, G., & Crane, A. (2017). *Skills-based caring for a loved one with an eating disorder: The new Maudsley method*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315735610>.

Treasure, J., Schmidt, U., & Macdonald, P. (Eds.). (2009). *The clinician's guide to collaborative caring in eating disorders: The new Maudsley method*. Routledge
<https://doi.org/10.4324/9780203864685>

Anexo 1 – Folha de aprovação do CEP-UFU



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: TERAPIA FAMILIAR FOCADA NA EMOÇÃO PARA O TREINAMENTO DE CUIDADORES DE INDIVÍDUOS COM TRANSTORNOS ALIMENTARES: REVISÃO SISTEMÁTICA E ANÁLISE DE ENTREVISTAS COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL.

Pesquisador: Renata Ferrarez Fernandes Lopes

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 45210121.6.0000.5152

Instituição Proponente: Instituto de Psicologia - UFU

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

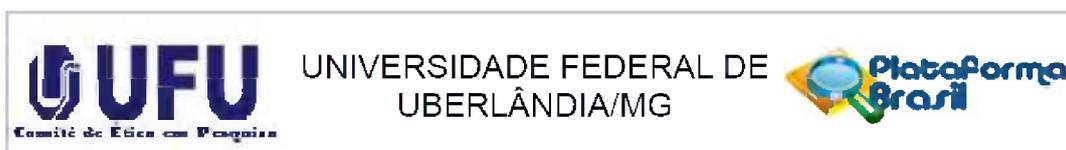
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.750.417

Apresentação do Projeto:

Este estudo tem como objetivo fazer a revisão sistemática de estudos dos últimos dez anos sobre a utilização do método Maudsley (Terapia Baseada na Família) e da Terapia Familiar Focada na Emoção para orientação de pais de pessoas portadoras de Transtornos Alimentares, bem como uma análise de prontuários que utilizam o método. Para isso serão realizadas duas fases: Na fase 1 será realizada uma revisão da literatura para analisar a conceituação, as técnicas e a aplicação clínica do método Maudsley (Terapia Familiar Focada na Emoção-TFFE) para orientação de pais de pessoas portadoras de Transtornos Alimentar. Na fase 2 serão analisadas entrevistas com profissionais da área da saúde mental que descrevam a utilização de aspectos do método Maudsley (TFFE para pais de pessoas portadoras de Transtornos alimentares) no que tange a psicoeducação das “metáforas animais” apresentados e os insights dos cuidadores sobre seus comportamentos e sentimentos. Será realizada uma revisão sistemática da literatura associada à estatística descritiva e para a análise das entrevistas será realizada também estatística descritiva e análise do discurso envolvendo as fases de codificação, análise da função e da variabilidade do discurso.

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 4.750.417

O protocolo não apresenta problemas de ética nas condutas de pesquisa com seres humanos, nos limites da redação e da metodologia apresentadas.

Data para entrega de Relatório Final ao CEP/UFU: JANEIRO/2022.

* Tolerância máxima de 01 mês para atraso na entrega do relatório final.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1696931.pdf	14/05/2021 13:57:36		Aceito
Outros	DocumentoPendencias.pdf	14/05/2021 09:28:58	CAROLINE POZZOBON FRANCISCO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDetalhado.pdf	14/05/2021 09:28:20	CAROLINE POZZOBON FRANCISCO	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRostoOficial.pdf	31/03/2021 17:18:18	CAROLINE POZZOBON FRANCISCO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEoficial.pdf	30/03/2021 15:55:20	CAROLINE POZZOBON FRANCISCO	Aceito
Outros	LinkCurriculo.docx	18/03/2021 13:53:29	CAROLINE POZZOBON FRANCISCO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TermodeCompromissoEquipeExecutora.pdf	18/03/2021 12:33:51	CAROLINE POZZOBON FRANCISCO	Aceito
Outros	Instrumentosdecoletasdedados.pdf	18/03/2021 12:31:04	CAROLINE POZZOBON FRANCISCO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br

Anexo 2- Entrevista

Entrevista

Você está participando da pesquisa intitulada de “Terapia Familiar Focada na Emoção Para o Treinamento de Cuidadores de Indivíduos com Transtornos Alimentares: Revisão Sistemática e Análise de Entrevistas com Profissionais de Saúde Mental”, sob a responsabilidade dos pesquisadores (Renata F.F. Lopes e Caroline Pozzobon Francisco). Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia). Nesta pesquisa nós estamos buscando investigar como a psicoeducação para cuidadores de indivíduos com Transtornos Alimentares tem sido aplicada segundo o Método Maudsley por profissionais da área da saúde mental.

Email:**Formação:**

- Graduação
- Pós Graduação Lato Sensu
- Pós Graduação Strictu Sensu (Mestrado)
- Pós Graduação Strictu Sensu (Doutorado)

Idade:**Sexo:**

Você é um profissional da área da saúde mental?

- Sim
- Não

Qual é sua área de atuação dentro da saúde mental (psicólogo, enfermeiro, médico,etc.)?

Profissional da saúde mental, qual é a abordagem teórica que fundamenta seu trabalho em Psicologia (Terapia Cognitivo Comportamental, Psicanálise,etc.)?

Por qual meio conheceu o método Maudsley para atuação profissional?

Você realizou formação para o método Maudsley?

- Sim
- Não

Se sim, qual modalidade de formação?

- Online
- Presencial
- Outros

Se você marcou "sim" ou "outros" para a afirmativa anterior, onde realizou a formação e qual a duração?

Você teve dificuldades em encontrar materiais em língua portuguesa sobre o método Maudsley?

- Sim
- Não

Você já utilizou o método Maudsley em tratamentos de Transtorno Alimentar?

- Sim
- Não

Em qual modalidade utilizou o método Maudsley?

- Online
- Presencial

Em qual contexto o método Maudsley foi aplicado?

- Grupo de cuidadores
- Com mais de um cuidadores do paciente
- Com apenas um cuidador do paciente

Quais foram os materiais utilizados para a psicoeducação do cuidador no método Maudsley?

- Slides
- Cartões com desenhos
- Mini Aulas
- Mais de uma alternativa
- Outros
- Não foi aplicado nos cuidadores

Se marcou "outros" na afirmativa anterior, quais foram?

Se marcou "mais de uma alternativa" na afirmativa anterior, quais materiais você utilizou?

Percebeu padrões de enfrentamento, metáforas animais, mais frequentes nos cuidadores de indivíduos com Transtornos Alimentares?

- Sim
- Não
- Não fiz atendimento de cuidadores de filhos com Transtornos Alimentares

Quais metáforas animais mais apareceram no atendimento de cuidadores de filhos com Anorexia Nervosa?

- Canguru
- Água viva
- Avestruz
- Rinoceronte
- Cão Terrier
- Mais de uma opção
- Não fiz atendimento de cuidadores de filhos com Anorexia Nervosa

Se marcou "mais de uma opção" na afirmativa anterior, cite quais:

Quais metáforas animais mais apareceram no atendimento de cuidadores de filhos com Bulimia Nervosa?

- Canguru
- Água viva
- Avestruz

- Rinoceronte
- Cão Terrier
- Mais de uma opção
- Não fiz atendimento de cuidadores de filhos com Bulimia Nervosa

Se marcou "mais de uma opção" na afirmativa anterior, cite quais:

Quais metáforas animais mais apareceram no atendimento de cuidadores de filhos com Transtorno de Compulsão Alimentar?

- Canguru
- Água viva
- Avestruz
- Rinoceronte
- Cão Terrier
- Mais de uma opção
- Não fiz atendimento de cuidadores de filhos com Compulsão Alimentar.

Se marcou "mais de uma opção" na afirmativa anterior, cite quais:

Aprofundamento

Agora vamos pedir que descreva um pouco mais como foi a atuação com o Método Maudsley

Os cuidadores com os quais você trabalhou já haviam feito psicoterapia anteriormente?

Na sua percepção profissional, quais são as limitações com cuidadores em que os filhos estão com o diagnóstico de Transtorno Alimentar?

Foi possível identificar se essas limitações apareciam mais quando os filhos tinham determinado Transtorno Alimentar? Quais eram os Transtornos Alimentares?

Identifique quais Transtornos Alimentares possuíam os filhos dos cuidadores que atendeu e quantas sessões foram realizadas com eles.

Descreva os ganhos e as limitações , na sua percepção,da utilização das metáforas animais na psicoeducação dos pais de filhos(as) com Transtornos Alimentares:

Agradecemos a sua disponibilidade e a participação!

Anexo 3 – Tabela com a revisão de literatura.

Estudo	Objetivo	Transtorno Alimentar	Internação	Índice de desistência	Procedimentos	Instrumentos	Resultados/Concl usões	Follow Up
Toubøl, A., Koch-Christensen, H., Bruun, P., & Nielsen, D. S. (2019). <i>Parenting skills after participation in skills-based training inspired by the New Maudsley Method: a qualitative study in an outpatient eating disorder setting. Scandinavian Journal of Caring Sciences.</i> doi:10.1111/scs.12694	Examinar a percepção dos pais de pessoas com transtornos alimentares sobre suas novas habilidades depois do treinamento com o método Maudsley	De acordo com o trabalho os filhos dos participantes precisavam ter o diagnóstico de algum Transtorno Alimentar, sem critério de exclusão ou determinação de qual transtorno.	Não consta:os participantes foram pais de pacientes com diagnóstico de Transtornos alimentares inscritos no ambulatório de atendimento Psiquiátrico de crianças e adolescentes.	A amostra manteve-se completa durante a coleta de dados antes e depois dos workshops. No follow up houve uma taxa de 66% de desistência.	Realização de sete workshops, com duração de 2,5 horas cada, de treinamento de habilidades para pais, com base nas metáforas animais do Método Maudsley conduzidos por uma enfermeira especializada. Depois da realização do sétimo workshop foi feita uma entrevista por meio de grupo focal com os pais, com duração aproximada de uma hora com um mediador neutro de guia e a enfermeira que conduziu os workshops como observadora, para coletar as percepções dos pais acerca das experiências e das habilidades aprendidas. Uma segunda entrevista por meio de grupos focais, com esses mesmos pais, foi realizada depois do oitavo workshop, que aconteceu três meses depois do sétimo, como mecanismo de	Sete workshops de treinamento, ao uma entrevista através de grupo focal depois do sétimo workshop(dois grupos focais). Um workshop depois de três meses do sétimo, e mais uma entrevista em formato de grupo focal (novamente, dois grupos)	Através dos dados coletados nos grupos focais, os pesquisadores agruparam três categorias principais oriundas desses dados: 1- Os pais conseguiram ser capazes de “Afastar-se da própria reação para visualizar o quanto está envolvido com o transtorno”. 2- “Compreensão de que o transtorno alimentar é um momento para a mudança no relacionamento de pais e filhas” 3-“coragem para encontrar novas formas de enfrentarem a paternidade/maternidade. Essas três categorias foram as destacadas entre a primeira e segunda entrevista	Acompanhamento com um workshop depois de três meses da realização do sétimo, e uma nova entrevista por meio de grupo focal com os pais que participaram desse oitavo workshop.

					acompanhamento da pesquisa.		via grupo focal com os pais.	
Agras, W. S., Lock, J., Brandt, H., Bryson, S. W., Dodge, E., Halmi, K. A., ... Woodside, B. (2014). <i>Comparison of 2 Family Therapies for Adolescent Anorexia Nervosa</i> . <i>JAMA Psychiatry</i> , 71(11), 1279. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.1025	Comparar a Terapia de Base Familiar com terapia familiar sistêmica (SyFT) para o tratamento de Anorexia Nervosa no início da adolescência em um estudo que acompanhou os participantes de 2005 até 2012	Adolescentes com Anorexia Nervosa diagnosticada com base no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais IV.	Os jovens com diagnóstico de Anorexia Nervosa estavam em tratamento ambulatorial	O estudo descreve que 3 jovens da amostra não concluíram todas as etapas e 26% dos participantes se retiraram do FBT (n = 20) e 25% (n = 20) retirou-se da SyFT. As principais razões para as desistências foram a insatisfação com o tratamento e dificuldades de transporte.	Para a aplicação tanto da FBT no grupo 1 quanto da SyFT no grupo 2 foram realizadas por terapeutas com no mínimo seis anos de experiência no tratamento de Anorexia, com título de mestres ou doutores na área de psicologia, psiquiatria ou assistência social. Com base nos manuais já existentes, esses terapeutas conduziram 16 sessões com uma hora de duração uma hora, durante 9 meses. As entrevistas e coleta de dados foram feitas com os cuidadores e com os jovens também. As avaliações foram aplicadas ao final do tratamento, e nos momentos posteriores de follow up.	Para avaliar possíveis transtornos mentais nos jovens participantes, foi utilizada a The Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (uma entrevista estruturada). Também foram feitas entrevistas com pais e filhos, separadamente para coleta de dados. Outros instrumentos usados na avaliação foram: o <i>Eating Disorder Examination (EDE)</i> ; Inventário Beck de depressão; Inventário de traço e estado de ansiedade; <i>Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale</i> ; Escala de autoestima de Rosenberg; <i>The Yale-Brown-Cornell Eating disorder scale</i> e o <i>Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire</i>	Na avaliação dos jovens acerca da adequação do tratamento no final da sessão, em uma escala de 0 a 10, não houve diferença significativa entre os dois tratamentos comparados. Entre a Terapia de Base Familiar (TBF) e a Terapia Familiar sistêmica (TFS) não houve diferenças estatisticamente significativas para o ganho de peso ideal no final do tratamento (na TBF o ganho de peso ideal ficou em 92,1%, e na TFS 91,1%). A diferença relevante observada foi que na TBF os jovens ganharam peso significativamente mais rápido, nas primeiras 8 semanas. As taxas de remissão para a TBF foram 33,1% no fim do tratamento e 40,7% no acompanhamento	Dois acompanhamentos foram realizados: um seis meses após o final da pesquisa, e outro um ano depois. Ambos usaram os instrumentos mencionados na coluna anterior desta tabela.

							12 meses depois, para a TFS essas porcentagens foram respectivamente 25,3% para o final do tratamento e 39% no acompanhamento.	
Stephen Linacre, Jessica Green, Vishal Sharma, (2016) "A pilot study with adaptations to the Maudsley Method approach on workshops for carers of people with eating disorders", Mental Health Review Journal, Vol. 21 Issue: 4, pp.295-307, doi: 10.1108/MHRJ-05-2016-0010	(1) Verificar mudanças no estress e na percepção de sobrecarga posterior as oficinas e (2) compreender a opinião deles sobre as oficinas	Da amostra de 10 cuidadores foram observados pelos relatos que seis dos filhos da amostra possuíam o diagnóstico de Anorexia Nervosa e três de Bulimia Nervosa.	Os filhos dos cuidadores não estavam internados durante a aplicação da pesquisa, mas consta que três filhos possuíam histórico de internação devido ao transtorno alimentar.	Os 10 participantes participaram do início ao fim das intervenções e avaliações da pesquisa.	Uma pré avaliação foi realizada com os 10 cuidadores antes da realização de sete sessões de treinamento (workshop) semanal com eles, onde receberam o livro "Skills based learning for carering for a loved one . depois das setes sessões concluídas eles foram submetidos as mesmas avaliações, com instrumentos, do início e um questionário para avaliarem as sessões de workshop.	Os instrumentos utilizados antes e depois dos workshops foram : <i>Caregiver Information Questionnaire (CIQ)</i> ; <i>The 36-item Short-Form Health Survey (SF-36)</i> ; <i>Experience of Caregiving Inventory (ECI)</i> . Exclusivamente depois dos workshops foi aplicado um questionário de avaliação do próprio workshop, com duas questões para análise quantitativa através de escala Likert e uma questão aberta para avaliação qualitativa.	As estatísticas descritivas mostram que, em geral, as pontuações dos cuidadores melhoraram ao longo do workshop: As comparações estatísticas revelaram que para as subescalas negativas que avaliam a experiência de estigma (p = 0,04), dependência (p = 0,01) e perda (p = 0,01), as pontuações dos cuidadores diminuíram significativamente entre antes da sessão 1 e após a sessão 7. As pontuações dos cuidadores no SF-36, pré e pós workshops usando testes t independentes não foram significativas	Não Consta

Johnston, J. A. Y., O'Gara, J. S. X., Koman, S. L., Baker, C. W., & Anderson, D. A. (2015). <i>A Pilot Study of Maudsley Family Therapy With Group Dialectical Behavior Therapy Skills Training in an Intensive Outpatient Program for Adolescent Eating Disorders</i> . <i>Journal of Clinical Psychology</i> , 71(6), 527–543. doi:10.1002/jclp.22176	Fornecer dados piloto preliminares sobre os resultados de um paciente ambulatorial intensivo em um programa de terapia para adolescentes e famílias combinando o método Maudsley ao tratamento de transtornos alimentares e ao tratamento de habilidades de terapia comportamental dialética em grupo.	Os diagnósticos de Transtorno alimentar neste estudo estavam em acordo com a quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Os filhos dos cuidadores da pesquisa possuíam a seguinte porcentagem em diagnóstico: 33% da amostra Anorexia Nervosa; 12% Bulimia	Os participantes que precisam ser encaminhados para internação requeriam maior cuidado e atenção do que a proposta de intervenção da pesquisa poderia oferecer, por isso a amostra contabilizada foi de jovens não internados. Os participantes estavam ou em fase de pré-tratamento ambulatorial ou em fase posterior ao	Dos 51 jovens da amostra, 29% não finalizaram o estudo. Os 71% que participou de forma completa foram incluídos nas análises de follow-up.	Uma avaliação pré e pós as 8 semanas do programa de intervenção foi realizada com os instrumentos citados na próxima coluna. A intervenção descrita no estudo entre as avaliações consiste em um programa de 7 a 8 semanas em que os cuidadores frequentam presencialmente três noites por semana (3 a 4 horas) e os jovens eis vezes por semana. Cada família se reúne com um terapeuta para instruções e checagem de progressos, participam de refeições familiares monitoradas para treinamento controlado e também participam com os filhos de do grupo multifamiliar. Os jovens participam das refeições	Os participantes foram avaliados através de medidas fisiológicas e psicológicas. Como o estudo se insere em um tratamento ambulatorial, alguns fatores eram cruciais para a recuperação como o ganho de peso, o índice de massa corporal e a checagem da menstruação (a amostra era composta por 51 jovens do sexo feminino.) Como instrumento de avaliação psicológica foi utilizado o EDE-Q Eating Disorder Examination – Questionnaire, um instrumento derivado do EDE Eating Disorder Examination	O índice de massa corporal (IMC) médio dos participantes (n = 36) antes do início do tratamento era de 17,58 kg / m ² (DP = 2,15kg / m ²). Esses participantes pesavam em média 88,64% (DP = 9,34%) de seu IMC estimado. O peso médio ganho durante o programa para todos os adolescentes foi de 2,28 kg (DP = 2,15 kg), atingindo 93,47% (SD = 8,22%) de seu IMC. Ou seja, a mudança no IMC desde a admissão até o final foi estatisticamente significativa, t (35) = 6,61, p <0,001. As pontuações EDE-Q	Os pais foram contatados 3 meses, 6 meses e 1 ano após a alta, já os jovens receberam um EDE-Q pelo correio 6 meses e 1 ano após a alta. O número de participantes que participaram foram diminuindo em cada episódio de reavaliação.

		Nervosa e 55% Transtorno Alimentar não especificado.	fim do tratamento.		com os pais e do grupo multifamiliar, e também recebem treinamentos das habilidades desenvolvidas pela Terapia Comportamental dialética. Para o estudo, três profissionais treinados em Terapia de Base Familiar e Terapia Comportamental dialética conduzem o programa e realizam supervisões em grupo até o final.		globais pós-tratamento (M = 2,11, SD = 1,49) diminuíram significativamente desde a admissão, $t(30) = 3,63$, $p = 0,001$. A frequência média de comportamentos de compulsão alimentar para todos os participantes na admissão foi entre 0 e 5 dias no último mês. A frequência geral de comportamentos de compulsão alimentar diminuiu ao longo do tratamento, mas ao contrário do que se esperava, a diferença entre as avaliações pré e pós-tratamento de comportamentos purgativos ou comportamentos compulsivos não foram significativos.	
Le Grange, D., Hughes, E. K., Court, A., Yeo, M.,	Comparar a relatividade da eficácia do	Jovens com Anorexia Nervosa,	Pacientes em condição de tratamento	84,9% da amostra completou o	Entrevistas foram concluídas com adolescentes e no início	Além de avaliarem peso, altura e variáveis demográficas, foram	Um dos pontos analisados entre os dois tratamentos	Acompanhamento depois de 6 e depois de 12

<p>Crosby, R. D., & Sawyer, S. M. (2016). <i>Randomized Clinical Trial of Parent-Focused Treatment and Family-Based Treatment for Adolescent Anorexia Nervosa</i>. <i>Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry</i>, 55(8), 683–692. doi: 10.1016/j.jaac.2016.05.007</p>	<p>Tratamento Focado nos pais (TFP) e da Terapia de Base Familiar (TBF) através de um estudo clínico randomizado com adolescentes diagnosticados com anorexia nervosa. Com a hipótese inicial que a TFP seria mais eficaz do que TBF, conforme indicado por mais participantes que alcançaram a remissão no fim do tratamento. Outro objetivo foi investigar os benefícios potenciais desses dois tratamentos para diferentes grupos de pacientes.</p>	<p>sendo o diagnóstico baseado na quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatísticos de Transtornos mentais (DSM IV). O DSM V foi lançado antecipadamente no meio do período em que essa pesquisa foi realizada.</p>	<p>ambulatorial para Anorexia. Alguns pacientes que estavam internados e foram encaminhados no início do estudo para tratamento ambulatorial precisaram passar por uma avaliação para serem incluídos ou não no processo. Durante a pesquisa os jovens receberam acompanhamento médico e, quando observada a necessidade de internação esse jovem era encaminhado para o tratamento adequado e retirado do estudo</p>	<p>tratamento</p>	<p>da pesquisa (antes da intervenção), ao final da intervenção, e às 6 e 12 meses de pós-tratamento. Os questionários foram preenchidos bissemanalmente durante os primeiros 3 meses de tratamento. Avaliadores independentes e formados, não envolvidos em entrega do tratamento, conduziram todas as avaliações.</p> <p>Este estudo randomizou, em um único local, 107 participantes para TBF ou TFP. O corpo de terapeutas para a aplicação das intervenções foi formado por 5 psicólogos e 3 assistentes sociais, todos com experiência no tratamento de Anorexia em adolescentes, e foram submetidos a um workshop de formação inicial de 2 dias, onde precisaram trabalhar pelo menos um participante piloto com TBF e TFP antes de serem atribuídos participantes aleatorizados para ambos tratamentos. Três enfermeiros registrados foram responsáveis pelas</p>	<p>utilizadas as seguintes medidas para explorar potenciais preditores e moderadores de resultados: Eating Disorder Examination EDE, Inventário de Depressão Infantil (CDI), Escala de Auto-Estima de Rosenberg (RSES), Escala Yale-Brown de Obsessões e Compulsões versão infantil (CY-BOCS), Yale-Brown-Cornell Eating Disorder Scale (YBC-EDS), Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents (MINI-Kid), Symptom Checklist-90- Revised (SCL-90-R), Five Minute Speech Sample (FMSS), Therapy Suitability and Patient Expectancy (TSPE), Helping Relationship Questionnaire (HRQ), Parents Versus Anorexia (PVA), Positive and Negative Affect Scale-Expanded (PANAS-X), Borderline Personality Questionnaire (BPQ), and the Family Environment Scale</p>	<p>foram as taxas de remissão no fim da intervenção; e elas foram significativamente mais elevadas para TFP (43,1%) do que para TBF (21,8%). Diferenças nas taxas de remissão aos 6 meses de acompanhamento também foram mais elevadas para TFP (39,2%) do que para TBF (21,8%), mas essa diferença não se enquadra em significância estatística. Não houve diferenças nas taxas de remissão entre TFP (37%) e TBF (29%) no acompanhamento de 12 meses</p> <p>Os participantes com distúrbios psicopatológicos alimentares mais graves (ou seja, score elevado no EDE) obtiveram bons resultados em ambos os tratamentos, enquanto aqueles com mais sintomas obsessivos e compulsivos</p>	<p>meses da finalização da intervenção, através dos mesmos instrumentos utilizados no início e do fim do processo.</p>
---	--	--	---	-------------------	--	---	---	--

				<p>sessões de TFP de adolescentes. O cenário do estudo foi um programa especializado em desordens alimentares pediátricas dentro de um hospital público terciário.</p> <p>No tratamento com a TBF o trabalho foi desenvolvido através de três fases, com a primeira fase (sessões 1-12) exclusivamente centrada em apoiar os pais nos seus esforços para ajudar a sua prole a ganhar peso. A segunda sessão é uma refeição familiar ao vivo. A fase 2 (sessões 13-16) visa a transição do controle sobre a alimentação para o adolescente de uma forma apropriada ao desenvolvimento. A Fase 3 (sessões 17-18) é breve e introduz as tarefas de desenvolvimento dos adolescentes, uma vez que os sintomas de transtornos alimentares diminuíram em grande parte. O terapeuta primário pesa o doente no início de cada sessão (10 minutos) antes de ter o resto da família junta-se durante o resto da</p>	(FES).	<p>relacionadas com distúrbios alimentares e compulsões (YBC-EDS elevado) obtiveram melhor desempenho na TBF. No acompanhamento de 6 meses, os adolescentes com maior expectativa de sucesso de tratamento (ou seja, TSPE elevado) tiveram taxas de remissão mais elevadas em TFP do que aqueles submetidos à TBF, enquanto não houve diferença na remissão entre tratamentos para adolescentes com menor expectativa de tratamento. Participantes com uma a duração curta do transtorno obtiveram melhores resultados aos 12 meses de acompanhamento na TBF, enquanto que aqueles com uma duração maior do transtorno obtiveram melhores resultados com a TFP.</p>	
--	--	--	--	---	--------	---	--

					<p>sessão (50 minutos).</p> <p>Na intervenção através da TFP o adolescente assistiu a uma breve sessão com a enfermeira (15 minutos) antes da sessão dos seus pais com o terapeuta. A enfermeira faz verificação do peso do adolescente, partilha esta informação com ele, avalia a estabilidade médica, e fornece um breve aconselhamento de apoio. A enfermeira comunica o peso e qualquer outra informação pertinente ao terapeuta, que depois realiza uma sessão com os pais durante 50 minutos. O foco e o conteúdo das sessões dos pais são os mesmos que na FBT. No entanto, estas sessões são conduzidas sem qualquer interação com o adolescente ou os seus irmãos. O único contato direto entre o terapeuta e o adolescente é na primeira sessão, quando o terapeuta se apresenta brevemente, e no final da sessão final, quando o terapeuta se despede da família. Não há nenhuma sessão de refeições</p>			
--	--	--	--	--	--	--	--	--

					familiares no TFP.			
Girz, L., Lafrance Robinson, A., Foroughe, M., Jasper, K., & Boachie, A. (2012). <i>Adapting family-based therapy to a day hospital programme for adolescents with eating disorders: preliminary outcomes and trajectories of change. Journal of Family Therapy, 35, 102–120.</i> doi:10.1111/j.1467-6427.2012.00618.x	Conduzir uma avaliação preliminar dos dados obtidos dos pais e dos adolescentes na intervenção com a TBF através do programa “dia no hospital”, e explorar as trajetórias de mudanças também dos pais e adolescentes.	Os transtornos alimentares diagnosticados entre os jovens incluíam: anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno alimentar não especificado.	Apenas pacientes ambulatoriais.	A amostra incluída para análise de dados foi exclusivamente aquela que completou todas as fases, incluindo a de acompanhamento.	Foram avaliados os sintomas dos transtornos alimentares, o impacto deles sobre os pais e a autoeficácia dos cuidadores em três momentos: antes da intervenção, três meses depois e 6 meses depois. O programa utiliza uma abordagem multidisciplinar que inclui medicina, psiquiatria, psicologia, nutrição, assistência social e educacional, os jovens passam o dia no hospital de segunda a sexta e recebem toda essa assistência multiprofissional, sendo que a TBF é o centro teórico do programa. Cada adolescente e os seus pais encontram-se com o terapeuta familiar uma vez por semana para resolver as dificuldades relacionadas com os sintomas do Transtorno Alimentar, todos os adolescentes e os seus pais encontram-se em um grupo com outras famílias uma noite	A sintomatologia do transtorno alimentar foi avaliada utilizando o Eating Disorder Inventory 3 (EDI-3) que possui sub escalas que avaliam auto-estima, insegurança, perfeccionismo e desregulação emocional, para a avaliação da ansiedade foi utilizada a Escala Multidimensional de Ansiedade para crianças; Inventário de Depressão Infantil (CDI) para avaliação da depressão. Outros instrumentos presentes nessa pesquisa: Escala Parents Versus Anorexia (PVA), e a Eating Disorders Symptom Impact Scale (EDSIS) para avaliar os impactos do TA dos filhos nos cuidadores.	As pontuações do Inventário de Depressão Infantil (CDI) decaíram ao longo de todas as avaliações (incluindo as de follow up), o que representa a diminuição sintomatológica deste constructo. O mesmo aconteceu na avaliação da ansiedade através da MASC. Através do EDI 3 (em português, a terceira edição do Inventário de Transtornos Alimentares) foi possível observar que todas as subescalas no instrumento decresceram nas pontuações ao longo das avaliações, com exceção da subescala que avalia o receio do crescimento ou medo da maturidade. Os principais efeitos para o PvA mostraram que a	Acompanhamento de 3 e 6 meses posterior ao fim do programa

				<p>por semana. Este grupo inclui uma hora atividades conjuntas com os adolescentes e os pais, seguida de 1 hora de recreação para os adolescentes enquanto os seus pais participam do grupo de apoio facilitado por um terapeuta de família.</p>		<p>pontuação por conhecimento, solução, estratégia, resistência e responsabilidade aumentaram significativamente ao longo do tempo. Não foram observadas diferenças significativas dessas pontuações ao compará-las entre pais e mães ao longo do tempo, mas a pontuação global de conhecimento e responsabilidade eram mais elevados para as mães do que para os pais ($P = 0,034$ e $P = 0,027$, respectivamente). As pontuações do EDSIS para as subescalas de nutrição e comportamento desregulado diminuiu significativamente ao longo do tempo ($P < 0,001$ e $P = 0,038$, respectivamente). As comparações indicaram que as pontuações da subescala de nutricional diminuiu</p>
--	--	--	--	--	--	---

							entre 3 e 6 meses de follow up, já as pontuações de isolamento social aumentaram entre a avaliação e 3 meses e diminuiu entre 3 e 6 meses, mas não houve essa diferença entre a avaliação e 6 meses de follow up. Pontuação do comportamento desregulado.	
Couturier, J., Kimber, M., & Szatmari, P. (2012). <i>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.</i> doi:10.1002/eat.22042	Revisar sistematicamente e avaliar/comparar de forma quantitativa a eficácia de do tratamento baseado na família (TBF) com tratamento individual de adolescentes com transtornos alimentares.	Foi critério de inclusão do estudo, apenas amostras de jovens com Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa ou Transtorno Alimentar não especificado (com base no DSM IV)	Não identificado como critério de inclusão ou exclusão para a seleção e análise dos estudos.	Vários estudos foram excluídos a partir da análise, pois eles eram de acompanhamento de longo prazo ou não preenchiam os critérios de inclusão estabelecidos.	Os pesquisadores utilizaram três métodos na busca por estudos que comparassem a eficácia da Terapia de Base Familiar (TBF) com o tratamento individual de adolescentes com transtornos alimentares. (1) Revisão a, até então, única revisão sistemática e meta-análise da instituição Cochrane sobre o uso de intervenções familiares em indivíduos com Anorexia Nervosa. (2) Pesquisa bibliográfica no banco de dados MEDLINE, com os seguintes descritores: “family therapy AND Anorexia	Para a meta-análise um computador foi usado para rodar o programa RevMan versão 5 para Windows de acordo com o revisor Cochrane manual.13 Dado que o resultado de juro, remissão, é uma variável binária, uma “razão de chances” (<i>odds ratio</i>) foi usada para compilar resultados. Um teste de heterogeneidade também foi realizado em a fim de examinar e combinar os resultados nos diferentes estudos. Os dados foram analisados no final do tratamento e separadamente no acompanhamento de 6-	Quando combinados em uma meta-análise, os dados indicaram que o FBT não foi significativamente diferente do tratamento individual ($z = 1,62$, $p = 0,11$). No entanto, quando os dados de acompanhamento de 6 a 12 meses foram analisados, FBT foi superior ao tratamento individual ($z = 2,94$, $p = 0,003$).	A presença de estudos com follow-up de 6 a 12 meses foi fundamental para a visualização da eficácia da Terapia de Base Familiar a longo prazo.

					<p>Nervosa” e “Family therapy AND Bulimia Nervosa”.</p> <p>(3) Busca de ensaios controlados e outros nas bases de dados Cochrane e Meta Register of Controlled Testes.</p>	<p>12 meses (usando os dados de acompanhamento de 12 meses, se disponíveis, ou 6 meses se os dados de 12 meses não estiverem disponíveis). Uma análise de intenção de tratar foi usada, de modo que se os participantes foram randomizados, eles foram incluídos no denominador da proporção em remissão. Uma análise de subgrupo foi realizada para examinar as categorias de diagnóstico de Anorexia e Bulimia separadamente. A significância foi fixada em $p \leq 0,05$.</p>		
<p>Robinson, A. L., Strahan, E., Girz, L., Wilson, A., & Boachie, A. (2012). <i>“I Know I Can Help You”</i>: Parental Self-efficacy Predicts Adolescent Outcomes in Family-based Therapy for Eating Disorders. <i>European Eating</i></p>	<p>Examinar os resultados dos pais e adolescentes em resposta ao tratamento com TBF e para determinar se aumenta a autoeficácia dos pais prediz a redução dos sintomas de humor</p>	<p>Anorexia nervosa; Transtorno Alimentar Não especificado (com subtipo purgativo e restritivo)</p>	<p>Pacientes em tratamento ambulatorial.</p>		<p>O estudo foi conduzido no programada de Transtornos Alimentares, em um hospital regional em Ontário, Canadá. Como parte do tratamento a família se reunia regularmente com o terapeuta. No início do tratamento, a terapeuta enfatizou a gravidade do transtorno e conscientizou sobre as consequências de</p>	<p>(1) Instrumentos aplicados nos adolescentes: Eating Disorder Inventory (EDI-3: principalmente as subescalas de Impulso pela Magreza e Insatisfação Corporal); Escala de Ansiedade Multidimensional para crianças (MASC); Inventário de Depressão Infantil</p>	<p>Através da ANOVA de medidas repetidas com os pais (mãe vs. pai) e tempo (Tempo 0, Tempo 1, Tempo 2) ambos como fatores internos aos sujeitos e pontuação na escala PvA como dependentes variável foi detectado um efeito temporal significativo, $F(2, 38) = 48,06, p =$</p>	<p>Follow up com os pais 3 e com 6 meses pós término do tratamento.</p>

<p><i>Disorders Review, 21(2), 108–114. doi:10.1002/erv.2180</i></p>	<p>deprimido e sintomas de ansiedade em adolescentes com Transtornos Alimentares.</p>				<p>comportamentos alimentares desordenados. Os pais eram então encorajados a realimentar seu adolescente, fornecendo refeições regulares, lanches e para interromper comportamentos como purga assim que possível para que os efeitos na saúde pudessem ser revertidos. Foi deixado aos pais decidirem a melhor forma de realimentar seu filho e prevenir os comportamentos disfuncionais dos transtornos alimentares. De semana em semana, terapeutas comemoraram sucessos e apoiaram os pais quando confrontados com desafios em um esforço para apoiar o desenvolvimento de autoeficácia em relação à recuperação.</p>	<p>(CDI); (2) Aplicados nos pais: : Escala Parents Versus Anorexia (PVA),</p>	<p>.0001, e revelou que tanto as mães como os pais melhoraram a sua auto-eficácia ao longo do tempo. As análises revelaram que o aumento da auto-eficácia dos pais de T0 para T1 previu uma diminuição nos sintomas do TA das adolescentes em T1, enquanto que o aumento da auto-eficácia nas mães de T0 a T2 previu uma diminuição dos sintomas do TA dos adolescentes no T2. Com a análise do MASC obteve-se que o aumento da auto-eficácia dos pais de T0 para T1 mostrou uma diminuição da ansiedade dos adolescentes em T1 e que o aumento da auto-eficácia das mães não estava relacionado com a ansiedade adolescente em nenhum dos períodos.</p> <p>Através da análise do CDI foi possível observar que o</p>	
--	---	--	--	--	---	---	---	--

							aumento da auto-eficácia dos pais de T0 para T1 gerou uma diminuição dos sintomas de humor deprimido dos adolescentes em T1, enquanto o aumento da auto-eficácia das mães de T0 para T2 gerou uma diminuição nos sintomas de humor depressivo dos adolescentes no T2.	
Moskovich, A. A., Timko, C. A., Honeycutt, L. K., Zucker, N. L., & Merwin, R. M. (2016). <i>Change in expressed emotion and treatment outcome in adolescent anorexia nervosa. Eating Disorders, 25(1), 80–91.</i> doi:10.1080/10640266.2016.1255111	Testar se a mudança na forma da Expressão Emocional dos cuidadores, da linha de base para fim do tratamento previa a gravidade dos sintomas de Anorexia nervosa no fim do tratamento entre	Anorexia Nervosa (de acordo com o DSM IV)			Utilização de de um tratamento , ASFT em inglês, originado da Terapia de Base Familiar (Método Maudsley) e unido a terapia de Aceitação e Compromisso. Duração de 6 meses com 20 sessões de terapia, majoritariamente ocorrendo de forma semanal.	Houve avaliação de recuperação, através do peso, os adolescentes participantes responderam ao <i>Eating Disorder Examination</i> (EDE). Family Questionnaire (FQ) para a avaliação do ponto principal do estudo, avaliar a expressão emocional dos pais.	O teste t de amostras pareadas comparando o CC (comunicação crítica) materno na linha de base (M = 21,36, SD = 5,45; 40% de CC elevado) e fim do tratamento (M = 22,26, SD = 6,50; 41% elevado CC) não foi significativo, $t(26) = 0,36$, $p = .719$, 95% CI [-1,38, 1,97], $d = 0.08$. O teste t de amostras pareadas comparando EOI (envolvimento emocional	Ocorreram dois momentos de follow up.

	adolescentes que participaram no tratamento familiar.						<p>excessivo) materno na linha de base (M = 27,13, SD = 5,25; EOI elevado de 59%) e fim do tratamento (M = 24,67,SD = 5,34; 44% EOI elevado) era significativo, $t(25) = 2,54$, $p = .018$, 95% CI[0,40, 3,90], $d = 0,50$, indicando que o EOI materno diminuiu significativamente durante o curso do tratamento.</p> <p>O teste t de amostras emparelhadas comparando o CC paterno na linha de base também não foi significativo. Enquanto o teste t de amostras emparelhadas comparando EOI paterno na linha de base (M = 26,37, SD = 4,55; 45% EOI elevado) e fim do tratamento (M = 22,23, SD = 6,07; 23% EOI elevado) foi significativo, $t(20) = 4,28$, $p < .001$, CI: [2,42-7,01], $d = 0,96$ indicando que a EOI paterna diminuiu</p>	
--	---	--	--	--	--	--	--	--

							significativamente durante o curso do tratamento.	
Lafrance Robinson, A., Dolhanty, J., Stillar, A., Henderson, K., & Mayman, S. (2014). <i>Emotion-Focused Family Therapy for Eating Disorders Across the Lifespan: A Pilot Study of a 2-Day Transdiagnostic Intervention for Parents. Clinical Psychology & Psychotherapy, 23(1), 14–23.</i> doi:10.1002/cpp.1933	Examinar a viabilidade e os resultados preliminares de uma intervenção utilizando a Terapia Familiar Focada na Emoção com duração de 2 dias com pais de pacientes com Transtornos Alimentares. As hipóteses com esse objetivo são o que os pais que completarem a intervenção irão relatar (1) melhorias em autoeficácia no que diz respeito a apoiar a recuperação de seus transtornos alimentares infantis, (2) uma mudança positiva em suas atitudes em relação ao seu papel como treinador	Não consta	Os cuidadores que participaram do estudo estavam com os filhos em fase de recuperação do Transtorno Alimentar ou na lista para começarem o tratamento. As famílias foram recrutadas em um programa especializado no tratamento de transtornos alimentares.	Não consta	Uma avaliação pré-treinamento foi realizada com os instrumentos da coluna seguinte (com exceção do End of group questionnaie). Em seguida dois dias de treinamentos foram realizados separados por 3 blocos (1-Tornando-se um treinador na recuperação;2-Tornando-se um treinador para as emoções e ,3-Trabalhando com bloqueios emocionais). Depois do treinamento uma nova avaliação foi realizada, agora com todos os instrumentos da coluna seguinte.	Depois dos treinamentos ao longo dos dois dias de aplicação, os instrumentos utilizados para examinar os resultados do treinamento foram: <i>Parents versus Anorexia Scale; Parents Beliefs about children's emotions-questionnaire; Parents Traps Scale; End of group questionnaire</i> (esse foi desenvolvido para para medir três fatores: mudança real dos pais; a intenção deles para mudar, ou seja, sua intenção de se envolver de forma diferente na recuperação da criança após a intervenção; e a satisfação com a intervenção.)	As análises revelaram um aumento significativo na autoeficácia dos pais, um resultado positivo de mudança nas atitudes deles em relação ao seu papel como treinadores emocionais e uma redução dos medos associados com seu envolvimento no tratamento, incluindo uma diminuição da autocolpa. Na avaliação da <i>Parents versus Anorexia Scale</i> houve uma diferença significativa entre a avaliação pré e pós treinamento, a média pré treinamento foi 18,56 e pós 26,06. Sobre a avaliação final dos pais acerca do treinamento,80% da amostra "fortemente	Não disponível

	emocional de seu filho, e (3) uma diminuição nos medos relacionados ao seu envolvimento em seus recuperação da criança. Satisfação e intenções em relação à habilidade a implementação também será explorada.						concordou "ou" concordou "que esta intervenção abordou suas necessidades únicas da família.	
Erin J. Strahan, Amanda Stillar, Natasha Files, Patricia Nash, Jennifer Scarborough, Laura Connors, Joanne Gusella, Katherine Henderson, Shari Mayman, Patricia Marchand, Emily S. Orr, Joanne Dolhanty & Adèle Lafrance (2017): Increasing parental self-efficacy with emotion-focused family therapy for eating disorders: a process model, <i>Person-Centered & Experiential Psychotherapies</i> , DOI: 10.1080/14779757.2017.1330703	O objetivo do estudo atual foi testar o modelo de processo de 3 etapas da Terapia Familiar Focada na Emoção (TFFE) para pontos de intervenção dos pais, seus medos acerca da doença dos filhos e a auto culpa, todos itens de interferência na percepção de autoeficácia desses	Não Consta	Não especifica, descreve que todos os jovens possuíam sintomas dos transtornos alimentares de forma geral.	Os jovens estavam em tratamento/acompanhamento, mas não internados.	Uma intervenção de grupo TFFE manualizada de 2 dias foi entregue aos pais de adolescentes e filhos adultos com transtorno alimentar. Esta intervenção transdiagnóstica foi administrada em oito locais em todo o Canadá em vários ambientes de tratamento (hospital, saúde mental comunitária e prática privada).As intervenções foram realizadas por médicos que receberam um	Os instrumentos utilizados para a avaliação foram <i>Parents versus Anorexia Scale</i> ; <i>Carer fear scale</i> ; <i>Care self-blame scale</i> ; e um questão aberta para análise qualitativa da intenção de mudança de comportamento;	Para testar a hipótese de que os cuidadores iriam aumentar a autoeficácia ao longo da intervenção os pesquisadores conduziram um teste t de amostras emparelhadas comparando a autoeficácia dos pais em Tempo 0 e Tempo 1. Este teste revelou um efeito significativo para o tempo, $t(118) = -16,30$, $p = 0,0001$. Os pais mostraram um grande aumento	Não disponível

	cuidadores.				<p>mínimo de 4 dias de treinamento TFFE, bem como supervisão específica para a entrega manualizada do grupo. Assim sendo, a intervenção incluiu três domínios de tratamento, (1) treinamento de recuperação via recife e interrupção dos sintomas; (2) treinamento emocional e reparo de relacionamento; e (3) processar bloqueios emocionais que surgiram dentro dos domínios mencionados. Foram preenchidos questionários pelos pais antes do treinamento e em seguida eles foram submetidos a alguns instrumentos para mensurar os pontos de objetivo do estudo.</p>		<p>na autoeficácia ao longo da intervenção. O mesmo aconteceu sobre a auto culpa e o medo, os pesquisadores encontraram queda significativa de ambos ao longo da intervenção.</p>	
--	-------------	--	--	--	---	--	---	--