

RESSALVA

Atendendo solicitação da autora, o texto completo desta dissertação será disponibilizado somente a partir de 22/05/2022.

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUISTA FILHO”

FACULDADE DE CIÊNCIAS DE BAURU

Programa de Pós-graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem

Heloisa Aguetoni Cambuí

**A RELAÇÃO DE CUIDADO E SEUS SIGNIFICADOS PARA ADOLESCENTE COM
TRANSTORNO ALIMENTAR E SEUS PAIS: UM ESTUDO DE CASO À LUZ DA
PSICANÁLISE WINNICOTTIANA**

Bauru - SP

2020

Heloisa Aguetoni Cambuí

**A RELAÇÃO DE CUIDADO E SEUS SIGNIFICADOS PARA ADOLESCENTE COM
TRANSTORNO ALIMENTAR E SEUS PAIS: UM ESTUDO DE CASO À LUZ DA
PSICANÁLISE WINNICOTTIANA**

Tese apresentada como requisito à obtenção do título de Doutora à Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Faculdade de Ciências de Bauru - Programa de Pós-graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem, área de concentração: Desenvolvimento: Comportamento e Saúde, sob a orientação da Prof^a. Adjunta Carmen Maria Bueno Neme.

Bauru - SP

2020

CambuÍ, Heloisa Aguetoni.

A relaçaõ de cuidado e seus significados para adolescente com transtorno alimentar e seus pais: um estudo de caso à luz da psicanálise winnicottiana/ Heloisa Aguetoni CambuÍ. Bauru, 2020

433 f.

Orientadora: Carmen Maria Bueno Neme

Tese (Doutorado)-Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências, Bauru, 2020

1. Transtornos da alimentação. 2. Cuidado parental. 3. Adolescente. 4. Psicanálise. 5. Winnicott. II. Título.

ATA DA DEFESA PÚBLICA DA TESE DE DOUTORADO DE HELOÍSA AGUETONI CAMBUÍ, DISCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO E APRENDIZAGEM, DA FACULDADE DE CIÊNCIAS - CÂMPUS DE BAURU.

Aos 22 dias do mês de maio do ano de 2020, às 13:00 horas, no(a) Faculdade de Ciência/Unesp Bauru, reuniu-se a Comissão Examinadora da Defesa Pública, composta pelos seguintes membros: Profa. Dra. CARMEN MARIA BUENO NEME - Orientador(a) do(a) UNESP / BAURU, Prof. Dr. MANOEL ANTONIO DOS SANTOS do(a) USP/Ribeirão Preto / USP/Ribeirão Preto, Profa. Dra. MAÍRA BONAFÉ SEI do(a) Departamento de Psicologia e Psicanálise / UEL/Londrina, Profa. Dra. DIANA PANCINI DE SÁ ANTUNES RIBEIRO do(a) Departamento de Psicologia Clínica / UNESP/Assis, Prof. Dr. ERICO BRUNO VIANA CAMPOS do(a) Departamento de Psicologia / UNESP-FC/Bauru, sob a presidência do primeiro, a fim de proceder a arguição pública da TESE DE DOUTORADO de HELOÍSA AGUETONI CAMBUÍ, intitulada **A relação de cuidado e seus significados para adolescente com transtorno alimentar e seus pais: um estudo em psicanálise**. Após a exposição, a discente foi arguida oralmente pelos membros da Comissão Examinadora, tendo recebido o conceito final: _____ APROVADA _____. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que após lida e aprovada, foi assinada pelos membros da Comissão Examinadora.

Profa. Dra. CARMEN MARIA BUENO NEME

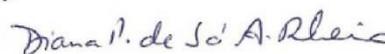


Prof. Dr. MANOEL ANTONIO DOS SANTOS

Profa. Dra. MAÍRA BONAFÉ SEI



Profa. Dra. DIANA PANCINI DE SÁ ANTUNES RIBEIRO



Prof. Dr. ERICO BRUNO VIANA CAMPOS



Às pessoas em minha vida que me mostraram a surpresa e a delicada arte do encontro de cuidar e de ser cuidada.

Àqueles que buscam em meio às relações de cuidado condições para o vir a ser.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Carmen Maria Bueno Neme, por me possibilitar o encontro e a criação, em espaço transicional e compartilhado, do meu *ser-fazer* pesquisadora. Agradeço imensamente a sabedoria e a experiência transmitidas ao longo dessa jornada.

Aos Professores Doutores, Diana Pancini de Sá Antunes Ribeiro, Érico Bruno Viana Campos, Maíra Bonafé Sei e Manoel Antônio dos Santos, meu profundo agradecimento pela disponibilidade em contribuir para o enriquecimento do meu trabalho.

Aos meus pais, por terem me conduzido à potência da vida por meio dos cuidados realizados, contribuindo para o desenvolvimento da minha gestualidade criativa, para minha alegria em viver e para me sentir confiante e sensível no desvelamento humano. Vocês me mostraram que o cuidado demanda dedicação, intimidade, paciência, comunicação, continência, orientação e amor.

Às minhas irmãs, Camila e Cibele, por serem minha fonte de inspiração, coragem, continência e afeto. Os cuidados disponibilizados com tanto afeto me possibilitaram a continuidade do meu *vir a ser*.

Aos meus sobrinhos, Samuel, Flora e Sofia, por me mostrarem a delicada e deliciosa arte do cuidado.

À Huana, por me sustentar na gestação deste trabalho, oferecendo um olhar incentivador, palavras de amor e espaço para repouso. Gratidão à vida pela riqueza desse encontro.

À Heloisa Tófoli por me mostrar o cuidado em sua forma mais terna e genuína. Obrigada pela parceria, pela partilha mútua, pelo colo e pela alegria.

Ao Rafael e sua família que me acompanharam em todos meus sonhos e acreditaram em tudo que sou. Sou eternamente grata pelos cuidados, acolhimento, amor e proteção.

À Diana, por ter me apresentado a objetos que me fizeram sentido e que tanto amo em minha vida. Obrigada pelo carinho, amizade, sabedoria e acolhimento durante a vida, que contribuíram para a minha constituição humana.

Ao Prof. Manoel, meu especial agradecimento por me ajudar a conceber e a gestar este trabalho e em acreditar que seria possível a realização deste meu sonho. Obrigada pela experiência e conhecimento compartilhados.

À Gisele, pelas experiências de vida, pela doçura no cuidado e pelo precioso carinho.

À Marcela Lança, minha eterna gratidão pela amizade incondicional e pela riqueza e humanidade dos seus cuidados.

Aos meus amigos, Malu, Jonas, Diego, Irys, Eduardo, Dhiogo, Camila Monteiro entre outros especiais, agradeço pelas ricas experiências emocionais que possibilitaram a minha expressividade viva.

Aos alunos que me acompanharam na realização deste trabalho e me auxiliaram à constante descoberta de mim mesma.

Aos participantes do estudo, meu agradecimento pela confiança em partilhar experiências tão íntimas, sem as quais este trabalho não teria significativa profundidade.

A todos àqueles que, cada qual à sua maneira, contribuíram direta ou indiretamente para a realização deste sonho, meu reconhecimento e gratidão.

Mia

*Me auto denominei um buraco negro,
Já que a vida é cruel demais para não se viver em metáforas -
Decidi poetizar o meu vazio.
Porque quando digo que sou um 'buraco sem fundo' a interpretação é outra,
De repente sou gula, sou descontrole
Sou insaciação.
Mas se digo que sou buraco negro, sou vasta
Sou complexa
Sou expansão.
E me expando continuamente, constantemente
Em mim, comporto mundos inteiros,
Infinitamente,
Eu caibo.
Eu caibo até transbordar meu cais
E então eu expilo,
Vomito,
Só para caber mais.
E assim eu preencho o vazio,
Eu me entupo para encher um corpo que não para em pé,
Depois que põe tudo pra fora*

(Bárbara Piotto Tirola, 2018)

CAMBUÍ, H. A. A relação de cuidado e seus significados para adolescente com transtorno alimentar e seus pais: um estudo de caso à luz da psicanálise winnicottiana. 2020. 433 f. Tese (Doutorado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem) - Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Faculdade de Ciências, Bauru, 2020.

RESUMO

Os transtornos alimentares em adolescentes constituem parcela significativa da demanda clínica da atualidade. Tratam-se de modalidades de sofrimento e de adoecimento humano que se constituem com base em um modelo etiológico multifatorial composto pela inter-relação de fatores familiares, individuais, sociais e biológicos, cuja complexidade se configura como problema de saúde pública e, ainda, um desafio para a compreensão teórica e o manejo clínico psicológico. A questão central deste estudo é a associação entre as relações de cuidados parentais e a manifestação dos transtornos alimentares em adolescentes. Pressupõe-se que as relações de cuidado entre os pais e o filho(a) perpassam, inevitavelmente, as relações alimentares e contribuem para a constituição da saúde mental ou, ainda, para distorções e fraturas no processo de desenvolvimento emocional que podem predispor o indivíduo à vulnerabilidade psicopatológica própria dos transtornos alimentares. Deste modo, este estudo buscou compreender os significados e as experiências afetivo-emocionais associados às relações de cuidado na perspectiva de uma adolescente acometida por bulimia nervosa e seus pais. Trata-se de um estudo de caso descritivo com enfoque qualitativo, orientado pelo método psicanalítico. Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram a entrevista clínica semiestruturada aplicada individualmente a cada membro da tríade e o Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema, usado como recurso mediador dialógico, tendo como foco a profundidade das experiências associadas às relações de cuidado. O registro do encontro com os participantes foi feito por meio da produção de narrativas psicanalíticas que, por sua vez, foram qualitativamente analisadas de acordo com a Teoria dos Campos de Herrmann, que serviu como suporte metodológico do estudo, tendo como referencial teórico a psicanálise winnicottiana. Deste modo, foram identificados campos de sentido afetivo-emocional mais amplos compostos pelo universo de significados e de experiências pessoais acerca das relações de cuidado para a unidade familiar e também para cada membro da tríade. Os dados encontrados permitiram identificar que as relações de cuidado da tríade familiar são ambivalentes, caóticas e inconstantes. Os significados emocionais atribuídos pela adolescente aos cuidados maternos se organizam em torno da privação, inflexibilidade e distanciamento físico e emocional. Já os cuidados paternos se configuraram como afetuosos, mas distantes após a puberdade. O conjunto de significados e das experiências afetivo-emocionais dos pais revela as dificuldades, o adoecimento e a presença de aspectos transgeracionais sobre as relações de cuidado com a filha. Os dados identificados revelam que as recorrentes falhas no processo de realização dos cuidados físico-afetivos pelo conjunto mãe-pai, em um momento precoce de constituição do desenvolvimento emocional, podem concorrer para a precariedade do processo simbólico e para a fragilidade da constituição psíquica e dos limites psicossomáticos, predispondo o indivíduo à vulnerabilidade psicopatológica circunscrita aos transtornos alimentares. O estudo contribui com conhecimento sobre as relações de cuidados que podem se configurar como fatores etiológicos para a precipitação e a manutenção da BN, fornecendo subsídios teórico-práticos no âmbito preventivo, interventivo e de promoção de saúde à pacientes com transtornos alimentares e seus familiares.

Palavras-chave: Transtornos da alimentação. Cuidado parental. Adolescente. Psicanálise. Winnicott.

CAMBUÍ, H. A. The care relationship and its meanings for adolescents with eating disorders and their parents: a case study in the light of winnicottian psychoanalysis. 2020. 433 f. Thesis (PhD in Developmental and Learning Psychology) – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Faculdade de Ciências, Bauru, 2020.

ABSTRACT

Eating disorders in adolescents constitute a significant portion of the current clinical demand. These are modalities of suffering and human illness that are based on a multifactorial etiological model composed by the interrelation of family, individual, social and biological factors, which complexity is configured as a public health problem and still a challenge for theoretical understanding and clinical psychological management. The central issue of this study is the association between parental care relationships and the manifestation of eating disorders in adolescents. It is assumed that the care relationships between the parents and the child inevitably permeate dietary relationships and contribute to the constitution of mental health or, still, to distortions and fractures in the emotional development process that may predispose the individual to the psychopathological vulnerability inherent in eating disorders. Thus, this study aimed to understand the meanings and affective-emotional experiences associated with care relationships from the perspective of a teenager with bulimia nervosa and her parents. This is a descriptive case study with a qualitative approach, guided by the psychoanalytic method. The instruments used for data collection were the semi-structured clinical interview applied individually to each member of the triad and the Procedure of Drawings-Stories with Theme, used as a dialogical mediating resource, focusing on the depth of the experiences associated with care relationships. The registration of the meeting with the participants was made through the production of psychoanalytic narratives that, in turn, were qualitatively analyzed according to Herrmann's Multiple Fields Theory, which served as the methodological support of the study, having Winnicott's psychoanalysis as the theoretical framework. In this way, broader fields of affective-emotional sense were identified, composed of the universe of meanings and personal experiences about care relationships for the family unit and also for each member of the triad. The data found allowed to identify that the care relationships of the family triad are ambivalent, chaotic and inconstant. The emotional meanings attributed by the teenager to maternal care are organized around deprivation, inflexibility and physical and emotional distance. Paternal care, on the other hand, was configured as affectionate, but distant after puberty. The set of meanings and the affective-emotional experiences of the parents presented the difficulties, the illness and the presence of transgenerational aspects about the care relationships with the daughter. The identified data reveal that the recurrent failures in the process of carrying out physical-affective care by the mother-father group, in an early moment of constitution of the emotional development, may contribute to the precariousness of the symbolic process and to the fragility of the psychic constitution and psychosomatic limits, predisposing the individual to the psychopathological vulnerability circumscribed to eating disorders. The study contributes with knowledge about the care relationships that can be configured as etiological factors for the precipitation and maintenance of BN, providing theoretical-practical subsidies in the preventive, interventional and health promotion scope to patients with eating disorders and their families.

Keywords: Eating disorders. Parental care. Adolescent. Psychoanalysis. Winnicott.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Pontos de corte para adolescentes segundo o percentil do IMC-por-idade e o estado nutricional _____29

Tabela 2. Caracterização dos principais fatores etiológicos dos transtornos alimentares ____34

Tabela 3. Critério para classificação da insatisfação com a imagem corporal a partir do somatório de pontos obtidos no Questionário de Imagem Corporal – BSQ _____322

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1. Esquema mental dos campos de sentido afetivo-emocional _____93
- Figura 2. Desenho-Estória da adolescente referente à proposta temática: “Desenhe uma filha sendo cuidada” _____118
- Figura 3. Desenho-Estória da adolescente referente à proposta temática: “Desenhe uma filha sendo alimentada” _____132
- Figura 4. Desenho-Estória da mãe referente à proposta temática: “Desenhe uma filha sendo alimentada” _____169
- Figura 5. Desenho-Estória da mãe referente à proposta temática: “Desenhe uma filha sendo cuidada” _____177
- Figura 6. Desenhos-Estórias do pai _____427

SUMÁRIO

PRÓLOGO	14
1 INTRODUÇÃO	16
1.1 Transtornos alimentares: aspectos diagnósticos clínicos	25
1.2 Os transtornos alimentares e as relações de cuidado	37
1.3 Os transtornos alimentares à luz da psicanálise	45
2 JUSTIFICATIVA	61
3 OBJETIVOS	63
3.1 Objetivo geral	63
3.2 Objetivos específicos	63
4 MÉTODO	64
4.1 Delineamento de pesquisa	64
4.2 O método psicanalítico investigativo	67
4.2. Caracterização do campo de pesquisa	70
4.3. Participantes	72
4.4. Instrumentos e materiais	74
4.5. Procedimentos de coleta e análise dos dados	80
4.6 Considerações éticas	90
5. RESULTADOS E DISCUSSÕES: PRODUÇÃO INTERPRETATIVA DOS CAMPOS DE SENTIDO AFETIVO-EMOCIONAL	92
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	276
REFERÊNCIAS	283
ANEXOS	312
ANEXO A – Curva IMC-por-idade: adolescentes (sexo feminino)	313
ANEXO B – Autorização da instituição coparticipante	318
Clínica de Psicologia - UniFil	318
ANEXO C – Autorização da instituição coparticipante	319
Clínica de Educação para a Saúde	319
ANEXO D – Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26)	320
ANEXO E – Teste de Investigação Bulímica de Edimburgo - (BITE)	322
ANEXO F - Questionário sobre a imagem corporal (BSQ-34)	326
ANEXO G – Parecer substanciado CEP	329
APÊNDICES	330
APÊNDICE A – Cartaz convite para tratamento psicológico aos TAs	331
APÊNDICE B – Roteiro de entrevista semiestruturada (Mães e pais da adolescente com TA)	337
APÊNDICE C – Roteiro de entrevista semiestruturada (Adolescente com TA)	339
APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Participante acima de 18 anos de idade – mãe, pai e paciente com TA)	341
APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Responsável legal da paciente com TA menor de idade)	342
APÊNDICE F – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (Paciente menor de 18 anos de idade)	343
APÊNDICE G - Narrativas psicanalíticas: filha	340

APÊNDICE H - Narrativa psicanalítica: mãe	390
APÊNDICE I - Narrativa psicanalítica: pai	422

PRÓLOGO

A concepção deste estudo se originou da minha busca pela compreensão da constituição humana em meio às condições atuais e da experiência em tentar oferecer os cuidados psicoterapêuticos àqueles que sofreram incisivas fraturas psíquicas decorrentes das falhas ambientais.

Este estudo é atravessado por histórias e pré-histórias das relações inter-humanas de pessoas, sejam pacientes ou não, que participaram da minha jornada de vida. Histórias perpassadas pela dor do *não nascimento* ou da impossibilidade de *vir a ser*, cujas dificuldades indicavam a necessidade de suportes e cuidados necessários.

Fomentada pela inquietude e angústia diante do sofrimento e adoecimento humano, busquei por recursos teóricos e práticos que pudessem para, além da continência da dor, possibilitar o devir humano, baseada na crença da retomada da saúde e do desenvolvimento pessoal.

O início deste estudo é antes de tudo um longo processo, que já estava em marcha, decorrente das minhas experiências, das minhas concepções de vida, do referencial teórico e metodológico que privilegiei e, sobretudo, da minha construção enquanto pesquisadora. Por meio da gestualidade espontânea pude vislumbrar o encontro com a pesquisa e esta contribuiu generosamente para a descoberta da dramática vivencial humana.

Impulsionada pelos estudos realizados na graduação e no mestrado que tiveram como tema central o sofrimento e o criar/encontrar com o Procedimento de Desenho-Estória com Tema, fui lançada à busca compreensiva de uma modalidade de sofrimento considerada atual, que diz respeito àquela que se encarna no corpo – os transtornos alimentares.

Os transtornos alimentares se destacam pela complexidade etiológica, cuja relação com os aspectos familiares e sociais se revela intrínseca à sua constituição e manifestação. A

clínica com estes pacientes configura-se reconhecidamente como desafiadora, uma vez que os pacientes têm uma atitude ambivalente em relação ao cuidado terapêutico oferecido, visto que as dificuldades que tiveram no plano dos cuidados parentais são deslocadas e atualizadas para a relação terapêutica.

Assim, deseja-se que ao entrar em contato, por meio das narrativas psicanalíticas, com o acontecer clínico inter-humano, imbuído de sensações, sentimentos, impressões, associações, ressonâncias transferenciais e contratransferenciais, além de conteúdos emocionais inter e transgeracionais, o leitor possa, a partir da própria manifestação criativa e associativa, encontrar novos sentidos para as experiências humanas acerca das relações de cuidado vinculadas aos transtornos alimentares.

1 INTRODUÇÃO

A clínica psicológica na contemporaneidade tem testemunhado as implicações que incidem no campo das subjetividades, decorrentes das profundas transformações socioculturais, econômicas e políticas, cujos efeitos conduzem a novas formas de subjetivação, a incidência de demandas clínicas específicas e a intensificação das experiências de sofrimento humano. O contexto contemporâneo, marcado por profusas e vertiginosas mudanças, exige, na esfera das ciências humanas e da saúde, um reposicionamento teórico-clínico perante a complexidade do fenômeno humano, com base em investigações compreensivas acerca da natureza e das modalidades de manifestação do sofrimento, buscando possibilitar a elaboração de manejos clínicos singulares e a construção de subsídios teórico-técnicos no âmbito interventivo e preventivo.

As condições socioculturais atuais contemplam características peculiares centradas especificamente na instantaneidade e no imediatismo, no excesso de objetos e de estimulações, no imperativo narcísico-hedonista e, ainda, na fragilidade e superficialidade das relações inter-humanas. Entende-se que estas exercem, de forma inexorável, implicações sobre o indivíduo que se encontra em processo dinâmico de constituição subjetiva (BIRMAN, 2007, 2013; CAMBUÍ, 2013; FIGUEIREDO; COELHO JUNIOR, 2018; FORTES, 2012a).

Reconhece-se que estas caóticas transformações têm levado precocemente o indivíduo, cujo aparelho psíquico ainda é imaturo e insuficiente em relação ao que lhe acontece, à vivência de um *quantum* de vivências estimulatórias que é incapaz de ser psiquicamente processado, reconhecido e organizado. Tratam-se de experiências excessivas, de falhas ou de invasões, que mobilizam angústias e defesas primitivas que podem, por sua vez, prejudicar a constituição da subjetividade e dar lugar a *matrizes traumáticas* (BÉJAR, 2015, 2017). A impossibilidade de elaboração e representação destas intoleráveis experiências

e, ainda, de simbolização e destinação da dor psíquica concorrem para a manifestação impulsiva de condutas atuadas e, especialmente, para o escoamento endereçado ao remanescente reduto da morada humana, o corpo (FORTES, 2012a).

Estas vivências traumatogênicas precoces inscrevem marcas psíquicas profundas que por não poderem ser traduzidas ou contidas transbordam o aparelho psíquico e encontram no corpo formas de expressão do sofrimento e do adoecimento, carregando a memória viva, inacabada e latente dos fenômenos inter-humanos, culturais e sociais (COSTA, 2004; FORTES, 2012b). Estas manifestações sintomáticas podem causar prejuízos em diversas áreas da vida e levar o indivíduo a níveis inimagináveis de sofrimento circunscritos às vivências de irrealização, de despersonalização e de dessubstancialização, além de sensações de desamparo, vazio existencial, impotência, apatia, inautenticidade, indiferença e de descontinuidade do sentimento de “ser” (CANELAS NETO, 2013; CAMBUÍ; NEME, 2014; DANTAS; 2009; SAFRA, 2004).

Na atualidade, o corpo passou a assumir com excelência um território em que se exteriorizam conflitos que se configuram como respostas frente ao impacto da vivência do trauma, denunciando a fragmentação, a fragilidade, a precariedade e a instabilidade das relações intersubjetivas (ÁVILA, 2012; BIRMAN, 2009; COTTA, 2010; FERNANDES; 2012; FORTES, 2012a; MONTES, 2017; WINOGRAD; TEIXEIRA, 2011).

O corpo orgânico e vivo admite em sua indivisibilidade uma dimensão singular que expressa a realidade psíquica das experiências emocionais individuais que se dão em meio às relações interpessoais. Configura-se, assim, como um reservatório de marcas pessoais que comportam a dinamicidade dos sentidos humanos contextualizados a uma realidade concreta (BLEGER, 1963/1989) e, ainda, o movimento dos fenômenos culturais, sociais e transgeracionais (LAURENTIIS, 2008).

A corporeidade subjetivada humana ao transcender o corpo físico revela a realidade experiencial que subjazem os aspectos socioculturais. Compreende-se que o corpo veicula o registro biográfico-subjetivo em que se dá o atravessamento de fluxos psíquicos e extrapsíquicos que demandam a relação com o outro e sua herança social e cultural. E, ainda, se constitui enquanto uma dimensão orgânico-biológica, cujo funcionamento da corporeidade se dá por meio da sensorialidade e diferentes níveis de intensidade (BIRMAN, 1999).

Sendo, assim, o corpo é a manifestação do próprio existir (FRANÇA, 2010). Infere-se que o corpo é, em sua realidade vivida, fonte de sensações, sentimentos, desejos, projeções e fantasias que comportam a indivisibilidade de fatores individuais (experiência pessoal, consciente e não consciente) e coletivos (herança familiar, social e cultural), configurando-se, assim, como um “corpo-sujeito” (LIARTE, 2015; REFOSCO; MACEDO, 2010; SANTOS; MARTINS, 2015), cuja unidade *corpo-psiquismo* são “quase indiferenciáveis, assim como as duplas eu e não-eu e interior-exterior” (VILUTIS, 2000, p. 70).

Ao situar o objeto de investigação nas configurações do mal-estar contemporâneo no trajeto da modernidade aos dias de hoje, Birman (2013) ressalta que modalidades anteriores de sofrimento, centradas em conflitos intrapsíquicos, cederam lugar, na contemporaneidade, a dimensões de mal-estar que incidem nos registros do corpo, da ação e do sentimento. Observa-se que, no mundo atual, o corpo passou a assumir um *locus* privilegiado de expressão das vicissitudes da dor e do sofrimento (CAMBUÍ; NEME; ABRÃO, 2016; OCARIZ, 2012; SILVA, 2011; WINOGRAD; TEIXEIRA, 2011). Visto que estas modalidades aludem, especificamente, a fragilidade da constituição psíquica, a precariedade do processo simbólico e a porosidade das fronteiras constituídas entre o psíquico e o somático, de modo que esses fenômenos encontram-se maximizados nos transtornos alimentares (FORTES, 2012a; FUKS, 2015; GASPAR, 2010; REFOSCO; MACEDO, 2010).

Miranda (2005) afirma que as perturbações da ordem das condutas alimentares configuram-se como fenômenos expressivos de sofrimento psíquico e emergentes da contemporaneidade, em razão das atuações impulsivas e violentas da expressão corporal em detrimento da elaboração ponderada do pensamento e pela intensidade e excessos de cargas afetivas que enfraquecem e debilitam o ego. É, portanto, nesse contexto atual que se evidencia, de forma significativa, a presença de quadros clínicos que se circunscrevem ao escopo dos transtornos alimentares (TAs), cujo os subtipos prevalentes são a anorexia nervosa (AN) e a bulimia nervosa (BN).

Pressupõe-se que os TAs apresentam certa peculiaridade em relação a outras formas de sofrimento psíquico, posto que o corpo-sujeito afetado e frágil demarca, paradoxalmente, por meio do conjunto de sintomas, a urgência e o apelo pela integração psicossomática e o alcance de uma unidade existencial (BULGARÃO, 2011). Nestes casos, é a partir do corpo que é expressa a dimensão intensa e radical do sofrimento psíquico, cujos sintomas denunciam angústias primitivas ligadas a momentos precoces da constituição psíquica do indivíduo, sendo que estes devem ser devidamente considerados dentro do contexto cultural, social e político em que se inserem (AIELLO-VAISBERG, MACHADO; 2003).

Distanciado de uma abordagem reducionista e classificatória do sofrimento humano às entidades sintomatológicas e nosológicas, concebe-se, neste estudo, alinhado ao pensamento psicanalítico winnicottiano, a necessidade de compreender o sofrimento, o adoecimento psíquico e, também, a constituição psíquica como fenômenos humanos que se dão em campo intersubjetivo (AIELLO-VAISBERG; MEDEIROS, 2010; CAMBUÍ, NEME, ABRÃO, 2016).

Entende-se, assim, que o sofrimento humano que irrompe em um adoecimento físico e/ou psíquico resguarda a intersecção entre o singular e o coletivo e, deste modo, faz-se

necessária uma amplitude compreensiva que reconheça a complexidade e a diversidade que a sintomatologia encobre, pois inerente a esta se encontram fatores emocionais, sociais, culturais e familiares (TANIS, 2009).

Reconhece-se a relevância da universalizações aos profissionais e pesquisadores na área da Saúde sobre os transtornos mentais e a delimitação formal das categorias diagnósticas destes. Entretanto, o sofrimento humano não deve ser destituído de sua organização subjetiva e resignado à operacionalização absoluta de categorias diagnósticas centradas exclusivamente na materialidade sintomatológica orgânica, emocional e comportamental (FRANÇA, 2010). Pressupõe-se que o adoecimento psíquico admite um conjunto de sintomas específicos a este, porém precisa ser observado como vinculado a um contexto muito mais abrangente que comporta a dor, a angústia e as defesas internas suscitadas frente à falência psíquica. Para França (2010), a aproximação à vida mental de pacientes acometidos por TAs ou que apresentam adições corrobora que generalizações clínico-diagnósticas distancia o psicoterapeuta da essência do sofrimento e da subjetividade singular de cada paciente.

Os TAs correspondem, deste modo, a sintomas contemporâneos multifatoriais que denunciam as fraturas e as distorções na constituição da subjetividade associada à complexidade das características singulares de uma época. Paradoxalmente, ainda, veiculam uma mensagem subliminar de caráter positivo que alerta a urgência por cuidados e reivindica a esperança pela saúde, tomando o sintoma como via para garantir minimamente a organização e sobrevivência psíquica (AISEMBERG, 2017; FERNANDES, 2016; SQUVERER; 2014).

De acordo com Fuks e Campos (2010), embora na anorexia nervosa, a obstinação pelo ideal de corpo magro seja alcançada por meio de condutas de privação e, por outro lado, predomine na bulimia nervosa a voracidade compulsiva e condutas purgativas e

culpabilizadoras frente ao apetite ávido, ambos os quadros compartilham a mesma gravidade dimensional do sofrimento, uma vez que esses indivíduos acometidos compartilham um ideal de corpo magro que ostenta o controle e a perfeição, além da ameaça prenante da fome devoradora, tratando-se, portanto, de “duas faces do mesmo *pathos*” (p. 49).

De modo geral, as perturbações dos comportamentos alimentares aparecem, especialmente, na adolescência, período notadamente marcado por intensas transformações emocionais, biológicas e sociais (CHABROL, 2013; DESBORDES, 2013). Neste momento de transição do universo infantil para o mundo adulto, o adolescente se depara com as mudanças em seu corpo decorrentes da puberdade e a representação deste, assim como com a confusão e a indefinição das intempestivas experiências emocionais. Encenam-se também, neste momento da vida, conflitos relativos à dependência-autonomia e separação-indiferenciação, bem como se engendram processos de constituição e organização da identidade subjetiva, social e sexual e, ainda, da autoimagem corporal (BRADLEY; PAUZÉ, 2009; FUKS, 2015; MATHEUS, 2010; SANTOS; PRATTA, 2012).

A adolescência configura-se como uma fase de desamparo e de vulnerabilidade que a torna potencialmente suscetível às fluidas e ambíguas mudanças contemporâneas que, por sua vez, podem acionar a mobilização de processos defensivos e propiciar o aparecimento de adoecimentos psíquicos, especialmente, os TAs. Compreende-se que o aparelho psíquico do adolescente encontra-se, ainda, insuficiente para processar as experiências próprias desta fase que envolvem intensos trabalhos psíquicos de elaboração de lutos, a reativação de experiências primitivas não simbolizadas, a reinvidicação pelo próprio corpo, pelo lugar e a função dentro da rede de ligações vinculares e, ainda, a exposição à cargas internas e externas de intensidades de excesso (BECK; MAILLOCHON; RICHARD, 2013; JEAMMET, 1999; JEAMMET; CORCOS, 2005; VIBERT, 2015). Deste modo, os transtornos alimentares precipitam-se, sobretudo, na adolescência e suscitam, portanto, a discussão de questões

pertinentes ao corpo vinculados às relações interpessoais e as condições socioculturais contemporâneas.

Ressalta-se que os limites etários que correspondem ao período da adolescência não são fixos e variam conforme os fatores psicológicos, sociais e culturais. Para fins deste estudo, foi considerado, com base nas definições da Organização Mundial da Saúde – OMS (1965), o período de 10 a 19 anos completos como representativo da etapa da adolescência. Sendo este critério adotado também pelo Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 2013a) e por pesquisadores referenciados na área de desenvolvimento humano (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006).

A literatura específica acerca dos TAs abrange uma quantidade significativa de estudos que indicam as características e o funcionamento da dinâmica familiar como possíveis fatores etiológicos para a precipitação e a manutenção dos TAs. Sugere, ainda, a necessidade de novas pesquisas que busquem investigar o processo de desenvolvimento primário desses pacientes e o exercício das funções de cuidado parentais associadas à alimentação. Contudo, constata-se escassez de estudos dedicados a estas relações de cuidado nos primeiros anos de vida de pacientes acometidos com TAs e a perspectiva da figura paterna, já que esta compõe o universo de cuidados básicos e relacionais do bebê.

Sobretudo, observa-se que embora as relações intersubjetivas familiares de pacientes com TAs sejam notadamente investigadas, evidencia-se a ausência de estudos que incluam a figura paterna no funcionamento e dinâmica familiar desses pacientes. Reconhece-se o caráter de interferência mútua entre os membros familiares - mãe-pai-filha(o) - e, assim, a necessidade de sua inclusão nas investigações. Entretanto, os estudos não incluem o pai ou se pautam de forma exclusiva em perspectivas unidirecionais, privilegiando um ou outro membro do grupo familiar, sendo de modo geral a mãe e, por consequência, acabam por

concorrer para a fragmentação de uma compreensão integral do sistema familiar e as relações que a perpassam.

Compreende-se que os significados construídos acerca dos cuidados essenciais originam-se das experiências afetivo-emocionais da relação vincular primária. Deste modo, o conjunto de significados de cada indivíduo está relacionado a forma que percebem, sentem e pensam as relações de cuidado e é a partir destas que cada um organiza, integra e atribui sentido à experiência vivida. Nesse sentido, compreender a dimensão afetiva da experiência e os significados atribuídos aos cuidados por adolescentes com TAs e seus pais, nos lança à investigação das vicissitudes presentes na relação intersubjetiva entre mãe-pai-filha, buscando apreender as relações de cuidado entre pais-filha nos estágios primitivos do desenvolvimento até o período da adolescência, na perspectiva de todos os membros da família.

Com base no pressuposto, evidenciado pela literatura consultada de que os cuidados maternos próprios dos momentos primários do bebê se estendem até o período da adolescência de indivíduos acometidos por TAs, admite-se, nesse estudo, a necessidade de investigar com profundidade não somente as relações de cuidado das etapas infantis precoces, mas avançar até o período da adolescência. Esclarece-se que a inclusão de participantes apenas do sexo feminino e, ainda, pertencentes à adolescência se deve à elevada prevalência de TAs em pessoas do gênero feminino (HERZOG; EDDY, 2010; PRISCO et al., 2013) e ao aumento da incidência de TAs neste período da vida (VAN SON; VAN HOEKEN, 2010).

Sustentada na fundamentação teórico-científica, questiona-se quais os significados emocionais atribuídos à experiência de cuidados na perspectiva de uma adolescente com TA e seus pais? Como se dá a relação de cuidado entre pais e filha com TA, desde a gestação até o momento da adolescência? Qual a configuração, o funcionamento e a dinâmica parental no exercício dos cuidados à filha com TA? Após a eclosão do TA, ocorrem mudanças na oferta

dos cuidados à adolescente? De que modo a relação de cuidado entre mãe-pai-filha pode estar associada à constituição e a evolução sintomatológica dos TAs?

1.1 Transtornos alimentares: aspectos diagnósticos clínicos

Os TAs caracterizam-se pela cronicidade e gravidade de perturbações que incidem no âmbito dos comportamentos alimentares e da autoimagem e afetam predominantemente adolescentes e jovens adultos do sexo feminino (CORDÁS et al., 2007; SMINK; VAN HOEKEN; HOEK, 2013). Os estudos epidemiológicos mostram um aumento na prevalência de TAs em adolescentes, cuja taxa é de aproximadamente 60% na população de quatorze a dezenove anos de idade, visto que, na atualidade, a idade de início dos TAs já tem se manifestado de forma precoce em torno dos dez anos de idade (HOEK, 2016; ROUX; CHAPELON; GODART, 2013; SMINK et al., 2018; SMINK; VAN HOEKEN; HOEK, 2012).

Há, sobretudo, evidências de aumento, desde a segunda metade do século XX, da incidência de AN em adolescentes do sexo feminino, embora para alguns pesquisadores a BN tenha se estabilizado (QIAN et al., 2013). Nota-se, ainda, a elevação da taxa de incidência para outros subtipos de TAs, tais como, o transtorno de compulsão alimentar (TCA) e o transtorno alimentar restritivo/evitativo (TARE), em razão das alterações de determinados critérios diagnósticos circunscritos aos TAs que foram introduzidas na última edição do DSM (QIAN et al., 2013; SMINK et al., 2014).

Entre as principais mudanças propostas pelo DSM-5 (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2014) para efetivar diagnósticos mais adequados, destacam-se: a condensação do conjunto de diagnósticos específicos à alimentação e aos transtornos alimentares em um único tópico denominado “Alimentação e transtornos alimentares”; a inclusão do “Transtorno de consumo alimentar evitativo/restritivo” que substituiu o tópico “Transtornos de alimentação da primeira infância” do DSM-IV-TRTM (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2002); a exclusão da amnorreia como

critério diagnóstico para a AN e, também, a inclusão no critério B de persistentes comportamentos que prejudicam o ganho de peso. Já no que se refere à bulimia nervosa, houve a redução da frequência das crises bulímicas para uma vez por semana por um período de três meses e, por fim, o “Transtorno de compulsão alimentar periódica” foi efetivamente validado como diagnóstico clínico devido sua importância e recorrência em pacientes na atualidade (ARAÚJO; LOTUFO NETO, 2014).

Deste modo, de acordo com o DSM-5, pertinente ao campo dos TAs encontram-se os seguintes diagnósticos: pica, transtorno de ruminação, transtorno alimentar restritivo/evitativo (TARE), anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN), transtorno de compulsão alimentar (TCA), outro transtorno alimentar especificado e, por fim, o transtorno alimentar não especificado (TANE).

De acordo com o DSM-5 (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2014 e a CID-10 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1993), os TAs com maior prevalência são a AN e a BN. Porém, devido a implementação do DSM-5, os estudos recentes indicam que o TARE tem se revelado como um diagnóstico potencialmente significativo para a população mais jovem na atualidade (DAHLGREN; WISTING; RØ, 2017; NORRIS et al., 2014; ORNSTEIN et al., 2013).

De modo geral, os TAs apresentam comportamento alimentar severamente perturbado, tentativa de controle do peso corporal usando muitas vezes meios não apropriados e compensatórios, assim como, preocupações com o peso e a forma corporal e distorção na percepção da autoimagem (BUSSE; SILVA, 2004; HERZOG; EDDY, 2010). Configuram-se como quadros psicopatológicos, cujos prejuízos comprometem áreas vitais na esfera biológica, psicológica e social que acarretam elevada morbidade e mortalidade (ARCELUS et al., 2011; JENKINS et al. 2011; MANDELLI et al., 2018; PRETI et al., 2011; OLIVEIRA-CARDOSO; VON ZUBEN; SANTOS, 2014; OLIVEIRA-CARDOSO; COIMBRA;

SANTOS, 2018; SANTOS, 2006). A literatura científica ressalta que entre todos os transtornos mentais, a AN apresenta a maior taxa de mortalidade (ANDERSÉN; BIRGEGÅRD, 2017; ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2014; FORCANO et al., 2011; HERZOG; EDDY, 2010; SMINK; VAN HOEKEN; HOEK, 2012; SUOKAS et al., 2014).

De acordo com Yager (2010), a avaliação do estado físico em pessoas acometidas por TAs é imprescindível por se tratar de um transtorno que acomete o corpo. Deste modo, faz-se necessário obter um minucioso histórico, com o intuito de verificar a curva de desenvolvimento físico com base em medições periódicas e sistemáticas do peso e da altura, conforme a idade do paciente. Estabelece-se que o índice de massa corporal (IMC) é considerado uma medida padrão e amplamente utilizada, entre outras, para avaliar o estado nutricional do indivíduo, sendo calculado pela relação entre a massa corporal em quilogramas dividido pela estatura, em metros, ao quadrado ($IMC = [peso (kg)] / [altura (m)^2]$).

Em especial, para crianças e adolescentes a avaliação do estado nutricional abrange um conjunto maior de parâmetros ajustados à faixa etária. Isto é, leva-se em consideração a estatura e o peso que são esperados em relação à idade, além do peso em relação à estatura (BRASIL, 2017), sendo denominado de IMC-por-idade. Posteriormente, a esta identificação quantitativa, recomenda-se a consulta deste resultado na curva por idade e sexo (ANEXO A), segundo as instruções do Ministério da Saúde que se embasa, por sua vez, nos critérios estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde, a fim de caracterizar o estado nutricional da criança ou do adolescente.

Esclarece-se que há indicadores diferenciados para crianças e também para adolescentes, conforme subgrupos de idade e peso, bem como indicação de pontos de corte do percentil do IMC-por-idade e o diagnóstico nutricional, vide Tabela 1. Assim, quando o

adolescente encontra-se abaixo do percentil 5 na curva IMC-por-idade, apresenta estado nutricional abaixo do peso, visto que este não é o esperado para a idade e o sexo.

Tabela 1. Pontos de corte para adolescentes segundo o percentil do IMC-por-idade e o estado nutricional

Percentil do IMC	Diagnóstico nutricional
< Percentil 5	Baixo Peso
≥ Percentil 5 e < Percentil 85	Adequado
≥ Percentil 85	Sobrepeso

Fonte: <http://portalms.saude.gov.br/artigos/804-imc/40510-imc-em-criancas-e-adolescentes>

De acordo com a CID-10 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1993), um dos critérios diagnósticos para a AN é quando, o indivíduo apresenta índice de massa corporal igual ou inferior a 17,5 kg/m² ou o peso corpóreo é mantido em pelo menos 15% abaixo do esperado para a idade. Já, o DSM-5 propõe como critério para o diagnóstico de AN, a restrição de alimentos que levam o peso corporal a um limiar consideravelmente abaixo do previsto para a idade e o gênero e, ainda, considera o histórico do desenvolvimento e saúde física.

Segundo o DSM-5 (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2014), a AN corresponde a recusa do indivíduo em se alimentar para manter o peso corporal abaixo do padrão normal recomendável para a idade, o gênero e a estatura, além de medo mórbido de ganhar peso e comportamentos persistentes que interferem na aquisição deste. Caracteriza-se, também, perturbações significativas da imagem corporal, ausência de reconhecimento da gravidade do baixo peso e preocupações excessivas circunscritas a alimentação, o peso e a forma corporal.

A AN é especificada, segundo o DSM-5, em tipo restritivo e em tipo compulsão alimentar purgativa (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2014). Trata-se do subtipo restritivo quando a perda de peso está diretamente associada à restrição dietética

autoimposta por meio de dieta ou jejum progressivos e/ou a realização de extenuantes e excessivos exercícios. Por outro lado, estabelece-se como critério do subtipo compulsão alimentar purgativa ter, no intervalo dos últimos três meses, apresentado episódios de compulsão alimentar ou feito uso de comportamentos purgativos, como autoindução de vômito, uso inapropriado de diuréticos, de laxantes ou de enemas (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2014).

Destacam-se algumas características clínicas de indivíduos acometidos por AN, tais como: preocupação constante com os alimentos e calorias consumidas, comentários autodepreciativos sobre estar gordo apesar da perda significativa de peso, desenvolvimento de rituais alimentares centrados na evitação e na recusa progressiva da ingestão de alimentos, assim como, esquivar-se das refeições em famílias ou em eventos sociais que tenham alimentos, tendência ao isolamento social inclusive de amigos e familiares e dificuldades de concentração (HERZOG; EDDY, 2010).

Em relação às comorbidades psiquiátricas associadas à AN encontram-se, principalmente, os transtornos de ansiedade, o transtorno depressivo, o transtorno bipolar, os transtornos relacionados a substâncias e transtornos aditivos e, também, o transtorno da personalidade *borderline* (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2014; CASSIN; VON RANSON, 2005; GAZZILLO et al., 2013; LEONIDAS; SANTOS, 2017; LEVALLIUS et al., 2015; MACIEL et al., 2011; PERES; SANTOS, 2011; SANSONE, SANSONE, 2010). Reconhece-se que a presença de transtornos associados podem influenciar o curso dos TAs e interferir no planejamento e evolução do tratamento (NASCIMENTO; LUZ; FONTENELLE, 2006; SANSONE, SANSONE, 2010).

Em relação às características psicológicas, indivíduos acometidos por AN manifestam, de modo geral, inferioridade, inadequação, rigidez, insegurança, inibição, controle excessivo de si mesmo e do ambiente, baixa autoestima, comportamentos

autoagressivos, intolerância a afetos negativos, dificuldade em estabelecer vínculos afetivos, crenças negativas sobre si mesmo, ruminação mental, hostilidade, irritabilidade e, também, estabelecimento de relações sociais superficiais (AMIANTO et al., 2011; HERZOG; EDDY, 2010; WILDES et al., 2011; VALDANHA-ORNELAS; SANTOS, 2016).

A personalidade se constitui predominantemente por traços obsessivos, ansiosos, introvertidos, perfeccionistas, emoções negativas e de esquiva ao dano e, por outro lado, o subtipo compulsão alimentar purgativa apresenta traços de impulsividade (CASSIN; VON RANSON, 2005; LEONIDAS; SANTOS, 2017; LEVALLIUS et al., 2015; MACIEL et al., 2011; PERES; SANTOS, 2011). Nota-se, ainda, acentuada ambivalência e instabilidade emocional vinculada aos relacionamentos interpessoais íntimos, sentimentos de fracasso, pensamentos inflexíveis, expressão emocional empobrecida, além de fragilidade egoica, falho reconhecimento das sensações corporais e dificuldade em identificar-se como um indivíduo independente e diferenciado (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2014; HERZOG; EDDY, 2010; OLIVEIRA-CARDOSO; SANTOS, 2012).

Por sua vez, os critérios diagnósticos da BN consistem, em geral, na inter-relação entre episódios regulares de compulsão periódica, ou seja, ingestão descontrolada de grande quantidade de alimentos e comportamentos compensatórios inapropriados, como vômitos autoinduzidos, uso indevido de laxantes, inibidores de apetite e diuréticos, jejuns rigorosos e exercícios físicos extenuantes, a fim de evitar o ganho de peso (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2014). A compulsão alimentar e os comportamentos compensatórios inapropriados se dão, em média, no mínimo uma vez por semana durante três meses.

Esclarece-se que os indivíduos diagnosticados com BN encontram-se dentro do limiar de peso saudável, contudo apresentam frequentes e marcantes oscilações de peso. Os episódios de compulsão alimentar referem-se à ingestão ávida e impulsiva de alimentos

geralmente hipercalóricos, que não visam, unicamente, a saciedade da fome exagerada, mas também o apaziguamento de estados emocionais confusionais e angustiantes (GALVÃO; CLAUDINO; BORGES, 2006). Essa avidez, no entanto, não diz respeito somente aos alimentos em si, mas a uma gama de objetos e atividades, que incluem outros diversos domínios, tais como o afeto, a sexualidade, as compras, os jogos, os relacionamentos interpessoais e o uso de substâncias psicoativas (BRUSSET, 2003; DERONZIER, 2010; HERGOZ, EDDY, 2010).

Os indivíduos acometidos por BN manifestam maior consciência dos seus sentimentos e do caráter patológico de seu comportamento associado à alimentação (HERGOZ, EDDY, 2010; FERNANDES, 2012). Entre outras características clínicas, evidenciam-se padrões de fome e saciedade alterados, sendo esta deficiente, uso compensatório de dietas e jejum como forma de adaptação externa e tentativa de controle interno, sensações de incompetência para lidar com os objetos de compulsão, distinção entre alimentos seguros e não seguros (ALVARENGA; DUNKER, 2004).

Para a BN, a comorbidade psiquiátrica não se restringe a um subgrupo específico, mas apresenta maior frequência para o transtorno depressivo, o transtorno bipolar, os transtornos de ansiedade e, também, o transtorno da personalidade *borderline* e os transtornos relacionados a substâncias e transtornos aditivos (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2014; HERGOZ, EDDY, 2010; ROSA, SANTOS, 2011).

No tocante aos aspectos psicológicos, pessoas com BN apresentam insatisfação acentuada com o peso e a forma corporal, confusão de identidade, instabilidade emocional, autoestima rebaixada ou flutuante, culpabilidade e vergonha (HERZOG; EDDY, 2010). Sensações de perda de controle e de dependência aos episódios bulímicos são relatadas com grande frequência pelos pacientes, revelando intenso descontrole emocional, pensamentos e emoções desadaptativas, incapacidade de controle dos impulsos e, ainda, processos de

despersonalização indicativos de fenômenos dissociativos (GALVÃO; CLAUDINO; BORGES, 2006, LEONIDAS; SANTOS, 2017). A personalidade de pacientes com diagnóstico de BN abarca, de modo geral, traços impulsivos, perfeccionistas e de extroversão (BROWN; HAEDT-MATT; KEEL, 2011; DEL PINO-GUTIÉRREZ et al. 2017; MACIEL et al., 2011).

Segundo os critérios do DSM-5, o transtorno alimentar restritivo/evitativo (TARE) substituiu e ampliou o diagnóstico de transtorno da alimentação da primeira infância. Por esta razão, torna-se importante a compreensão do seu funcionamento e diagnóstico clínico.

Os indivíduos diagnosticados com TARE apresentam perturbações no comportamento alimentar que levam à deficiência nutricional ou energética significativa associada à ausência aparente de interesse na alimentação, bem como, a evitação de alimentos, sendo a ingestão seletiva ou restritiva baseada em suas características sensoriais, como exemplo, a aparência, a cor, o odor, a textura, a temperatura ou o paladar. Estabelece-se que estes sejam combinados a um dos seguintes aspectos: significativa perda de peso ou dificuldade em alcançar o peso esperado, dependência de alimentação enteral ou suplementos nutricionais orais e prejuízos no funcionamento psicossocial (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2014). Além disso, o TARE não pode ser diagnosticado quando há indisponibilidade de alimento ou quando a evitação da ingestão de alimentos estiver associada à existência de alguma prática cultural ou religiosa específica. Esclarece-se que os indivíduos diagnosticados com TARE apresentam, principalmente, uma aparente falta de interesse em alimentos ou em se alimentar e não se engajam intencionalmente em métodos para a perda de peso (NORRIS et al., 2014).

A evitação e a restrição alimentar associadas à deficitária ingestão ou a ausência de interesse em se alimentar tendem a se manifestar de forma mais frequente em crianças e a

se desenvolver durante os primeiros cinco anos de vida. Entende-se, ainda, a possibilidade da existência de um intervalo entre a manifestação inicial e a apresentação clínica, cujos principais fatores desencadeadores são as dificuldades emocionais, sociais e físicas (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2014).

As características clínicas do TARE podem incluir atrasos no desenvolvimento físico e na aprendizagem, irritabilidade, apatia e retraimento devido à inadequada ingestão nutricional (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2014). Ainda de acordo com o DSM-5, a esquivia ou a restrição alimentar pode concorrer para a manifestação de dificuldades em ser consolado durante a amamentação e a redução da responsividade do bebê à alimentação, assim como, concorrer para o desenvolvimento posterior de dificuldades e problemáticas alimentares. Além disso, prevê a existência de fatores de risco associados, tais como a presença de psicopatologia parental, negligência ou abuso infantil, existência de ambiente familiar ansioso ou com histórico prévio de TAs. Já, em relação às comorbidades psiquiátricas mais frequentes, destacam-se os transtornos de ansiedade, o transtorno obsessivo-compulsivo e os transtornos do neurodesenvolvimento.

Os TAs devem necessariamente ser compreendidos a partir de um modelo etiológico multifatorial constituído pela inter-relação complexa de diversos fatores que podem atuar como predisponentes, precipitantes e mantenedores da psicopatologia (CÓRDAS; SALZANO; RIOS, 2004; GALVÃO; CLAUDINO; BORGES, 2006, HERGOZ; EDDY, 2010; MORGAN; CLAUDINO, 2005; MORGAN; VECCHIATTI; NEGRÃO, 2002).

Esclarece-se que os fatores predisponentes correspondem àqueles que se encontram presentes anteriormente ao aparecimento do transtorno e tornam a pessoa mais suscetível e vulnerável ao aparecimento deste e se destacam os fatores genéticos, individuais, socioculturais e familiares. Já os fatores precipitantes são àqueles que precipitam o aparecimento dos sintomas, configurando-se como verdadeiros gatilhos que marcam o início

da ocorrência do transtorno e, em especial, encontram-se a dieta, a insatisfação com o corpo e peso, bem como a ocorrência de eventos estressores ou traumáticos, tais como: as separações e perdas, a ocorrência da puberdade, a negligência emocional, o abuso sexual e, também, alterações na dinâmica familiar. E, por fim, os fatores mantenedores dizem respeito àqueles que perpetuam o transtorno, como por exemplo: fatores fisiológicos, individuais, familiares e socioculturais (MORGAN; VECCHIATTI; NEGRÃO, 2002).

A literatura científica acerca da problemática dos TAs legitima, portanto, a existência complexa e combinada de fatores individuais, biológicos e genéticos associados à dinâmica das relações familiares e aos fenômenos culturais que podem interatuar para a predisposição, a precipitação e a manutenção do transtorno, assim como para a evolução do curso e resposta ao tratamento (GALVÃO; PINHEIRO; SOMENZI, 2006; HERZOG; EDDY, 2010; MORGAN; VECCHIATTI; NEGRÃO, 2002; BRADLEY; PAUZÉE, 2009; CANETTI et al., 2008). Encontra-se, na Tabela 2, a caracterização dos principais fatores concorrentes para a etiologia dos TAs.

Tabela 2. Caracterização dos principais fatores etiológicos dos transtornos alimentares

Fatores etiológicos dos TAs	Caracterização dos fatores	Autores/Ano
Biológicos e Fisiológicos	Participação de neurotransmissores ligados ao comportamento alimentar e alterações nos neuropeptídios;	BAILER; KAYE (2003) BARANOWSKA; KOCHANOWSKI (2018) CAMBRAIA (2004) GONZÁLEZ (2019)
	Restrição dietética responsável pelo desencadeamento de episódios de compulsão alimentar periódica e sua interferência no metabolismo; Alterações no sistema neuroendócrino	MONTELEONE et al.(2018) MÜLLER et al. (2009) SÖDERSTEN; BERGH; ZANDIAN (2006)
Genéticos	Padrões de herança e predisposição genética que resultam na interação de múltiplos genes com o meio ambiente	FAIRWEATHER-SCHMIDT; WADE (2017) MCDONALD (2019) MITCHISON; HAY (2014) PALMEIRA et al. (2019) WATSON et al. (2019)

Fatores etiológicos dos TAs	Caracterização dos fatores	Autores/Ano
Individuais	Traços de personalidade Autoestima rebaixada; Instabilidade emocional; Insatisfação e distorção da imagem corporal; História de transtornos psiquiátricos; Tendência à obesidade infantil	BROWN; HOCHMAN; MICALI (2019) DUFRESNE et al. (2020) LEONIDAS; SANTOS (2012) MALLORQUÍ-BAGUÉ et al. (2020) MEIER et al. (2019) OLIVEIRA-CARDOSO; SANTOS (2012) PEARSON et al., (2017) ROSA; SANTOS (2011) WILLIAMS et al., (2017)
Socioculturais	Ideal cultural de magreza; Influência midiática Pressão do convívio social	ANTHONY; YAGER (2010) GEORGE; FRANKO (2010) JAVIER; BELGRAVE (2019) LIMA; ROSA; ROSA (2012) OLIVEIRA; HUTZ (2010) REYES-RODRÍGUEZ et al. (2016) SIMON (2007) STICE et al. (2017)
Familiares	Agregação familiar; Histórico familiar de TAs; Hábitos alimentares familiares; Padrões de interação familiar; Dificuldades de diferenciação entre os familiares; Rigidez; Intrusividade; Evitação de conflitos; Falta ou excesso de cuidados e afeto; Funcionamento geral da família; Expressão de emoções; Resolução de tarefas de desenvolvimento	ALBINHAC; JEAN; BOUVARD (2019) BALOTTIN et al. (2017 a,b) BRADLEY; PAUZÉ (2009) CERNIGLIA et al. (2017) DIDERICKSEN et al.(2018) DERONZIER (2010) GALE; CLUETT; LAVER-BRADBURY (2013) LEONIDAS; SANTOS (2017) LEV-ARI, L.; ZOHAR (2013) MICALI et al., (2011) MONTELEONE. et al. (2019) MOURA; SANTOS; RIBEIRO (2015) SACHS-ERICSSON et al. (2012) SIQUEIRA; DOS SANTOS; LEONIDAS (2020) SOUZA; SANTOS (2006) VALDANHA et al. (2013) VALDANHA-ORNELAS; SANTOS (2017)
Eventos estressores	Experiências interpessoais traumáticas; Abuso sexual; Separações e perdas; Alterações na dinâmica familiar; Negligência emocional; Comentários depreciativos na infância	AFIFI et al. (2017) BRUSTENGHI et al. (2019) FISCHER; STOJEK; HARTZELL (2010) GALVÃO; PINHEIRO; SOMENZI, (2006) NARVAZ; OLIVEIRA (2009) PIGNATELLI et al. (2016) QUILLIOT et al. (2019) RAI et al. (2019)

Fonte: elaborado pela própria autora.

Compreende-se, deste modo, que os TAs expressam-se por meio de tramas singulares, tendo como pano de fundo um cenário que admite uma magnitude individual, familiar, social e genética, cuja complexidade constitui um desafio para a saúde pública e se desdobra sobre o campo investigativo, preventivo e terapêutico, tornando-se necessária a articulação de abordagens multidisciplinares para abarcar todas as dimensões envolvidas (BECK; MAILLOCHON; RICHARD, 2013; FERRERO, 2009; OLIVEIRA-CARDOSO; SANTOS, 2012).

Observa-se que, ao final do século XX, temas relacionados aos TAs ganharam notoriedade, tanto no meio científico quanto no contexto midiático. Embora essa problemática tenha sido relatada desde séculos passados, adquiriu visibilidade e crescente interesse devido a percepção da gravidade, a precocidade de manifestação e da elevada incidência desses quadros clínicos, razão que a torna uma preocupação atual.

1.2 Os transtornos alimentares e as relações de cuidado

Supõem-se que determinados aspectos e características nucleares da dinâmica e organização familiar em interação com os fatores individuais contribuem para a facilitação da precipitação e manutenção dos TAs. Entretanto, esclarece-se que, por se tratar de uma psicopatologia complexa que em sua gênese comporta múltiplos aspectos indissociáveis, a presença isolada das características familiares e de vulnerabilidade psicológica não são exclusivamente suficientes para o desencadeamento dos TAs, tornando-se necessária a confluência de outros fatores de risco (SCHOMER, 2003).

Em razão da complexidade da natureza de sua etiopatogenia, forçar-se-á, neste estudo, na investigação de aspectos do funcionamento dinâmico familiar, centrados especificamente na esfera dos cuidados parentais. A intenção dos estudos que investigam a dinâmica intrafamiliar como elemento que pode atuar como precipitante e mantenedor dos TAs, se estrutura em uma proposta interventiva e profilática, na medida em que a família é considerada importante para a prevenção, assistência e tratamento desses quadros (JEANNOT, 2007; LEONIDAS; SANTOS, 2015; SIQUEIRA; DOS SANTOS; LEONIDAS, 2020).

Nesse sentido, a proposta deste estudo, distancia-se de uma concepção culpabilizadora atribuída à família. E, sobretudo, preocupa-se com a manifestação de sofrimento que, em geral, é apresentada pelos membros da família quando algum deles é acometido por transtorno alimentar. Estudos desta natureza encontram sua relevância, na medida em que possam oferecer subsídios para a criação de intervenções psicológicas voltadas para o paciente e seus familiares.

Pressupõem-se que as características e a dinâmica das relações familiares são identificadas como parte dos múltiplos fatores que concorrem para a etiologia dos TAs

(ALLEN et al, 2014; BEHAR; ARANCIBIA, 2014; CASTAÑEDA ET al, 2018; FUJIMORI et al., 2011; HERRAIZ-SERRRANO et al., 2015; LE et al., 2017).

Os estudos relativos a influência familiar na sintomatologia dos TAs indicam padrões de perturbações no desenvolvimento e relacionamento intrafamiliar que compreendem, entre outros aspectos: o funcionamento familiar geral (BENNINGHOVEN et al., 2007; VALDANHA et al., 2013), as relações entre os membros da família (COOLEY et al., 2007; DALLOS; DENFORD, 2008; LEONIDAS; SANTOS, 2015b), os cuidados fornecidos pela família (BALOTTIN et al., 2017a; CANETTI et al., 2008; DERONZIER, 2010; POLE et al., 1988; MORGAN; VECCHIATTI; NEGRÃO, 2002; MOURA, 2007; VALDANHA, SCORSOLINI-COMIN; SANTOS, 2013), a coesão familiar (DELANNES et al., 2005; LEONIDAS; SANTOS, 2017), a gestão e a resolução de conflitos (BOTTA; DUMLAO, 2002; BRADLEY; PAUZÉ, 2009; LEONIDAS; SANTOS, 2015a) e a expressão de emoções (FERNANDES, 2012).

Jeannot (2007) afirma que o predomínio de estudos relativos aos transtornos alimentares centralizados no âmbito das relações interpessoais primárias, justifica-se, principalmente, devido a três aspectos: a magnitude presente nas relações de vínculo e dependência mútua entre mãe e filha(o); a importância da relação entre a alimentação e o exercício das funções maternas e, por fim, a precocidade das interações da díade na construção da personalidade do sujeito.

Para a psicologia do desenvolvimento humano, as relações vinculares entre pais-bebê se constituem como experiências primárias e ordenadoras do processo de constituição psíquica do lactente que, passando impreterivelmente pela função alimentar, solicitam as figuras parentais para o exercício de investimento e cuidado essencial. Assim, o alimento está, desde o nascimento, relacionado aos cuidados parentais e aos vínculos primários (CINTRA; FISBERG, 2004; COBELO, 2004; FERNANDES, 2012, FRANÇA, 2010; MIRANDA, 2010;

RAMOS et al., 2018; RIBEIRO, 2016; SCHOMER, 2003). Logo, compreende-se que as condutas em relação à comida são representativas das atitudes relacionadas às figuras parentais no exercício dos cuidados essenciais durante a infância.

No tocante aos TAs, Deronzier (2015; 2018) afirma que as manifestações sintomatológicas de pacientes diagnosticados por este transtorno é decorrente das relações intersubjetivas iniciais subjacentes às experiências de alimentação e de cuidado. A autora propõe o termo “relacionamento alimentar” ao discutir as vicissitudes das relações inter-humanas iniciais e o exercício das funções de cuidado materna e paterna. Sob este aspecto Jeannot (2007) caracteriza que a natureza e a dimensão das interações primárias intersubjetivas que perpassam a realização dos cuidados familiares dispensados na infância à pacientes com TAs são disfuncionais e, estas por sua vez, acabam por incidir sobre a frágil constituição do indivíduo, levando-os à vulnerabilidade e desamparo psíquico.

No âmbito dos transtornos alimentares, a vasta literatura científica disponível na área fornece dados expressivos que indicam que as relações familiares exercem repercussões sobre a manifestação sintomatológica dos TAs. Apesar das evidências substanciais sobre as interações entre a relação familiar e os TAs, são escassos os estudos que se centram especificamente na investigação e na descrição dos cuidados realizados à estes pacientes na infância ou na adolescência. Deste modo, na medida em que a realização dos cuidados parentais aos filhos encontra-se no cerne das relações familiares e, estas por sua vez, são consideradas como fatores que podem predispor e manter a sintomatologia dos TAs, torna-se relevante conhecer a forma que foram realizados os cuidados pelos pais aos pacientes com TAs na infância e na adolescência.

Embora, as relações intersubjetivas familiares desses pacientes sejam notadamente investigadas, nota-se que o foco dos estudos se centra, de modo geral, sobre as interações

mãe-filha e ainda são escassos os estudos que contemplam a figura paterna na dinâmica familiar desses pacientes.

Com base nos estudos recentes, reconhece-se o caráter de interferência mútua entre os membros familiares - mãe-pai-filho(a) – e a necessidade de inclusão do pai nas investigações (CHRISTOPHER et al, 2013; ELLIOTT, 2010; FIELDING-SINGH, 2017; HOOPER; DALLOS, 2012; HORESH et al., 2015; JONES; LEUNG; HARRIS, 2006; SANTOS; COSTA-DALPINO, 2019). Admite-se, assim, que o pai ocupa um lugar nas relações familiares e exerce funções específicas e importantes de cuidado, inclusive em famílias em que há indivíduo com TAs.

Em estudo realizado, Lane (2002) identificou que famílias de indivíduos acometidos por TAs possuem características análogas de disfuncionalidade, visto que as mães se revelam como demasiadamente invasivas e controladoras e os pais como pouco participativos ou ausentes. Verifica-se que essas famílias apresentam, em geral, uma dinâmica inter-relacional disfuncional e são descritas pelos próprios pacientes como mal organizadas e perturbadas, em que predominam relações frágeis e pouco afetivas, além de comunicações empobrecidas, baixa resolução de conflitos e *déficit* afetivo nos cuidados e superproteção (GALVÃO; PINHEIRO; SOMENZI, 2006; HUSSER, 2015; SOUZA; SANTOS, 2006).

Os estudos sugerem que pacientes diagnosticados com anorexia nervosa possuem um padrão de cuidado familiar excessivo e controlador que podem levá-los a uma condição de dependência física e emocional em relação aos pais, em especial, das mães, já que são estas que, geralmente, realizam os cuidados básicos primários. Essa dificuldade de separação-individuação contribui, por sua vez, para a estruturação precária e frágil de uma identidade pessoal e para a indeterminação dos limites corpóreos, sendo estes fatores nodais que podem o predispor à manifestação dessa psicopatologia (BALOTTIN et al., 2017b; BRUCH, 1978; JEANNOT, 2007; LAWRENCE, 2002).

Bidaud (1998) afirma que nos quadros das perturbações do comportamento alimentar, em especial, na anorexia nervosa, a relação de cuidado mãe-bebê é marcada pelo excesso de cuidados que muitas vezes prolongam-se até a adolescência. Por sua vez, Minuchin, Rosman e Baker (1978) identificaram características comuns, em famílias com pacientes com TAs, associadas a padrões familiares disfuncionais e relações de cuidado centradas no excesso, denominando estas de “famílias anorexigênicas”.

Não obstante, a modalidade de cuidado familiar predominante de pacientes com bulimia nervosa corresponde a superproteção paterna e padrão de cuidado materno insuficiente e pouco afetivo (JONES; LEUNG; HARRIS, 2006; MEYER; GILLINGS, 2004; POLE et al., 1988). Em estudo realizado, Horesh et al. (2015) identificaram dois perfis acerca do tipo de relacionamento entre pais e filhas com TA, a saber: atencioso e benevolente e, também, o superprotetor e evitativo. Os autores explicam que o perfil relacional parental caracterizado como superprotetor e evitativo pode concorrer para maior gravidade do TA, pois as pacientes passam a apresentar maior restrição alimentar e preocupação com a comida, além de preocupações intensificadas com o corpo e forma corporal e níveis mais elevados de depressão.

Devido as perturbações e as disfuncionais nas relações de cuidado, outros autores corroboram que os TAs são expressões dramáticas da impossibilidade de constituição de um espaço psíquico particular e tentativas máximas pela busca de autonomia e diferenciação que, por conseguinte, abarcam alternativas de autoafirmação do nascimento do verdadeiro eu, assim como ataques à introjeção materna hostil e defesas contra o desejo do outro (ADAMI-LAUAND; MOURA; PESSA, 2016; CICCONE, 2018; MIRANDA, 2010; SQUIRES; PRESME, 2018).

Nota-se, nas pacientes diagnosticadas com TAs, a dificuldade de diferenciação e individuação em relação ao seu cuidador principal, em geral, a mãe. A relação simbiótica

própria dos estágios iniciais da vida do bebê é mantida nesses casos, resultando na ausência de limites na relação dual e na impossibilidade de criação de um espaço de simbolização e de diferenciação entre o eu e o outro (FERNANDES, 2016; FRANÇA, 2010; GASPAR, 2010; REFOSCO; MACEDO, 2010; SCHOMER, 2003).

Gonçalves (2009) investigou as dinâmicas familiares de mulheres com TAs por meio dos registros encontrados nas comunidades virtuais pró-anorexia e pró-bulimia e identificou que as mães apresentam dificuldades na realização da maternagem em razão da identificação com seus bebês. Por sua vez, Santos (2016) realizou estudo de revisão da literatura acerca da influência das relações familiares sobre o TA e evidenciou que falhas na comunicação entre os membros da família, a rigidez dos padrões familiares e a realização de cuidados desprovidos de afeto podem favorecer a precipitação e a manutenção do TA.

Verifica-se expressivo destaque da literatura científica nacional com foco nos TAs e as relações familiares. Em especial, grande parcela destes estudos é realizada pelo grupo de pesquisadores do GRATA¹. Nesse sentido, destacam-se, a seguir, alguns estudos que apresentam particularidade com a proposta deste trabalho.

Valdanha, Scorsolini-Comin e Santos (2013) discorreram sobre a transmissão de conteúdos psíquicos na sucessão intergeracional de pacientes com TAs e identificaram a ocorrência de dificuldades nos relacionamentos intrafamiliares, além de precariedade e de instabilidade no provimento afetivo nas relações de cuidado. No tocante a veiculação psíquica dos cuidados em três gerações de uma família de um paciente do sexo masculino acometidos por AN, Valdanha-Ornelas e Santos (2017) verificaram a existência de figuras femininas dominantes e a presença de cuidados insuficientes e concretos centrados nas atividades domésticas.

¹ O GRATA (Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares) se trata de um serviço organizado por uma equipe multidisciplinar de saúde inserida na Clínica de Nutrologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HC-FMRP-USP) e tem por objetivo oferecer tratamento a pessoas com TAs e assistência aos familiares.

Leonidas e Santos (2015a) analisaram os padrões transacionais em famílias de mulheres acometidas por TA, por meio da utilização do Genograma e verificaram a existência de características de distanciamento emocional entre os membros da família, assim como baixa capacidade de resolução de conflitos e fragilidade dos vínculos intrafamiliares. Leonidas (2016) investigou, a partir de estudo de casos múltiplos, o desenvolvimento da sexualidade e da feminilidade em mulheres com TAs e evidenciou a presença de uma relação fusional entre mãe e filha e de distanciamento com o pai, além de identificar a dificuldade dos pais, no âmbito da realização dos cuidados, em lidar com a feminilidade e sexualidade das filhas

Em estudos realizados, Moura (2007) e Moura, Santos e Ribeiro (2015) investigaram as experiências maternas acerca dos cuidados primários dispensados às adolescentes com TAs e os dados encontrados evidenciam dificuldades por parte das mães em ofertar continência física e emocional aos bebês, assim como, ausência de suporte ambiental favorável para a realização dos cuidados, presença de sentimentos de insuficiência e de impotência ao desempenhar os cuidados básicos e em atender as necessidades das filhas.

A partir de revisão da literatura referente às relações familiares, Siqueira, Dos Santos e Leonidas (2020) verificaram a configuração de relações vinculares ambivalentes que perpassam cuidados excessivos e superprotetores, assim como padrões de rigidez, distanciamento emocional, dificuldades de comunicação e baixa responsividade afetiva dos pais em relação às filhas. Santos e Costa-Dalpino (2019) se dedicaram ao estudo da relação entre pai e filha diagnosticada com TA e evidenciaram baixo grau de envolvimento e participação dos pais na realização dos cuidados à filha, bem como distanciamento físico e emocional e tendência à esquiva dos pais.

Por sua vez, Corcos (2013) a partir de estudo teórico explorou as perturbações das inter-relações precoces e seus efeitos sobre o desenvolvimento de crianças e adolescentes com

TAs. De acordo com o autor, os aspectos socioculturais e conteúdos transgeracionais vinculados às relações de cuidado exercem distorções no processo de desenvolvimento, posto que a mãe exerce a repetição de um domínio narcísico sobre o corpo da criança. Já, Jeannot (2007) realizou um estudo sobre a relação mãe-filha no contexto de transtornos alimentares na adolescência e identificou a percepção negativa da filha com TA acerca da relação com a mãe, assim como a existência de experiências de privação materna e de violência no tocante à alimentação forçada.

Com base na literatura científica nacional e internacional, supõe-se que as relações vinculares que se dão por meio do exercício dos cuidados podem interferir e dificultar o processo de desenvolvimento do indivíduo, bem como para a aquisição da individualidade, a constituição da imagem corporal e da identidade pessoal, associada aos fatores culturais e os aspectos individuais da personalidade que concorrem para a predisposição dos TAs (OLIVEIRA; SANTOS, 2006).

1.3 Os transtornos alimentares à luz da psicanálise²

A psicanálise, em sua emergência, enfrentou desafios categóricos ao deparar-se com os enunciados corpóreos das histéricas. Em decorrência desse contexto clínico dominante no final do século XIX, o pensamento freudiano floresceu e se desenvolveu, possibilitando a oferta de contribuições inovadoras ao campo da subjetividade.

A concepção psicanalítica passou a preconizar a indivisibilidade entre o sujeito e o seu corpo e a reconhecer o sujeito como encarnado, ou seja, admite-se que “a subjetividade sofre tem um corpo e que é justamente neste que a dor literalmente se enraíza” (BIRMAN, 2007, p. 21). Entretanto, no decorrer de sua trajetória evolutiva, a comunidade psicanalítica pós-freudiana distanciou-se dessas concepções e passou a privilegiar, essencialmente, o campo das representações e da linguagem como via de acesso e de intervenção na esfera analítica, o que acabou por acentuar o dualismo entre o corpo e o psiquismo, negligenciando as manifestações humanas que não se encontram circunscritas ao discurso. Todavia, perante a insurgência de demandas clínicas delineadas pela manifestação do sofrimento e do adoecimento psíquico nos registros corpóreos, a psicanálise se viu compelida a iniciar um processo de reelaboração e de ampliação de seu escopo clínico e teórico (GASPAR, 2010).

O modelo psicodinâmico psicanalítico pressupõe, de modo geral, que a natureza sintomatológica dos TAs denuncia conflitos e significações decorrentes das etapas precoces do desenvolvimento emocional do indivíduo que engajam necessariamente as relações primárias e os cuidados parentais (ADAMI-LAUAND; MOURA; PESSA, 2016; CORCOS; DUPONT, 2007; FERNANDES, 2016; GUILBAUD, 2012; MOURA; SANTOS; RIBEIRO, 2015; VIBERT, 2015).

De acordo com a psicanálise, as perturbações psicopatológicas das condutas alimentares correspondem às manifestações defensivas de ordem psicossomática decorrentes

² Este capítulo da Tese foi submetido como artigo científico para apreciação na Revista Psicologia Clínica.

de conflitos emocionais e de vivências traumáticas associadas às relações intersubjetivas e as falhas nos cuidados essenciais que ocorrem, principalmente, nos primórdios do processo de desenvolvimento emocional do bebê (ACHIM, 2012; ADAMI-LAUAND; MOURA; PESSA, 2016; CASCALES, 2015). Segundo este referencial teórico, os transtornos graves da alimentação podem se originar em um período muito precoce da constituição do ser humano, tomando o corpo como lugar privilegiado de expressão do mal-estar subjetivo (GASPAR, 2010; MIRANDA, 2010; SQUIRES; PRESME, 2018).

A perspectiva psicanalítica é categórica ao afirmar que a problemática dos TAs não se remete à alimentação em sua “materialidade concreta”. Mas, sobretudo às diversas significações e dimensões fantasmáticas que a alimentação e a sintomatologia mobilizam no funcionamento psíquico desses pacientes, visto que estas comportam fundamentalmente o corpo e o outro (FERNANDES, 2012).

Goulart (2003) enfatiza que os primeiros trabalhos psicanalíticos sobre a problemática das condutas alimentares, especificamente sobre a AN, centravam-se na importância da oralidade, o que destaca a importância dos sentidos simbólicos para a compreensão da psicodinâmica envolvida nessa psicopatologia. E que, posteriormente, a partir da década de 1960, ocorreu uma alteração no enfoque compreensivo, de modo que a ênfase da fase oral e dos conflitos intrapsíquicos passou a recair sobre a abordagem das relações objetais, ressaltando-se as dimensões relacionais entre mãe e filha.

No campo da investigação das condutas alimentares, Bruch (1973, 1978) destaca-se como precursora ao contribuir de forma significativa para a compreensão dos aspectos psicodinâmicos da AN sob a luz das relações precoces entre mãe e criança – e, portanto, dos cuidados maternos. De acordo com a psicanalista, o desenvolvimento deficitário das pacientes anoréxicas reside na ineficiência e inadequação das respostas interpretativas da mãe ante os sinais indicativos provenientes das necessidades básicas do bebê, que a levam a um padrão de

cuidado pautado na imposição dos seus conceitos e desejos sobre as necessidades e os impulsos da criança, não permitindo a sua diferenciação e autonomia. Deste modo, a mãe teria dificuldades e inconstância em responder de forma satisfatória às necessidades essenciais do lactente, conduzindo-o a um reconhecimento falho de seus estados internos, a distorções perceptuais em sua imagem corporal e a dificuldades em estabelecer a constituição das fronteiras egoicas. A autora enfatiza, ainda, a presença constante nas anoréxicas de uma sensação de ameaça de destruição e de aprisionamento relativa à figura materna, sendo o ato de não comer interpretado como uma via de controle do próprio corpo e de oposição e rompimento com a figura intrusiva da mãe.

Entende-se que a dimensão intensa e excessiva do vínculo e dos cuidados pode se transformar em uma modalidade de violência psíquica que expõe o indivíduo às angústias de invasão, levando-o a mobilizar defesas contra um estado iminente de desorganização e fragmentação do eu. Assim, perante a dificuldade de diferenciação da figura materna, que ameaça a constituição da integração do eu, estratégias psicopatológicas são mobilizadas para garantir a sobrevivência psíquica (FERNANDES, 2012).

Ainda de acordo com Fernandes (2012), a investigação dos transtornos da conduta alimentar não deve se restringir a uma abordagem centrada na objetividade, porém deve incluir, impreterivelmente, abordagens científicas que privilegiem a especificidade da subjetividade como próprio objeto de estudo. Logo, admite-se que a produção de conhecimento no campo das ciências humanas constitui-se como um fenômeno complexo, na medida em que o objeto do conhecimento científico caracteriza-se pelo próprio ser humano, imerso na rede de suas relações interpessoais.

Sob a ótica da psicanálise, os TAs são compreendidos, de modo geral, como manifestações somáticas responsivas a situações conflitivas que substituem a elaboração psíquica, a partir das quais se desencadeiam processos regressivos ligados às relações objetais

e investimentos libidinais primitivos e a construção das fronteiras egoicas. De acordo com Miranda (2010) e Gaspar (2010), as perturbações psicopatológicas das condutas alimentares correspondem a manifestações sintomáticas orais frente a intensos conflitos, associadas à presença de angústias arcaicas vivenciadas nos estágios iniciais da constituição do ser humano, que devido a precariedade dos mecanismos simbólicos em elaborá-las, torna o corpo como lugar privilegiado de expressão do mal-estar subjetivo.

Não obstante, Uchitel (2006) afirma que determinadas manifestações sintomáticas não se constituem à guisa de conflitos intrapsíquicos. Entretanto, seguem a lógica do trauma, ou seja, são respostas defensivas de ordem psicossomática frente a experiências emocionais tantalizadoras de falhas de excessos, invasões e perdas que ultrapassam a capacidade de suportabilidade egoica do indivíduo, sendo, assim, o próprio sintoma a colocação em ato do trauma.

Perante o trauma ou a incidência de multitraumatismos, o aparelho psíquico pode se tornar incapaz de reconhecer e transpor estas vivências, levando à imobilização de recursos simbólicos e, por sua vez, a impossibilidade do psiquismo em organizá-las pela via da representação e da associação. Estas modalidades sintomáticas se presentificam quando a experiência traumática excede a capacidade do psiquismo em fazer uso de estratégias simbólicas e, assim, a dor e o sofrimento decorrentes não podem ser inclusos num repertório de representações significativas, pondo em curso uma lógica que resulta na ameaça de dissociação do eu e incide sobre o processo de constituição e de integração do eu, na aquisição de um senso de identidade pessoal e, ainda, na mobilização de angústias de invasão, abandono, de perda e separação do objeto.

Uchitel (2006) esclarece, ainda, que a sintomatologia traz em seu bojo vestígios não elaborados referentes à problemática dos processos constitutivos iniciais do indivíduo.

Posto que segundo a autora, os graves traumatismos são decorrentes das incisivas e excessivas falhas nos cuidados ofertados, durante a primeira infância, pelo cuidador principal.

Tendo como foco, nesse estudo, a inter-relação entre os aspectos individuais e familiares que atuam como fatores precipitantes e mantenedores do quadro, compreende-se que as vivências traumáticas de indivíduos acometidos por TAs encontram-se vinculadas às vicissitudes das relações primárias de cuidado entre o conjunto mãe-ambiente e o bebê, sendo estas primordiais para a facilitação dos processos de constituição de um si mesmo integrado, do alcance de um sentido de existência e da integração psicossomática inicial.

Alinhada à lógica do trauma descrita por Uchitel (2006), hipotetiza-se que essas vivências traumáticas primitivas correspondem, mais especificamente, à incidência reiterada e persistente de intensas e excessivas falhas ambientais circunscritas ao exercício e a qualidade dos cuidados parentais que resultam em variados graus de adiamentos, distorções ou regressões nos estágios iniciais do desenvolvimento do bebê que, por sua vez, podem ocasionar perturbações no campo psicossomático-alimentar e, conseqüentemente, certa vulnerabilidade psíquica, configurando, assim, possíveis fatores basais que podem predispor o indivíduo à futura precipitação do TA.

Em relação às características psicológicas de mães de filhas diagnosticadas com AN, Campos (2012) investigou o significado emocional da experiência da maternidade para as progenitoras. Os dados indicam, por meio do relato das mães, a presença de dificuldades em lidar com os próprios sentimentos, assim como, em oferecer os cuidados essenciais de sustentação físico-emocional às suas filhas. A pesquisadora propõe que os sintomas da AN são representativos da busca pela individuação e rompimento com a figura materna. Entretanto, essas tentativas são sentidas pelas mães como supostos ataques e oposição aos seus cuidados dispensados, levando-as a recrudescerem os cuidados em padrões de severa rigidez e controle, a fim de manter as filhas fusionadas a elas e adaptadas ao controle imposto.

Infere-se, com base nos estudos na área, que as figuras maternas ao reconhecerem as próprias dificuldades em compreender as reais necessidades de suas filhas, tentam compensar as falhas qualitativas com antecipações exageradas pautadas em modalidades quantitativas de cuidados e alimentação (CAMPOS, 2012; FERNANDES, 2012; LAWRENCE, 2002; SANTANA; HOPPE, 2013). Assim, as possíveis falhas e descontinuidades no processo de cuidados parentais relacionados à alimentação e ao investimento afetivo implicam uma dimensão de dominação e apropriação do espaço interno do bebê, de modo que podem originar possíveis condições para o surgimento de perturbações na percepção das sensações corporais, como também dificuldades na percepção do mundo interno e das necessidades afetivas e, ainda, distorções na imagem corporal, sendo estas perturbações características dos pacientes com TAs (BRUCH, 1978; GASPAR, 2010; MIRANDA, 2010).

Com base em uma perspectiva psicopatológica relacional implícita no pensamento psicanalítico winnicottiano que busca compreender a cura, o sofrimento e o adoecimento psíquico como fenômenos que ocorrem em um campo vincular, julga-se importante direcionar o estudo dos TAs para o contexto concreto de vida e das condições ambientais atuais para que, assim, se possa pensar em propostas preventivas e terapêuticas para esses casos. Dessa maneira, a compreensão quanto às manifestações destes transtornos que constituem parcela significativa da demanda contemporânea pode e deve ser buscada no âmbito das relações vinculares iniciais, na medida em que as macrotransformações contemporâneas desdobram-se sobre os modos de relações inter-humanas, especialmente, nas relações iniciais mãe-bebê, que são fundamentais para a constituição psíquica do sujeito.

É possível encontrar, no interior da obra winnicottiana, a presença difusa de referências e contribuições acerca da problemática dos transtornos da conduta alimentar. A construção do pensamento de Winnicott se dá de forma inovadora, ao discutir essas questões a

partir de sua teoria do amadurecimento pessoal. Embora não tenha construído um conjunto teórico acabado a esse respeito, esse autor propiciou elementos embrionários que requerem maior compreensão e aprofundamento (MELLO FILHO, 2011a). De acordo com Winnicott (1936/2000), a literatura científica admite a manifestação recorrente das desordens do apetite no campo dos transtornos psiquiátricos. Porém, alerta que o reconhecimento e a compreensão do ato de comer e de suas distorções e vicissitudes ainda não se deram de forma satisfatória.

Com base na teoria do desenvolvimento pessoal, Winnicott fornece pressupostos significativos que podem ser aplicados ao campo dos TAs relativos à natureza, a etiologia e a sintomatologia desses quadros. Tendo em vista a atualidade do tema e o reconhecimento de sua complexidade, as contribuições psicanalíticas winnicottianas despontam como concepções capazes de fomentar abordagens inovadoras que podem nutrir a necessidade de novos estudos científicos, no intuito de abrir um leque de novas dimensões compreensivas. Com esses aportes, é possível aprofundar e desenvolver reflexões teórico-clínicas sobre a problemática dos TAs, buscando com esse conhecimento alicerçar a criação de propostas clínicas, tanto psicoterapêuticas como psicoprofiláticas.

A partir do atendimento de um caso de AN, no qual a paciente fazia uso intenso de mecanismos dissociativos, Winnicott (1966a/1994) propõe o conceito de “*verdadeiro distúrbio psicossomático*” e estabelece uma diferenciação entre este e o problema clínico comum em que doenças orgânicas ou sintomas físicos envolvem, exclusivamente, aspectos emocionais subjacentes. Nesse sentido, segundo o psicanalista, a enfermidade psicossomática verdadeiro constitui-se, exclusivamente, pela persistência de uma cisão na organização do ego ou de dissociações múltiplas que correspondem a uma complexa organização defensiva que irrompe no contexto do processo de amadurecimento emocional do indivíduo.

Para Winnicott (1966a/1994), a origem dessas defesas, que caracterizam o distúrbio psicossomático verdadeiro, decorre de constantes falhas ambientais relativas à

provisão de cuidados insatisfatórios em um período precoce do desenvolvimento em que os processos de constituição psíquica ainda não estão firmemente estabelecidos. Pode, também, decorrer das dificuldades encontradas durante o processo de diferenciação do *eu sou* do *não-eu*, concernente à conquista da integração em uma unidade existencial. Compreende-se, portanto, que o conceito de “verdadeiro distúrbio psicossomático”, designado por Winnicott, corresponde a distorções e adiamentos que incidem sobre os processos de integração psicossomática e de alojamento da psique no próprio corpo, nos estágios iniciais do amadurecimento humano.

Em especial, Winnicott (1966a/1994) enfatiza a presença significativa de um aspecto esperançoso na enfermidade psicossomática, ainda que a condição clínica desses pacientes indique justamente o contrário, por recorrerem reiteradamente à cisão e variadas dissociações (DIAS, 2008). Posto que, subjacente à manifestação somática incisiva, que tenta, nem que seja por meio da dor ou do sofrimento manter de algum modo o contato com o corpo, encontra-se uma tendência potencial no indivíduo em direção à possibilidade de integração, em busca de uma unidade psicossomática, de uma identidade experiencial e, por decorrência, da totalidade de sua integração. Com base nessas considerações, infere-se que nos TAs há a manifestação de fenômenos defensivos de ordem psicossomática que se organizam, perante um ambiente deficitário, contra a ameaça de dissociação e de desintegração durante as etapas primitivas da vida.

Por meio da realização de anamneses cuidadosas, Winnicott (1936/2000) pôde observar a presença de uma continuidade clínica dos distúrbios do apetite no decorrer da vida, não havendo, assim, uma linha divisória nítida entre as seguintes condições: “anorexia nervosa na adolescência, dificuldades na alimentação durante a infância, distúrbios do apetite devidos a certas condições específicas em momento críticos, e as inibições da amamentação na primeira infância, mesmo no período inicial” (p. 91-92). O psicanalista considera que os

distúrbios graves da alimentação podem se originar em um período muito precoce, principalmente, durante a relação inicial entre a mãe e o bebê, sendo este um momento originário em que os processos primitivos da constituição do ser humano estão se iniciando e que podem, conseqüentemente, se manifestar em outros momentos da vida.

Compreende-se, segundo o pensamento winnicottiano, que a organização constitutiva humana é, inicialmente, decorrente da inter-relação entre as experiências sensoriais, perceptuais e motoras do bebê com o mundo externo, sendo que este é apresentado ao bebê por meio do conjunto de cuidados ofertados, principalmente, pela figura materna. Ressalta-se que, no início da vida do lactente, um dos focos principais na realização destes cuidados é a alimentação que garante a sobrevivência física e emocional do bebê, a depender de adequadas condições. Para além deste cuidado essencial, reconhece-se a necessidade de outros cuidados básicos que, igualmente, requerem uma dimensão afetiva, tais como: a oferta de sustentação física e emocional, de continência e acolhimento das emoções, da realização de manejo, cuidados e higiene com o corpo do bebê, bem como a promoção de conforto, de aquecimento e de repouso, a disponibilização de atenção e de vínculo inter-humano significativo, além de adequadas estimulações lúdicas, motoras e cognitivas.

As vivências do bebê no contato com a figura materna, na trajetória a dois, isto é, o bebê e a mãe, sendo o pai presente no desejo desta e na promoção de sua sustentação neste momento inicial, torna possível ao bebê a mobilização fértil de fantasias, ilusões e simbolizações, ou seja, permite à este a elaboração imaginativa das experiências, contribuindo, por sua vez, para a criação e apreensão da realidade e para o seu desenvolvimento emocional. Segundo Winnicott (1941/2000), as fantasias referem-se ao ambiente e, particularmente, aos seus destinos e inter-relacionamentos que vão sendo fantasmaticamente trazidos para o interior do bebê. Deste modo, o psicanalista pressupõe que as relações que se engendram entre a constituição do mundo interno e o incremento das

fantasias orais concorrem para a produção de sintomas típicos dos transtornos alimentares, de modo que se torna imprescindível a investigação dos casos diagnosticados com base nas fantasias conscientes e inconscientes sobre o interior do próprio corpo.

De acordo com Winnicott (1945a/2012), as condutas em relação à comida são representativas das atitudes em relação à figura materna e, nesse sentido, o alimento possui diversas significações. Infere-se que, inicialmente, o bebê apresenta uma dependência originária com as figuras parentais e, logo, reconhece-se a primazia conferida ao ato da alimentação no exercício dos cuidados essenciais dos pais neste momento da vida.

A alimentação do bebê se configura, fundamentalmente, numa forma de relação entre seres humanos. Nesta relação, a figura materna, ao ser amparada pela figura paterna, possibilita por meio da oferta de uma satisfatória experiência de alimentação, o desenvolvimento emocional do bebê, facilitando a este a manifestação instintiva, a confiabilidade em relação ao ambiente, a instauração das dimensões temporais e espaciais, a constituição de um corpo investido afetivamente e, por consequência, a coesão psicossomática (DERONZIER, 2010).

Outro aspecto relevante segundo a teoria winnicottiana que oportuniza contribuições para a compreensão desses quadros clínicos é o tema do vazio. Para Winnicott (1963/1994), o vazio é considerado requisito fundamental e prévio para a constituição do desejo do sujeito em receber algo dentro de si. Supõem-se, portanto, que as dificuldades apresentadas pelos pacientes acometidos por TAs podem estar associadas ao horror do vazio, visto que frente a este estado de terror insuportável, que acarreta vivências não integradas de grande vulnerabilidade, pode acabar por organizar como defesa um vazio controlado, não comendo ou, então, de forma impiedosa, tentam preenchê-lo ou completá-lo por meio de uma voracidade compulsiva. Deste modo, para que o indivíduo possa receber algo em si mesmo de

forma prazerosa e iniciar-se a comer sem que essa função esteja dissociada de sua personalidade, torna-se essencial experimentar o vazio, tal como ele é.

Compreende-se, a partir dessas proposições, a necessidade da existência de um ambiente estável, constante e adequado que permita ao bebê constituir as dimensões espaciais e temporais, a possibilidade de vivenciar a experiência de vazio essencial e a preservação de um núcleo pessoal de si mesmo a fim de que possa manifestar gestos espontâneos e criativos em direção ao mundo. Em especial, nas famílias com pacientes com AN, nota-se a presença de condutas invasivas e excessivas por parte da figura materna e, por outro lado, a desautorização da figura paterna pela mãe que acabam provocando efeitos nefastos sobre a constituição subjetiva do filho (a), a partir da destituição do mundo interno deste, da dificuldade em experienciar o vazio essencial e da expropriação de seu corpo.

A partir da clínica psicológica e dos estudos empíricos com foco em pacientes que desenvolveram transtornos da alimentação, observa-se a alta frequência de queixas que se referem a sensações de viverem fora do corpo ou a percepção deste como estranho ou externo, assim como ausência de uma identidade corpórea pessoal e, ainda, distorções em sua autoimagem e dificuldades na discriminação das sensações perceptivas (FERNANDES, 2012). Cotta (2004) e Ferreira (2010) sugerem que tanto a AN quanto a BN são psicopatologias representativas das manifestações psicossomáticas, uma vez que segundo os autores, as pacientes apresentam uma problemática em relação à sua chegada ao mundo e ao alojamento e encarnação em seus próprios corpos.

A partir do pensamento winnicottiano que ressalta a necessidade fundamental dos aportes do ambiente, sendo este sempre pensado como uma unidade mãe-pai-família-sociedade, para o acontecer humano e sua continuidade de ser, pressupõe-se que o contexto contemporâneo imbuído de suas particularidades não estaria proporcionando o suporte necessário para essa experiência, assim como as condições suficientemente adequadas para o

vir a ser. No tocante ao campo dos transtornos da conduta alimentar, torna-se necessário compreender a natureza e as dimensões do sofrimento manifestadas por esses casos, que denunciam processos de fragmentação do ser e a fragilidade da constituição psíquica, com base nas distorções e rupturas das relações interpessoais, especialmente, no período inicial da vida.

Segundo Winnicott (1964a/1994), o desenvolvimento emocional primitivo se constitui a partir de um estado de não-integração em direção à integração, à personalização e à diferenciação entre eu e não-eu, ou seja, “o processo maturacional inclui a integração sob suas variadas formas, a saber: a moradia da psique no soma; o relacionamento objetal; a interação dos processos intelectuais com a experiência psicossomática” (p. 80).

De acordo com o pensamento psicanalítico winnicottiano, todo ser humano é dotado de uma tendência inata ao amadurecimento emocional que o direciona em busca de sua existência e, conseqüentemente, para sua acontecência humana. Porém, para que esse potencial inato se concretize e o bebê seja capaz de ter uma experiência pessoal e, assim, vir a ser um indivíduo saudável, é fundamental a presença de um ambiente constante e facilitador, constituído pelos cuidados maternos e pelo meio em que se desenvolve.

Para Winnicott (1945/2000), a existência de um ambiente suficientemente bom se revela como imprescindível ao facilitar o processo de desenvolvimento emocional e as potencialidades nucleares do *vir a ser* do bebê, uma vez que a presença de um “outro”, constituído por experiências subjetivas individuais oriundas de seu próprio processo de amadurecimento, “faz com que o eu da criança se torne viável” (KHAN, 1978, p. 40). O psicanalista destaca, deste modo, a necessidade de uma provisão adequada e constante que seja disponibilizada pela presença viva e sensível da figura materna por meio da sustentação física e emocional (*holding*), o manejo (*handling*) e a apresentação paulatina do objeto, de forma que o indivíduo, inserido neste ambiente, possa se desenvolver e alcançar a integração,

a personalização, a possibilidade de estabelecer relacionamentos integrados com os objetos, bem como a constituição do *self* total e integrado.

Num ambiente que propicia um ‘segurar’ satisfatório, o bebê é capaz de realizar o *desenvolvimento pessoal de acordo com suas tendências herdadas*. O resultado é uma continuidade da existência, que se transforma num senso de existir, num senso de *Self*, e finalmente resulta em autonomia (WINNICOTT, 1967/2011, p. 11, grifos do autor).

Winnicott (1970/1994) afirma que o *self* corresponde à pessoa em sua totalidade, cuja organização se dá dentro do processo de maturação, por meio da facilitação, sustentação e manejo do meio ambiente humano. O psicanalista admite que a base do *self* se constitui sobre o próprio corpo (WINNICOTT, 1970/1994). Nesse sentido, apreende-se que, na concepção winnicottiana, o homem é um *vir a ser* e o corpo é a morada do *self* (LAURENTIIS, 2016). Deste modo, a constituição total do sujeito requer, inicialmente, que o indivíduo se enraíze em si mesmo, ou seja, em todas as dimensões de seu corpo, a partir do apoio do corpo de um outro que, de forma prazerosa, facilite e permita esse enraizamento em si mesmo, além de investir e significar afetivamente a corporeidade e o ser da incipiente criatura.

Segundo Winnicott (1966/2002), “a condição de ser é o início de tudo” (p. 9), posto que para alcançar a unidade *eu sou* e de continuar a *vir a ser*, é, sobretudo e previamente, necessário *ser*. O alcance satisfatório desse processo somente se torna viável a partir da realização de uma maternagem suficientemente boa, instituída a depender da possibilidade da mãe devotada comum ou do cuidador materno. Ressalta-se que para Winnicott (1982/2012), é impossível dissociar a realização da maternagem sem os aportes provenientes do meio em que esta mãe se insere e isto inclui as funções da figura paterna. Entende-se, sob esta perspectiva, que a díade mãe-bebê deve ser sempre sustentada e cuidada pela figura paterna.

Durante o período da dependência absoluta com a figura materna, o bebê necessita realizar determinados processos essenciais de seu desenvolvimento considerados por Winnicott (1945/2000) como as “três tarefas básicas” que ocorrem de forma paulatina e concomitantemente, a saber: a integração que se refere à tendência do bebê de, a partir de um estado não-integrado, integrar-se no tempo e no espaço; a personalização que é descrita como o alojamento da psique no corpo que compreende o estabelecimento de uma parceria psicossomática e, ainda, a realização que diz respeito ao início das relações objetais e o estabelecimento de contato inaugural com a realidade.

À medida que essas tarefas básicas do desenvolvimento emocional vão sendo realizadas, ocorre a constituição do sentimento de ser si mesmo, de se sentir real, bem como de se sentir e estar alojado no próprio corpo. A concretização satisfatória dessas tarefas se torna viável somente a partir da realização de cuidados suficientemente bons, instituídos a depender da possibilidade do devotado cuidador materno em segurar e manejar o bebê, assim como em lhe apresentar os objetos do mundo em pequenas doses e de forma compreensível.

Nesse sentido, conforme Winnicott (1945/2000), as principais funções do exercício da maternagem incluem o *holding*, o *handling* e a apresentação dos objetos. O *holding* é descrito como a sustentação física e emocional proporcionada pelo corpo afetivo materno, que permite a constituição da integração do bebê como uma unidade existencial, além da integração das experiências sensoriais, motoras e funcionais.

Por sua vez, o *handling* é caracterizado pelo manuseio do corpo do bebê pelo corpo vivo da mãe, que possibilita que o corpo do ser imaturo seja significado, sendo facilitador da personalização, ou seja, da organização psicossomática em que o corpo se torna lugar de morada do *self*, assim como pessoal e real. Por fim, a apresentação de objetos é descrita pela apresentação gradativa do mundo em um formato compreensível e circunscrito às necessidades do bebê, o que o leva a constituir experiências de “ilusão de onipotência” por

meio da manifestação de seus gestos espontâneos, favorecendo, dessa forma, em seu processo de *vir a ser*, a sensação de um sentido de existência inserida em tempo e espaço num mundo compartilhado (COTTA, 2010).

À luz da teoria do amadurecimento emocional proposta por Winnicott, infere-se que o ser humano é concebido como um ser relacional, cujo desenvolvimento e fortalecimento do ego, assim como a constituição do *self* e da sua continuidade de ser estão, fundamentalmente, relacionados à oferta de uma maternagem adequada que seja capaz de propiciar as condições essenciais para alavancar o processo de amadurecimento pessoal integral, por meio das conquistas específicas dos processos básicos de integração, personalização e realização (CAMBUÍ; NEME; ABRÃO, 2016).

Pressupõe-se que a equação simbólica alimentar/ser alimentado se assenta na relação de cuidado que se dá no conjunto pais-bebê (MOURA; SANTOS; RIBEIRO, 2015). Infere-se, assim, que esta tem equivalência com o binômio cuidar/ser cuidado. Entende-se, a partir da psicanálise winnicottiana, que os cuidados essenciais exercidos pelas figuras parentais, nos estágios primitivos do desenvolvimento, incluem a função alimentar, a sustentação físico-emocional (*holding*), o manejo do corpo do bebê (*handling*) e a apresentação gradativa da realidade (WINNICOTT, 1945/2000). Estes cuidados balizam o estabelecimento da relação vincular intersubjetiva entre as figuras parentais e o bebê, sendo o alimento organizador da relação e da vida psíquica do lactente e agente do desejo (FERNANDES, 2016; MOURA; SANTOS; RIBEIRO, 2015). Pressupõe-se, portanto, que a incidência reiterada de falhas circunscritas aos cuidados parentais nos estágios precoces do desenvolvimento pessoal pode concorrer para a etiologia, a sintomatologia e a evolução dos sintomas de TAs, facultando formas de adoecimento primitivo.

A partir do pensamento winnicottiano que ressalta a necessidade fundamental dos aportes ambientais, sendo este sempre pensado como o conjunto mãe-ambiente, para a

constituição da unidade existencial, de um esquema corporal coeso e da capacidade de estabelecer relacionamentos objetais, infere-se que o contexto contemporâneo, imbuído de suas particularidades não estaria proporcionando o suporte necessário para a realização dos cuidados parentais tanto físicos quanto emocionais ao indivíduo em constituição que, por sua vez, resultaria em implicações e o desencadeamento de distorções, confusões e adiamentos no processo de desenvolvimento emocional.

No tocante ao campo dos transtornos da conduta alimentar, torna-se necessário, portanto, compreender as distorções e rupturas das relações de cuidado nas famílias com indivíduos com TAs, especialmente, nos períodos precoces do processo de desenvolvimento emocional.

Tendo em vista a atualidade do tema e o reconhecimento de sua complexidade, as contribuições psicanalíticas winnicottianas se despontam como fecundas para a compreensão do campo dos TAs, relativos à natureza, etiologia e sintomatologia desses quadros. Assim como se configuram como uma abordagem inovadora que contribuiu para o desenvolvimento de reflexões teórico-clínicas e para o fomento de novos estudos científicos, no intuito de abrir um leque de novas dimensões compreensivas sobre este fenômeno psicopatológico humano.

Nesse sentido, a manifestação do sofrimento, do adoecimento e da cura de indivíduos com TAs, lança-nos à investigação das vicissitudes presentes nas relações de cuidado do conjunto filha(o)-mãe-pai. A fim de se viabilizar, este estudo utiliza como recurso dialógico e compreensivo a teoria do amadurecimento emocional proposta por Winnicott, centrada nos processos primários de integração, personalização e realização. Reconhece-se, com base nos pressupostos psicanalíticos winnicottianos, que o desenvolvimento emocional dos pacientes com TAs deve ser apreendido como um processo complexo, intrinsecamente articulado à tessitura de suas dramáticas pessoais, em meio às condições concretas do mundo.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os transtornos alimentares correspondem a modalidades de sofrimento e adoecimento psíquico de intensidades intoleráveis que denunciam, por meio do corpo, a fragilidade da constituição psíquica, a porosidade dos limites psicossomáticos e a precariedade do processo simbólico. Constituem-se pela relação complexa e combinada de diversos fatores indissociáveis de natureza biológica, individual, sociocultural e familiar que concorrem para a predisposição, a precipitação e a manutenção dos transtornos alimentares.

A partir das expressivas evidências científicas disponíveis na literatura acerca da influência dos aspectos do funcionamento familiar para a manifestação dos transtornos alimentares, priorizou-se, neste estudo, a compreensão dos significados afetivo-emocionais associados às relações de cuidado na perspectiva de uma adolescente acometida por BN e seus pais.

Esclarece-se que a família se constitui como fator importante para a compreensão, a prevenção, a assistência e o tratamento de pessoas diagnosticadas com transtornos alimentares. Deste modo, torna-se necessária a inclusão do conjunto ambiental, composto tanto pela mãe quanto pelo pai, nas intervenções psicológicas e nas investigações científicas porque ambos desempenham funções e papéis específicos nas relações de cuidado.

Os encontros clínicos intersubjetivos entre os participantes e a pesquisadora-psicóloga realizados em torno da entrevista clínica mediada pelo Procedimento de Desenho-Estória com Tema foram apresentados por meio das narrativas psicanalíticas que, por sua vez, permitiram a captação interpretativa dos campos de sentido afetivo-emocional subjacentes às experiências emocionais das relações de cuidado dos membros da tríade familiar.

Entende-se que a produção de conhecimento sobre a dramática vivencial humana comporta, alinhado as contribuições psicanalíticas winnicottianas acerca da apresentação de

objetos, a criação gestual e interpretativa de múltiplos, mutantes e inesgotáveis sentidos. Faz-se, assim, um convite provocativo ao leitor para se aventurar nas narrativas psicanalíticas, com base numa conduta de atenção flutuante e associação livre, para que a partir das próprias ideias, associações e sensações possa completar ou modificar o desenho em busca de novos sentidos, contribuindo para o ininterrupto devir desta construção compartilhada.

Admite-se, neste estudo, que a compreensão dos significados e das experiências emocionais dos membros da tríade abarca um universo biográfico-relacional complexo e paradoxal que resguarda a profundidade de vivências múltiplas e pessoais, visto que o ser humano é atravessado por aspectos particulares, familiares, socioculturais e transgeracionais.

A captação dos campos de sentido afetivo-emocionais possibilitou o acesso aos significados e as experiências acerca das relações de cuidado, a partir dos quais foi possível compreender o desenvolvimento dos processos de integração, de personalização e de realização da adolescente, articulando-o aos sintomas da BN, por meio da exploração das características e do funcionamento do dinamismo familiar.

[Supressão de parte do texto]

Como sugestão para futuros estudos, revela-se a necessidade de investigações mais aprofundadas acerca das específicas funções da maternagem relacionadas aos processos psíquicos de integração, personalização e realização em pacientes com TAs. Sugere-se, ainda, a realização de estudos para conhecer os significados e as experiências afetivo-emocionais de outros pacientes acometidos por BN e seus pais, assim como a especificidade destes em pacientes com outros TAs.

O estudo fornece contribuições para a compreensão das relações de cuidados no decorrer do processo de desenvolvimento emocional que podem se configurar como fatores

etiológicos para a precipitação e a manutenção da BN. Deste modo, torna-se imprescindível investigar a complexidade das relações de cuidado entre os pais e a adolescente acometida por transtorno alimentar, a fim de promover um espaço terapêutico de acolhimento aos membros da tríade para que, assim, possam se sentir seguros para elaborar suas angústias e dificuldades relacionadas às implicações do TA e acerca das próprias experiências traumáticas, *não-vividas* e irrepresentáveis.

REFERÊNCIAS

- AB´SABER, T. A. M. Sobre o corpo de Winnicott. In: VOLICH, R. M.; FERRAZ, F. C.; RANÑA, W. (Orgs.). *Psicossoma IV: corpo história e pensamento*. São Paulo: Caso do Psicólogo, 2008, p. 121-137.
- ABRAHAM, N. (1963) O crime da introjeção. . In: ABRAHAM, N.; TOROK, M. *A casca e o núcleo*. Tradução Maria José R. Faria Coracini. São Paulo: Escuta, 1995. p.119- 226.
- ABRAM, J. *A linguagem de Winnicott. Dicionário das Palavras e Expressões utilizadas por Donald W. Winnicott*. Tradução Marcelo Del Grande da Silva. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.
- ACHIM, J. et al. Perspective de la maternité et troubles des conduites alimentaires: une exploration de l’univers de «l’avant-conception». *L’évolution psychiatrique*, Paris, v.77, p.247–264, 2012.
- ADAMI-LAUAND, C. B; MOURA, F. E. G. A.; PESSA, R. P. Relação mãe-filha: repercussões psicológicas dos cuidados maternos. In: WEINBERG, G. (Org.). *Psicanálise dos transtornos alimentares II*. São Paulo: Primavera Editorial, 2016, p. 84-97.
- ADAMI-LAUAND, C. B; RIBEIRO, R. P. P. A herança transgeracional nos transtornos alimentares: algumas reflexões. *Psicologia USP*, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 927-942, 2011.
- AFIFI, T. O. et al. Child maltreatment and eating disorders among men and women in adulthood: Results from a nationally representative United States sample. *The International journal of eating disorders*, v. 50, n. 11, p. 1281–1296, 2017.
- AIELLO-VAISBERG, T. M. J. O uso de procedimentos projetivos na pesquisa de representações sociais: Projeção e transicionalidade. *Psicologia USP*, São Paulo, v.6, n.2, p. 103-127, 1995.
- AIELLO-VAISBERG, T. M. J. Os monstros, o método e o estabelecimento da capacidade ética. In: AIELLO-VAISBERG, T. M. J.; AMBROSIO, F. F. (Orgs.). *Cadernos Ser e Fazer: Reflexões Éticas na Clínica Contemporânea*. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2005. p. 9-26.
- AIELLO-VAISBERG, T. M. J. et al. Les récits transférenciels comme presentation du vécu clinique: une proposition méthodologique. In: BEAUNE, D. (Org.). *Psychanalyse, Philosophie, Art: Dialogues*. Paris: Lille: L’Harmattan. 2009, p. 39-52.
- AIELLO-VAISBERG, T. M. J.; MACHADO, M. C. L. Transicionalidade e fisionomia coletiva. In: AIELLO-VAISBERG, T.; AMBROSIO, F. F. (Orgs.). *Cadernos ser e Fazer: apresentação e materialidade*. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2003. p. 60-65.
- AIELLO-VAISBERG, T. M. J.; MACHADO, M. C. L. Transicionalidade e ensino de psicopatologia: pensando “aulas práticas” com Winnicott. In: *Passages de Paris*, v. 1, p. 176-185, 2005a.

AIELLO-VAISBERG, T. M. J.; MACHADO, M. C. L. Narrativa: o gesto do sonhador brincante. In: ESTADOS GERAIS DA PSICANÁLISE, 2005, Rio de Janeiro. *Trabalhos do IV Encontro Latino Americano dos Estados Gerais da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Estados Gerais da Psicanálise, 2005b.

AIELLO-VAISBERG, T. M. J., MACHADO, M. C. L. As narrativas transferenciais como apresentação do acontecer clínico: uma proposta metodológica. In: I Jornada internacional de pesquisa em psicanálise e fenomenologia, 2007, Campinas. *Trabalhos e resumos da Primeira Jornada de Pesquisa em Psicanálise e Fenomenologia*. Campinas: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2007. p. 31-46.

AIELLO-VAISBERG, T. M. J.; MACHADO, M. C. L. Pesquisa psicanalítica de imaginários coletivos à luz da Teoria dos Campos. In: MONZANI, J.; MONZANI, L. R. (Org.). *Olhar: Fábio Herrmann - uma viagem psicanalítica*. São Carlos: Pedro e João/CECH – UFSCar, 2008. p. 311-324.

AIELLO-VAISBERG, T. M. J.; MEDEIROS, C. Acordes do sofrimento humano. *Contextos Clínicos*, São Leopoldo, v. 3, n. 2, p. 97-105, 2010.

AISEMBERG, E. R. Dor física versus dor psíquica. In: BÉJAR, V. R. (Org.) *Dor Psíquica, Dor Corporal: uma Abordagem Multidisciplinar*. São Paulo: Blucher, 2017, p. 33- 45.

ALBINHAC, A. M. H.; JEAN, F. A. M.; BOUVARD, M. P. Étude du lien parental dans l'enfance chez les enfants et adolescents avec anorexie mentale. *Encephale*, v.45, n. 2, p. 121-126, 2019.

ALLEN, K.L. et al. Maternal and family factors and child eating pathology: Risk and protective relationships. *Journal of Eating Disorders*, v. 2, n. 1, 2014.

ALVARENGA; M.; DUNKER, K. L. L. Padrão e comportamento alimentar na anorexia e na bulimia nervosa. In: PHILIPPI, S. T, ALVARENGA, M. *Transtornos alimentares: uma visão nutricional*. São Paulo: Manole, 2004. p. 131-48.

AMBROSIO, F. F.; AIELLO-FERNANDES, R.; AIELLO-VAISBERG, T. M. J. Pesquisando sofrimentos sociais com o método psicanalítico: considerações conceituais. *Anais da XI Jornada Apoiar – Adolescência: Identidade e Sofrimento na Clínica Social*, São Paulo, SP, 2013.

AMIANTO, F. et al. Personality development characteristics of women with anorexia nervosa, their healthy siblings and healthy controls: What prevents and what relates to psychopathology? *Psychiatry Research*, v. 187, n. 3, p. 401-9, 2011.

ANDERSÉN, M.; BIRGEGÅRD, A. Diagnosis-specific self-image predicts longitudinal suicidal ideation in adult eating disorders. *The International journal of eating disorders*, v. 50, n. 8, p.970-978, 2017.

ANDRADE, M. L. *A experiência parental e o desenvolvimento do Self em crianças obesas*. 225 f. (Tese de Doutorado). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

ANTHONY, T. M.; YAGER, J. Considerações culturais nos transtornos da alimentação. In: YAGER, J.; POWERS, O. S. (Orgs.). *Manual clínico de transtornos da alimentação*. Tradução Celeste Inthy. Porto Alegre: Artmed; 2010. p. 414-434.

ARAÚJO B. C. Aspectos psicológicos da alimentação. In: PHILIPPI, S.T., ALVARENGA, M. *Transtornos alimentares: uma visão nutricional*. Barueri: Manole; 2004. p. 103-117.

ARAÚJO, Á. C.; LOTUFO NETO, F. A nova classificação Americana para os Transtornos Mentais: o DSM-5. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*. São Paulo, v. 16, n. 1, p. 67-82, 2014.

ARAÚJO, B. C. Aspectos psicológicos da alimentação.. In: PHILIPPI, S. T.; M. ALVARENGA, M. (Orgs.). *Transtornos alimentares: uma visão nutricional*. São Paulo: Manole, 2004. p. 103.117.

ARCELUS, J. et al. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. *Archives of General Psychiatry*, v.68, n. 7, p. 724–731, 2011.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. *DSM-5 – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Tradução Maria Inês Corrêa Nascimento et al. 5.ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. *DSM-IV-TRTM – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: Texto revisado*. Porto Alegre: Artmed, 2002.

ASTUDILLO, R. et al. Child sexual abuse as a risk factor in eating disorders. In: MORTON, N. *Eating Disorders. Prevalence, Risk Factors and Treatment Options*. Nova Iorque: Nova Science Publishers, 2016. p.149-172.

ÁVILA, C. F.; TACHIBANA, M.; AIELLO-VAISBERG, T. M. J. Qual é o lugar do aluno com deficiência? *Paideia*, v.18, n. 39, p.155-164, 2008.

ÁVILA, L. A. O corpo, a subjetividade e a psicossomática. *Tempo psicanalítico*. Rio de Janeiro, v. 44, n. 1, p. 51-69, 2012.

BAILER, U. F; KAYE, W. H. A review of neuropeptide and neuroendocrine dysregulation in anorexia and bulimia nervosa. *Curr Drug Targets CNS Neurol Disord*; v.2, n.1, p. 53-9, 2003.

CERNIGLIA, L. et al. The parental bonding in families of adolescents with anorexia: attachment representations between parents and offspring. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, v. 13, p. 319–327, 2017a.

BALOTTIN, L. et al. The parental bonding in families of adolescents with anorexia: attachment representations between parents and offspring. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, v. 13, p. 319–327, 2017a.

BALOTTIN, L. et al. Triadic interactions in families of adolescents with anorexia nervosa and families of adolescents with internalizing disorders. *Frontiers in psychology*. v. 7, 2046, 2017b.

BARANOWSKA, B.; KOCHANOWSKI, J. Neuroendocrine aspects of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Neuro Endocrinol Lett*; v.39, n. 3, p. 172-178, 2018.

BARCELLOS, T. F.; TACHIBANA, M.; AIELLO-VAISBERG, T. M. J. A gravidez precoce no imaginário coletivo de adolescentes. *Psicologia Teoria e Prática*, v. 12, n. 1, p. 85-96, 2010.

BARROS, C. A. S. M.; JAEGER, M. A. In: MELLO FILHO, J. de; BURD, M. (Orgs.). *Doença e família*. 2ª. Ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010. p. 285-298.

BECK, F. ; MAILLOCHON, F. ; RICHARD, J. B. Conduites alimentaires perturbées des jeunes: entre facteurs sociaux et détresse psychologique. *Agora débats/jeunesses*, Paris, n. 63, p. 128-139, 2013.

BEHAR, A., R.; ARANCIBIA, M, M. Trastornos alimentarios maternos y su influencia en la conducta alimentaria de sus hijas(os). *Revista chilena de pediatría*, v. 85, n. 6, p. 731-739, 2014.

BÉJAR, V. R. Contribuições da psicossomática psicanalítica à clínica contemporânea. *Psicanálise*. v. 17, n. 2, p. 178-199, 2015.

BÉJAR, V. R. Dor corporal e dor psíquica: discursos do corpo. In: _____ (Org.). *Dor Psíquica, Dor Corporal: uma Abordagem Multidisciplinar*. São Paulo: Blucher, 2017, p. 121-146.

BELMONT, S. A. Refletindo a alegria, a beleza e a criatividade no espelho de D. W. Winnicott. In: MOTTA, I. F. (Org.) *Psicanálise no século XXI: as conferências brasileiras de Robert Rodman*. Aparecida, SP: Idéias & Letras, 2006. p. 237-263.

BENNINGHOVEN, D. et al. Body image in patients with eating disorders and their mothers, and the role of family functioning. *Comprehensive Psychiatry*, v. 48, n. 2, p.118-123, 2007.

BIDAUD, E. *Anorexia mental, ascese, mística: uma abordagem psicanalítica*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1998.

BIGHETTI, F. et al. Tradução e validação do Eating Attitudes Test em adolescentes do sexo feminino de Ribeirão Preto, São Paulo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 53, n. 6, p. 339-346, 2004.

BIRMAN, J. *Mal-estar na atualidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

BIRMAN, J. *Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação*. 6. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007.

BIRMAN, J. « Sujet et pouvoir dans la contemporanéité » Sur la souffrance et la douleur dans les formes de subjectivation, *Recherches en psychanalyse*, Paris, v. 15, p. 11-22, 2013.

BIRMAN, J. *Cartographie du contemporain: espace, douleur et détresse dans l'activité*. Lyon, Parangon/Vs, 2009.

BLEGER, J. (1963). *A psicologia da conduta*. 2. ed. Tradução Emilia de Oliveira Diehl. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

BLEGER, J. *Temas de Psicologia: entrevista e grupos*. Trad. Rita Maria M. de Moraes. Rev. Luis Lorenzo Rivera. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

BORDET, J. al., « Alimentation et transmission mère-enfant » .*Champ psy*, n. 60, p. 63-78, 2011/2.

BOTTA, R. A, DUMLAO, R. How do conflict and communication patterns between fathers and daughters contribute to or offset eating disorders? *Health communication*, v. 14, n. 2, p.199-219, 2002.

BOUCHEREAU, D.; CORCOS, M. The role of fathers in eating disorders. *Revue du Praticien*, v.58, n. 2, p. 150, 2008.

BRADLEY, M. F.; PAUZÉ, R. Étude sur la résolution des tâches développementales chez les familles d'adolescents présentant une dysfonction alimentaire. *Thérapie Familiale, Revue Internationale en Approche Systémique*, v. 30, n. 3, p. 353-377, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Caderneta de saúde da adolescente*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Orientações básicas de atenção integral à saúde de adolescentes nas escolas e unidades básicas de saúde*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 466, 2012. Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos*. Brasília, 13 jun. 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *IMC em crianças e adolescentes*. Brasília, 2017. Disponível em: < <http://portalms.saude.gov.br/artigos/804-imc/40510-imc-em-criancas-e-adolescentes>> Acesso em 26 out. 2018.

BROWN, M.; HOCHMAN, A.; MICALI, N. Emotional instability as a trait risk factor for eating disorder behaviors in adolescents: sex differences in a large-scale prospective study. *Psychological Medicine*, p. 1-12, 2019.

BROWN, T. A.; HAEDT-MATT, A. A.; KEEL, P. K., Personality pathology in purging disorder and bulimia nervosa. *The International Journal Of Eating Disorders*, v44, n. 8, p. 735-40, 2011.

BRUCH, H. *Eating disorders, obesity, anorexia nervosa, and the person within*. New York: Basic Books, 1973.

BRUCH, H. *The golden cage: the enigma of anorexia nervosa*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1978.

BRUSSET, B. Bulimia: introdução geral. In: URRIBARRI, R. *Anorexia e bulimia*. São Paulo: Escuta, 1999. p. 91-97.

BRUSSET, B. Introdução geral. In: BRUSSET, B.; COUVREUR, C; FINE, A. (Orgs.). *A bulimia*. São Paulo: Escuta, 2003. p.7-13.

BRUSTENGHI, F. et al. Eating disorders: the role of childhood trauma and the emotion dysregulation. *Psychiatria Danubina*. v. 31, n. 3. p. 509-511, 2019.

BUCARETCHI, H. A. Anorexia e bulimia nervosa: a constituição psíquica. In: BUCARETCHI, H. A. *Anorexia e bulimia nervosa: uma visão multidisciplinar*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 27-42.

BULGARÃO, R. F. Diálogos (Im)Pertinentes do Corpo: a enunciação do psíquico In: BRUNO, C. A. N. B. (Org.). *Distúrbios alimentares: uma contribuição da psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago; 2010. p. 265-274.

BUSSE, S. R.; SILVA, B. L. Transtornos alimentares. In: BUSSE, S. R. (Org.). *Anorexia, bulimia e obesidade*. Barueri, SP: Manole, 2004. p. 31-110.

CALIL, R. C. C.; ARRUDA, S. L. S. Reflexões sobre o método qualitativo em ciências humanas. In: GRUBITS, S.; NORIEGA, J. A. V (Orgs.). *Método qualitativo: epistemologia, complementariedades e campos de aplicação*. São Paulo: Vetor, 2004. p. 93- 104.

CAMARGO, I. Anorexia e bulimia: o negativo do corpo – um colar de pérolas sem fio. In: BUCARETCHI, H. A. (Org.). *Anorexia e Bulimia Nervosa: uma visão multidisciplinar*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

CAMBRAIA, R. P. B. Aspectos psicobiológicos do comportamento alimentar. *Revista de Nutrição*, Campinas, v.17, n.2, p. 217-225, 2004.

CAMBUÍ, H. A. *Sofrimento psíquico contemporâneo: um estudo psicanalítico do imaginário coletivo de estudantes de psicologia*. 2013. 177f. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Faculdade de Ciências, Bauru, 2013.

CAMBUÍ, H. A.; NEME, C. M. B. O sofrimento psíquico contemporâneo no imaginário coletivo de estudantes de Psicologia. *Psicologia: Teoria e Prática*, v. 16, p. 75-88, 2014.

CAMBUÍ, H. A.; NEME, C. M. B.; ABRÃO, J. L. F. A constituição subjetiva e saúde mental: contribuições winnicottianas. *Revista Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, Rio de Janeiro, v. 19, p. 131-145, 2016.

CAMBUÍ, H. A.; RIBEIRO, D. P. S. A. A clínica dos casos difíceis no imaginário de estudantes de psicologia. *Semina. Ciências Sociais e Humanas*, v. 35, p. 113-128, 2014.

CAMPOS, L. K. S. et al., Psychological characteristics of mothers of patients with anorexia nervosa: implications for treatment and prognosis. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 13-18, 2012.

CANELAS NETO, José Martins. Reflexão sobre o vazio dentro da psicanálise: do horror do vazio ao vazio criador de metáforas. *Jornal de Psicanálise*, São Paulo, v. 46, n. 85, p. 127-140, 2013.

CANETTI, L. et al. E. Anorexia nervosa and parental bonding: the contribution of parent-grandparent relationships to eating disorder psychopathology. *Journal of Clinical Psychology*, v. 64, n.6, p.703-716, 2008.

CASCALES, T. Oralité et alimentation: bases psychanalytiques du corpus théorique, Les troubles alimentaires du bébé. Approche psychanalytique et développementale. *ERES*, 2015, p. 127-150.

CASSIN, S. E.; VON RANSON, K. M. Personality and eating disorders: a decade in review. *Clinical Psychology Review*, v. 25, n. 7, p. 895-916, 2005.

CASTAÑEDA, R. et al. Parents' and daughters' perception of family aspects associated with the onset of an eating disorder. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, v.9, n.1, p.71-81, 2018.

CATHARIN, V. *Significados atribuídos à imagem do corpo em pacientes que buscam a cirurgia bariátrica e metabólica: um estudo psicanalítico*. 2019. 260 f. Dissertação (Mestrado)– Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências, Bauru, São Paulo, 2019.

CERNIGLIA, L. et al. Family profiles in eating disorders: family functioning and psychopathology. *Psychology Research and Behavior Management*, v.10, p. 305-312, 2017.

CHABROL, H. « L'anorexie mentale de l'adolescente », *Développements*, v. 14, n. 1, p. 29-38, 2013.

CHAMOND, J. Continuidade do ser e agonia primitiva: o bebê winnicottiano e a psicose. *Winnicott e-prints*, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 1-26, 2010.

CHRISTOPHER, J. G., et al. A review of the father-child relationship in the development and maintenance of adolescent anorexia and bulimia nervosa, *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, v. 36, n. 1-2, p. 48-69, 2013.

CICCONE, A. « Rythmicité et discontinuité des expériences chez le bébé », dans A. Ciccone et D. Mellier (sous la direction de), *Le bébé et le temps*, Paris, Dunod, 13-38, 2007.

CICCONE, A. *La psychanalyse à l'épreuve du bébé*, Paris: Dunod, 2011.

CICCONE, A. « L'anorexie du bébé : quelles fonctions dans le lien parent-bébé ? », Claire Squires éd., *Quand manger fait souffrir. Troubles alimentaires entre mère et bébé*. ERES, p. 75-83, 2018.

CINTRA, I.P., FISBERG, M. Mudanças na alimentação de crianças e adolescentes e suas implicações para a prevalência de transtornos alimentares. In: PHILIPPI, S.T., ALVARENGA, M. *Transtornos alimentares: uma visão nutricional*. Barueri: Manole; 2004. p. 149-61.

- COBELO, A. O papel da família no comportamento alimentar e nos transtornos alimentares. In: PHILIPPI, S. T.; M. ALVARENGA, M. (Orgs.). *Transtornos alimentares: uma visão nutricional*. São Paulo: Manole, 2004. p. 119-129.
- COOLEY, E, et al. Maternal effects on daughter's eating pathology and body image. *Eating Behaviors*, v. 9, n. 1, p. 52-61, 2007.
- COOPER P. J. et al. The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, v.6, p. 485-494, 1987.
- CORCOS, M. «Anorexie mentale, du féminin au maternel», *Revue française de psychosomatique*, Paris, n. 43, p. 131-148, 2013.
- CORCOS, M.; DUPONT, M.-E. Approche psychanalytique de l'anorexie mentale : psychodynamic approach of anorexia nervosa. *Nutrition clinique et métabolisme*, Paris, v.21, p.190–200, 2007.
- CÓRDAS, T. A.; CASTILHO, S. Imagem corporal nos transtornos alimentares: instrumento de avaliação: *Body Shape Questionnaire*. *Psiquiatria Biológica*, v. 2, n. 1, p. 17-21, 1994.
- CÓRDAS, T. A.; HOCHGRAF, P. O. O “BITE”: instrumento para avaliação da bulimia nervosa – versão para o português. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 42, n. 141-144, 1993.
- CÓRDAS, T. A.; NEVES, J. E. P. Escalas de avaliação de transtornos alimentares. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 23, n. 1, 1999.
- CÓRDAS, T. A., et al. Transtornos alimentares: Epidemiologia, Etiologia e Classificação. *Revista Nutrição Profissional*, São Paulo, v. 11 n. 1, p. 12-20, 2007.
- CORDÁS, T. A.; RIOS, S. R.; SALZANO, F. T. Os transtornos alimentares e a evolução no diagnóstico e no tratamento. In: PHILIPPI, S.T., ALVARENGA, M. *Transtornos alimentares: uma visão nutricional*. Barueri: Manole; 2004. p. 39-62.
- COSTA, J. F. *O vestígio e a aura: corpo e consumismo na moral do espetáculo*. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.
- COSTA, L. R. S. *Relação pai-filha no contexto dos transtornos alimentares: Uma perspectiva winnicottiana*. 2014. 298 f. Dissertação (Mestrado). Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2014.
- COTTA, J. A. M. Homeless body, homeless soul: A clinical case of failure in the dwelling of the psyche in soma. *The European Journal of Bioenergetic Analysis and Psychotherapy*, La Gaude, n. 2, p. 99-111, 2004.
- COTTA, J. A. M. *Memórias de um desterro: corporeidade na clínica contemporânea*. 165 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.
- CROMBERG, R. U. *Cena Incestuosa: abuso e violência sexual*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

- DAHLGREN, C. L.; WISTING, L.; RØ, Ø. Feeding and eating disorders in the DSM-5 era: a systematic review of prevalence rates in non-clinical male and female samples. *Journal of Eating Disorders*.v.5, n. 56, p. 2-10, 2017.
- DALLOS, R.; DENFORD, S. A qualitative exploration of relationship and attachment themes in families with an eating disorder. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, v.13, n. 2, p. 305-22, 2008.
- D'AMORE, S. E.; TARANTINO, F. Chapitre 1 - Signification de la nourriture : aspects sociaux et culturels. In: Luigi Onnis (Ed.). *Anorexie et boulimie, le temps suspendu: Individu, famille et société*. Louvain-la-Neuve, Belgique: De Boeck Supérieur, 2013. p. 25-36.
- DANTAS, M. A. *Sofrimento psíquico: modalidades contemporâneas de representação e expressão*. Curitiba: Juruá, 2009.
- DEL PINO-GUTIÉRREZ, A. et al. The relevance of personality traits in impulsivity-related disorders: From substance use disorders and gambling disorder to bulimia nervosa. *Journal of Behavioral Addictions*, v.6, n. 3, p. 396-405, 2017.
- DELANNES, S., et al. Les stratégies d'attachement, leur transmission et le fonctionnement familial d'adolescentes anorexiques mentales, *Annales Médico- Psychologiques*, v. 164, n. 7, p. 565-572, 2005.
- DERONZIER, D. « Appétit et troubles émotionnels: Ses apports à la compréhension des troubles d'alimentation et à la théorisation du développement affectif primaire de Donald W. Winnicott », *Revue française de psychanalyse*, Paris, v. 74, p. 71-88, 2010.
- DERONZIER, D. « La relation de nourrissage: paradigme de la rencontre intersubjective », *Dialogue*, v. 209, n. 3, p. 21-34, 2015.
- DERONZIER, D. « Réflexion sur les sources intrapsychiques et intersubjectives de l'anorexie du bébé dans sa famille et des aspects bébé des mères », Claire Squires éd., *Quand manger fait souffrir. Troubles alimentaires entre mère et bébé*. ERES, 2018, p. 85-99.
- DESBORDES, E. B. L'anorexie des jeunes filles: un symptôme contemporain. *Bulletin de psychologie*. v. 6, n. 528, p. 499 à 512, 2013.
- DESSAIN, B. *Winnicott: ilusão ou verdade – As condições de possibilidade do advento do sujeito*. Tradução Constância Maria Egrejas Morel. São Paulo: Loyola, 2011.
- DETHIVILLE, L. *Donald W. Winnicott: uma nova abordagem*. Tradução Rena Signer. Campinas, SP: Armazém do Ipê, 2011.
- DIAS, E. O. O distúrbio psicossomático em Winnicott. In: VOLICH, R. M.; FERRAZ, F. C.; RANÑA, W. (Orgs.). *Psicossoma IV, corpo, história, pensamento*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008. p. 107-120.
- DIAS, E. O. Família e amadurecimento: do colo à democracia. *Natureza humana*, v. 19, n. 2, p. 144-162, 2017.

DIDERICKSEN, K. W. et al. Mother-father-adolescent triadic concordance and discordance on home environment factors and adolescent disordered eating behaviors. *Families, Systems, & Health*, v. 36, n. 3, p. 338-346, 2018.

DRIEU, D.; PROIA-LELOUEY, N.; ZANELLO, F. Ataques ao corpo e traumatofilia na adolescência. *Ágora*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 09-20, 2011.

DUFRESNE, L. et al. Personality traits in adolescents with eating disorder: a meta-analytic review. *International Journal of Eating Disorders*, v. 53, n. 3, p. 157-173, 2020.

DUMET, N.; JUTEAU, A. «On tue un foetus, on tue un corps ?»: quand anorexie et boulimie racontent l'histoire d'une destructivité intra-utérine », *Cliniques méditerranéennes*, Marseille. n. 87, p. 143-158, 2013.

ELLIOTT, J. C. Fathers, daughters, and anorexia nervosa. *Perspectives in Psychiatric Care*, v.46, n. 1, p. 37-47, 2010.

FAIRWEATHER-SCHMIDT, A. K; WADE, T. D. Weight-related peer-teasing moderates genetic and environmental risk and disordered eating: twin study. *Br J Psychiatry*, v. 210, n. 5, p. 350-355, 2017.

FERNANDES, M. H. *Transtornos alimentares: anorexia e bulimia*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012.

FERNANDES, M. H. A anorexia e a bulimia em Freud. In: WEINBERG, G. (Org.). *Psicanálise dos transtornos alimentares II*. São Paulo: Primavera Editorial, 2016. p. 170-179.

FERNANDES, R. A.; AMBROSIO, F. F.; VAISBERG, T. M. J. A. O Método Psicanalítico como Abordagem Qualitativa: considerações preliminares. In: *X Jornada Apoiar: Laboratório de saúde mental e psicologia clínica social 20 anos: percurso e o futuro*, 2012, São Paulo. Anais Da X Jornada Apoiar: Laboratório de saúde mental e psicologia clínica social 20 Anos: o percurso e o futuro. São Paulo, v.1, p. 306-314, 2012.

FERREIRA, F. B. G. *Uma compreensão winnicottiana sobre as noções de soma, psique e mente como referência para o entendimento da integração psicossomática*. 139 f. Dissertação (Mestrado). Centro de Ciências da Vida. Programa de Pós-graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas, 2010.

FERREIRA, J. A.; ABRÃO, J. L. F. *Frances Tustin: nomeando o inominável*. São Paulo: Zagodoni, 2015.

FERREIRA, M. P. *Transtornos de excreção: enurese e encoprese*. 3ª.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2015.

FERREIRA, T. Pesquisa em psicanálise: a conversação e a entrevista clínica como ofertas de palavra – a aposta na invenção subjetiva. In: FERREIRA, T; VORCARO, A. (Orgs.). *Pesquisa e psicanálise: do campo à escrita*. Belo Horizonte: Autêntica, 2018. p. 129-151.

FERRERO, A. Reflexiones sobre la anorexia. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 14, n. 1, p. 47-55, 2009.

FIELDING-SINGH, P. Dining with dad: Fathers' influences on family food practices. *Appetite*, v. 117, p. 98-108, 2017.

FIGUEIREDO, L. C. *As diversas faces do cuidar: novos ensaios de psicanálise contemporânea*. Escuta: São Paulo, 2012.

FIGUEIREDO, L. C.; COELHO JUNIOR, N. E. Introdução. In: _____. *Adoecimentos psíquicos e estratégias de cura: matrizes e modelos em psicanálise*. São Paulo: Blucher, 2018, p. 9-25.

FISCHER, S.; STOJEK, M.; HARTZELL, E. Effects of multiple forms of childhood abuse and adult sexual assault on current eating disorder symptoms. *Eating Behaviors*, v. 13, n. 3, p.190-192, 2010.

FORCANO, L. et al. Suicide attempts in anorexia nervosa subtypes. *Comprehensive psychiatry*, v. 52, n.4, p.352-8, 2011.

FORTES, I. Le corps contemporain et la problématique de l'anorexie mentale. *Recherches en psychanalyse*, Paris, v. 13, p. 51-59, 2012a.

FORTES, I. The contemporary body and the problem of anorexia nervosa. *Recherches en psychanalyse*, v. 1, n. 13, p. 52-59, 2012b.

FORTES, I.; MACEDO, M. K. Quem é o psicanalista pesquisador? Questões cruciais sobre o método psicanalítico de pesquisa. In: FULGENCIO, L. et al. *Modalidades de pesquisa em psicanálise: métodos e objetivos*. São Paulo: ZAGODONI, 2018.

FRANÇA, M. O. A. F. Sintomas do corpo erótico cultural: adições e distúrbios alimentares emocionais. In: BRUNO, C. A. N. B. (Org.). *Distúrbios alimentares: uma contribuição da psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago; 2010. p. 237-242.

FRANÇA, N. R. A. F. Transtornos alimentares: uma visão psicanalítica. In: BRUNO, C. A. N. B. (Org.). *Distúrbios alimentares: uma contribuição da psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago; 2010. p. 245-253.

FUJIMORI, A. et al. Parental bonding in patients with eating disorders and self-injurious behavior. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, v. 65, n. 3, p. 272-279, 2011.

FUKS, M. P. O sintoma na bulimia: psicopatologia e clínica. FUKS, L. B; FERRAZ, F. C. (Orgs.). *O sintoma e suas faces*. São Paulo: Escuta/Fapesp, 2006, p. 43-56.

FUKS, B. B.; CAMPOS, T. S. P. Anorexia: da urgência de uma nova prática clínica. *Tempo Psicanalítico*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 39-59, 2010.

FUKS, M. P. Construindo a complexidade. In: RAMOS, M.; FUKS, M. P. *Atendimento psicanalítico na anorexia e bulimia*. São Paulo: Zagadoni, 2015, p. 28-49.

FULGENCIO, L. *Por que Winnicott?* São Paulo: Zagodoni, 2016.

GALE, C.; CLUETT, E. R., LAVER-BRADBURY, C. A review of the father-child relationship in the development and maintenance of adolescent anorexia and bulimia nervosa. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, v.36, n.1-2, p. 48-69, 2013.

GALVÃO, A. L.; CLAUDINO, A. de M.; BORGES, M. B. F. Aspectos históricos e evolução do diagnóstico. In: NUNES, M. A. (Org.). *Transtornos alimentares e obesidade*. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 31-50.

GALVÃO, A. L.; PINHEIRO, A. P.; SOMENZI, L. Etiologia dos transtornos alimentares. In: In: NUNES, M. A. (Org.). *Transtornos alimentares e obesidade*. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 59- 71.

GARNER, D. M. et al. The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlations. *Psychology Medicine*, v.12, p. 871-878, 1982.

GARNER, D. M; GARFINKEL P. E. The eating attitudes test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychology Medicine*, v.9, p. 273-9, 1979.

GASPAR, F. L. *Anorexia e violência psíquica*. Curitiba: Juruá, 2010.

GAZIRE, P. C. *Objeto, modo de usar: construção de objeto na psicanálise de pacientes borderline*. São Paulo: Blucher, 2017.

GAZZILLO, F. et al. Personality subtypes in adolescents with anorexia nervosa. *Comprehensive psychiatry*, v. 54, v. 6, p. 702-12, 2013.

GEORGE, J. B; FRANKO, D. L. Cultural issues in eating pathology and body image among children and adolescents. *Journal Of Pediatric Psycholog*, v. 35, n. 3, p. 231-42, 2010.

GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, S. *A gramática do silêncio em Winnicott*. São Paulo, Zagadoni, 2017.

GONÇALVES, K. C. A. *Do virtual ao real: um estudo psicanalítico sobre anorexia, bulimia e as relações familiares*. 236 f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo. 2009.

GONZÁLEZ, L. M. et al. Genetic variants in dopamine pathways affect personality dimensions displayed by patients with eating disorders. *Eating and Weight Disorders*, 2019.

GOULART, M. T. A. *Anorexia nervosa: uma leitura psicanalítica*. 80 f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

GROSS, M. « Anorexie mentale et pulsion cannibalique », *Le Journal des psychologues*, v. 325, n. 2, p. 72-76, 2015.

GUILBAUD, O. To eat or not to eat: quelles sont les modalités de relations d'objet à l'œuvre dans l'anorexie mentale ? *L'évolution psychiatrique*, Paris, v.77, p.121-144, 2012.

GURKINFEL, D. *Relações de objeto*. São Paulo: Blucher, 2017.

HARTMANN I.B.; SCHESTATSKY, S. Transmissão do psiquismo entre as gerações. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, v. 13, n. 2, p. 92-114, 2011.

HAYS, M.-A. « Place du père dans l'allaitement », *La psychiatrie de l'enfant*, v. 51, n. 2, p. 515-576, 2008.

HENDERSON, M.; FREEMAN, C. P. A self-rating scale for bulimia. The BITE. *The British Journal of Psychiatry*, London, v. 150, p.18-24, 1987.

HERRAIZ-SERRRANO, C; et al. Parental rearing and eating psychopathology. *Actas espanolas de psiquiatria*, v. 43, n. 3, p. 91-8, 2015.

HERRMANN, F. *Andaimes do real: o método da psicanálise*. São Paulo: EPU, 1979.

HERRMANN, F. *Sobre os fundamentos da Psicanálise: quatro cursos e um preâmbulo*. São Paulo: Blucher, 2017.

HERZOG, D. B.; EDDY, K.T. Diagnóstico, epidemiologia e curso clínicos dos transtornos da alimentação. In: YAGER, J.; POWERS, O. S. (Orgs.). *Manual clínico de transtornos da alimentação*. Porto Alegre: Artmed; 2010. p. 19-50.

HOEK H. W. Review of the worldwide epidemiology of eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, v. 29, n. 6, p. 336–339, 2016.

HORESH, N. Father-daughter relationship and the severity of eating disorders. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*, v. 30, n. 1, p.114-20, 2015.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. S. *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.

HUSSER, A. « Quand la famille souffre d'anorexie-boulimie », *Dialogue*, v. 209, n. 3, p. 95-108, 2015.

IRIBARRY, I. N. O que é pesquisa psicanalítica? *Ágora*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 115-138, 2003.

JAEGER, P. « Pour sortir du double chaos psychique et somatique de l'anorexie : l'écoute du biologique Soigner l'anorexie, de Colette Combe », *Revue française de psychosomatique*, v. 25, n. 1, p. 173-180, 2004.

JAVIER, S. J; BELGRAVE, F. Z. "I'm not White, I have to be pretty and skinny": a qualitative exploration of body image and eating disorders among Asian American women. *Asian American Journal of Psychology*, v. 10, n. 2, p. 141-153, 2019.

JEAMMET, F. A abordagem psicanalítica dos transtornos das condutas alimentares. In: URRIBARRI, R. *Anorexia e bulimia*. São Paulo: Escuta, 1999. p. 29-49.

JEAMMET, P.; CORCOS, M. *Novas problemáticas da adolescência: evolução e manejo da dependência*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

JEANNOT, M. «Étude de la relation mère-fille dans le cadre des troubles des conduites alimentaires à l'adolescence ». *Perspectives Psy, Les Ulis*, v. 46, p. 354-361, 2007.

JENKINS, P. E. et al. Eating disorders and quality of life: A review of the literature. *Clinical Psychology Review*, v.31, n.1, p. 113–121, 2011.

JONES, C. J.; LEUNG, N.; HARRIS, G. Father-daughter relationship and eating psychopathology: The mediating role of core beliefs. *British Journal of Clinical Psychology*, v. 45, n. 3, p. 319–330, 2006.

KALIL, F. Considerações psicanalíticas sobre a compulsão alimentar. In: WEINBERG, C. (Org.). *Psicanálise de Transtornos alimentares*, vol II. São Paulo: Primavera, 2016. p.124-135.

KHAN, M. M. (1978) *Introdução*. In: WINNICOTT, D. W. Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas. Tradução Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 11- 54.

KOBORI, E. T. Algumas considerações sobre o termo psicanálise aplicada e o método psicanalítico na análise da cultura. *Revista de Psicologia da UNESP*, v.12, n. 2, 2013.

KOHUT, H. *Análise do self: uma abordagem do tratamento psicanalítico dos distúrbios narcísicos de personalidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1988.

LANE, R. C. Anorexia, masochism, self-mutilation and auto-erotism: the spider mother. *Psychoanalytic Review*, v. 89, n. 1, p.101-123, 2002.

LAURENTIIS, V. R. F. *Aspectos somáticos da conquista do eu em D. W. Winnicott*. 231 f. Dissertação (Mestrado). Centro de Ciências da Vida. Programa de Pós-graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas, 2008.

LAURENTIIS, V. R. F. *Corpo e psicossomática em Winnicott*. São Paulo: DWW, 2016.

LAWRENCE, M. Body, mother, mind – anorexia, femininity and the intrusive object. *International Journal of Psychoanalysis*, v. 83, n. 4, p. 837-850, 2002.

LE, L. K., et al. Prevention of eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology*, v.53, p.46-58, 2017.

LEONIDAS, C. *Das (im)possibilidades do feminino: a sexualidade de mulheres com transtornos alimentares na perspectiva das adolescentes, suas mães e seus pais*. Tese de Doutorado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2016.

LEONIDAS, C.; SANTOS, M. A. Imagem corporal e hábitos alimentares na anorexia nervosa: uma revisão integrativa da literatura. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v. 25, n. 3, p. 550-558, 2012.

LEONIDAS, C.; SANTOS, M. A. Relações familiares nos transtornos alimentares: o Genograma como instrumento de investigação. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1435-1447, 2015a.

LEONIDAS, C.; SANTOS, M. A. Relacionamentos afetivo-familiares em mulheres com anorexia e bulimia. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, Brasília*, v. 31, n. 2, p. 181-191, 2015b.

LEONIDAS, C.; SANTOS, M. A. Emotional meanings assigned to eating disorders: narratives of women with anorexia and bulimia nervosa. *Universitas Psychologica*, Colômbia, v. 16, n. 4, p. 1-13, 2017.

LESCOVAR, G. Z. As consultas terapêuticas e a psicanálise de D. W. Winnicott. *Estudos de Psicologia*, v. 21, n. 2, p. 43-61, 2004.

LEVALLIUS, J. et al. Who do you think you are? - Personality in eating disordered patients. *Journal of Eating Disorders*, v. 3, n. 3, 2015.

LEV-ARI, L.; ZOHAR, A.H. Nothing gained: an explorative study of the long-term effects of perceived maternal feeding practices on women's and men's adult BMI, body image dissatisfaction, and disordered eating. *International journal of psychology: Journal international de psychologie*, v.48, n. 6, p.1201-11, 2013.

LIARTE, A. Le corps « propre », symptôme d'une usure du « corps social » ? *Le Journal des psychologues*, v.6, n.329, p.30-35, 2015.

LIDCHI, V.; EISENSTEIN, E. Adolescentes e famílias no contexto médico. In: MELLO FILHO, J. de; BURD, M. (Orgs.). *Doença e família*. 2ª. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010. p. 217-231.

LIMA, N. L.; ROSA, C. O. B.; ROSA, J. F. V. Identificação de fatores de predisposição aos transtornos alimentares: anorexia e bulimia em adolescentes de Belo Horizonte, Minas Gerais. *Estudos e Pesquisa em Psicologia*, v.12, n. 2, p. 360-378, 2012.

LOPARIC, Z. Elementos da teoria winnicottiana da sexualidade. *Natureza humana*, v. 7, n. 2, p. 311-358, 2005.

LUCERO, A.; VORCARO, A. Os objetos e o tratamento da criança autista. *Fractal: Revista de Psicologia*, v. 27, n.3, p.310-317, 2015.

MAAZI, L.; LAWSON, F. B.; KABUTH, B. « Anorexie mentale et fonction paternelle », *Perspectives Psy*, vol. vol. 45, no. 3, 2006, pp. 254-259.

MACIEL, A. et al. A. Personalidade e transtorno da alimentação. In: LOUZÃ NETO, M. R.; CORDÁS, T. A. (Orgs.). *Transtornos da personalidade*. São Paulo: Artmed, 2011. p. 155-163.

MALDONADO, M. T. *Psicologia da Gravidez – parto e puerpério*. São Paulo: Saraiva, 2002.

MALLORQUÍ-BAGUÉ, N. et al. Emotional and non-emotional facets of impulsivity in eating disorders: from anorexia nervosa to bulimic spectrum disorders. *European Eating Disorders Review*, p.1-13, 2020.

MANDELLI, L. et al. Suicide attempts in eating disorder subtypes: a meta-analysis of the literature employing DSM-IV, DSM-5, or ICD-10 diagnostic criteria. *Psychological Medicine*, p.1-13, 2018.

MARTINS, J.; BICUDO, M. A. V. *A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos*. São Paulo: Moraes, 1989.

MATHEUS, T. C. *Adolescência: história e política do conceito na psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

MCDONALD, S. Understanding the genetics and epigenetics of bulimia nervosa/bulimia spectrum disorder and comorbid borderline personality disorder (BN/BSD-BPD): a systematic review. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, v.24, n. 5, p. 799-814, 2019.

MCDOUGALL, J. *Em defesa de uma certa anormalidade*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

MCDOUGALL, J. *Teatros do eu*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1989.

MCWILLIAMS, N. *Diagnóstico Psicanalítico: entendendo a estrutura da personalidade no processo clínico*. Tradução Gabriela Wondracek Linck. Porto Alegre: Artmed, 2014.

MEIER, M. et. al. Obsessive-compulsive symptoms in eating disorders: a network investigation. *International Journal of Eating Disorders*, v. 53, p. 362–371, 2019.

MELDLOWICS, E. Trauma e depressão. In: RUDGE, A. M. (Org.). *Traumas*. São Paulo: Escuta, 2006, p. 51-60.

MELLO FILHO, J. de *O ser e o viver: uma visão da obra de Winnicott*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

MELLO FILHO, J. de. *O ser e o viver: uma visão da obra de Winnicott*. 2 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011a, p. 265- 296.

MELLO FILHO, J. de. *Vivendo num país de falsos-selves*. SP: Casa do Psicólogo, 2011b.

MENEZES, L. S. A dimensão de extensão do método psicanalítico. *Boletim formação em psicanálise*, ano xxiv, v. 24, n.1, p.15-26, 2016.

MEYER, C.; GILLINGS, K. Parental bonding and bulimic psychopathology: the mediating role of mistrust/abuse beliefs. *International Journal of Eating Disorders*, v. 35, n. 2, p. 229–233, 2004.

MEZAN, R. *Interfaces da psicanálise*. São Paulo: Companhia das letras, 2002.

MEZAN, R. Que significa “pesquisa” em psicanálise? In: SILVA, M. E. L. (Coord.). *Investigação e Psicanálise*. Campinas: Papirus, 1993. p. 49-89.

MICALI, N. et al. Maternal eating disorders and infant feeding difficulties: maternal and child mediators in a longitudinal general population study. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, v. 52, n. 7, p.800-7, 2011.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINUCHIN, S, ROSMAN, B.L., BAKER, L. *Psychosomatic families - anorexia nervosa in context*. Cambridge: Harvard University Press; 1978.

MINUCHIN, S. et al. A conceptual model of psychosomatic illness in childhood. *Arch Gen Psychiatry*, v.32, p. 1031-8, 1975.

MIRANDA, M. R. Distúrbios da alimentação-anorexia, bulimia e compulsões: histórias de segredos e paixões. *Revista Brasileira de Psicanálise*, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 27-34, 2005.

MIRANDA, M. R. A complexidade da relação mãe-filha nas patologias dos contrários. In: BRUNO, C. A. N. B. (Org.). *Distúrbios alimentares: uma contribuição da psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago; 2010. p. 123-154.

MITCHISON, D.; HAY, P. J. The epidemiology of eating disorders: genetic, environmental, and societal factors. *Clinical epidemiology*, v. 6, p. 89–97, 2014.

MONTELEONE, A. M. et al. Insecure attachment and hypothalamus-pituitary-adrenal axis functioning in people with eating disorders. *Psychosom Med*; v.80, n. 8, p. 710-716, 2018.

MONTELEONE, A. M. et al. Parental bonding, childhood maltreatment and eating disorder psychopathology: an investigation of their interactions. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 2019.

MONTES, F. F. Corpo, temporalidade e constituição subjetiva. *Cadernos de Psicanálise – SPCRJ*, v. 33, n. 1, p. 72-80, 2017.

MOREIRA, M. S. C. L. de G. Adolescente e bulimia: escravo bem temperado. In: BRUNO, C. A. N. B. (Org.). *Distúrbios alimentares: uma contribuição da psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago; 2010. p. 215-223.

MORGAN C. M.; CLAUDINO, A. M. Epidemiologia e etiologia. In: CLAUDINO, A. M. ZANELLA, M. T. *Transtornos alimentares e obesidade*. São Paulo: Manole, 2005. p. 15-23.

MORGAN, C. M.; VECCHIATTI, I. R.; NEGRÃO, A. B. Etiologia dos TAs: Aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 18-23, 2002.

MOURA, F. E. G. A. *O cuidado materno e a estruturação do vínculo mãe-filha nos TAs*. 93 f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-graduação em Enfermagem em Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

MOURA, F. E. G. A.; SANTOS, M. A.; RIBEIRO, R. P. P. A constituição da relação mãe-filha e o desenvolvimento dos transtornos alimentares. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 32, n. 2, p. 233-247, 2015.

MÜLLER, T. D et al. Leptin-mediated neuroendocrine alterations in anorexia nervosa: somatic and behavioral implications. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, v.18, n.1, p. 117-129, 2009.

NARVAZ, M.; OLIVEIRA, L. L. A relação entre abuso sexual e transtornos alimentares: uma revisão. *Interamerican Journal of Psychology*. Porto Alegre, v. 43, n. 1, p. 22-29, abr. 2009.

NASCIMENTO, A. L.; LUZ, M. P.; FONTENELLE, L. F. Co-morbidade psiquiátrica nos transtornos alimentares. In: NUNES, M. A. et al.(Orgs). *Transtornos alimentares e obesidade*. Porto Alegre: Artmed, 2006, p.83-94.

NORRIS, M. L. et al. Exploring avoidant/restrictive food intake disorder in eating disordered patients: a descriptive study. *International Journal of Eating Disorders*. v. 47, n. 5, p. 495–499, 2014.

NUNES, M. A. et al. Distúrbios da conduta alimentar: considerações sobre o teste de atitudes alimentares (EAT-26). *Associação Brasileira de Psiquiatria*, v.16, p. 7-10, 1994.

OCARIZ, M. C. o excesso pulsional nos sintomas de nossa época. In: FERRAZ, F. C.; FUKS, L. B.; ALONSO, S. L. (Orgs.). *A psicanálise em trabalho*. São Paulo: Escuta, 2012, p. 57-72.

OGDEN, T. H. *Esta arte da psicanálise: sonhando sonhos não sonhados e gritos interrompidos*. Tradução Daniel Bueno. Porto Alegre: Artmed, 2010.

OGDEN, T. H. *A matriz da mente: relações objetais e o diálogo psicanalítico*. Tradução Giovanna Del Grande da Silva. São Paulo: Blucher, 2017.

OLIVEIRA, E. A.; SANTOS, M. A. Perfil psicológico de pacientes com anorexia e bulimia nervosas: a ótica do psicodiagnóstico. *Medicina*, v. 39, n. 3, p. 353-360, 2006.

OLIVEIRA, L. L.; HUTZ, C. S. Transtornos alimentares: o papel dos aspectos culturais no mundo contemporâneo. *Psicologia em estudo*, v. 15, n. 3, p. 575-582, 2010.

OLIVEIRA, N. R. DE; TAFURI, M. I. O método psicanalítico de pesquisa e a clínica: reflexões no contexto da Universidade. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 838-850, 2012.

OLIVEIRA-CARDOSO, É. A.; COIMBRA, A. C.; SANTOS, M. A. Qualidade de Vida em Pacientes com Anorexia e Bulimia Nervosa. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, v. 34, e34411, 2018.

OLIVEIRA-CARDOSO, É. A.; SANTOS, M. A. Avaliação psicológica de pacientes com anorexia e bulimia nervosas: indicadores do Método de *Rorschach*. *Fractal: Revista de Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 159-174, 2012.

OLIVEIRA-CARDOSO, É. A.; VON ZUBEN, B. V.; SANTOS, M. A. Qualidade de vida de pacientes com anorexia e bulimia nervosa. *Demetra: Alimentação, Nutrição & Saúde*, [S.l.], v. 9, p. 329-340, jul. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Problemas de la salud de la adolescencia. Informe de un comité de expertos de la O.M.S* (Informe técnico n. 308, Genebra, 1965).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

ORNSTEIN, R. M. et al. Distribution of eating disorders in children and adolescents using the proposed DSM-5 criteria for feeding and eating disorders. *Journal of Adolescent Health*, v. 53, n. 5, p.303-305, 2013.

PALMEIRA, L. et al. Association study of variants in genes FTO, SLC6A4, DRD2, BDNF and GHRL with binge eating disorder (BED) in Portuguese women. *Psychiatry Research*, v. 273, p. 309-311, 2019.

PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W.; FELDMAN, R. D. *Desenvolvimento humano*. Porto Alegre: Artmed, 2006.

PEARSON C. M. et al. Stability and change in patterns of eating disorder symptoms from adolescence to young adulthood. *International Journal of Eating Disorders*, 50(7), 748–757, 2017.

PERES, R. S., SANTOS, M. A. Técnicas projetivas na avaliação de aspectos psicopatológicos da anorexia e bulimia. *Psico - USF*, Itatiba v.16, n. 2, p. 185-192, 2011.

PHILLIPS, A. *Beijo, cócegas e tédio: o inexplorado da vida à luz da psicanálise*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

PICCININI, C. A. et al. Gestação e a constituição da maternidade. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 13, n. 1, p. 63-72, 2008.

PICHON-RIVIÈRE, E. (1983). *O processo grupal*. Tradução Marco A Urélio Fernandes Velloso. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

PIGNATELLI, A. M. et al. Childhood neglect in eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Trauma & Dissociation*, 2016.

PINÉA, A. C. F.; SEI, M.B. Falso *self* e gesto espontâneo na psicoterapia psicanalítica de uma criança adotiva. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, v.17, n. 1, p. 69-82, 2015.

POLE, R. et al. Parental care versus overprotection in bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, v. 7, n. 5, p. 601–606, 1988.

- PRETI, A. et al. A comprehensive meta-analysis of the risk of suicide in eating disorders. *Acta psychiatrica Scandinavica*, v.124, n. 1, p. 6-17, 2011.
- PRISCO, A. N. C. et al. Prevalência de transtornos alimentares em trabalhadores urbanos de município do Nordeste do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.18, n. 4, p. 1109-1118, 2013.
- QIAN, J. et al. Prevalence of eating disorders in the general population: a systematic review. *Shanghai Archives of Psychiatry*, v. 25, n. 4, p.212, 2013.
- QUILLIOT, D. et al. Links between traumatic experiences in childhood or early adulthood and lifetime binge eating disorder. *Psychiatry Research*, v. 276, p. 134–141, 2019.
- RAI, T., I. et al. Exploring the link between emotional child abuse and anorexia nervosa: a psychopathological correlation. *Cureus*, v.11, n. 8: e5318, 2019.
- RAMOS, F. et al. Adolescentes anoréxicas e suas percepções das relações com familiares. *Boletim - Academia Paulista de Psicologia*, v. 38, n.94, p. 111-121, 2018.
- RAPHAEL-LEFF. *Gravidez: a história interior*. Tradução Beatriz Aratangy Berger. São Paulo: Blucher, 2017.
- RAPPAPORT, C. R.; FIORI, W. da R.; HERZBERG, E. *A infância inicial: o bebê e sua mãe*. São Paulo: E.P.U., 1981.
- REFOSCO, L. L.; MACEDO, M. M. K. Anorexia e bulimia na adolescência: expressão do mal-estar na contemporaneidade. *Barbarói*, Santa Cruz do Sul, n. 33, 2010.
- REYES-RODRÍGUEZ, M. L. et al. “Las penas con pan duelen menos”: The role of food and culture in Latinas with disordered eating behaviors. *Appetite*, v. 100. p. 102-109, 2016.
- RIBEIRO, D. P. S. A.; TACHIBANA, M. A; AIELLO-VAISBERG, T. M. J., A experiência emocional do estudante de psicologia frente à primeira entrevista clínica. *Aletheia*, Canoas, n. 28, p.135-145, 2008.
- RIBEIRO, M. F. R. Entrelaces psíquicos entre mães e filhas. In: WEINBERG, C. (Org.). *Psicanálise de Transtornos alimentares*, vol II. São Paulo: Primavera, 2016. p. 209-222.
- RIBEIRO, W. A. M. O. Desafios e possibilidades na sustentação do enquadre num caso de transtorno alimentar. In: RAMOS, M.; FUKS, M. P. (Orgs.). *Atendimento psicanalítico na anorexia e bulimia*. Rio de Janeiro: Imago; 2010. p. 50-65.
- ROSA, B. P.; SANTOS, M. A. Comorbidade entre bulimia e transtorno de personalidade borderline: implicações para o tratamento. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 268-282, 2011.
- ROSA, C. D. *A presença do pai no processo de amadurecimento um estudo sobre D. W. Winnicott*. 2007. 139 f. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2007.

ROSA, C. D. *As falhas paternas em Winnicott*. 2011. 238 f. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2011.

ROUX, H.; CHAPELON, E.; GODART, N. Épidémiologie de l'anorexie mentale. *Revue de la littérature. L'Encéphale*, v. 39, n. 2, p.85-93, 2013.

RUDIO, F. V. *Introdução ao projeto de pesquisa científica*. Petrópolis: Vozes, 2015.

SACHS-ERICSSON, N. et al. Parental disorders, childhood abuse, and binge eating in a large community sample. *International Journal of Eating Disorders*, v.45, n. 3, p. 316–325, 2012.

SAFRA, G. *A face estética do self: teoria e clínica*. Aparecida, SP: Idéias & Letras: São Paulo: Unimarco, 2005.

SAFRA, G. *A po-ética na clínica contemporânea*. Aparecida, SP: Idéias & Letras, 2004.

SAFRA, G. A transmissão do *self* no grupo familiar. *Interações*, São Paulo, v. III, n. 6, p.17-21, 1998.

SAFRA, G. Os registros do masculino e feminino na constituição do *self*. *Jornal de Psicanálise. São Paulo*, v. 42, n. 76, p. 77-89, 2009.

SAKIYAMA, C.; CAMPOS, É. B. V. Alienação e criatividade na constituição da subjetividade: contrapontos entre Lacan e Winnicott. *Revista de Psicologia da UNESP*, v. 15, p. 26-39, 2016.

SANCHES PERES, R.; SANTOS, M. A. Considerações gerais e orientações práticas acerca do emprego de estudos de caso na pesquisa científica em psicologia. *Interações*, São Paulo, v. 10, n. 20, p. 109-126, 2005.

SANSONE, R. A; SASONE, L. Transtornos da alimentação e comorbidades psiquiátricas. In: YAGER, J.; POWERS, O. S. (Orgs.). *Manual clínico de transtornos da alimentação*. Tradução Celeste Inthy. Porto Alegre: Artmed; 2010. p.103-137.

SANTANA, M. R. M., HOPPE, M. M. W. A relação materno-filial na anorexia nervosa: um estudo psicanalítico. *Diaphora, Revista da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, n. 13, v. 1, p. 17-25, 2013.

SANTOS, F. O papel da família sobre a anorexia nervosa: breve discussão teórica. *Clínica & Cultura*, v.2, n.1, p.11-20, 2016.

SANTOS, L. N. dos; MARTINS, A. A originalidade da obra de Georg Groddeck e algumas de suas contribuições para o campo da saúde. *Interface*, v. 17, n. 44, p. 9-21, 2013.

SANTOS, M. A. Sofrimento e esperança: grupo de pacientes com anorexia e bulimia nervosas. *Medicina*, Ribeirão Preto, v. 39, n. 3, p. 386-401, 2006.

SANTOS, M. A.; COSTA-DALPINO, L. R. S. Relação Pai-Filha e Transtornos Alimentares: Revisando a Produção Científica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, v. 35, n. spe, e35nspe3, 2019.

SANTOS, M. A.; LEONIDAS, C.; COSTA, L. R. S. Grupo multifamiliar no contexto dos Transtornos Alimentares: a experiência compartilhada. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 68, n. 3, p. 43-58, 2016.

SANTOS, M. A.; PRATTA, E. M. M. Adolescência e uso de drogas à luz da psicanálise: sofrimento e êxtase na passagem. *Tempo psicanalítico*, Rio de Janeiro, v. 44, n. 1, p. 167-182, jun. 2012.

SCHEVACH, J. G. Ideias de Bernard Breusset em “psicopatologia e metapsicologia da dependência bulímica”. In: URRIBARRI, R. *Anorexia e bulimia*. São Paulo: Escuta, 1999. p. 99-112.

SCHOMER, E. Z. O papel da família nos transtornos alimentares. In: BUCARETCHI, H. A. *Anorexia e bulimia nervosa: uma visão multidisciplinar*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003, p. 43-56.

SCHOR, D. *Heranças Invisíveis do Abandono Afetivo: um estudo psicanalítico sobre as dimensões da experiência traumática*. São Paulo: Blucher, 2017.

SILVA, D. Q. A pesquisa em psicanálise: o método de construção do caso psicanalítico. *Estudos de Psicanálise*, n.39, p. 37-46, 2013.

SILVA, S. G. As modificações corporais na sociedade contemporânea. *Cadernos de Psicanálise – CPRJ*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 25, p. 239-257, 2011.

SIMON, Y. Épidémiologie et facteurs de risque psychosociaux dans l’anorexie mentale. *Nutrition Clinique et Métabolisme*, v. 21, n. 4, p. 137-142, 2007.

SINANIAN, A. et al. Addictions, évitement et répétition du traumatisme. *Médecine & Hygiène, « Psychothérapies »*, v. 34, n. 3, p.173-184, 2014.

SIQUEIRA, A. B. R.; DOS SANTOS, M. A.; LEONIDAS, C. Confluências das relações familiares e transtornos alimentares: revisão integrativa da literatura. *Psicologia clínica*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, p. 123-149, abr. 2020.

SMINK, F. R. et al. Prevalence and severity of DSM-5 eating disorders in a community cohort of adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, v. 47, p. 610–619, 2014.

SMINK, F. et al. Self-esteem and peer-perceived social status in early adolescence and prediction of eating pathology in young adulthood. *The International journal of eating disorders*, v.51, n .8, p. 852-862, 2018.

SMINK, F. R., VAN HOEKEN, D., HOEK, H. W. Epidemiology of eating disorders: Incidence, prevalence and mortality rates. *Current Psychiatry Reports*, v.14, n. 4, p.406–414, 2012.

SMINK, F. R., VAN HOEKEN, D., HOEK, H. W. Epidemiology, course, and outcome of eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, v. 26, p. 543–548, 2013.

SÖDERSTEN, P; BERGH, C; ZANDIAN, M. Psychoneuroendocrinology of anorexia nervosa. *Psychoneuroendocrinology*; v.31, n.10, p. 1149-53, 2006.

SOIFER, R. *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. 6. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

SOIFER, R. *Psiquiatria infantil operativa: psicologia evolutiva e psicopatologia*. 3.ed. rev. Tradução José Cláudio de Almeida Abreu e Francisco Franke Settineri. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

SOLOMON-KRAKUS, S.; ULIASZEK, A. A.; BAGBY, R. M. Evaluating the associations between personality psychopathology and heterogeneous eating disorder behaviors: a dimensional approach. *Personality Disorders*, 2019.

SOPEZKI, D. S. *Relacionamento primário com a figura materna e autoestima em mulheres com transtornos alimentares*. 58 f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

SOUZA, L. V.; SANTOS, M. A. A família e os transtornos alimentares. *Medicina*, Ribeirão Preto, v. 39, n. 3, p. 403-409, 2006.

SQUIRES, C.; PRESME, N. Quand manger fait souffrir. *Troubles alimentaires entre mère et bébé*. ERES, 2018.

SQUVERER, A. Du malaise dans la culture à une culture en corps: stylistiques de l'existence dans la culture hellénistique et dans la clinique contemporaine. *Recherches en psychanalyse*, v. 1, n. 17, p. 17-26, 2014.

STAKE, R. E. *Investigación com estudio de casos*. 2ª ed. Madrid (ES): Morata; 1999.

STICE, E. et al. Risk factors that predict future onset of each DSM-5 eating disorder: Predictive specificity in high-risk adolescent females. *Journal of abnormal psychology* v. 126, n. 1, p. 38-51, 2017.

SUOKAS J.T. et al. Suicide attempts and mortality in eating disorders: a follow-up study of eating disorder patients. *Gen Hosp Psychiatry*, v. 36, p. 355–7, 2014.

SZEJER, M.; STEWART, R. *Nove meses na vida da mulher: uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

TACHIBANA, M. *Fim do mundo: o imaginário da equipe de enfermagem sobre a gravidez interrompida*. 170f. Tese (Doutorado). Centro de Ciências da Vida. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas, 2011.

TANIS, B. Algumas pontuações em torno das raízes socioculturais das compulsões. *Ide*, São Paulo, v. 32, n. 49, p. 177-191, 2009.

TEODORO, P., KOGA, T.; NAKASU, M. Investigação dos padrões relacionais do vínculo mãe-filha envolvidos na obesidade feminina. *Revista de Medicina*, v. 96, n.2, p. 63-72, 2017.

TOROK, M. (1968). Doenças do luto e fantasia do cadáver saboroso. In: ABRAHAM, N.; TOROK, M. *A casca e o núcleo*. Tradução Maria José R. Faria Coracini. São Paulo: Escuta, 1995. p.215- 235.

TORRES, E. P. P.; DOS REIS, M. P. Pesquisando com o método psicanalítico. VIII *Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, p. 585-588, 2016.

TRACHTENBERG, A. R. C. A força da transmissão entre gerações e o transgeracional *Psicanálise*, Porto Alegre, v.9, n. 2, p. 341-354, 2007.

TRINCA, W. *Formas de investigação clínica em Psicologia: procedimentos de desenhos-estórias: procedimento de desenhos de família com estórias*. São Paulo: Vetor, 1997.

TURATO, E. R. A questão da complementaridade e das diferenças entre métodos quantitativos e qualitativos de pesquisa: uma discussão epistemológica necessária. In: GRUBITS, S.; NORIEGA, J. A. V (Orgs.). *Método qualitativo: epistemologia, complementariedades e campos de aplicação*. São Paulo: Vetor, 2004. p. 17- 51.

TURATO, E. R. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa. Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. 5ª ed. Petrópolis: Vozes; 2013.

TÜRY, F.; GULEÇ, H.; KOHLS, E. Assessment methods for eating disorders and body image disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, v. 69, n. 9. p. 601-611, 2010.

TURYNA, U.; ZAREMBA, S. Breastfeeding father. Father's influence on the eating problems in children. Psychodynamic approach. *Psychoterapia*, v. 3, n. 174. p. 15-23. 2015.

TUSTIN, F. (1972). *Autismo e Psicose Infantil*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

UCHITEL, M. Na borda do sintoma. FUKS, L. B.; FERRAZ, F. C. (Orgs.). *O sintoma e suas faces*. São Paulo: Escuta, 2006. p. 197-226.

VALDANHA, E. D. et al . Influência familiar na anorexia nervosa: em busca das melhores evidências científicas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 62, n. 3, p. 225-233, 2013.

VALDANHA, E. D.; SCORSOLINI-COMIN, F.; SANTOS, M. A. Anorexia nervosa e transmissão psíquica transgeracional. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 71-88, 2013.

VALDANHA-ORNELAS, E. D.; SANTOS, M. A. O percurso e seus percalços: itinerário terapêutico nos transtornos alimentares. *Psicologia: teoria e pesquisa*, v. 32, p. 169-179, 2016.

VALDANHA-ORNELAS, E. D.; SANTOS, M. A. Transtorno alimentar e transmissão psíquica transgeracional em um adolescente do sexo masculino. *Psicologia, ciência e profissão*, v.37, n. 1, p 176-191, 2017.

VAN SON, G. E., VAN HOEKEN, D. Course and outcome of eating disorders in a primary care-based cohort. *International Journal of Eating Disorder*, v. 43, n. 2, p. 130-8, 2010.

VIBERT, S. *Les anorexies mentales*. Presses Universitaires de France, 2015.

VILETE, E. P. O corpo e os Demônios da loucura: sobre a teoria psicossomática de Winnicott. *Revista Brasileira de Psicanálise*, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 89-99, 2008.

VILHENA, J. de. [RETRACTED ARTICLE] Corpo como tela... navalha como pincel. A escuta do corpo na clínica psicanalítica. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. São Paulo, v. 19, n. 4, p. 691-706, 2016.

VILUTIS, M. I. Dor psíquica e adolescência. In: FUKS, L.; FERRAZ, F. (Org.). *A clínica conta histórias*. São Paulo: Escuta, 2000. p. 69-78.

VIOLANTE, M. L. V. Pesquisa em psicanálise. In: PACHECO FILHO, R. A.; COELHO JÚNIOR, N; ROSA, M. D. (Orgs.), *Ciência, pesquisa, representação e realidade em Psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo: EDUC, 2000, p. 109-117.

WADDELL, M. *Vida interior: psicanálise e desenvolvimento da personalidade*. Tradução Patrícia F. Lego. São Paulo: Blucher, 2017.

WATSON, H. J. et al. Genome-wide association study identifies eight risk loci and implicates metabo-psychiatric origins for anorexia nervosa. *Nature Genetics*; v.51, n. 8, p. 1207-1214, 2019.

WILDES, J. E et al. The clinical utility of personality subtypes in patients with anorexia nervosa. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, v. 79, n. 5, p. 665-74, 2011.

WILLIAMS, N. A. et al. Role of food preoccupation and current dieting in the associations of parental feeding practices to emotional eating in young adults: a moderated mediation study. *Appetite*, v.111, p.195-202, 2017.

WINNICOTT, D. W. (1935). A defesa maníaca. In: WINNICOTT, D. W. *Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas*. Tradução Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 199-217.

WINNICOTT, D. W. (1936) O apetite e os problemas emocionais. In: _____. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Tradução Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 91-111.

WINNICOTT, D. W. (1941) A observação de bebês numa situação padronizada. In: _____. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Tradução Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 112-132.

WINNICOTT, D. W. (1945). O Desenvolvimento emocional primitivo. In: _____. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 218-232.

WINNICOTT, D. W. (1945a). Alimentação do bebê. In: _____. *A criança e seu mundo*. 6. ed. Tradução Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: LTC, 2012. p. 31-36.

WINNICOTT, D. W. (1945b). O desmame. In: _____. *A criança e seu mundo*. 6. ed. Tradução Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: LTC, 2012. p. 89-94.

WINNICOTT, D. W. (1947). Mais ideias sobre os bebês como pessoais. In: _____. *A criança e seu mundo*. Rio de Janeiro: Zahar, 2012. p. 95-103.

WINNICOTT, D. W. (1949). Pormenores da alimentação do bebê pela mãe. In: _____. *A criança e seu mundo*. 6. ed. Tradução Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: LTC, 2012. p. 49-54.

WINNICOTT, D. W. (1950-55). A agressividade em relação ao desenvolvimento emocional. In: WINNICOTT, D. W. *Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas*. Tradução Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 288-304.

WINNICOTT, D. W. (1954). Michael Balint. In: WINNICOTT, C.; SHEPPHERD, R.; DAVIS, M. (Orgs.). *Explorações psicanalíticas: D. W. Winnicott*. Tradução José Octavio de Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. p. 331-337.

WINNICOTT, D. W. (1954). Necessidades das crianças de menos de cinco anos. In: _____. *A criança e seu mundo*. Rio de Janeiro: Zahar, 2012. p. 203-213.

WINNICOTT, D. W. (1956). A tendência anti-social. In: WINNICOTT, D. W. *Privação e Delinquência*. Tradução Álvaro Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 2012. p.135-147.

WINNICOTT, D. W. (1958). A psicologia da separação. In: WINNICOTT, D. W. *Privação e Delinquência*. Tradução Álvaro Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 2012. p.149-152.

WINNICOTT, D. W. (1960). Agressão, culpa e reparação. In: _____. *Tudo começa em casa*. 5. ed. Tradução Paulo Sandler. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2011. p. 69-79.

WINNICOTT, D. W. (1960a). Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro “self”. In: _____. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Tradução Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artmed, 1983. p. 128-139.

WINNICOTT, D. W. (1960b). Teoria do relacionamento paterno-infantil. In: _____. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Tradução Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artmed, 1983. p. 38-54.

WINNICOTT, D. W. (1960c). Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro “self”. In: _____. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento*

emocional. Tradução Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artmed, 1983. p. 128-139.

WINNICOTT, D. W. (1962) Os objetivos do tratamento psicanalítico. In: _____. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Tradução Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artmed, 1983. p. 152-155.

WINNICOTT, D. W. (1963) O medo do colapso. In: WINNICOTT, C.; SHEPPHERD, R.; DAVIS, M. (Orgs.). *Explorações psicanalíticas: D. W. Winnicott*. Tradução José Octavio de Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. p. 70-76.

WINNICOTT, D. W. (1964a) A importância do *setting* no encontro com a regressão na psicanálise In: WINNICOTT, C.; SHEPPHERD, R.; DAVIS, M. (Orgs.). *Explorações psicanalíticas: D. W. Winnicott*. Tradução José Octavio de Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. p. 70-76.

WINNICOTT, D. W. (1964b) O Jogo do Rabisco. In: WINNICOTT, C.; SHEPPHERD, R.; DAVIS, M. (Orgs.). *Explorações psicanalíticas: D. W. Winnicott*. Tradução José Octavio de Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. p. 230-243.

WINNICOTT, D. W. (1964). Este feminismo. In: _____. *Tudo começa em casa*. 5. ed. Tradução Paulo Sandler. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2011. p. 183-195.

WINNICOTT, D. W. (1964). Amamentação. In: _____. *A criança e seu mundo*. 6. ed. Tradução Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: LTC, 2012. p. 55-63.

WINNICOTT, D. W. (1965). O valor da consulta terapêutica. In: WINNICOTT, C.; SHEPPHERD, R.; DAVIS, M. (Orgs.). *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. p. 244-248.

WINNICOTT, D. W. (1965b). Uma nova luz sobre o pensar infantil. In: _____. *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. p. 119-123.

WINNICOTT, D. W. (1965a) A família e a maturidade emocional. In: _____. *A família e o desenvolvimento individual*. 4 ed. Tradução Marcelo Brandão Cipolla. São Paulo: Martins Fontes, 2011. p. 129-138.

WINNICOTT, D. W. (1965b) O primeiro ano de vida. Concepções modernas do desenvolvimento emocional In: _____. *A família e o desenvolvimento individual*. 4 ed. Tradução Marcelo Brandão Cipolla. São Paulo: Martins Fontes, 2011. p. 3-20.

WINNICOTT, D. W. (1965c) O relacionamento inicial entre uma mãe e seu bebê. In: _____. *A família e o desenvolvimento individual*. 4 ed. Tradução Marcelo Brandão Cipolla. São Paulo: Martins Fontes, 2011. p. 21-28.

WINNICOTT, D. W. (1966a). A enfermidade psicossomática em seus aspectos positivos e negativos. In: WINNICOTT, C.; SHEPPHERD, R.; DAVIS, M. (Orgs.). *Explorações psicanalíticas: D. W. Winnicott*. Tradução José Octavio de Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. p. 82-90.

WINNICOTT, D. W. (1965b). O conceito de trauma em relação ao desenvolvimento do indivíduo dentro da família. In: WINNICOTT, C.; SHEPPHERD, R.; DAVIS, M. (Orgs.). *Explorações psicanalíticas: D. W. Winnicott*. Tradução José Octavio de Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. p. 102-115.

WINNICOTT, D. W. (1966). A mãe dedicada comum. In: _____. *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes, 2002. p. 1-11.

WINNICOTT, D. W. (1967). O conceito de indivíduo saudável. In: _____. *Tudo começa em casa*. 5. ed. Tradução Paulo Sandler. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2011. p. 3-22.

WINNICOTT, D. W. (1968a). A comunicação entre o bebê e a mãe e entre a mãe e o bebê: convergências e divergências. In: WINNICOTT, D. W. *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes, 2002. p. 79-92.

WINNICOTT, D. W. (1968b). A amamentação como forma de comunicação. In: WINNICOTT, D. W. *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes, 2002. p. 19-27.

WINNICOTT, D. W. (1969). A imaturidade do adolescente. In: _____. *Tudo começa em casa*. 5. ed. Tradução Paulo Sandler. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2011. p. 145-163.

WINNICOTT, D. W. (1969a). A experiência mãe-bebê de mutualidade. In: WINNICOTT, C.; SHEPPHERD, R.; DAVIS, M. (Orgs.). *Explorações psicanalíticas: D. W. Winnicott*. Tradução José Octavio de Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. p. 195-202.

WINNICOTT, D. W. (1969b). O uso de um objeto no contexto de Moisés e o monoteísmo. In: WINNICOTT, C.; SHEPPHERD, R.; DAVIS, M. (Orgs.). *Explorações psicanalíticas: D. W. Winnicott*. Tradução José Octavio de Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. p. 187-191.

WINNICOTT, D. W. (1970). Sobre as bases para o self no corpo. In: WINNICOTT, C.; SHEPPHERD, R.; DAVIS, M. (Orgs.). *Explorações psicanalíticas: D. W. Winnicott*. Tradução José Octavio de Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. p. 203-218.

WINNICOTT, D. W. (1971) *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

WINNICOTT, D. W. (1971) *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*. Rio de Janeiro: Imago, 1984.

WINNICOTT, D. W. (1977). Alimentação do Bebê In: _____. *A criança e seu mundo*. 6. ed. Tradução Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: LTC, 2012. p. 31-36.

WINNICOTT, D. W. (1982). E o pai? In: _____. *A criança e seu mundo*. 6. ed. Tradução Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: LTC, 2012. p. 127-133.

WINNICOTT, D. W. (1988) *Natureza humana*. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

WINNICOTT, D. W. (1989). A cura. In: _____. *Tudo começa em casa*. 5. ed. Tradução Paulo Sandler. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2011. p. 105-114.

WINOGRAD, M. E TEIXEIRA, L. C. Afeto e adoecimento do corpo: considerações psicanalíticas. *Ágora*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 165-182, 2011.

XIMENES, R. C. C. et al. Versão brasileira do “BITE” para uso em adolescentes. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 63, n. 1, p. 52-63, 2011.

YAGER, J. Avaliação e determinação das abordagens iniciais para o tratamento de pacientes com transtornos da alimentação. In: YAGER, J.; POWERS, O. S. (Orgs.). *Manual clínico de transtornos da alimentação*. Porto Alegre: Artmed; 2010. p. 51-102.

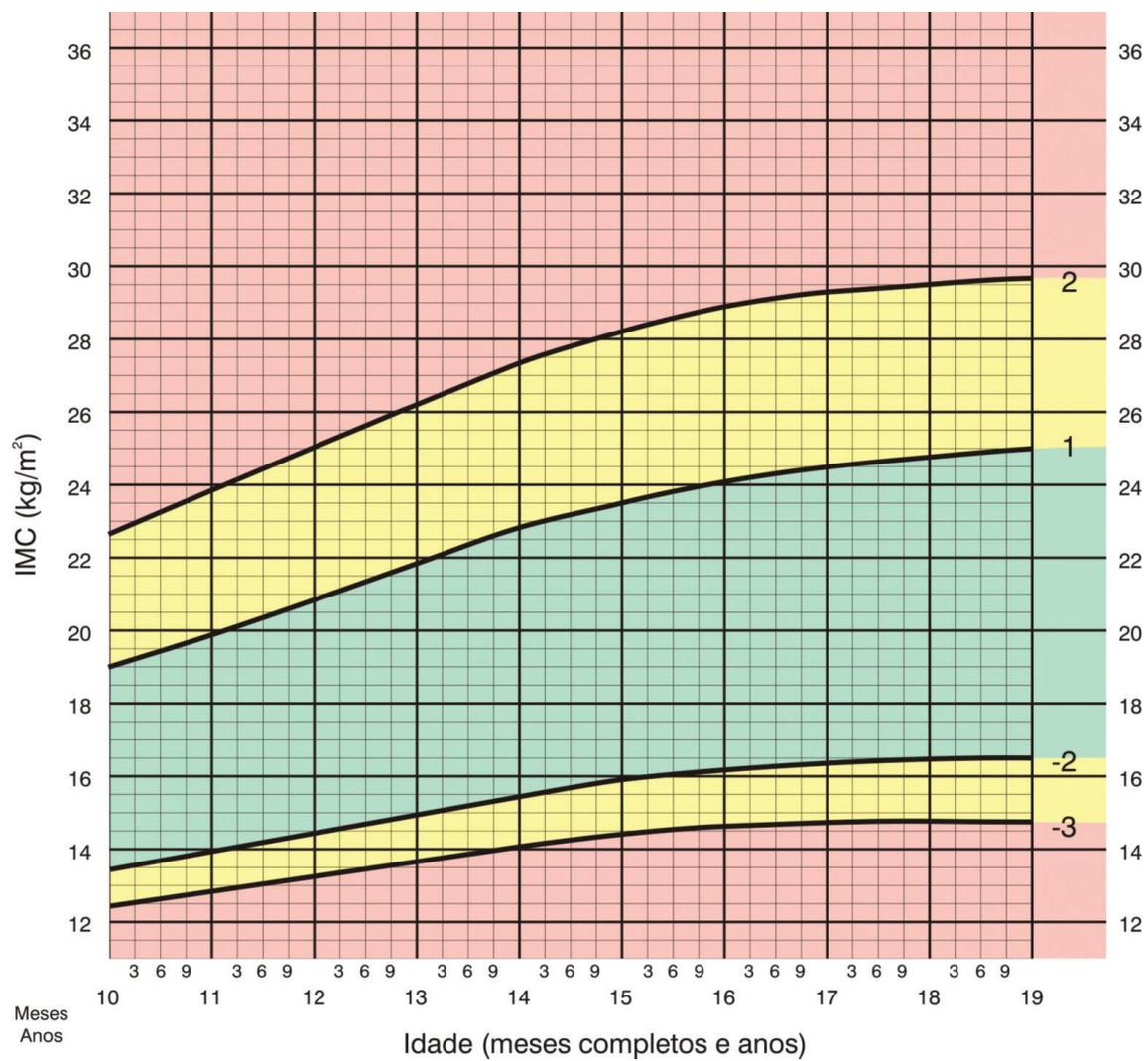
YAZAN, B. DE VASCONCELOS, Tradução de Ivar Cesar Oliveira. Três abordagens do método de estudo de caso em educação: Yin, Merriam e Stake. *Revista Meta: Avaliação*, [S.l.], v. 8, n. 22, p. 149-182, 2016.

YAZAN, B. Three Approaches to case study methods in education: Yin, Merriam, and Stake. *The Qualitative Report*, v. 20, n. 2, p. 134-152, 2015.

ZIMERMANN D. *Vocabulário contemporâneo de psicanálise*. Porto Alegre: Artmed; 2008.

ANEXOS

ANEXO A – Curva IMC-por-idade: adolescentes (sexo feminino)



Fonte: BRASIL (2010)

ANEXO B – Autorização da instituição coparticipante**Declaração de Concordância dos Serviços Envolvidos e/ou de Instituição****Co-Participante**

Londrina, 06 de Março de 2018.

Ilma. Profa Me Solange Aparecida de Oliveira Neves
Coordenadora do CEP/UniFil

Senhora Coordenadora

Declaramos que nós da Clínica de Psicologia do Centro Universitário Filadélfia (UniFil), estamos de acordo com a condução do projeto de pesquisa "A relação de cuidado e seus significados para pacientes com transtornos alimentares e seus pais: um estudo psicanalítico" sob a responsabilidade de Heloisa Aguetoni Cambuí, nas nossas dependências, tão logo o projeto seja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro Universitário Filadélfia até o seu final em 01/03/2020.

Estamos cientes que as unidades de análise da pesquisa serão adolescentes do sexo feminino e seus pais que buscarem por atendimento psicológico em transtornos alimentares na Clínica de Psicologia da UniFil, bem como de que o presente trabalho deve seguir a Resolução 466/2012 do CNS e complementares.

Atenciosamente,


Psic. Esp. Marinez Terra Alves Ferreira
CRP 08/07376-5
Coordenadora do Serviço de
Psicologia da UniFil

Psic. Esp. Marinez Terra Alves Ferreira
Coordenadora do Serviço de Psicologia-Unifil
CRP-08/07376-5

ANEXO C – Autorização da instituição coparticipante

Centro Universitário Filadélfia – UniFil **Clínica de Educação para a Saúde – CEPS**

Rua Prefeito Faria Lima, 1313. Ambulatório Alto da Colina (Fundos). Londrina, PR.
CEP: 86061-450. Fone: (43) 3338-3488 – E-mail: ceps@unifil.br

Declaração de Concordância dos Serviços Envolvidos e/ou de Instituição

Co-Participante

Londrina, 06 de Março de 2018.

Ilma. Profa Me Solange Aparecida de Oliveira Neves
Coordenadora do CEP/UniFil

Senhora Coordenadora

Declaramos que nós da Clínica de Educação para a Saúde (CEPS), estamos de acordo com a condução do projeto de pesquisa “A relação de cuidado e seus significados para pacientes com transtornos alimentares e seus pais: um estudo psicanalítico” sob a responsabilidade de Heloisa Aguetoni Cambuí, nas nossas dependências, tão logo o projeto seja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro Universitário Filadélfia até o seu final em 01/03/2020.

Estamos cientes que as unidades de análise da pesquisa serão adolescentes do sexo feminino e seus pais que buscarem por atendimento psicológico em transtornos alimentares na Clínica de Psicologia da UniFill, bem como de que o presente trabalho deve seguir a Resolução 466/2012 do CNS e complementares.

Atenciosamente,



Giselli Renata Gonçalves
Psicóloga
CRP-08/14437

Psic. Ma. Giselli Renata Gonçalves
Coordenadora do CEPS – Clínica de Educação para a Saúde - UniFil
CRP 08/14437

ANEXO D – Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26)

O EAT (*Eating Attitudes Test*) foi desenvolvido por Garner e Garfinkel (1979), sendo o instrumento mais aplicado, no âmbito clínico e científico, para a investigação dos sintomas e comportamentos de risco para o desenvolvimento de TAs, especialmente de AN (TÜRY; GULEÇ; KOHLS, 2010; CÓRDAS; NEVES, 1999).

A versão reduzida denominada por EAT-26 foi traduzida para o português e validada por Nunes et al.(1994) e, por sua vez, a tradução e adaptação do EAT-26 para uso em adolescentes foi feita por Bighetti et al. (2004), cuja validação e confiabilidade da consistência interna foram consideradas estatisticamente satisfatórias. Neste estudo, optou-se pela versão do EAT-26 para uso em adolescentes de Bighetti et al. (2004).

Trata-se de um instrumento autoaplicável construído a partir da escala tipo *Likert* de seis pontos, que contém 26 itens divididos, em três escalas que incluem: padrões de comportamento restritivos (dieta e jejuns), comportamentos bulímicos, preocupação com os alimentos e autocontrole oral.

Considera-se que escores maiores que 21 são indicativos de comportamento alimentar de risco para TAs (BIGHETTI et al., 2004; GARNER et al., 1982).

O respondente leva em torno de 2 minutos para o preenchimento do questionário.

Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26)

Versão em português (BIGHETTI, 2004).

Por favor, responda as seguintes questões:	Sempre	Muitas vezes	Às vezes	Poucas vezes	Quase nunca	Nunca
1. Fico apavorada com a ideia de estar engordando.						
2. Evito comer quando estou com fome.						
3. Sinto-me preocupada com os alimentos.						
4. Continuar a comer em exagero faz com que eu sinta que não sou capaz de parar.						
5. Corto os meus alimentos em pequenos pedaços.						
6. Presto atenção à quantidade de calorias dos alimentos que eu como.						
7. Evito, particularmente, os alimentos ricos em carboidratos (Ex. pão, arroz, batatas, etc.).						
8. Sinto que outros gostariam que eu comesse mais.						
9. Vomito depois de comer.						
10. Sinto-me extremamente culpada depois de comer.						
11. Preocupo-me com o desejo de ser mais magra.						
12. Penso em queimar calorias a mais quando me exercito.						
13. As pessoas me acham muito magra.						
14. Preocupo-me com a ideia de haver gordura em meu corpo.						
15. Demoro mais tempo para fazer minhas refeições do que as outras pessoas.						
16. Evito comer alimentos que contenham açúcar.						
17. Costumo comer alimentos dietéticos.						
18. Sinto que os alimentos controlam minha vida.						
19. Demonstro autocontrole diante dos alimentos.						
20. Sinto que os outros me pressionam para comer.						
21. Passo muito tempo pensando em comer.						
22. Sinto desconforto após comer doces.						
23. Faço regimes para emagrecer.						
24. Gosto de sentir meu estômago vazio.						
25. Gosto de experimentar novos alimentos ricos em calorias.						
26. Sinto vontade de vomitar após as refeições.						

Muito obrigada pela sua contribuição!

ANEXO E – Teste de Investigação Bulímica de Edimburgo - (BITE)

O BITE (*Bulimic Inventory Test Edinburgh*) foi criado por Henderson e Freeman (1987) para fins de rastreamento e avaliação da gravidade da BN. A versão do BITE em português e sua validação para a população brasileira foi feita por Córdas e Hochgraf (1993) e a tradução, adaptação e validação para o uso em adolescentes por Ximenes et al. (2011).

Neste estudo fez-se uso do BITE para uso em adolescentes (XIMENES et al., 2011). Este instrumento é composto por 33 questões e foi complementado pela Parte I (12 questões) da versão do BITE para a população geral (CÓRDAS; HOCHGRAF, 1993),.

É recomendável que o participante responda o questionário considerando os últimos três meses e sua aplicação tem duração aproximada de 3 a 5 minutos.

A versão do BITE para adolescentes se constitui por uma escala de sintomas, composta por 30 itens, com opção de respostas sim (1 ponto) ou não (0 ponto), cuja pontuação varia de 0 a 30.

Nas questões 1, 13, 21, 23 e 31 pontua-se inversamente. A somatória final da pontuação das respostas quando apresenta escore elevado, isto é, acima de 20 pontos indica padrão alimentar muito perturbado e presença de compulsão alimentar. Já, quando a somatória total final apresenta escores médios entre 10 a 19 pontos, alerta para a presença de padrão alimentar não-usual que necessita de avaliação adicional por meio de entrevista clínica e, por fim, escores abaixo de 10, na somatória final da pontuação, são considerados como dentro do limite da normalidade.

O BITE também é composto por uma escala de gravidade dos sintomas, com três itens dimensionais (6, 7 e 27), cujo escore maior que 5 é considerado clinicamente significativo para BN e escores maior ou igual a 10 pontos, indicam grau de gravidade (XIMENES et al., 2011).

Teste de Investigação Bulímica de Edimburgo (BITE)

Versão brasileira para adolescentes do BITE (XIMENES et al., 2011)

Parte I

1. Qual é a sua altura? _____
2. Qual é o seu peso **atual**? _____
3. Qual é o peso **máximo** que você já apresentou? _____
4. Qual é o peso **mínimo** que você já apresentou? _____
5. Qual é, no seu entender, seu **peso ideal**? _____

6. Você se sente em relação ao seu peso:
 - () muito gorda
 - () gorda
 - () médio
 - () abaixo do peso
 - () muito abaixo do peso

7. Você tem períodos menstruais regulares?
 - () sim
 - () não

8. Com que frequência você, em média, faz as seguintes refeições? (*Circule ou marque um "x" a opção*)

	Todos os dias	5 dias/sem	3 dias/sem	1 dia/sem	Nunca
Café da manhã	1	2	3	4	5
Almoço	1	2	3	4	5
Jantar	1	2	3	4	5
Lanches entre refeições	1	2	3	4	5

9. Você alguma vez teve uma orientação profissional com a finalidade de fazer regime ou ser orientada quanto à sua alimentação?
 - () sim
 - () não

10. Alguma vez foi membro de alguma sociedade ou clube para emagrecimento?
 - () sim
 - () não

11. Você alguma vez teve algum tipo de problema alimentar?
 - () sim
 - () não

12. Caso sim descreva com detalhes: _____

Parte II

1. Você segue um padrão regular de alimentação?
 - () sim
 - () não

 2. Você costuma seguir dietas de forma rigorosa?
 - () sim
 - () não

 3. Você considera um fracasso quebrar a dieta uma vez?
 - () sim
 - () não

 4. Você conta as calorias de tudo o que come, inclusive quando não está de dieta?
 - () sim
 - () não

 5. Você, de vez em quando, fica sem se alimentar por um dia inteiro?
 - () sim
 - () não
- (Se a resposta for NÃO, vá para a QUESTÃO 7! Se a resposta for SIM, siga para a QUESTÃO 6).

6. Se a sua resposta foi SIM para a questão 5, com que frequência você fica sem se alimentar por um dia inteiro? Ponha o número corresponde a sua resposta aqui (____)

Dia sim, dia não - (5)
2-3 vezes na semana - (4)
Uma vez por semana - (3)
De vez em quando - (2)
Apenas uma vez - (1)

7. Utiliza algum dos seguintes métodos para perder peso? Com que frequência?

	Nunca	Raramente	1 vez/ sem.	2-3 vezes/ sem.	Diariamente	2-3 vezes/ dia	5 vezes/ dia
Comprimidos para emagrecer							
Diuréticos							
Laxantes							
Provoca vômitos							

8. Os seus hábitos alimentares atrapalham sua vida?

() sim () não

9. Você diria que a comida “domina” sua vida?

() sim () não

10. De vez em quando, você come até sentir-se mal fisicamente e ter que parar?

() sim () não

11. Há momentos em que você só consegue pensar em comida?

() sim () não

12. Você come moderadamente em frente aos outros e, em compensação, exagera quando está sozinho?

() sim () não

13. Você sempre consegue parar de comer quando quer?

() sim () não

14. Você, de vez em quando, sente um desejo incontrolável de comer sem parar?

() sim () não

15. Quando você está ansioso(a), tende a comer muito?

() sim () não

16. A ideia de ficar gordo(a) o(a) apavora?

() sim () não

17. Você, alguma vez, come rapidamente grandes quantidades de alimento (fora das refeições)?

() sim () não

18. Você, alguma vez, sentiu vergonha de seus hábitos alimentares?

() sim () não

19. O fato de você não conseguir se controlar para comer o(a) preocupa?

() sim () não

20. Você busca na comida um conforto emocional?

() sim () não

21. Você costuma deixar comida no prato ao final de uma refeição?
 sim não
22. Você engana os outros sobre quanto come?
 sim não
23. A quantidade que você come é proporcional à fome que sente?
 sim não
24. Você já se alimentou de grande quantidade de alimentos em pouco tempo?
 sim não
(Se a resposta for NÃO, vá para a QUESTÃO 28! Se a resposta for SIM, siga para a QUESTÃO 25).
25. Esse episódio o deixou deprimido?
 sim não
26. Esses episódios acontecem apenas quando você está sozinho(a)?
 sim não
27. Com que frequência esses episódios ocorrem? Ponha o número corresponde a sua resposta aqui (____)

Quase nunca - (1)
Uma vez por mês - (2)
Uma vez por semana - (3)
Duas ou três vezes por semana (4)
Diariamente - (5)
Duas ou três vezes por dia - (6)

28. Você faria grandes sacrifícios para satisfazer uma vontade incontrolável de comer?
 sim não
29. Se você comer demais, sente-se muito culpado(a) por isso?
 sim não
30. Você, de vez em quando, come escondido(a)?
 sim não
31. Você consideraria seus hábitos alimentares normais?
 sim não
32. Você se consideraria uma pessoa que come em exagero e não consegue parar?
 sim não
33. Seu peso aumenta ou diminui mais que 2Kg em uma semana?
 sim não

Por favor, verifique se respondeu a todos os questionamentos.

Muito obrigada pela sua contribuição!

ANEXO F - Questionário sobre a imagem corporal (BSQ-34)

O BSQ (*Body Shape Questionnaire*) foi desenvolvido por Cooper et al. (1987), sendo traduzido e validado para a população brasileira por Córdas e Castilho (1994).

Apresenta uma escala *likert* de seis pontos e tem por finalidade avaliar as distorções e o grau de satisfação em relação à imagem corporal.

As pontuações podem indicar diferentes níveis de distorção da imagem corporal (sem distorção, distorção leve, distorção moderada e distorção grave), vide tabela 3.

Tabela 3 . Critério para classificação da insatisfação com a imagem corporal a partir do somatório de pontos obtidos no Questionário de Imagem Corporal – BSQ

CLASSIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO
Ausência de insatisfação	Somatório menor ou igual (\leq) a 110
Insatisfação leve	Somatória entre 111 a 138
Insatisfação moderada	Somatória entre 139 a 167
Insatisfação grave	Somatória igual ou maior 168

Fonte: Adaptado de Córdas e Castilho (1994)

Questionário sobre a Imagem Corporal (BSQ-34)

Versão em português (CÓRDAS; CASTILHO, 1994).

Gostaríamos de saber como você vem se sentindo em relação à sua aparência nas últimas quatro semanas. Por favor, leia cada questão e faça um círculo apropriado na resposta que mais se adequar, utilizando a legenda abaixo:

1 - Nunca
2 - Raramente
3 - Às vezes
4. Frequentemente
5. Muito frequentemente
6. Sempre

Por favor, responda a todas as questões.

Nas últimas quatro semanas:

1. Sentir-se entediada faz você se preocupar com sua forma física?	1	2	3	4	5	6
2. Você tem estado tão preocupada com sua forma física a ponto de sentir que deveria fazer dieta?	1	2	3	4	5	6
3. Você acha que suas coxas, quadril ou nádegas são grande demais para o restante de seu corpo?	1	2	3	4	5	6
4. Você tem sentido medo de ficar gorda (ou mais gorda)?	1	2	3	4	5	6
5. Você se preocupa com o fato de seu corpo não ser suficientemente firme?	1	2	3	4	5	6
6. Sentir-se satisfeita (por exemplo: após ingerir uma grande refeição) faz você sentir-se gorda?	1	2	3	4	5	6
7. Você já se sentiu tão mal a respeito do seu corpo que chegou a chorar?	1	2	3	4	5	6
8. Você já evitou correr pelo fato de que seu corpo poderia balançar?	1	2	3	4	5	6
9. Estar com mulheres magras faz você se sentir preocupada em relação ao seu físico?	1	2	3	4	5	6
10. Você já se preocupou com o fato de suas coxas poderem espalhar-se quando se senta?	1	2	3	4	5	6
11. Você já se sentiu gorda, mesmo comendo uma quantidade menor de comida?	1	2	3	4	5	6
12. Você tem reparado no físico de outras mulheres e, ao se comparar, sente-se em desvantagem?	1	2	3	4	5	6
13. Pensar no seu físico interfere em sua capacidade de se concentrar em outras atividades (como por exemplo, enquanto assiste à televisão, lê ou participa de uma conversa)?	1	2	3	4	5	6
14. Estar nua, por exemplo, durante o banho, faz você se sentir gorda?	1	2	3	4	5	6
15. Você tem evitado usar roupas que a fazem notar as formas do seu corpo?	1	2	3	4	5	6
16. Você se imagina cortando fora porções de seu corpo?	1	2	3	4	5	6
17. Comer doce, bolos ou outros alimentos ricos em calorias faz você se sentir gorda?	1	2	3	4	5	6
18. Você deixou de participar de eventos sociais (como, por exemplo, festas) por sentir-se mal em relação ao seu físico?	1	2	3	4	5	6
19. Você se sente excessivamente grande e arredondada?	1	2	3	4	5	6

	1 - Nunca	2 - Raramente	3 - Às vezes	4. Frequentemente	5. Muito frequentemente	6. Sempre
20. Você já teve vergonha do seu corpo?	1	2	3	4	5	6
21. A preocupação diante do seu físico leva-lhe a fazer dieta?	1	2	3	4	5	6
22. Você se sente mais contente em relação ao seu físico quando de estômago vazio (por exemplo, pela manhã)?	1	2	3	4	5	6
23. Você acha que seu físico atual decorre de uma falta de autocontrole?	1	2	3	4	5	6
24. Você se preocupa que outras pessoas possam estar vendo dobras na sua cintura ou estômago?	1	2	3	4	5	6
25. Você acha injusto que as outras mulheres sejam mais magras que você?	1	2	3	4	5	6
26. Você já vomitou para se sentir mais magra?	1	2	3	4	5	6
27. Quando acompanhada, você fica preocupada em estar ocupando muito espaço (por exemplo, sentado num sofá ou no banco de um ônibus)?	1	2	3	4	5	6
28. Você se preocupa com o fato de estarem surgindo dobrinhas em seu corpo?	1	2	3	4	5	6
29. Ver seu reflexo (por exemplo, num espelho ou na vitrine de uma loja) faz você sentir-se mal em relação ao seu físico?	1	2	3	4	5	6
30. Você belisca áreas de seu corpo para ver o quanto há de gordura?	1	2	3	4	5	6
31. Você evita situações nas quais as pessoas possam ver seu corpo (por exemplo, vestiários ou banhos de piscina)?	1	2	3	4	5	6
32. Você toma laxantes para se sentir magra?	1	2	3	4	5	6
33. Você fica particularmente consciente do seu físico quando em companhia de outras pessoas?	1	2	3	4	5	6
34. A preocupação com seu físico faz-lhe sentir que deveria fazer exercícios?	1	2	3	4	5	6

Por favor, verifique se respondeu a todos os questionamentos.

Muito obrigada pela sua contribuição!

ANEXO G – Parecer consubstanciado CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A relação de cuidado e seus significados para pacientes com transtornos alimentares e seus pais: um estudo psicanalítico.

Pesquisador: HELOISA AGUETONI CAMBUI

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 87605118.7.0000.5217

Instituição Proponente: Centro Universitário Filadélfia - UniFil

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.613.483

Apresentação do Projeto:

Os transtornos alimentares em adolescentes constituem parcela significativa da demanda clínica da atualidade. Buscar-se-á, neste estudo, compreender as experiências e os significados afetivo-emocionais relacionados aos cuidados na perspectiva de adolescentes com diagnóstico de transtorno alimentar e seus pais. Trata-se de um estudo qualitativo, de caráter empírico, delineado a partir do estudo de casos múltiplos. Participarão, deste estudo, 10 triades mães-pais-filhas. Os instrumentos utilizados para a coleta de dados serão a entrevista clínica semiestruturada e o Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema, tendo como foco as experiências situacionais em profundidade associadas às relações de cuidado. Os dados serão qualitativamente analisados de acordo com a Teoria dos Campos de Herrmann, que servirá como suporte metodológico do estudo, tendo como referencial teórico a psicanálise. Espera-se que este estudo possa proporcionar conhecimento para a prática clínica, buscando por uma compreensão mais aprofundada, que poderá subsidiar elaborações teórico-práticas no âmbito interventivo e preventivo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

O objetivo deste estudo é compreender os significados afetivo-emocionais associados às relações

Endereço: Rua Alagoas, 2050 - CxP. 196
Bairro: Centro **CEP:** 86.020-300
UF: PR **Município:** LONDRINA
Telefone: (43)3375-7439 **Fax:** (43)3375-7439 **E-mail:** comite.etica@unifil.br



Continuação do Parecer: 2.613.483

de cuidado na perspectiva de adolescentes diagnosticadas com TAs e seus pais.

Objetivo Secundário:

Investigar as vivências e os significados emocionais relacionados aos cuidados parentais recebidos, desde a infância até a adolescência, por pacientes diagnosticadas com TA;

Conhecer como as mães e os pais de adolescentes com TA vivenciaram o processo de cuidados e os significados emocionais dessa experiência, desde a gestação até o momento da adolescência dessas filhas; Descrever as características, a configuração e o funcionamento dinâmico parental no exercício dos cuidados essenciais à pacientes diagnosticadas com AN e BN;

Identificar possíveis formas de articulação entre o desenvolvimento do processo de constituição subjetiva, que é facilitado pela relação de cuidados, e os sintomas de TA.

Caracterizar, em adolescentes com TA, padrões de comportamento alimentar, comportamentos bulímicos, preocupação com os alimentos, autocontrole oral, distorções e o grau de satisfação em relação à imagem corporal.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa não incorre riscos aos participantes, pois os instrumentos aplicados se constituem por entrevista, desenho e contação de história, que fazem parte de atividades cotidianas, que não geram desconforto físico, moral ou emocional. Entretanto, caso os participantes se sintam perturbados, será oferecido atendimento psicológico na Clínica de Psicologia da UniFil, Rua Alagoas, 2050, Londrina-PR, (43) 3375-7551.

Benefícios:

Em termos dos benefícios potenciais espera-se que a pesquisa possa contribuir para a produção de conhecimento, buscando uma compreensão mais aprofundada que poderá subsidiar elaborações teórico-práticas no âmbito interventivo e preventivo dos TAs.

Espera-se que este estudo possa proporcionar conhecimento para a prática clínica no que se refere a articulação entre as vivências e os sentidos relacionados aos cuidados e os vínculos primários entre os pais e a paciente com TA, bem como, sobre o desenvolvimento do processo de constituição subjetiva dessas pacientes e o aparecimento da sintomatologia, buscando maior compreensão e aprofundamento, além da elaboração de manejos interventivos e preventivos visando a promoção de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa investigativa sobre transtornos alimentares em adolescentes, visando contribuir para o

Endereço: Rua Alagoas, 2050 - CxP. 196	CEP: 86.020-300
Bairro: Centro	
UF: PR	Município: LONDRINA
Telefone: (43)3375-7439	Fax: (43)3375-7439
	E-mail: comite.etica@unifil.br



Continuação do Parecer: 2.613.483

estudo de acompanhamento psicológico e tratamento clínico.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- TCLE: A linguagem está clara e adequada ao participante da pesquisa. Justificativa e procedimento foram detalhados com clareza. Os objetivos propostos foram claramente apresentados. Os prováveis riscos e benefícios foram claramente descritos. A assistência para evitar ou minimizar os prováveis riscos foram devidamente elucidados. Ficou explícito que o participante da pesquisa tem liberdade em participar, recusar ou retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização. O pesquisador deixou explícito que não haverá gratificação para participar da pesquisa. Os endereços ou fones do pesquisador ou do CEP foram citados, caso o participante de pesquisa necessite contatá-los

- Cronograma: O cronograma apresentado está detalhado e com as datas inseridas de forma coerente com as etapas.

- Folha de Rosto: O documento apresentado está devidamente datado e assinado

Carta de Autorização: O documento foi apresentado em papel timbrado. A identificação, a assinatura e o carimbo do responsável pelo local onde realizará a pesquisa foram apresentados.

- Termo de Sigilo ou Confidencialidade: O pesquisador se identificou e título e objetivos foram claramente descritos. O pesquisador explicita o compromisso de sigilo e confidencialidade. Documento devidamente datado e assinado.

- Projeto Detalhado: preenchimento do formulário adequadamente

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O CEP-UniFil concede parecer favorável a realização da pesquisa, pois atende a Resolução CNS 466/2012

Considerações Finais a critério do CEP:

O pesquisador responsável deverá apresentar um relatório parcial após 6 meses da aprovação da pesquisa por esse CEP e ao término, deverá apresentar o relatório final. O modelo para esses relatórios encontram-se disponíveis no site da UniFil link <http://www.unifil>.

Endereço: Rua Alagoas, 2050 - CxP. 196	CEP: 86.020-300
Bairro: Centro	
UF: PR	Município: LONDRINA
Telefone: (43)3375-7439	Fax: (43)3375-7439
	E-mail: comite.etica@unifil.br



Continuação do Parecer: 2.613.483

br/portal/pesquisa/cep-comite-de-etica-em-pesquisa-com-seres-humanos

Lembrando que algumas pesquisas encerram em menos de 6 meses, portanto, apresentar apenas o relatório final.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	testedeinvestigacao.pdf	16/04/2018 17:03:21	Solange Aparecida de Oliveira Neves	Aceito
Outros	testedeatitude.pdf	16/04/2018 17:03:03	Solange Aparecida de Oliveira Neves	Aceito
Outros	roteirodeentrevista.pdf	16/04/2018 17:02:26	Solange Aparecida de Oliveira Neves	Aceito
Outros	questionarioimagemcorporal.pdf	16/04/2018 17:02:02	Solange Aparecida de Oliveira Neves	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLErelacaodecuidado.pdf	16/04/2018 17:01:14	Solange Aparecida de Oliveira Neves	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE.pdf	16/04/2018 17:00:53	Solange Aparecida de Oliveira Neves	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodetalhadorelacaodecuidado.pdf	16/04/2018 17:00:31	Solange Aparecida de Oliveira Neves	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1091668.pdf	19/03/2018 11:12:44		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Doutorado_UNESP_2018.pdf	19/03/2018 11:11:47	HELOISA AGUETONI CAMBUI	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AUTORIZACAO_COPARTICIPANTE_CEPS.pdf	19/03/2018 11:09:43	HELOISA AGUETONI CAMBUI	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AUTORIZACAO_COPARTICIPANTE_UNIFIL.pdf	17/03/2018 14:26:39	HELOISA AGUETONI CAMBUI	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO_COMITE_PLATAFORMA_BRASIL.pdf	13/03/2018 14:41:58	HELOISA AGUETONI CAMBUI	Aceito
Outros	TERMO_RESPONSABILIDADE_E_GUARDA.pdf	13/03/2018 04:06:50	HELOISA AGUETONI CAMBUI	Aceito
Outros	TERMO_CONFIABILIDADE_E_SIGILO.pdf	13/03/2018 04:06:23	HELOISA AGUETONI CAMBUI	Aceito

Endereço: Rua Alagoas, 2050 - CxP. 196
Bairro: Centro **CEP:** 86.020-300
UF: PR **Município:** LONDRINA
Telefone: (43)3375-7439 **Fax:** (43)3375-7439 **E-mail:** comite.etica@unifil.br



Continuação do Parecer: 2.613.483

Orçamento	ORCAMENTO.pdf	13/03/2018 04:05:47	HELOISA AGUETONI CAMBUI	Aceito
Outros	Cartaz_convite_informativo_VERSAO_FINAL.jpg	11/03/2018 16:33:39	HELOISA AGUETONI CAMBUI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_RESPONSAVEL_LEGAL_PAIS.pdf	11/03/2018 16:27:22	HELOISA AGUETONI CAMBUI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PARTICIPANTE_MENOR_DE_IDADE_ADOLESCENTE.pdf	11/03/2018 16:27:07	HELOISA AGUETONI CAMBUI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PARTICIPANTE_MAIOR_DE_IDADE.pdf	11/03/2018 16:26:54	HELOISA AGUETONI CAMBUI	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	11/03/2018 16:26:05	HELOISA AGUETONI CAMBUI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

LONDRINA, 23 de Abril de 2018

Assinado por:
Solange Aparecida de Oliveira Neves
(Coordenador)

Endereço: Rua Alagoas, 2050 - CxP. 196
Bairro: Centro **CEP:** 86.020-300
UF: PR **Município:** LONDRINA
Telefone: (43)3375-7439 **Fax:** (43)3375-7439 **E-mail:** comite.etica@unifil.br

APÊNDICES

APÊNDICE A – Cartaz convite para tratamento psicológico aos TAs
(Informação voltada aos pais das adolescentes)

Tratamento psicológico para TRANSTORNOS ALIMENTARES

Você é MÃE ou PAI de uma
ADOLESCENTE (10 a 20 anos) que
apresenta os seguintes comportamentos?



- Medo intenso em ganhar peso;
- Medo de comer alimentos considerados calóricos;
- Preocupa-se intensamente com o corpo e com a alimentação;
- Considera-se acima do peso, mesmo estando magro ou muito magro;
- Come cada vez menos e/ou em alguns momentos, come grande quantidade de comida;
- Tenta prevenir o ganho de peso quando considera que comeu demais, por meio de provocar o vômito, fazer atividade física ou jejum/dietas.

Se você respondeu **SIM**, para algumas dessas questões, entre em contato. Sua filha pode estar precisando de ajuda.

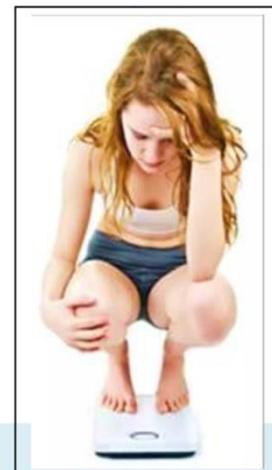
SAIBA COMO VOCÊ PODE AJUDA-LA!

LOCAL 	ENDEREÇO 	CONTATO 
Clínica de Psicologia da UniFil	Rua Alagoas, n° 2050, Centro, Londrina.	(43) 3375-7551
CEPS UniFil (Clínica de Educação para a Saúde)	Rua Prefeito Faria Lima, n° 1313 – Bairro Maringá, Londrina.	(43) 3338-3488
<u>PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:</u> HELOISA AGUETONI CAMBUÍ	Psicóloga (CRP: 06/101051; 08/IS-438) Doutoranda em Psicologia do Desenvolvimento e da Aprendizagem (UNESP)  nucleoassistenciatas@gmail.com	(43) 99152-5397  

Cartaz convite para tratamento psicológico aos TAs
(Informação voltada às adolescentes)

Tratamento psicológico para TRANSTORNOS ALIMENTARES

VOCÊ possui entre 10 a 20 anos
e apresenta os seguintes
comportamentos?



- Medo intenso em ganhar peso;
- Medo de comer alimentos considerados calóricos;
- Preocupa-se intensamente com o corpo e com a alimentação;
- Considera-se acima do peso, mesmo estando magro ou muito magro;
- Come cada vez menos e/ou em alguns momentos, come grande quantidade de comida;
- Tenta prevenir o ganho de peso quando considera que comeu demais, por meio de provocar o vômito, fazer atividade física ou jejum/dietas.

Se você respondeu sim, para algumas dessas questões, entre em contato.

SAIBA COMO VOCÊ PODE SE AJUDAR!

LOCAL 	ENDEREÇO 	CONTATO 
Clínica de Psicologia da UniFil	Rua Alagoas, n° 2050, Centro, Londrina.	(43) 3375-7551
CEPS UniFil (Clínica de Educação para a Saúde)	Rua Prefeito Faria Lima, n° 1313 – Bairro Maringá, Londrina.	(43) 3338-3488
<u>PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:</u> HELOISA AGUETONI CAMBUÍ	Psicóloga (CRP: 06/101051; 08/IS-438) Doutoranda em Psicologia do Desenvolvimento e da Aprendizagem (UNESP)  nucleoassistenciatas@gmail.com	(43) 99152-5397  

**APÊNDICE B – Roteiro de entrevista semiestruturada
(Mães e pais da adolescente com TA)**

I. Formulário de dados sociodemográficos

Nome: _____
 Data de nascimento: ____/____/____
 Naturalidade: _____ Procedência (cidade onde reside): _____
 Nível de escolaridade (cursou até que série completa): _____
 Profissão/Ocupação: _____ Ativa () Afastada () Aposentada ()
 Situação conjugal: _____ Tempo de união estável: ____ anos
 Tipo de família: () nuclear () extensiva () extensiva recasada () recasada ()
 monoparental

II. Composição familiar

Nº de pessoas que moram na residência: _____ Quem mora na casa? (sexo, idade, profissão de cada membro familiar, grau de parentesco). Qual a ordem de nascimento dos filhos?

Entrevista clínica semiestruturada com tópicos guia

Eu vou fazer algumas perguntas para você, relacionadas à sua história de vida e aos cuidados realizados quando sua filha era bebê, criança e agora na adolescência.

III. Gestação e Parto

Relato das lembranças referentes a gestação e o parto, assim como das sensações vivenciadas. Caracterização das relações pessoais e familiares com o feto. Descrição das configurações familiares, estruturais e de assistência.

IV) Vivências relativas aos cuidados na primeira infância (0 a 3 anos de idade)

Relato das recordações associadas aos cuidados realizados à filha no período do nascimento até o terceiro ano de vida. Caracterização das relações pessoais e familiares, especialmente com a filha. Descrição dos cuidados essenciais, sensações despertadas ao realiza-lo, participação do(a) parceira(a) no cuidado. Avaliação dos cuidados oferecidos. Experiência de amamentação, de desmame e de alimentação nos três primeiros anos de vida.

V) Vivências relativas aos cuidados na segunda infância (3 aos 6 anos)

Partilha das lembranças referentes aos cuidados oferecidos à filha durante os 3 aos 6 anos de idade. Caracterização das relações pessoais e familiares com a criança. Descrição dos cuidados realizados, sensações despertadas, assistência e dinâmica familiar ao exercê-los. Qualificação do cuidado exercido e identificação da importância de alguns cuidados, bem como, de dificuldades e falhas que julga ter cometido. Informação se houve a manutenção de algum cuidado na infância, que realizava quando a filha era bebê.

Relato de como era a alimentação da sua filha dos três aos cinco anos de idade, assim como de lembranças do convívio familiar relacionada às refeições.

VI) Vivências relativas aos cuidados na terceira infância (6 aos 11 anos)

Relato das recordações associadas aos cuidados realizados à filha no período de 6 aos 11 anos de idade.

Caracterização das relações pessoais e familiares com a criança. Descrição dos cuidados realizados, sensações despertadas, assistência e dinâmica familiar ao exercê-los. Percepção da trajetória e da evolução dos cuidados oferecidos à criança. Descrição do momento de alimentação da filha nesta idade.

VII) Vivências relativas aos cuidados na adolescência

Relato da recordação mais marcante em relação aos cuidados à filha na fase da adolescência. Caracterização da relação com a filha e de como a percebe. Descrição dos cuidados oferecidos, da assistência, da dinâmica e da função dos membros da família no exercício do cuidado. Qualificação do cuidado realizado e identificação de cuidados que eram realizados na infância e que se mantiveram na adolescência.

VIII) Vivências relacionadas à própria maternagem

Relato de lembranças marcantes dos cuidados recebidos das figuras parentais na própria infância.

IX) Vivências relativas aos TAs

Informação se houve alteração na realização dos cuidados após a manifestação do TA. Caso tenha ocorrido, identificação dessas mudanças e pessoas envolvidas. Relato dos cuidados voltados ao tratamento de TA. Informar de quem partiu a iniciativa em buscar ajuda para a filha e como os membros da família têm lidado com a situação. Caracterização do papel de ser mãe/pai de uma filha com TA e da função de cuidar.

VII) Desfecho da entrevista

Informação de como foi participar da pesquisa, das sensações despertadas ao longo desta e de momentos que possam ter sido marcantes. Sugestões para melhorá-la, assim como, questões ou tópicos que não foram contemplados e que seriam importantes incluir.

**APÊNDICE C –Roteiro de entrevista semiestruturada
(Adolescente com TA)**

I. Formulário de dados sociodemográficos

Nome: _____ Idade: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Naturalidade: _____ Procedência (cidade onde reside): _____

Nível de escolaridade (cursou até que série completa): _____

Profissão/Ocupação: _____ Ativa () Afastada ()

Situação conjugal: _____ Tempo de união estável: ____ anos

Filhos: () sim () não Quantos: _____

II. Composição familiar

Nº de pessoas que moram na residência: _____

Quem mora na casa? (sexo, idade, profissão de cada membro familiar, grau de parentesco)

Qual a situação na constelação familiar?

Entrevista semiestruturada com tópicos guia

Eu vou fazer algumas perguntas para você, relacionadas à sua história de vida e aos cuidados recebidos quando você era bebê, criança e agora na adolescência.

III) Vivências relativas aos cuidados na primeira infância (0 a 3 anos de idade)

Relato da recordação mais antiga que tem até três anos de idade. Recordação de cuidados oferecidos até os 3 anos de idade, assim como sensações despertadas.

IV) Vivências relativas aos cuidados na segunda infância (3 a 6 anos de idade)

Partilha de recordações remotas associadas aos cuidados recebidos dos 3 aos 6 anos de idade. Descrição de vivências da infância, das relações com as figuras parentais e da alimentação dos 3 aos 6 anos de idade.

V) Vivências relativas aos cuidados na terceira infância (6 aos 11 anos de idade)

Relato de lembranças dos cuidados recebidos dos 6 aos 11 anos de idade. Descrição dos mesmos, assim como sentimentos despertados. Configuração da dinâmica e das funções de cada membro da família ao cuidar. Qualificação dos cuidados recebidos e das relações familiares. Identificação de cuidados que não foram realizados ou feitos de outra forma. Recordações de como eram os hábitos alimentares neste intervalo de idade e de momentos marcantes que estão relacionados ao alimento ou à alimentação.

VI) Vivências relativas aos cuidados na adolescência

Relato de como vivencia a adolescência. Descrição de como se percebe enquanto filha, como percebe os pais e as relações que estabelece com eles. Caracterização da relação com os membros da família e das sensações e sentimentos que estas relações despertam.

Partilha de recordações dos cuidados recebidos agora na adolescência. Qualificação dos cuidados recebidos neste momento. Identificação de demandas de cuidado que não foram contempladas ou que foram oferecidas de outras formas. Informação da manutenção na adolescência de cuidados que eram oferecidos na infância. Descrição dos hábitos alimentares na adolescência.

VII) Vivências relativas aos TAs

Relato da descoberta de TA para ela e a família. Informação de como se deu a busca por tratamento, a participação dos pais neste e se ocorreram mudanças na rotina familiar e nos cuidados realizados pelos pais após apresentar TA. Partilha das sensações, sentimentos e emoções relacionados aos cuidados ofertados no cuidado atual.

VIII) Desfecho da entrevista

Informação de como foi participar da pesquisa, das sensações despertadas ao longo desta e de momentos que possam ter sido marcantes. Sugestões para melhorá-la, assim como, questões ou tópicos que não foram contemplados e que seriam importantes incluir.

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
(Participante acima de 18 anos de idade – mãe, pai e paciente com TA)

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa intitulada: “*A relação de cuidado e seus significados para adolescentes com transtornos alimentares e seus pais: um estudo psicanalítico*”. Estou desenvolvendo um estudo que tem por objetivo compreender os significados atribuídos aos cuidados na perspectiva de adolescentes diagnosticadas com TAs e seus pais. Para tanto, será realizada uma entrevista individual e a aplicação do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema, em que o(a) senhor(a) irá responder questões da entrevista e produzir dois desenhos-estórias. Esse encontro será realizado na Clínica de Psicologia da UniFil e terá duração de uma hora.

Preciso de sua colaboração, mas o(a) senhor(a) precisa estar ciente de que sua participação é inteiramente voluntária e não lhe trará nenhum tipo de benefício direto, como remuneração ou outra vantagem especial. Não haverá nenhuma forma de reembolso ou ressarcimento, já que o(a) senhor(a) não terá nenhum gasto com a participação na pesquisa. Além disso, fica-lhe assegurada total liberdade de desistir de participar do estudo e se retirar da pesquisa a qualquer momento em que desejar fazê-lo, caso não mais esteja interessado(a) em prosseguir colaborando, sem que isso implique qualquer prejuízo ou constrangimento à sua pessoa. Também fica garantido seu direito de não realizar os desenhos-estórias.

O fato de participar deste estudo não envolve riscos previsíveis, pois os instrumentos utilizados fazem parte de atividades cotidianas, que não geram desconforto físico, moral ou emocional. Mas, caso se sinta emocionalmente desconfortável ou abalado(a) mediante a participação na pesquisa será oferecido atendimento psicológico na Clínica de Psicologia da UniFil, cuja assistência será realizada pela própria pesquisadora do estudo. Em termos dos benefícios potenciais, após a conclusão deste estudo será realizado novo encontro individual para a divulgação dos resultados alcançados e espera-se que a pesquisa possa contribuir para a produção de conhecimento, buscando uma compreensão mais aprofundada que poderá subsidiar elaborações teórico-práticas no âmbito interventivo e preventivo dos TAs.

Ao aceitar participar deste estudo, sua identidade será resguardada e lhe será assegurado(a) a confidencialidade das informações que me proporcionar durante o encontro. Ao dar seu consentimento e autorização, o(a) senhor(a) também estará concordando com o fato de que tanto trechos da entrevista quanto os desenhos-estórias possam ser incluídos no *corpus* do trabalho, e que o material produzido possa ser utilizado por mim, sempre para fins de pesquisa, preservando os valores éticos quanto aos dados fornecidos, de acordo com as diretrizes que regem a pesquisa com seres humanos.

É importante que o(a) senhor(a) saiba que tem o direito de receber esclarecimentos antes, durante e após a realização da pesquisa. Essas dúvidas poderão ser esclarecidas a qualquer momento, basta entrar em contato comigo, pelo e-mail heloisacambui@unifil.br ou pelos telefones (43) 3304 6654 ou (18) 99734 1593, que terei integral disponibilidade para atendê-la. Caso tenha necessidade de obter algum esclarecimento adicional sobre os aspectos éticos desse estudo, pode entrar em contato com esse Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – UniFil Londrina, situado junto ao Campus Sede UniFil – Avenida Juscelino Kubitschek, 1626 , telefone 3375-7439, e-mail: comite.etica@unifil.br.

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue ao(à) senhor(a).

Londrina, ____ de _____ de 2018.

Assinatura da pesquisadora-responsável:

Heloisa Aguetoni Cambuí

Eu, _____, R.G _____, endereço _____, telefone (____) _____ acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim sobre a pesquisa **A relação de cuidado e seus significados para adolescentes com transtornos alimentares e seus pais: um estudo psicanalítico** descrita acima. Eu discuti com a pesquisadora sobre a minha decisão em participar neste estudo. Ficando claro para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo.

Londrina, ____ de _____ de 2018.

Assinatura do(a) participante da pesquisa.

**APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
(Responsável legal da paciente com TA menor de idade)**

Sua filha está sendo convidada a participar de uma pesquisa intitulada: “*A relação de cuidado e seus significados para adolescentes com transtornos alimentares e seus pais: um estudo psicanalítico*”. Estou desenvolvendo um estudo que tem por objetivo compreender os significados atribuídos aos cuidados na perspectiva de adolescentes diagnosticadas com TAs e seus pais. Para tanto, será realizada uma entrevista individual e a aplicação do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema, em que sua filha irá responder questões da entrevista e produzir dois desenhos-estórias. Esse encontro será realizado na Clínica de Psicologia da UniFil e terá duração de uma hora.

Preciso de sua colaboração, mas o(a) senhor(a) precisa estar ciente que a participação da sua filha é inteiramente voluntária e não lhe trará nenhum tipo de benefício direto, como remuneração ou outra vantagem especial. Não haverá nenhuma forma de reembolso ou ressarcimento, já que o(a) senhor(a) não terá nenhum gasto com a participação na pesquisa. Além disso, fica-lhe assegurada total liberdade de desistir de participar do estudo e se retirar da pesquisa a qualquer momento em que sua filha desejar fazê-lo, caso não mais esteja interessada em prosseguir colaborando, sem que isso implique qualquer prejuízo ou constrangimento à ela. Também fica garantido o direito de não realizar os desenhos-estórias.

O fato de participar deste estudo não envolve riscos previsíveis à sua filha, pois os instrumentos utilizados fazem parte de atividades cotidianas, que não geram desconforto físico, moral ou emocional. Mas, caso ela se sinta emocionalmente desconfortável ou abalada mediante a participação na pesquisa será oferecido atendimento psicológico na Clínica de Psicologia da UniFil, cuja assistência será realizada pela própria pesquisadora do estudo. Em termos dos benefícios potenciais, após a conclusão deste estudo será realizado novo encontro individual para a divulgação dos resultados alcançados e espera-se que a pesquisa possa contribuir para a produção de conhecimento, buscando uma compreensão mais aprofundada que poderá subsidiar elaborações teórico-práticas no âmbito interventivo e preventivo dos TAs.

Ao aceitar participar deste estudo, a identidade da sua filha será resguardada e lhe será assegurada a confidencialidade das informações que me proporcionar durante o encontro. Ao dar seu consentimento e autorização, o(a) senhor(a) também estará concordando com o fato de que tanto trechos da entrevista quanto os desenhos-estórias da sua filha possam ser incluídos no *corpus* do trabalho e que o material produzido possa ser utilizado por mim, sempre para fins de pesquisa, preservando os valores éticos quanto aos dados fornecidos, de acordo com as diretrizes que regem a pesquisa com seres humanos.

É importante que o(a) senhor(a) saiba que você e sua filha têm o direito de receber esclarecimentos antes, durante e após a realização da pesquisa. Essas dúvidas poderão ser esclarecidas a qualquer momento, basta entrar em contato comigo, pelo e-mail heloisa.cambui@unifil.br ou pelos telefones (43) 3304 6654 ou (18) 99734 1593, que terei integral disponibilidade para atendê-la. Caso tenha necessidade de obter algum esclarecimento adicional sobre os aspectos éticos desse estudo, pode entrar em contato com esse Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – UniFil Londrina, situado junto ao Campus Sede UniFil – Avenida Juscelino Kubitschek, 1626, telefone 3375-7439, e-mail: comite.etica@unifil.br.

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue ao(à) senhor(a).

Londrina, ____ de _____ de 2018.

Assinatura da pesquisadora-responsável:

Heloisa Aguetoni Cambuí

Eu, _____, R.G. _____, endereço _____, telefone (____) _____, responsável legal pela adolescente _____, acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim sobre a pesquisa **A relação de cuidado e seus significados para adolescentes com transtornos alimentares e seus pais: um estudo psicanalítico** descrita acima. Eu discuti com a pesquisadora sobre a minha decisão em concordar que a adolescente participe neste estudo. Ficando claro para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que meu consentimento e participação da adolescente são isentos de despesas. Concordo com a participação voluntária da adolescente sob minha responsabilidade, podendo ela a qualquer momento retirar-se da pesquisa, sem penalidades ou prejuízo.

Londrina, ____ de _____ de 2018.

Assinatura do responsável legal pela adolescente.

**APÊNDICE F – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
(Paciente menor de 18 anos de idade)**

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa intitulada: “A relação de cuidado e seus significados para pacientes com transtornos alimentares e seus pais: um estudo psicanalítico”. Estou desenvolvendo um estudo que tem por objetivo compreender os significados atribuídos aos cuidados na perspectiva de adolescentes diagnosticadas com TAs e seus pais. Para tanto, será realizada uma entrevista individual e a aplicação do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema, em que você irá responder questões da entrevista e produzir dois desenhos-estórias. Esse encontro será realizado na Clínica de Psicologia da UniFil e terá duração de uma hora.

Preciso de sua colaboração, mas você precisa estar ciente de que sua participação é inteiramente voluntária e não lhe trará nenhum tipo de benefício direto, como remuneração ou outra vantagem especial. Não haverá nenhuma forma de reembolso ou ressarcimento, já que a senhora não terá nenhum gasto com a participação na pesquisa. Além disso, fica-lhe assegurada total liberdade de desistir de participar do estudo e se retirar da pesquisa a qualquer momento em que desejar fazê-lo, caso não mais esteja interessada em prosseguir colaborando, sem que isso implique qualquer prejuízo ou constrangimento à sua pessoa. Também fica garantido seu direito de não realizar os desenhos-estórias.

O fato de participar deste estudo não envolve riscos previsíveis, pois os instrumentos utilizados fazem parte de atividades cotidianas, que não geram desconforto físico, moral ou emocional. Mas, caso se sinta emocionalmente desconfortável ou abalada mediante a participação na pesquisa será oferecido atendimento psicológico na Clínica de Psicologia da UniFil, cuja assistência será realizada pela própria pesquisadora do estudo. Em termos dos benefícios potenciais, após a conclusão deste estudo será realizado novo encontro para a divulgação dos resultados alcançados e espera-se que a pesquisa possa contribuir para a produção de conhecimento, buscando uma compreensão mais aprofundada que poderá subsidiar elaborações teórico-práticas no âmbito interventivo e preventivo dos TAs.

Ao aceitar participar deste estudo, sua identidade será resguardada e lhe será garantida a confidencialidade das informações que me proporcionar durante o encontro. Ao dar seu consentimento e autorização, você também estará concordando com o fato de que tanto trechos da entrevista quanto os desenhos-estórias possam ser incluídos no *corpus* do trabalho, e que o material produzido possa ser utilizado por mim, sempre para fins de pesquisa, preservando os valores éticos quanto aos dados fornecidos, de acordo com as diretrizes que regem a pesquisa com seres humanos.

É importante que você saiba que tem o direito de receber esclarecimentos antes, durante e após a realização da pesquisa. Essas dúvidas poderão ser esclarecidas a qualquer momento, basta entrar em contato comigo, pelo e-mail heloisa.cambui@unifil.br ou pelos telefones (43) 3304 6654 ou (18) 99734 1593, que terei integral disponibilidade para atendê-la. Caso tenha necessidade de obter algum esclarecimento adicional sobre os aspectos éticos desse estudo, pode entrar em contato com esse Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – UniFil Londrina, situado junto ao Campus Sede UniFil – Avenida Juscelino Kubitschek, 1626 , telefone 3375-7439, e-mail: comite.etica@unifil.br.

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue à você.

Londrina, ____ de _____ de 2018.

Assinatura da pesquisadora-responsável:

Heloisa Aguetoni Cambuí

*Eu, _____, R.G _____, endereço _____ telefone (____) _____ acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim sobre a pesquisa **A relação de cuidado e seus significados para pacientes com transtornos alimentares e seus pais: um estudo psicanalítico** descrita acima. Eu discuti com a pesquisadora sobre a minha decisão em participar neste estudo. Ficando claro para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo.*

Londrina, ____ de _____ de 2018.

Assinatura da participante da pesquisa.

