

RELATO DE CASO

## **Avaliação inicial e funcional de um caso clínico de Transtorno Alimentar sob a perspectiva da Análise do Comportamento**

**Initial and functional evaluation of a clinical case of Eating Disorder from the perspective of Behavior Analysis**

*Deivid Regis dos Santos<sup>a</sup>*

*Maria Rita Zoéga Soares<sup>b</sup>*

<sup>a</sup> Mestrando em Análise do Comportamento pela Universidade Estadual de Londrina. – (Psicólogo) – Londrina, PR, Brasil.

<sup>b</sup> Psicóloga. Pós-doutora em Psicologia da Saúde. – (Professora do Departamento de Psicologia Geral e Análise do Comportamento da Universidade Estadual de Londrina. Londrina, PR, Brasil).

**Instituição:** Universidade Estadual de Londrina.

### **Resumo**

O presente artigo apresenta um modelo de análise funcional molar e molecular no atendimento de uma moça com 22 anos diagnosticada com Bulimia Nervosa e as estratégias utilizadas para se levantar informações relevantes. No início do atendimento, a cliente assinou um documento demonstrando estar ciente que os dados dos atendimentos poderiam ser utilizados para fins acadêmicos e didáticos. Alguns dados foram omitidos com intuito de preservar a identidade da mesma. O caso apresentado corresponde ao recorte das primeiras oito sessões de psicoterapia, cujo foco se direcionou na avaliação e levantamento de hipóteses funcionais. Foram elaborados diagramas ilustrativos das relações funcionais que pudessem contribuir para a compreensão e

condução do caso. Tal condição possibilitou a compreensão do padrão comportamental da cliente como um todo e não apenas ao quadro psiquiátrico específico. Espera-se que este artigo auxilie terapeutas iniciantes no processo de avaliação inicial e de análise funcional de casos relacionados aos Transtornos Alimentares.

**Palavras-chave:** Anorexia Nervosa; Bulimia Nervosa; Terapia Comportamental.

## **Abstract**

The present article describes a model of molar and molecular functional analysis without care of a 22-year-old girl diagnosed with Bulimia Nervosa and the strategies used to obtain relevant information. At the beginning of the service, the client signed a document demonstrating that she was aware that the data of the consultations could be used for academic and didactic purposes. Some data were omitted in order to preserve the identity of the same. The presented case corresponds to the cut of the first eight sessions of psychotherapy directed to the evaluation and survey of functional hypotheses. Illustrative diagrams of the functional relationships that could contribute to the understanding and conduct of the case were elaborated. Such a condition made it possible to understand the behavioral pattern of the client as a whole and not only to the specific psychiatric situation. It is hoped that this article will assist beginning therapists in the process of initial assessment and functional analysis of cases related to Eating Disorders.

**Keywords:** Anorexia Nervosa; Bulimia Nervosa; Behavior Therapy.

A Análise do Comportamento (AC) tem contribuído com diversas áreas por meio da aplicação de princípios teóricos, desenvolvimento de estratégias e modelos de atuação. Profissionais orientados(as) por tal teoria consideram que os comportamentos e sintomas apresentados pelo cliente são produtos de fatores ambientais e biológicos. Ademais, analisam as relações do indivíduo com o meio, identificando as condições que produziram tais sintomas (classes comportamentais) e aquelas que se mantêm presentes<sup>1</sup>. Neste sentido, têm a possibilidade de intervir nessas relações, auxiliando clientes no desenvolvimento de repertórios comportamentais que permitam agir de modo mais eficaz no ambiente.

Neste artigo será dada ênfase a análise funcional molar e molecular do caso de uma cliente com diagnóstico de Transtorno Alimentar (TA) e as estratégias utilizadas para se levantar informações relevantes. A análise molecular diz respeito às variáveis diretamente relacionadas à queixa. A análise molar permite a avaliação de eventos como história de vida e relações atuais de clientes, que não dizem respeito diretamente ao problema apresentado, mas que podem contribuir na condução do caso por fornecerem indícios de como a pessoa interage em diferentes contextos<sup>2,3</sup>. Espera-se que este artigo auxilie terapeutas iniciantes no processo de avaliação inicial e de análise funcional.

## Descrição do caso clínico

Trata-se do caso de uma jovem com queixa de Bulimia Nervosa (BN). Quando procurou atendimento tinha 22 anos, era aluna de curso universitário na área da saúde, residia com os pais e uma irmã. O caso foi atendido por um estagiário do último período do curso de Psicologia em uma instituição pública. No início do atendimento, a cliente assinou um documento demonstrando estar ciente que os dados dos atendimentos poderiam ser utilizados para fins acadêmicos e didáticos. Alguns dados foram omitidos com intuito de preservar a identidade da cliente.

A cliente buscou atendimento pelo fato de que há cinco anos sofria de BN e que, nos últimos meses, os sintomas haviam se acentuado. Vale ressaltar que no início da intervenção não havia clareza quanto ao diagnóstico. Por este motivo, foi necessário levantar informações sobre os Transtornos Alimentares, focando principalmente no conhecimento sobre a BN e a Anorexia Nervosa (AN).

Os TAs estão descritos no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5<sup>4</sup> e são definidos como persistentes perturbações relacionadas à alimentação que prejudicam a saúde do indivíduo, seus relacionamentos e dependendo da gravidade, podem resultar em risco para a vida de quem possui o diagnóstico.

Em função dos comportamentos descritos pela cliente, buscou-se informações sobre a BN. Condição que caracteriza-se pelo engajamento em compulsões periódicas (ingestão de grande quantidade de alimentos, em um período limitado de tempo de 2 horas, acompanhada por sensação de falta de controle sobre o comportamento alimentar durante o episódio) e métodos compensatórios para evitar ganho de peso (indução de vômito, uso de laxantes e práticas excessivas de exercícios). Para que seja considerado um quadro de BN, os comportamentos compensatórios devem ocorrer pelo menos uma vez por semana por três meses e não ocorrer durante episódios de AN. Algumas complicações da BN podem incluir desgaste do esmalte dentário, rupturas no estômago, complicações gástricas e calos na superfície da mão caso se utilize os dedos para induzir o vômito.

As informações decorrentes da literatura sobre os TAs levou à necessidade de se levantar informações com a cliente sobre seu quadro clínico, de modo a operacionalizar os comportamentos e verificar as variáveis relacionadas aos mesmos. Para tal, foi necessária a utilização de roteiro de entrevista inicial que auxiliou na identificação de que a cliente apresentava todas as características descritas no DSM-5 sobre o quadro de BN<sup>5</sup>. Este roteiro foi desenvolvido para atingir o público em geral. Optou-se por utilizá-lo porque permite levantar aspectos contextuais relevantes para a análise funcional. A cliente relatou que em determinados períodos chegou a induzir o vômito até quatro vezes ao dia. Quando procurou atendimento psicoterápico tal comportamento ocorria cerca de uma vez ao dia, todos os dias da semana.

De acordo com ela, tais comportamentos se iniciaram quando estava no último ano do ensino médio. Naquela ocasião, namorava um rapaz que costumava solicitar que o acompanhasse nas refeições e exigia que

consumisse uma determinada quantidade de alimentos. Neste período, ele apresentava comportamentos compulsivos e comia excessivamente. A cliente relatou que não conseguia comer muito nesta condição. Para não desapontá-lo e ingerir maior quantidade de comida, passou a induzir vômito com auxílio de objetos. Após o término deste relacionamento conheceu outro rapaz que namorou por seis meses. Ele falava que a namorada comia em excesso e se queixava constantemente. Verbalizava que se ela continuasse a se alimentar daquela forma acabaria ficando obesa. A cliente disse que nessas situações se sentia triste, magoada e provocava vômito com maior frequência. Durante o processo terapêutico, a cliente estava em um relacionamento com outro rapaz que não fazia exigências quanto ao modo dela se alimentar.

A cliente atribuía a piora do quadro clínico ao aumento das exigências acadêmicas, às suas próprias expectativas para manter as notas altas, à distância do namorado (ele estava residindo em outra cidade por motivos acadêmicos) e às constantes solicitações dos pais para que auxiliasse a irmã em estudos preparatórios ao vestibular. Na data em que iniciou a psicoterapia, apresentava sintomas como gastrite e refluxo, provavelmente devido ao excesso de episódios purgativos. Relatou ter feito reparação dentária em função da corrosão dos dentes causada por ácidos gastrointestinais.

No início da psicoterapia apresentou complicações clínicas devido à baixa imunidade e ao peso abaixo do recomendado (Índice de Massa Corpórea de 16,9 kg/m<sup>2</sup> – nível moderado de acordo com o DSM-5). Durante este período, tinha se engajado fortemente em atividades físicas, o que favoreceu a perda de peso. Nesse período foi hospitalizada para tratamento de pielonefrite, desnutrição e baixa imunidade. Tal fato levantou suspeita de um possível quadro de AN.

Uma das características da AN diz respeito ao peso corpóreo que se apresenta abaixo do mínimo esperado (Índice de Massa Corpórea de 17 kg/m<sup>2</sup>). Tal perda de peso pode ser decorrente da restrição alimentar que o indivíduo se submete; de atividades para redução do peso como o excesso de exercícios físicos; da autoindução de vômito e do uso de laxantes e/ou diuréticos. A AN pode ser do Tipo Restritivo ou do Tipo Compulsão Periódica/Purgativo. Na primeira condição, a perda de peso seria decorrente principalmente de restrição alimentar (dietas, jejuns e exercícios em excesso) sem episódios de compulsão alimentar e/ou purgação. Na outra condição, o indivíduo pode se envolver regularmente em episódios de compulsão alimentar com ou sem purgação ou apenas purgação, sem episódios de compulsão<sup>4</sup>.

Para diferenciar os subtipos é necessário verificar o tempo dos episódios de compulsão alimentar. Se a pessoa se engajar neste tipo de episódio durante um período de três meses, pode ser considerado o critério Tipo Compulsão Periódica/Purgativo. Ao contrário, se neste período não houver ocorrido o episódio de compulsão alimentar é mais provável que ocorra o critério Tipo Restritivo. O indivíduo com esse transtorno pode apresentar complicações devido aos danos causados pela indução de vômito e ao baixo peso como: inanição; anemia; lesões no sistema gástrico; desidratação; pielonefrite (decorrente da baixa imunidade); alterações hormonais; bradicardia; e erosão no esmalte dentário<sup>4</sup>. Destaca-se que a cliente apresentou em algum período as condições clínicas citadas, exceto inanição, alteração hormonal e bradicardia.

No início do atendimento, a cliente apresentava comportamentos que sustentavam tanto o diagnóstico de BN, como o de AN. Em alguns momentos, apresentava mais características da BN como compulsão alimentar seguida por purgação. Em outros momentos, apresentava mais os comportamentos relacionados ao quadro de AN como períodos de restrição alimentar, excesso de atividades físicas e perda de peso, tendo como consequência a hospitalização.

### **Avaliação e análise funcional**

O caso apresentado corresponde ao recorte das primeiras oito sessões de psicoterapia, cujo foco se direcionou na avaliação e levantamento de hipóteses funcionais. Considerou-se relevante o encaminhamento da cliente para avaliação de um psiquiatra e uma nutricionista. Tal contato se fez necessário para adequação de estratégias entre os profissionais, otimizar a condução do caso, favorecer a adesão ao tratamento e melhorar o prognóstico.

Também considerou-se relevante levantar informações sobre as atividades físicas desenvolvidas pela cliente. Foi necessário considerar a quantidade (frequência, duração e intensidade) e a qualidade (troca de atividades de lazer ou familiares por uma agenda rígida, em que o indivíduo não se permite ficar sem atividades físicas). Identificou-se que a cliente corria três vezes por semana e nos outros dias ia à academia. Demonstrava demasiada preocupação quando não conseguia realizar tais atividades.

Durante o período que esteve em atendimento psicoterápico, a cliente apresentou uma torção no pé e mesmo assim, insistiu em realizar as referidas atividades. Tal comportamento contribuiu para complicar o quadro e comprometer a recuperação. De acordo com Teixeira et al.<sup>6</sup>, deve-se levar em conta tanto à quantidade como a qualidade da realização de exercícios. Mesmo sentindo dor, muitos indivíduos podem se recusar a cessar tal atividade e sofrem prejuízos físicos importantes. Este tipo de atividade deve ser conduzida sob a supervisão de profissionais capacitados à orientar sobre a forma que os exercícios devem ser realizados e as consequências do excesso deste tipo de atividade. Tal orientação pode evitar prejuízos físicos como, por exemplo, a redução excessiva de massa corpórea, como ocorreu no presente caso.

De acordo com o relato da cliente, algumas condições favoreceram o surgimento dos sintomas. Uma delas estaria relacionada aos comportamentos dos pais, tais como a desaprovação para dormir na casa do namorado, a exigência de realização de estágio em áreas que não eram de seu interesse e a demonstração de pouco interesse com o seu bem estar. Outras condições que, segundo ela, poderiam acentuar a presença dos sintomas estariam relacionadas aos momentos mais ociosos em que ficava sem atividades acadêmicas e os dias que antecediam as provas da faculdade. A cliente identificou tais situações como produtoras de ansiedade e que causavam desconforto no seu dia a dia.

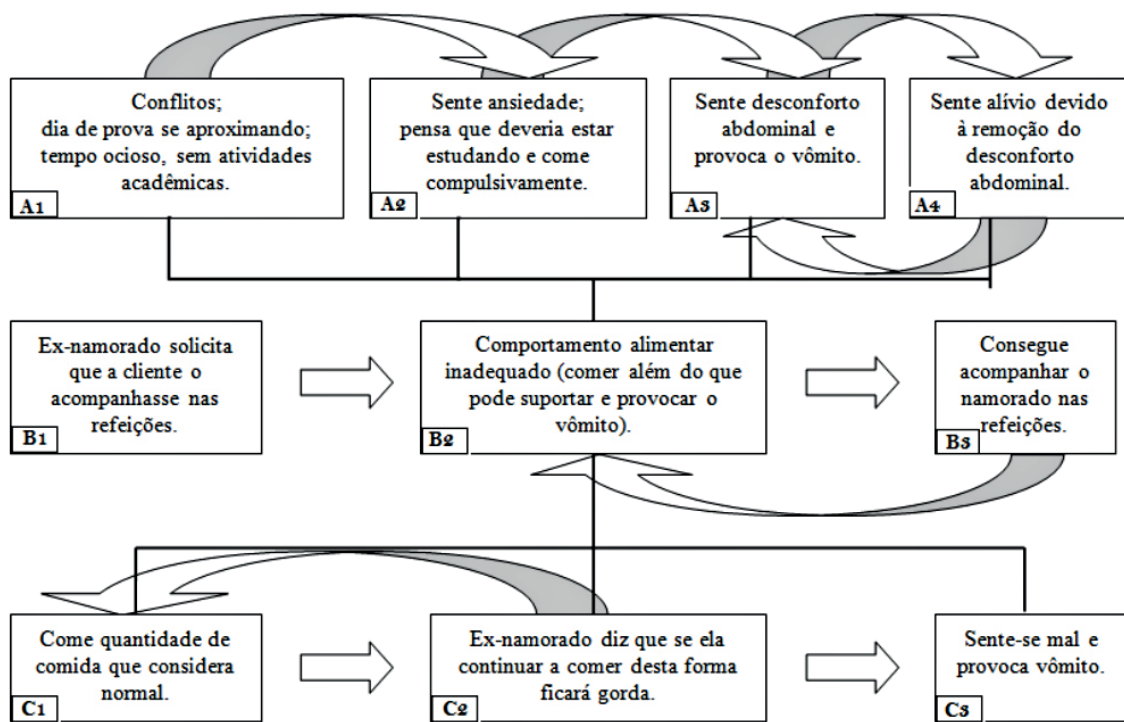
A literatura tem apresentado alguns fatores que contribuem para o surgimento do TA, como quadros de transtornos psiquiátricos na família, tendência à obesidade principalmente quando esta se inicia na infância,

alterações nas vias noradrenérgicas, padrão rígido de interação familiar com esquiva de conflitos, falta de cuidados e violência doméstica<sup>7</sup>. Pesquisadores avaliaram as consequências em longo prazo em pessoas que sofreram abuso físico, sexual e psicológico em comparação com um grupo controle que não sofreu este tipo de violência na infância<sup>8</sup>. Tal estudo obteve como resultado para o grupo experimental altos índices de complicações como transtornos alimentares, depressão, ideação ou tentativa de suicídio, consumo excessivo de álcool, problemas sexuais e internação em hospital psiquiátrico, quando comparado ao grupo controle. O presente processo psicoterápico identificou algumas dessas condições. A cliente relatou ter sofrido constantes agressões físicas e verbais por parte do pai e da mãe, além de pouca abertura da família para questionamento de regras e valores pré-estabelecidos. Ademais, na família havia outros casos com diagnóstico psiquiátrico e de dependência química.

Foi constatado que em relação a um grupo controle, pessoas com BN apresentavam uma história maior de sofrimento relacionada à punição do tipo físico durante a infância<sup>9</sup>. Algumas características relacionadas à presença de conflitos familiares, perfeccionismo e necessidade de manter completo controle sobre a própria vida também têm sido identificadas como parte do repertório destes indivíduos<sup>10</sup>. Estudos também apontaram acentuado déficit em habilidades sociais em indivíduos com TA<sup>11,12</sup>. Existe uma relação entre a presença de TA, baixa autoestima e baixa tolerância à avaliação negativa<sup>12</sup>. No presente caso, tais características puderam ser observadas na própria relação terapêutica ou foram relatadas pela cliente. Constatou-se que ela evitava qualquer avaliação negativa, demonstrava a busca pela perfeição e tentava corresponder às expectativas dos pais em relação aos valores morais e às atividades acadêmicas. Além disso, dificilmente recusava pedidos e apresentava relatos que indicavam baixa autoestima.

Com base nos comportamentos apresentados pela cliente, buscou-se compreender, a partir do referencial teórico da Análise do Comportamento e da literatura médica, as relações funcionais presentes no quadro clínico. Devido à complexidade do caso e os entrelaçamentos das variáveis externas (padrão comportamental de pessoas do convívio da cliente), variáveis internas (condições biológicas) e variáveis históricas, considerou-se necessário a elaboração de diagramas ilustrativos das relações funcionais que pudessem contribuir para a compreensão e condução do caso. Foram levantadas variáveis que poderiam estar influenciando na aquisição e manutenção do padrão comportamental relacionado ao quadro de TA. Tal condição possibilitou a compreensão do padrão comportamental da cliente como um todo e não apenas ao quadro psiquiátrico específico. A Figura 1 apresenta o diagrama elaborado a partir do modelo apresentado por Costa e Marinho<sup>13</sup>, com a inclusão de variáveis relacionadas ao comportamento alimentar:

**Figura 1.** Variáveis relacionadas ao comportamento alimentar inadequado. A Figura 1 apresenta uma análise molecular e auxilia no levantamento de hipóteses e na identificação de variáveis determinantes e mantenedoras de comportamentos.



É possível verificar a partir dos retângulos superiores (A1, A2, A3, A4) que na época em que a cliente procurou atendimento, o padrão comportamental inadequado era mantido principalmente por reforçamento negativo. O alívio provocado pelo vômito agia sobre tal comportamento, demonstrando ser a principal alternativa que a cliente encontrava para resolver um problema.

Em relação ao histórico de aquisição do padrão alimentar, seria importante destacar que quando cursava educação infantil a cliente se recusava comer o lanche da escola. Nesta situação, a diretora sempre entrava em contato com os pais, que se dirigiam ao local, conversavam com a cliente e explicavam a importância de se alimentar. Além disso, em algumas situações, era retirada da escola e levada para a casa da avó. Descreveu que tais momentos foram importantes porque era uma das raras oportunidades para ficar em companhia da família. Neste período, os pais trabalhavam o dia todo e quando chegavam em casa já era hora de dormir.

Nos retângulos B1, B2, B3, foi possível observar uma situação que provavelmente contribuiu para o desenvolvimento do atual padrão comportamental. Percebe-se que havia a presença tanto de reforçamento negativo (tais comportamentos pareciam ter a função de remoção de estimulação aversiva caracterizada pelo desconforto abdominal) como de reforçamento positivo (conseguia acompanhar o namorado nas refeições, mantinha interação com o mesmo e era valorizada por acompanhá-lo). O comportamento alimentar era seguido por consequências que provavelmente fortaleciam este modo de agir diante das situações. Todavia, a cliente não deixou claro os motivos de ter que acompanhar o parceiro e quais seriam as consequências se não o fizesse. Pode-se sugerir que por mais que existissem indicativos de uma relação de contingência, haveria a possibilidade de que na época, outras variáveis contribuíssem para o surgimento deste padrão comportamental, como por exemplo, a falta de repertório de enfrentamento, esquiva de situações de conflito e baixa tolerância



à avaliação negativa. Tais comportamentos foram observados durante o atendimento e a partir do relato da cliente sobre as suas interações sociais.

Nos retângulos inferiores (C1, C2 e C3), foi possível verificar que os comportamentos do segundo namorado podem ter gerado consequências desagradáveis. Tal condição funcionava como estímulo antecedente para que a cliente se engajasse no comportamento de provocar vômito. Além disso, os comentários dele podem ter criado um contexto para a restrição de alimentos em alguns momentos, pois segundo ela, foi um incentivo para ter se engajado em atividades como dieta. Além do que, comportamentos relacionados ao padrão alimentar adequado, considerando uma quantidade saudável e adequada (segundo avaliação da cliente) de alimento, geralmente foram punidos pelo próprio ex namorado, por meio do uso de palavras depreciativas. Durante o presente processo psicoterápico, a cliente havia rompido o relacionamento com esta pessoa, mas constatou-se que o seu círculo familiar e social (mãe e amigas) valorizava padrões estéticos relacionados a magreza e demonstrava constante preocupação com características físicas.

Em função da organização de informações contidas no diagrama (Figura 1) e o respaldo da literatura<sup>14</sup>, decidiu-se aplicar o “Questionário Multidimensional das relações entre corpo e si mesmo”<sup>15</sup> e o “Questionário de pensamentos automáticos sobre a imagem corporal”<sup>16</sup> para subsidiar a avaliação. Quanto a questão estética, deve-se esclarecer que a insatisfação com o próprio corpo é mais característica em pacientes com BN, mas também se observa em menor frequência em indivíduos com AN<sup>17</sup>. Neste grupo de pacientes, o mais comum seria a distorção da imagem corporal, ou seja, o paciente não se queixa por estar gordo ou magro, mas não consegue perceber que está abaixo do peso, por exemplo.

A aplicação destes questionários não evidenciou a insatisfação da cliente com o corpo (característica da BN). Porém, durante as sessões relatava que estava se sentindo acima do peso e que partes de seu corpo estavam flácidas. Lamentou não estar conseguindo manter uma dieta rigorosa e que procurou um cirurgião plástico para ver a possibilidade de aumentar os seios. Dizia que seus dentes estavam feios, os lábios sempre rachados e por isso conversava com outras pessoas, inclusive com o terapeuta, colocando a mão sobre a boca. Diante disso, hipotetiza-se que a cliente estaria sob controle de determinadas características físicas de seu corpo, dando demasiada importância às mesmas. Estas informações advertem para o fato de que instrumentos de avaliação podem ser utilizados como recursos clínicos para a obtenção de dados, mas terapeutas devem se atentar para outros elementos presentes no contexto clínico como os comportamentos verbais e não verbais.

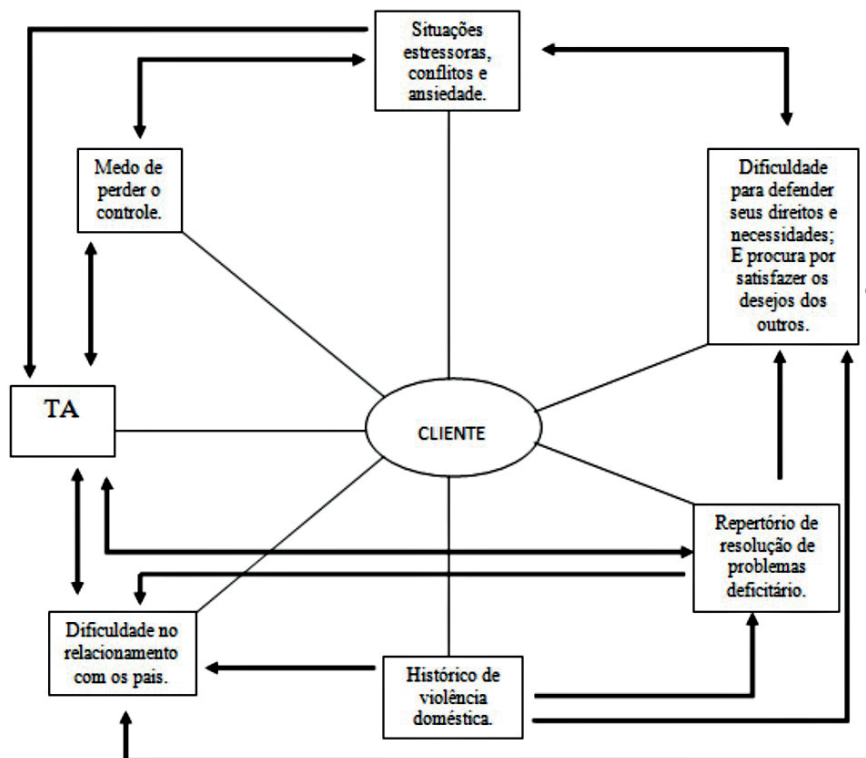
Almeida et al.<sup>18</sup> realizaram pesquisa de revisão bibliográfica de trabalhos publicados entre os anos de 1992 a 2012 no *International Journal of Eating Disorders*. Avaliaram estudos que possibilitavam traçar o panorama relacionado às características dos transtornos alimentares. Constatou-se que o medo de ganhar peso e a distorção da imagem corporal não estavam presentes em todos os casos e que a ausência de tais critérios não seria suficiente para descartar o diagnóstico de AN. Os autores chamaram a atenção para o modelo “biocomportamental de anorexia induzida por atividade física”, em que os pontos principais a serem considerados seriam a alta restrição alimentar combinada com altas taxas de atividades físicas.



Tal condição ilustra a necessidade de se realizar uma análise funcional ampla, com a consideração de aspectos que auxiliam na compreensão de variáveis específicas relacionadas ao transtorno. Esta análise auxiliou na obtenção de informações sobre dificuldades da cliente para a resolução de problemas. Geralmente, recorria a outras pessoas para auxiliá-la, como por exemplo, o pai e o namorado. A busca por manter o controle parecia não estar apenas relacionado à alimentação, mas também a outras áreas (rotina de exercícios físicos, atividades acadêmicas, sentimentos e emoções). Constatou-se que no histórico de interação com os pais houve situações relacionadas à presença de violência física e psicológica. A cliente expôs que em sua adolescência era comum o pai agredi-la fisicamente (com chutes e socos) principalmente quando se engajava em algum comportamento considerado inadequado pela família (ficar até tarde em festas, ingerir bebida alcoólica e apresentar baixo desempenho escolar).

A Figura 2 contribuiu para a realização da análise funcional e na tomada de decisão relacionada ao processo terapêutico. Além de demonstrar aspectos da história de vida, foi uma estratégia utilizada para fazer a análise funcional juntamente com a cliente, com intuito de favorecer a compreensão sobre o seu quadro clínico. Além disso, contribuiu para que ela relatasse eventos que não estavam diretamente relacionados aos comportamentos-problema, o que facilitou a realização de uma análise molar do caso. Este modo de condução de intervenção partiu de estudos e discussões com base nas práticas de avaliação comportamental apresentados por Haynes e O'Brien<sup>19</sup>.

**Figura 2.** Variáveis presentes no contexto de vida da cliente que merecem intervenção. As linhas – simbolizam uma relação, as setas → representam uma relação causal unidirecional e as setas ↔ representam uma relação causal bidirecional.



Por meio da Figura 2 foi possível verificar quais situações de conflitos podem ter contribuído para o estabelecimento de condições relacionadas ao engajamento da cliente em padrões comportamentais característicos do TA e o medo da perda de controle. Segundo seu relato, nesse tipo de situação, pensava que não deveria ficar ansiosa porque tal sentimento poderia levá-la a comer compulsivamente e conseqüentemente provocar o vômito. Quando não conseguia manter tal controle, acabava entrando em um ciclo de comer compulsivamente e vomitar. Acreditava que isto ocorria porque não havia se controlado o suficiente. A partir disto, pode-se supor que a cliente provavelmente pode ter formulado uma auto-regra de que perder o controle significaria comer compulsivamente e vomitar.

Ao investigar sobre a situação de controle, percebeu-se que ela evitava sair da rotina, pois entendia que se isso acontecesse poderia não conseguir manter a dieta, o que prejudicaria o controle sobre o transtorno. Todavia, no decorrer das sessões, foi possível perceber que o receio de sair da rotina também estaria relacionado ao fato de que, nestas situações, era exigido um repertório de resolução de problemas. Neste sentido, considerou-se que tal repertório foi pouco incentivado durante a história da cliente. Isto ficou evidente quando o namorado pediu para que o acompanhasse em algumas atividades. Tal condição acabou se prolongando além do esperado (período de três horas) e não foi possível atender as recomendações advindas da nutricionista para a realização de refeições. Nesta ocasião, a cliente preferiu aguardar o término da atividade com o namorado e não solicitou uma pausa para se alimentar. Em outra ocasião, a cliente precisou cobrir um horário de estágio de colegas e teve como consequência prejuízo na rotina recomendada pela nutricionista. Nestas ocasiões, mesmo tendo a oportunidade de solicitar ajuda de outras pessoas para poder manter as recomendações da profissional, não solicitou. Isso forneceu indícios de que a cliente apresentava um déficit em repertório de resolução de problemas e de habilidades sociais. Além disso, pode ter sido menos custoso ter uma rotina pré-estabelecida ou pedir ajuda, do que ter que apresentar comportamentos relacionados a autonomia e a busca por alternativas diante de situações inesperadas.

Ainda sobre as situações de conflito, foi possível verificar que tal variável apresentava uma relação bidirecional que incluía a necessidade de corresponder às expectativas das outras pessoas, em detrimento do seu bem estar. Foi frequente o relato de que tentava satisfazer as necessidades dos outros, tais como, ceder às exigências dos pais quanto a dar exemplo à sua irmã e auxiliá-la em atividades acadêmicas. Ademais, atendia as ligações telefônicas do namorado a qualquer momento por receio que brigasse com ela. Verbalizou que quando não atendia ele discutia, mesmo sabendo que ocorriam em momentos inadequados para ela (no horário da aula, por exemplo). Também era comum que aceitasse o convite para almoçar com a família do namorado, mesmo preferindo estar a sós com ele. Nestas situações, se esquivava de expor o que gostaria de fazer e não defendia seus próprios interesses. Tais padrões comportamentais evidenciam a hipótese levantada e descrita anteriormente sobre as dificuldades interpessoais da cliente.

Sobre a dificuldade em defender seus direitos, percebeu-se que algumas variáveis poderiam ter sido responsáveis por essa condição tais como: déficit no repertório de resolução de problemas; histórico de violência doméstica/negligência e; dificuldade de relacionamento com os pais. Percebe-se que uma das

alternativas para resolver problemas foi se engajar em comportamentos alimentares inadequados. Repertórios alternativos para resolução de problemas foram pouco incentivados ou até mesmo punidos na sua história de vida. Relatou que o pai tentava “*corrigi-la*” (sic) com violência física (murros, chutes na barriga, etc.) quando apresentava comportamentos que ele discordava. Além disso, ocorreram situações relacionadas à violência psicológica como dizer que ela não era a filha que gostaria de ter. A mãe, por outro lado, se mostrava ausente, não era afetuosa e quando se aproximava para dar conselhos ou oferecer ajuda, avaliava negativamente os comportamentos da filha. Em uma situação de hospitalização da cliente, por exemplo, criticou-a dizendo que se ela tivesse mais cuidado com a saúde não necessitaria recorrer a auxílio médico.

A mãe manifestava constantemente sua opinião sobre como a filha deveria se comportar diante de visitas dos familiares. Geralmente era criticada por não dar atenção a eles, fato que a cliente discordava, mas não expressava sua opinião. O histórico de violência/negligência provavelmente fazia com que a cliente evitasse contrariar os pais e emitir comportamentos que eles discordavam (chamar a irmã para sair em momentos que os pais entendiam que a adolescente deveria estar se preparando para o vestibular, ficar por muito tempo na casa do namorado, etc.). Tal condição provavelmente não ofereceu um contexto para o desenvolvimento de repertório mais adaptativo de enfrentamento, resolução de conflitos ou de defesa de seus próprios interesses.

Diante desta situação, a cliente se recusava a contar aos pais que estava sofrendo de TA, pois acreditava que não a compreenderiam. Por diversas vezes teria se engajado no comportamento de compulsão alimentar seguido de vômito praticamente na presença deles. Nessas ocasiões, os pais não tinham apresentado qualquer atenção ao ocorrido. Além disso, escondia o fato de que estava se submetendo ao processo psicoterapêutico. Relatou que os pais verbalizavam que pacientes psiquiátricos eram “*peçoas fracas e sem força de vontade*” (sic), comentários feitos sobre um familiar diagnosticado com transtorno psiquiátrico.

Como se pode verificar, por mais que o TA mereça atenção, ao se receber clientes diagnosticados com um transtorno psiquiátrico, o (a) profissional também deve estar atento (a) a outras variáveis que não dizem respeito diretamente à queixa, mas que podem auxiliar na compreensão deste padrão e na estruturação de uma intervenção efetiva. Faz-se necessário a realização de uma avaliação ampla (molar/sistêmica) e uma avaliação molecular (centrada nos antecedentes e consequentes referentes ao comportamento alimentar). A partir do momento que se questionou a história de vida da cliente e os reforçadores presentes, pode-se perceber que o TA é uma condição passível de realização de análise funcional e de intervenção comportamental. Esses dois tipos de análises (molecular e molar) se complementam e possibilitam a identificação das variáveis antecedentes e consequentes do comportamento<sup>3</sup>. Além disso, pode-se atribuir tais respostas específicas à classes mais abstratas, que apontam semelhanças funcionais que ocorrem em contextos diferentes. A ampliação deste tipo de análise permitiu avaliar inclusive, que a maioria dos episódios de compulsão alimentar ocorria na casa da cliente e em baixa frequência em outros ambientes. Isto evidenciou a relação funcional que este padrão comportamental teria com o contexto familiar especificamente, uma vez que a cliente se sentia mais ansiosa quando estava em casa. Além disso, ficou evidente a conduta dos pais em relação a determinados padrões comportamentais como a pouca valorização de comportamentos adequados, o abuso físico e psicológico.

Esta análise possibilitou o conhecimento sobre aspectos relevantes da vida da cliente, história de relacionamentos afetivos, a busca pelo controle, como se comportava diante de situações estressantes, a não valorização de suas próprias necessidades, a tentativa evidente de corresponder às expectativas de outras pessoas e o padrão de violência na família. De modo geral, a literatura tem apresentado que a violência contra crianças e adolescentes está relacionada a diversas sintomatologias psiquiátricas, favorecendo o surgimento de alguns transtornos, uma vez que este período de desenvolvimento necessita de um ambiente com interações positivas e poucos eventos estressores<sup>20</sup>. Por mais que este não seja o único fator, pode-se dizer que o ambiente punitivo em que a jovem se desenvolveu favoreceu o surgimento deste tipo de condição, assim como outros déficits comportamentais relacionados à resolução de problemas, defesa de interesses e de necessidades.

Em situações como esta, seria importante levantar as redes de apoio que o (a) cliente possa recorrer. É necessário o envolvimento de outras pessoas no tratamento, principalmente se houver risco de perda acentuada de peso e de morte. Ressalta-se que terapeutas podem ser parte desta rede, estabelecendo uma relação positivamente reforçadora, para que o (a) cliente se sinta à vontade para relatar situações em que pode ter perdido o controle, se engajar em comportamentos alimentares inadequados, apresentar padrão comportamental relacionado a baixa autoestima, etc. No presente caso, aos poucos a cliente conseguiu informar algumas pessoas próximas (mãe, namorado, irmã e amigas) sobre sua condição clínica e recebeu cuidado e apoio das mesmas após tal revelação. Também se deve discutir aspectos específicos do TA com profissionais de outras áreas que participam do atendimento. Tal condição pode elucidar variáveis causais e mantenedoras relevantes. Este transtorno, assim como outros, exige uma atuação multidisciplinar para realizar uma análise integral e uma intervenção efetiva.

Além disso, analisar comportamentos de maneira funcional permite a observação de padrões relacionados à queixa e comportamentos adaptativos durante o processo de tratamento. Na medida em que repertórios alternativos de resolução de problemas são desenvolvidos, há possibilidade de que a pessoa se engaje em comportamentos alternativos em detrimento dos que são considerados problema, pouco aceitos pela sociedade e que são acompanhados de muita estimulação aversiva.

## **Considerações finais**

Os critérios de diagnóstico de transtornos psiquiátricos facilitam o diálogo entre profissionais. Além disso, podem auxiliar na condução do caso na medida em que permite ao profissional identificar informações relevantes que podem sinalizar a gravidade do caso e identificar variáveis mais relevantes a serem investigadas. O trabalho multiprofissional poderia ter favorecido melhor condução do caso, principalmente nas intervenções iniciais. Todavia, o contato com outros profissionais foi deficitário. Outra dificuldade foi a ausência da família que além de não apoiar o tratamento da cliente, agia como fator estressor.

No presente artigo, pode-se perceber que não houve clareza imediata quanto ao diagnóstico. Em alguns momentos a cliente apresentava comportamentos característicos de Bulimia e em outros de Anorexia.

Ao investigar o contexto em que ela estava inserida, pode-se perceber que estes comportamentos ocorriam de acordo com as exigências de diferentes contextos. Contextos nos quais se exigia restrição alimentar, se valorizava a estética em alguns momentos e em outros proporcionava compulsão e purgação. Ao ter uma visão contextualista das dificuldades da cliente, pode-se avaliar distintas variáveis que mantinham cada padrão comportamental.

Espera-se que o presente artigo tenha demonstrado a necessidade do trabalho interdisciplinar e de se considerar as relações do indivíduo com o ambiente. Os Transtornos Alimentares podem trazer sofrimento e o processo de avaliação e intervenção pode ser difícil, inclusive com momentos de intensificação do quadro. Até o momento da produção deste artigo, a cliente apresentou avanços e recaídas e cada condição foi discutida com ela. Em casos deste tipo, deve-se avaliar as consequências de cada passo da avaliação e da intervenção. É necessário buscar manter-se informado sobre os avanços da ciência, o contexto de vida e aspectos clínicos específicos de cada indivíduo, tais como, características pessoais, nível de instrução, história de vida e possíveis comorbidades.

## Referências

1. Gongora MA. Noção de psicopatologia na análise do comportamento. In: Costa CE, Luzia JC, Sant'Anna HHN (Org.). Primeiros passos em análise do comportamento e cognição. Santo André: ESETec; 2003. p. 93-109.
2. Meyer SB, Bôas AAV, Franceschini ACT, Oshiro CKB, Kameyama M, Rossi PR, Mangabeira V Terapia analítico-comportamental: Relato de casos e de análises. 1. ed. São Paulo: Paradigma Núcleo de Análise do Comportamento, v. 1; 2015.
3. Silva JLN, De-Farias AKCR. Análises funcionais molares associadas à Terapia de Aceitação e Compromisso em um caso de transtorno obsessivo-compulsivo. Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva. 2014; 15(3):37-56.
4. American Psychiatry Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders -DSM-5. 5ed. Washington: American Psychiatric Association; 2013.
5. Silva EFM, Gongora MAN. Psicologia Clínica Comportamental: A Inserção da Entrevista com Adultos e Crianças. São Paulo, SP: Edicon; 2006.
6. Teixeira PC et al. A prática de exercícios físicos em pacientes com transtornos alimentares. Revista de Psiquiatria Clínica. 2009; 36(4): 145-152.
7. Morgan CM, Vecchiatti IR, Negrão AB. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. Rev. bras. Psiquiatr. 2002; 24(3): 18-23.
8. Mullen PE et al. The long-term impact of the physical, emotional, and sexual abuse of children: a community study. Child abuse & neglect. 1996; 20(1): 7-21.
9. Rorty M, Yager J, Rossotto E. Aspects of childhood physical punishment and family environment correlates in bulimia nervosa. Child abuse & neglect. 1995; 19(6): 659-667.

10. Cordás TA, Villanacci R, Lobo H. Transtornos alimentares. São Paulo: LIBBS, 2007.
11. Wonderlich SA et al. A randomized controlled comparison of integrative cognitive-affective therapy (ICAT) and enhanced cognitive-behavioral therapy (CBT-E) for bulimia nervosa. *Psychological medicine*. 2014; 44(3): 543-553.
12. Rieger E et al. An eating disorder-specific model of interpersonal psychotherapy (IPT-ED): Causal pathways and treatment implications. *Clinical Psychology Review*. 2010; 30(4): 400-410.
13. Costa SEGDC, Marinho ML. Um modelo de apresentação de análise funcionais do comportamento. *Estud. psicol.(Campinas)*. 2002; 19(3): 43-54.
14. Tordera CP, Arbona CB, Rivera RMB. A avaliação dos transtornos da alimentação. In: Caballo VE (Org). [tradução Sandra M. Dolinsky; revisão científica Maria Rita Zoéga Soares]. *Manual para a Avaliação Clínica dos Transtornos Psicológicos: transtorno de idade adulta e relatórios psicológicos*. São Paulo: Santos. 2012. p. 185-207.
15. Cash TF. *The Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire users' manual*. Available from the author. Norfolk, VA: Old Dominion University, 1994.
16. Brown TA, Johnson WG, Bergeron KC, Keeton WP, Cash TF. Assessment of body-related cognitions in bulimia: The Body Image Automatic Thoughts Questionnaire. In: *annual meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy*, New York, 1988.
17. Stenzel LM. A influência da imagem corporal no desenvolvimento e na manutenção dos transtornos alimentares. In: Nunes MA. et al. *Transtornos alimentares e obesidade*. Porto Alegre: Artmed. 2006. p. 73-82
18. Almeida PE et al. Comportamento Alimentar e Transtorno Alimentar: uma discussão de variáveis determinantes da anorexia e da bulimia. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*. 2014; 16(1):21-29.
19. Haynes SN, O'Brien WH. *Principles and practice of behavioral assessment*. New York: Kluwer Academic/ Plenum Publishers. 2003.
20. Antoni C, Koller SH. Uma família fisicamente violenta: uma visão pela teoria bioecológica do desenvolvimento humano. *Temas psicol, Ribeirão Preto*. 2010; 18(1):17-30.

## **Correspondência**

*Deivid Regis dos Santos*

Rua Sebastião Pereira, nº 316, Parque Residencial da Liberdade

86077-311 Londrina, PR, Brasil

psicologodeivid@gmail.com

Submetido em: 22/03/2017

Aceito em: 23/05/2017