



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Ciências Médicas

CELSO GARCIA JÚNIOR

**EXPERIÊNCIAS DE VIDA RELATADAS POR GENITORES
MASCULINOS DE ADOLESCENTES DIAGNOSTICADAS
COM TRANSTORNO ALIMENTAR EM TRATAMENTO
AMBULATORIAL: UM ESTUDO CLÍNICO-QUALITATIVO**

***A QUALITATIVE STUDY ON LIFE EXPERIENCES
REPORTED BY FATHERS OF FEMALE ADOLESCENTS
DIAGNOSED WITH AN EATING DISORDER IN A
BRAZILIAN PUBLIC OUTPATIENT SERVICE***

**CAMPINAS
2015**



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Ciências Médicas

CELSO GARCIA JÚNIOR

**EXPERIÊNCIAS DE VIDA RELATADAS POR GENITORES MASCULINOS DE
ADOLESCENTES DIAGNOSTICADAS COM TRANSTORNO ALIMENTAR EM
TRATAMENTO AMBULATORIAL: UM ESTUDO CLÍNICO-QUALITATIVO**

***A QUALITATIVE STUDY ON LIFE EXPERIENCES REPORTED BY FATHERS
OF FEMALE ADOLESCENTS DIAGNOSED WITH AN EATING DISORDER IN
A BRAZILIAN PUBLIC OUTPATIENT SERVICE***

Tese de doutorado apresentada à Pós-
Graduação da Faculdade de Ciências Médicas
da Universidade Estadual de Campinas para
obtenção do título de Doutor em Ciências
Médicas, área de Saúde Mental.

*Thesis presented to the School of Medical
Sciences of the University of Campinas as part
of the requirements for obtaining the PhD grade
in Medical Sciences, concentration area of
Mental Health.*

ORIENTADOR: PROF. DR. EGBERTO RIBEIRO TURATO

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO
FINAL DA TESE DEFENDIDA PELO
ALUNO CELSO GARCIA JÚNIOR E ORIENTADO PELO
PROF. DR. EGBERTO RIBEIRO TURATO

**CAMPINAS
2015**

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Ana Paula de Moraes e Oliveira - CRB 8/8985

G165e Garcia Junior, Celso, 1969-
Experiências de vida relatadas por genitores masculinos de adolescentes diagnosticadas com transtorno alimentar em tratamento ambulatorial : um estudo clínico-qualitativo / Celso Garcia Junior. – Campinas, SP : [s.n.], 2015.

Orientador: Egberto Ribeiro Turato.
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Transtornos da alimentação. 2. Anorexia nervosa. 3. Bulimia. 4. Relações pai-filho. 5. Pesquisa qualitativa. I. Turato, Egberto Ribeiro, 1954-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: A qualitative study on life experiences reported by fathers of female adolescents diagnosed with an eating disorder in a Brazilian public outpatient service

Palavras-chave em inglês:

Eating disorders

Anorexia nervosa

Bulimia

Father-child relations

Qualitative research

Área de concentração: Saúde Mental

Titulação: Doutor em Ciências Médicas

Banca examinadora:

Egberto Ribeiro Turato [Orientador]

Sergio Luis Blay

Manoel Antônio dos Santos

Luis Fernando Farah de Tofoli

Renata Cruz Soares de Azevedo

Data de defesa: 28-01-2015

Programa de Pós-Graduação: Ciências Médicas

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DOUTORADO

CELSO GARCIA JÚNIOR

Orientador (a) PROF(A). DR(A). EGBERTO RIBEIRO TURATO

MEMBROS:

1. PROF(A). DR(A). EGBERTO RIBEIRO TURATO

2. PROF(A). DR(A). SERGIO LUIS BLAY

3. PROF(A). DR(A). MANOEL ANTÔNIO DOS SANTOS

4. PROF(A). DR(A). LUIS FERNANDO FARAH DE TOFOLI

5. PROF(A). DR(A). RENATA CRUZ SOARES DE AZEVEDO

Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas
da Universidade Estadual de Campinas

Data: 28 de janeiro de 2015.

Resumo

O presente estudo teve como objetivos compreender as experiências de vida dos genitores masculinos de pacientes adolescentes do sexo feminino em tratamento ambulatorial devido a um Transtorno Alimentar (TA) e entender como esses homens vivenciaram o impacto do TA de suas filhas em suas próprias vidas, desde o início da doença até o desenrolar do tratamento a que elas se submeteram no Grupo Interdisciplinar de Assistência e Estudos em Transtornos Alimentares (GETA) da UNICAMP. Foi utilizado o método clínico-qualitativo, através de entrevistas semidirigidas de questões abertas em uma amostra intencional que foi fechada pelo critério de saturação de informações. Doze indivíduos foram entrevistados individualmente no ambulatório de psiquiatria do Hospital das Clínicas da UNICAMP, onde as atividades do GETA são desenvolvidas. Cuidados éticos foram tomados seguindo as normas preconizadas pelo Conselho Nacional de Saúde. A técnica de tratamento de dados foi feita através da análise de conteúdo das entrevistas transcritas na íntegra e categorização. Os resultados foram submetidos à validação externa, por meio de discussão com os membros do Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da UNICAMP e na apresentação em congressos nacionais e internacionais. Os resultados permitiram compreender que os entrevistados passaram pela infância e adolescência à deriva, devastados pelo trabalho infantil e buscavam desesperadamente pela atenção do pai distante afetivamente. Esses indivíduos mostraram-se com dificuldades em lidar adequadamente com situações de angústia e conflito e sentiam-se distantes de suas filhas. Os primeiros sintomas do TA foram minimizados pelos participantes. Com o agravamento do quadro, os pais vivenciaram sentimentos de tristeza, frustração, medo da morte da filha, culpa, impotência e desesperança. Os entrevistados foram capazes de reconhecer, com satisfação, os progressos obtidos a partir do tratamento e perceberam que, depois do TA, passaram a conversar mais com suas filhas. Aparentemente, o TA serviu como um caminho de aproximação na relação pai-filha. Nossos achados contribuíram na ampliação dos conhecimentos na área e podem ter aplicação na melhora da prática clínica no campo dos transtornos alimentares.

Palavras-Chave: transtornos alimentares, anorexia nervosa, bulimia, relações pai-filho, pesquisa qualitativa

Abstract

The present study aimed to understand life events reported by fathers of female adolescents with eating disorders (ED) in outpatient treatment and understand fathers' perceptions about the impact of having a daughter with an ED, since the symptoms onset. The Clinical-Qualitative method was used, through in-depth semi-structured interviews, using an intentional sample, closed by saturation criterion. Twelve participants were interviewed at the outpatient psychiatry unit of the Clinical Teaching Hospital at the State University of Campinas (UNICAMP), where Eating Disorders' Clinical and Research Program (GETA) activities are developed. Ethical procedures were taken following the ethical standards established by the National Council of Health. Data analysis was performed through the qualitative content analysis of the fully transcribed interviews and categorization. Peer-reviewers members from the Laboratory of Clinical-Qualitative Research (UNICAMP) validated the emerging categories, as also the attendees of national and international conferences where the results were presented. The findings made it possible to understand that the participants were adrift in their childhood and adolescence, devastated by child labor. They desperately sought attention without achieving a secure, affective contact with their affectively distant, hardworking father. These individuals showed difficulties in dealing adequately with situations of anguish and conflict. They felt distant from their daughters and had the sensation of impotence when faced with their daughter's problems. They minimized the early ED symptoms but feelings of sadness, frustration, fear of the daughter's death, self-guilty, powerlessness and helpless emerged, as the eating symptoms worsened. The fathers could recognize treatment benefits and perceived that they got able to improve the relationship with their daughter. Apparently, ED has functioned as a path to an improvement of the father-daughter relationship quality. Our findings can contribute to the expansion of knowledge in the area and may have application in improving clinical practice in the field of ED.

Keywords: eating disorders, anorexia nervosa, bulimia, father-child relations, qualitative research

Sumário

Resumo	vii
Abstract	ix
Sumário	xi
Agradecimentos	xv
Abreviaturas e Siglas	xvii
1. Introdução	1
1.1. Escolha do objeto de estudo.....	1
1.2. Questões introdutórias.....	2
1.3. Classificação e quadro clínico da anorexia nervosa e da bulimia.....	3
1.4. Epidemiologia dos transtornos alimentares	8
1.5. Relações familiares nos transtornos alimentares	9
2. Objetivos.....	15
2.1. Objetivo Geral	15
2.2. Objetivos específicos	15
3. Recursos Metodológicos.....	17
3.1. Sobre a metodologia de pesquisa qualitativa	17
3.2. Sobre o método clínico-qualitativo	18
3.3. Sobre o campo de pesquisa	19
3.4. Aculturação	20
3.5. Construção da amostra.....	21
3.6. Interação com os participantes	22
3.7. Procedimentos para coleta de dados	23
3.8. Técnica de Tratamento dos Dados	25
3.9. Validação	27

3.10. Cuidados Éticos	29
4. Resultados	31
4.1. Artigo 1	32
4.2. Artigo 2	47
5. Discussão	67
6. Conclusões	73
7. Referências.....	77
8. Apêndices	87
8.1. Apêndice I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	87
8.2. Apêndice II – Instrumento de Coleta de Dados – Entrevista Semidirigida	90
9. Anexos.....	93
9.1. Anexo I – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	93
9.2. Anexo II – Aprovação da emenda para alteração do título da pesquisa...	95

Dedicatória

Ao meu pai Celso e à minha mãe Regina que me serviram sempre de exemplo de caráter e que, desde a infância, despertaram em mim o gosto pelo estudo.

À minha esposa Gisele, minha grande companheira, pelo amor que sinto, por seu incentivo e parceria em toda minha jornada profissional.

À minha querida filha Thaís, um anjo, por quem eu tenho um amor infinito, por me permitir ter a experiência de ser pai e inspirar em mim os meus melhores sentimentos.

Agradecimentos

Aos pacientes e familiares que estiveram em tratamento no GETA até hoje e que confiaram em nosso trabalho e muito contribuíram na nossa busca pela excelência.

*Ao meu orientador **Prof. Dr. Egberto Ribeiro Turato**, por vários motivos: pelos diversos ensinamentos que adquiri com ele no campo dos estudos qualitativos, pela paciência com minhas dificuldades no caminho dessa pesquisa, pelo apoio absolutamente concreto às atividades do GETA e, finalmente, pelo entusiasmo jovial que transmite a todos nós pela pesquisa, ensino e pela vida acadêmica.*

*Às minhas queridas parceiras do GETA, que faço questão de nomear individualmente: **Ada Letícia Barbosa Murro, Ana Luisa Marques Traballi, Carolina Pascoal, Danielle Lilian Ribeiro Argolo Osório, Flávia Machado Seidinger-Leibovitz, Luciana Garcia Vaz de Lima e Maria Marta Magalhães Battistoni**. Sem o trabalho dedicado de vocês não teríamos conseguido ajudar tantas pessoas desde o ano de 2006. Meu carinho por vocês é imenso. Agradeço a oportunidade de tê-las comigo nessa jornada.*

*A **Ana Luisa Marques Traballi**, que esteve ao meu lado desde a época em que a criação de um serviço especializado em transtornos alimentares era apenas um sonho distante. Sem sua competência, seu trabalho e sua companhia o sonho não seria hoje realidade.*

*Ao meu amigo **Prof. Dr. Neury José Botega**, que me auxiliou a lidar com aspectos burocráticos inerentes à criação de um serviço especializado no ambiente universitário, me incentivando.*

*Aos membros do **Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa**, que contribuíram em diversas etapas dessa pesquisa desde o início até sua conclusão, especialmente às psicólogas **Lia Keuchguerian Silveira Campos e Flávia Machado Seidinger-Leibovitz** e ao **Prof. Dr. Claudinei José Gomes Campos**.*

A todos os **professores** do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria e seus **profissionais assistentes**, que direta ou indiretamente contribuíram e apoiaram o desenvolvimento dos trabalhos do GETA, em especial ao **Prof. Dr. Paulo Dalgalarro**, que era chefe do departamento à época de sua criação.

À **Profa. Dra. Eloisa Helena Rubello Valler Celeri**, chefe do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria, pelo apoio e carinho que oferece ao GETA, desde antes de ocupar a atual função de chefia.

Aos professores que compuseram a banca examinadora do exame de qualificação ao doutorado: **Prof. Dr. Neury José Botega**, **Profa. Dra. Carla Maria Vieira** e **Prof. Dr. Claudio Eduardo Muller Banzato**.

A todos os médicos residentes do programa de residência médica do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria, que estagiaram no GETA desde o ano de 2006.

Abreviaturas e Siglas

AN	Anorexia nervosa
AN-P	Anorexia nervosa tipo purgativo
AN-R	Anorexia nervosa tipo restritivo
BN	Bulimia Nervosa
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DPMP	Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – American Psychiatric Association</i>
FCM	Faculdade de Ciências Médicas
HC	Hospital das Clínicas
GETA	Grupo Interdisciplinar de Assistência e Estudos em Transtornos Alimentares
IMC	Índice de Massa Corporal
LPCQ	Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa
TASOE	Transtorno Alimentar sem Outra Especificação
SUS	Sistema Único de Saúde
TCAP	Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TA	Transtorno Alimentar
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas

1. Introdução

1.1. Escolha do objeto de estudo

Devo confessar que não me recordo de nenhum paciente com diagnóstico de transtorno alimentar (TA) que tivesse sido assistido por mim durante o curso de graduação e de residência médica em psiquiatria, ambos realizados na Faculdade de Ciências Médicas (FCM) – UNICAMP. Lembro-me apenas de algumas poucas discussões de casos de pacientes diagnosticadas com esse transtorno que eram consideradas muito difíceis de tratar. Sinceramente, posso afirmar que não formulei qualquer opinião sobre essa clínica na primeira década de formação médica e psiquiátrica. Foi em 2002 que atendi a primeira paciente com anorexia nervosa, uma adolescente de 17 anos, brilhante do ponto de vista cognitivo, mas cujo medo irracional de engordar levou-a a um grave quadro de desnutrição. Hoje, chego à conclusão de que esse caso motivou-me pela primeira vez a me dedicar a esse capítulo dos transtornos mentais. O sucesso do tratamento dessa moça estimulou-me. Minha sorte é que tive o bom senso e a paciência para aguardar os bons resultados.

Os TA são transtornos cuja compreensão e tratamento são extremamente desafiadores. Por outro lado, adolescentes tratados precocemente e de maneira adequada têm bom prognóstico e isso é muito estimulante para qualquer profissional. Durante esses anos de trabalho, já perdi a conta do número de adolescentes que pude ver finalizar o tratamento livres do tormento do TA que as ameaçava a vida, acompanhadas de pais evidentemente mais amadurecidos.

Desde o início, o pai dessas pacientes me intriga. Em 2005, durante o V Encontro Brasileiro de Transtornos Alimentares e Obesidade, veio-me uma ideia à mente, um tanto dramática, é verdade: “essas meninas parecem órfãs de pai vivo”. Discutindo com especialistas da área naquela ocasião, cheguei à conclusão que

esse conceito era por demais superficial e, provavelmente, preconceituoso. Como ouvi de uma colega, “não é bem assim...”

Até 2010, quando tive a oportunidade de iniciar o meu doutorado, a intuição de que o pai transitava entre os lugares de vítima e algoz, ausente e superprotetor, inseguro e autoritário continuava a me intrigar. Assim, não tive dúvidas ao eleger esse tema para pesquisa. Se “não é bem assim”, como será?

1.2. Questões introdutórias

A presente pesquisa tem como sujeito de estudo o pai de pacientes adolescentes do sexo feminino que estiveram em tratamento ambulatorial devido a anorexia nervosa (AN) ou bulimia nervosa (BN), no Grupo Interdisciplinar de Assistência e Estudos em Transtornos Alimentares (GETA) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

Os transtornos alimentares são transtornos psiquiátricos graves que acometem tipicamente adolescentes e mulheres jovens e foram descritos no final do século XIX por Sir William Withey Gull (1) e Ernest Charles Lasègue (2), em trabalhos independentes.¹ Atualmente, considera-se que sua etiologia é multifatorial com fatores biológicos, psicológicos e socioculturais que interagem de forma complexa entre si, causando e, frequentemente, mantendo o transtorno. Porém, desde o primeiro relato de Lasègue, em 1873, a compreensão a respeito da etiologia dos TA passou por diversas fases (2). Durante as décadas de 1960 e 1970, acreditava-se que os fatores familiares eram os principais responsáveis pela causa dessa enfermidade. Minuchin et al. (6) descreveram as famílias de pessoas com AN como desorganizadas, rígidas, evitativas e superprotetoras. No entanto, outros autores descreveram como é estressante cuidar de um familiar acometido por um TA (7, 8). Existem evidências que sustentam a hipótese de que fatores

¹ Discute-se na literatura quem foi o autor que produziu o primeiro trabalho que descreveu o que hoje chamamos de anorexia nervosa (Vandereycken W e van Deth R, 1989; Vandereycken W e van Deth R, 1990; Silverman JA, 1992)

genéticos e neurobiológicos são fundamentais na etiologia desses transtornos (9). Mas quaisquer modelos etiológicos nos quais os aspectos familiares sejam considerados como causa primária da AN ou da BN devem ser firmemente refutados. Ainda assim, as relações familiares representam um papel relevante na gênese e na manutenção desses transtornos mentais (10). Além disso, estudos concluíram que a participação da família no tratamento parece melhorar o seu resultado (11-14). A melhor compreensão a respeito das experiências de vida dos pais (genitores masculinos) dos pacientes com TA, assim como suas características psicológicas pode facilitar o seu envolvimento no processo terapêutico. Nesse campo, a maioria das pesquisas centra-se na figura da mãe dos pacientes, enquanto aspectos relacionados especificamente ao pai têm sido pouco pesquisados. A investigação dessa população por meio de metodologia qualitativa pode ajudar o clínico a abordar esses homens de forma mais efetiva, de maneira a tê-los mais envolvidos com o tratamento da filha.

Assim, os esforços empregados neste estudo centram-se na compreensão dos eventos de vida e nas as características psicológicas destes homens que, aos olhos do pesquisador, mostram-se em certos casos realmente alienados na vida da filha doente, mas em tantos outros, apesar do interesse em se aproximar efetivamente da filha, demonstram muita dificuldade em fazê-lo.

1.3. Classificação e quadro clínico da anorexia nervosa e da bulimia

Fairburn et al. (15) afirmam que a classificação dos transtornos alimentares pelos critérios da quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Americana de Psiquiatria (DSM-IV) (Quadro 1) (16) reflete muito mal a realidade clínica. Dentre várias apresentações de comportamentos alimentares anormais observados na prática, esse sistema classificatório reconhece apenas dois transtornos, a anorexia nervosa e a bulimia

nervosa. Como consequência, pelo menos metade dos casos observados na prática clínica são relegados para o diagnóstico residual "transtorno alimentar sem outra especificação" (TASOE) (15). Não sem críticas, as alterações propostas pelo DSM-5 (17) corrigiram parcialmente esta deficiência (Quadro 2).

Quadro 1: Critérios diagnósticos da anorexia nervosa e da bulimia nervosa pelo DSM-IV (16)

ANOREXIA NERVOSA

- A. Recusa a manter o peso corpóreo em um nível igual ou superior ao mínimo normal adequado à idade e à altura (p.ex., perda de peso levando à manutenção do peso corpóreo abaixo de 85% do esperado)
- B. Medo intenso de ganhar peso ou de se tornar gordo, mesmo estando com peso abaixo do normal
- C. Perturbação no modo de vivenciar o peso ou a forma do corpo, influência indevida do peso ou da forma do corpo sobre a autoavaliação ou negação do baixo peso corpóreo atual
- D. Nas mulheres pós-menarca, ocorre amenorreia, isto é, ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos (considera-se que uma mulher tem amenorreia se seus períodos menstruais ocorrem apenas após a administração de hormônio, p.ex., estrogênio)

Tipo Restritivo: Durante o episódio atual de anorexia nervosa, o indivíduo não se envolveu regularmente em um comportamento de comer compulsivamente ou de purgação (isto é, autoindução de vômitos ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas)

Tipo compulsão periódica/purgativo: Durante o período atual da anorexia nervosa, o indivíduo envolveu-se regularmente em um comportamento de comer compulsivo ou de purgação (isto é, autoindução de vômitos ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas).

BULIMIA NERVOSA

- A. Episódios recorrentes de compulsão periódica. Um episódio de compulsão periódica é caracterizado por ambos os aspectos seguintes:
 - 1. Ingestão, em um período limitado de tempo (p.ex., dentro de duas horas), de uma quantidade de alimento definitivamente maior que a maioria das pessoas consumiria em circunstâncias similares e
 - 2. Sensação de falta de controle sobre o comportamento alimentar durante o episódio (p.ex., sensação de incapacidade de parar de comer ou de controlar o que ou o quanto está comendo).
- B. Comportamentos compensatórios inadequados e recorrentes, para prevenir o aumento de peso: autoindução de vômitos, uso indevido de laxantes, diuréticos, enemas ou outros medicamentos; jejum ou exercícios excessivos.
- C. A compulsão periódica e os comportamentos compensatórios inadequados ocorrem, em média, pelo menos duas vezes/semana, por três meses.
- D. A autoavaliação é indevidamente influenciada pela forma e pelo peso do corpo
- E. O distúrbio não ocorre exclusivamente durante episódios de anorexia nervosa

Tipo Purgativo: durante o episódio atual de bulimia nervosa, o indivíduo envolveu-se regularmente na autoindução de vômitos ou no uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas.

Tipo Sem Purgação: durante o episódio atual de bulimia nervosa, o indivíduo envolveu-se em outros comportamentos compensatórios inadequados, como jejuns ou exercícios excessivos, mas não se envolveu regularmente na autoindução de vômitos ou no uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas.

Quadro 1: Classificação dos transtornos alimentares pelos critérios do DSM 5 (17)

Pica
Transtorno de Ruminação
Transtorno Alimentar Restritivo/Evitativo
Anorexia Nervosa
Bulimia Nervosa
Transtorno de Compulsão Alimentar
Outro Transtorno Alimentares Especificado
Transtorno Alimentares Não Especificado

Tipicamente, pacientes com AN apresentam redução persistente da ingesta alimentar que causa significativa perda de peso corporal, levando-o a níveis abaixo daqueles esperados para a idade e sexo, sem que o indivíduo consiga reconhecer o estado patológico de que está acometido. A restrição alimentar é acompanhada por um medo mórbido de engordar e uma percepção distorcida da forma ou do tamanho do corpo, sobre o qual o paciente sente-se insatisfeito. Com o intuito de perder peso, certos pacientes praticam exercícios físicos exagerados, incompatíveis com a intensidade ou frequência preconizados como saudáveis, ou ainda se utilizam de métodos purgativos como a indução de vômitos ou o uso de substâncias laxativas.

Pacientes com BN apresentam-se frequentemente com peso dentro da normalidade, considerando sexo e idade ou, eventualmente, apresentam sobrepeso. O comportamento alimentar patológico consiste em episódios de compulsão alimentar, com ingesta definitivamente muito maior do que se esperaria de uma pessoa nas mesmas circunstâncias e em intervalo de tempo semelhante, com a sensação de perda de controle e culpa. A compulsão é seguida de práticas que têm como finalidade evitar o ganho de peso, tais como uso de laxantes, autoindução de vômitos, uso de substâncias anorexígenas, jejum ou exercícios físicos extenuantes e exagerados. O medo patológico de engordar, distorção da percepção da forma ou do peso do próprio corpo e a autoavaliação centrada na forma e no peso do corpo, com o qual as pacientes mostram-se sempre

insatisfeitos, são sintomas psicopatológicos que pacientes com AN e BN compartilham. O Quadro 3 lista os critérios diagnósticos destes dois transtornos pelos critérios do DSM-5 (17).

Quadro 3: Critérios diagnósticos da anorexia nervosa e da bulimia nervosa pelo DSM 5 (13)

ANOREXIA NERVOSA

- E. Restrição da ingesta calórica em relação às necessidades, levando a um peso corporal significativamente baixo no contexto de idade, gênero, trajetória do desenvolvimento e saúde física. Peso significativamente baixo é definido como um peso inferior ao peso mínimo normal ou, no caso de crianças e adolescentes, menor do que o minimamente esperado.
- F. Medo intenso de ganhar peso ou de engordar, ou comportamento persistente que interfere no ganho de peso, mesmo estando com peso significativamente baixo.
- G. Perturbação no modo como o próprio peso ou a forma corporal são vivenciados, influência indevida do peso ou da forma corporal na autoavaliação ou ausência persistente de reconhecimento da gravidade do baixo peso corporal atual.

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

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

BULIMIA NERVOSA

- F. Episódios recorrentes de compulsão alimentar. Um episódio de compulsão alimentar é caracterizado pelos seguintes aspectos:
 - 3. Ingestão, em um período de tempo determinado (p.ex., dentro de cada período de duas horas), de uma quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria dos indivíduos consumiria no mesmo período sob circunstâncias semelhantes.
 - 4. Sensação de falta de controle sobre a ingestão durante o episódio (p.ex., sentimento de não conseguir parar de comer ou controlar o que e o quanto se está ingerindo).
 - G. Comportamentos compensatórios inadequados recorrentes a fim de impedir o ganho de peso, como vômitos autoinduzidos, uso indevido de laxantes, diuréticos ou outros medicamentos; jejum ou exercícios em excesso.
 - H. A compulsão alimentar e os comportamentos compensatórios inapropriados ocorrem, em média, no mínimo uma vez por semana, por três meses.
 - I. A autoavaliação é indevidamente influenciada pela forma e pelo peso corporais.
 - J. A perturbação não ocorre exclusivamente durante episódios de anorexia nervosa.
-

1.4. Epidemiologia dos transtornos alimentares

Os estudos de prevalência ao longo da vida entre a população geral, utilizando os critérios do DSM-IV (16), mostram taxas que variam entre 0,3% e 2,2% para AN e 0,1% e 2,9% para a BN (18-20).

O uso dos critérios diagnósticos do DSM 5 (17), recentemente publicado no ano de 2013, provavelmente reduzirá as taxas de prevalência dos TASOE e aumentará a prevalência da AN e da BN (21, 22). Smink et al (23) afirmam que usando os novos critérios, a prevalência da AN e da BN entre as mulheres é em torno de 4% e 2% respectivamente. Isso decorre do fato de que, na nova classificação, os critérios para AN e BN tornaram-se mais amplos, ou menos restritos, permitindo que maior número de indivíduos possam ser considerados com um transtorno especificado.

Vale ainda ressaltar o fato de que já há pesquisas que comprovam que a prevalência desses transtornos psiquiátricos tem aumentado ao longo das últimas décadas (24-28).

No Brasil, estudos epidemiológicos que buscaram calcular a prevalência do TA em nossa população são escassos e a maioria procurou identificar a frequência de comportamentos de risco para o desenvolvimento de alguma apresentação clínica desses transtornos.

Um dos primeiros estudos nesse campo foi de Nunes e colaboradores (29) que pesquisaram a influência da percepção do peso e do índice de massa corporal (IMC) nos comportamentos alimentares anormais entre 513 mulheres de 12 a 29 anos, da zona urbana de Porto Alegre (Rio Grande do Sul). Concluíram que 30,2% das mulheres tinham comportamento alimentar de risco e 11,3% apresentaram comportamento alimentar anormal. Embora 82% das mulheres apresentassem IMC normal, 46% tinham o ideal de pesar menos e 37,8% consideravam-se gordas. Além disso, mulheres que se sentiam gordas

apresentaram um risco quatro vezes maior de apresentar comportamentos alimentares anormais (29).

Vale et al. (30) estudaram adolescentes do sexo feminino em Fortaleza (Ceará) e concluíram que cerca de 25% das participantes apresentou padrão alimentar de risco e práticas de controle de peso; em 1,2% encontraram-se indícios de TA instalado.

Prisco et al. (31) realizaram estudo epidemiológico de corte transversal exploratório, incluindo 1.273 trabalhadores, aleatoriamente selecionados, sendo 53,1% do sexo feminino. As prevalências de Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) e BN foram, respectivamente, 4,3% e 1,0%.

Foram estudadas também adolescentes do sexo feminino da cidade de Florianópolis (Santa Catarina) com relação à prevalência de sintomas de AN e insatisfação com a imagem corporal, por meio do Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26) (32) e do Questionário de Imagem Corporal (BSQ-34) (33). Dos 1.148 sujeitos, em 15,6%, o EAT foi positivo para sintomas de AN e 18,8% demonstraram insatisfação com a imagem corporal (34).

1.5. Relações familiares nos transtornos alimentares

Em 1873, Lasègue (2), em seu texto clássico sobre a anorexia histérica, escreveu sobre a família das mulheres acometidas por essa doença e constata que diante da “inutilidade persistente de todos seus esforços” na tentativa de fazer a filha voltar a se alimentar, a “inquietação vai se impondo e com ela o tratamento moral”. Nesse ponto, “a família só tem dois recursos à sua disposição que ela sempre esgota: rogar ou ameaçar. Ambos servem de pedra de toque”. É possível observar desde esse trabalho, um dos primeiros a descrever o que hoje é classificado como anorexia nervosa, a relevância dos aspectos familiares no campo dos transtornos alimentares.

Esse tema foi ignorado como campo de pesquisa por mais de um século (35) e ainda é pouco estudado (36). No entanto, o convívio com uma pessoa que apresenta um TA pode trazer impactos significativos na vida dos cuidadores (8, 36-38). A influência negativa que esses distúrbios provocam na saúde mental de familiares do doente torna-se aspecto mais importante ainda, se considerarmos, como concluíram Leonidas e Santos (39) em uma revisão de literatura, que a família representa a mais frequente fonte de apoio social dos pacientes com TA.

Minuchin et al. (6), em seu conhecido trabalho de 1978, descreveu que as famílias de pacientes com anorexia nervosa têm relações emaranhadas, são rígidas, superprotetoras e apresentam comportamentos de esquiva. Essa perspectiva negativa que imputa aos pais o papel de causadores desse transtorno nunca foi empiricamente comprovada (10, 36) e atualmente é refutada, conforme destaca o artigo que divulga a posição oficial da *Academy of Eating Disorders* acerca do papel da família nos transtornos alimentares (10). A etiologia dos TA é multifatorial e existem evidências de que aspectos neurobiológicos e genéticos são importantes fatores subjacentes às causas destes distúrbios mentais (9). Isso não invalida, no entanto, o conceito de que as relações familiares representam um papel relevante tanto na gênese como na manutenção dos TA (10, 40-45).

Nesse campo, a maioria das pesquisas tem tido como foco a figura da mãe, enquanto aspectos relacionados ao pai de pacientes com TA têm sido muito menos explorados.

Em seu trabalho sobre a relação entre a filha anoréxica e seu pai intitulado *Father Hunger*, Maine (46) afirma que as filhas são “famintas” pelo relacionamento com o pai, assim como as mães são “famintas” por uma ligação emocional com seus maridos. A falta do envolvimento do pai com a vida emocional de suas filhas contribuiria, assim, para uma relação de conturbada dependência entre a filha e sua mãe (46).

Por outro lado, Miranda (44) cita que na AN, a paciente busca desesperadamente a separação, mas somente encontra maior dependência, passando a exercer um controle intenso sobre a alimentação e sobre a vida da mãe e dos familiares. A figura paterna não consegue auxiliar, está distante, enfraquecida e embaçada.

Fassino et al. (47) estudaram a correlação entre os traços de personalidade de homens pais de mulheres com TA e a psicopatologia de suas filhas e descreveram esses homens como pouco persistentes, inconstantes, instáveis e com baixa tolerância à frustração. Pais de pacientes com AN tipo restritivo (AN-R) demonstraram altos níveis de evitação, enquanto pais de pacientes com AN-R e AN tipo purgativo (AN-P) demonstram baixa autonomia e foram descritos como imaturos, frágeis, ansiosos e com transtornos de personalidade (47). O padrão de enfrentamento evitativo também foi observado por Whitney et al. (48).

Ravi et al. (49) estudaram sintomas psicopatológicos dos pais de adolescentes diagnosticados com AN e examinaram a relação entre a gravidade do TA e a psicopatologia parental. Estes autores concluíram que os pais e as mães de pacientes com AN mostraram altas taxas de sintomas obsessivo-compulsivos, depressão, ansiedade e hostilidade. A hostilidade do pai relacionou-se positivamente com a duração da doença e a da mãe com a gravidade dos sintomas alimentares.

Rothschild-Yakar et al. (50) investigaram o relacionamento entre pais e filhos como possíveis preditores de comportamentos alimentares alterados e concluíram que o relacionamento saudável entre pai e filha vinculou-se com menor desejo de emagrecer por parte da filha.

Tereso et al. (51), estudando as características do relacionamento entre adolescentes com TA, seus pais e mães e o vínculo terapêutico, encontraram que entre as pacientes com AN, o melhor vínculo terapêutico associou-se à história de maior apoio emocional e menor rejeição do pai. Entre as pacientes com BN, o

melhor vínculo terapêutico relacionou-se com o maior apoio emocional e menor rejeição da mãe, bem como menor superproteção paterna.

Apesar da preocupação com o estado de saúde da filha, pai e mãe mostraram dificuldade em compreender o que é de fato a anorexia nervosa. Esses foram os achados de Cotte-Lane et al. (52) ao estudarem as experiências dos pais ao enfrentar o diagnóstico de AN em suas filhas. Os resultados dessa pesquisa também mostraram que o transtorno da filha levou o pai a apresentar dificuldades de socializar e se concentrar no trabalho, além de lutar para retomar o controle da situação familiar, tentando impedir que “a voz” da anorexia se interpusesse entre ele e a esposa.

Como é possível observar na prática clínica, sentimentos de culpa são frequentes entre os pais de pacientes acometidos por um TA, sobretudo na infância e na adolescência. Esse foi um dos achados de Whitney et al. (48) ao realizar um estudo qualitativo entre os pais cuidadores de pacientes com AN. Os pais culpavam-se e se questionavam sobre a educação que haviam dado às suas filhas, preocupavam-se com o impacto que a AN traria a elas e à vida da esposa e de outros membros da família. Esses homens também se mostravam perplexos diante da doença e sentiam raiva diante do estigma e da banalização que pessoas do círculo de amizade demonstravam em relação à AN (48).

Quanto às estratégias terapêuticas usadas no tratamento de adolescentes acometidos pelos TA, sabe-se que aquelas que incluem a abordagem dos pais são consideradas as mais eficazes (8, 10, 40, 53-56). De fato, alguns estudos concluíram que a participação dos familiares relacionou-se com o melhor resultado do tratamento (11-14).

Em nossa revisão da literatura sobre o tema, constatamos que há uma evidente escassez de trabalhos que estudaram o pai de pacientes com TA e poucas pesquisas que investigaram os aspectos emocionais e as experiências de vida desses homens. Mais raros ainda são aqueles que utilizaram metodologia qualitativa. Baseados nisso, consideramos que a presente pesquisa poderá trazer

resultados que contribuam para que o clínico possa abordar de forma mais eficiente esses homens, ajudando-os em seu sofrimento mental e envolvendo-os mais no tratamento de suas filhas.

2. Objetivos

2.1. Objetivo Geral

Compreender as vivências emocionais do pai de adolescentes do sexo feminino que apresentam anorexia nervosa ou bulimia e que se encontrem em tratamento ambulatorial no Grupo Interdisciplinar de Assistência e Estudos em Transtornos Alimentares da (GETA-UNICAMP).

2.2. Objetivos específicos

- i. *Compreender as experiências de vida relatadas pelo do pai de adolescentes do sexo feminino com transtorno alimentar;*
- ii. *Compreender as experiências que o pai vivencia sob o impacto do transtorno alimentar que acomete sua filha;*
- iii. *Compreender como estes homens vivenciam o relacionamento pai-filha.*

3. Recursos Metodológicos

3.1. Sobre a metodologia de pesquisa qualitativa

Como destaca Minayo (57), “o conhecimento científico se produz pela busca de articulação entre teoria e realidade empírica”. Assim, o método tem a função de possibilitar a abordagem da realidade a partir das questões elaboradas pelo pesquisador.

Malterud (58), em seu artigo publicado no periódico *The Lancet*, afirma que “os métodos de pesquisa qualitativos podem nos ajudar a melhorar nossa compreensão sobre a medicina. Ao invés de pensar as estratégias qualitativas e quantitativas como incompatíveis, elas devem ser vistas como complementares”.

Minayo (57) define as metodologias de pesquisa qualitativa como “aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais”. Esse método tem como objetivo compreender o sentido ou a representação que pessoas, grupos ou instituições atribuem a determinado fenômeno. Considera a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais. Sendo as relações e as estruturas sociais, entendidas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas (57).

Morse e Field (59) caracterizam a metodologia qualitativa como “indutivos, holísticos, êmicos, subjetivos e orientados para o processo; usados para compreender, interpretar, descrever e desenvolver teorias relativas a um fenômeno ou a um *setting*”.

Outro aspecto relevante desse método é que o pesquisador é o próprio instrumento de pesquisa, utilizando-se de sua capacidade de observar com a finalidade de apreender os objetos em estudo, “espelhando-os então em sua

consciência onde se tornam fenomenologicamente representados para serem interpretados” (60). Cabe aqui destacar novamente Minayo (57), que afirma que “na pesquisa qualitativa, a subjetividade ocupa um lugar de destaque como fundante de sentido, e deste modo constitutiva do social, inerente ao entendimento objetivo de qualquer fenômeno humano”. Tal subjetividade é inerente também ao investigador, que deverá estar emocionalmente envolvido com o objeto de estudo, devendo se misturar com ele, acautelando-se para que tal subjetividade não se constitua em um viés e, para tanto, tal subjetividade deverá ser analisada de maneira objetiva (61).

3.2. Sobre o método clínico-qualitativo

O método clínico-qualitativo proposto por Turato (61) é o método qualitativo aplicado ao campo da saúde e se propõe a investigar e interpretar os sentidos e as significações trazidas pelo sujeito sobre os múltiplos fenômenos no campo do binômio saúde-doença, adequando, assim, a metodologia qualitativa genérica às questões pertinentes à clínica. Pressupõe que existam três pilares que sustentam o método: (1) uma atitude existencialista do pesquisador, capaz de perceber e valorizar a angústia e a ansiedade presentes na existencialidade do sujeito do estudo; (2) a atitude clínica da acolhida dos sofrimentos emocionais da pessoa que o leva à escuta e ao olhar que tentam proporcionar ajuda; (3) a atitude psicanalítica que pressupõe aspectos oriundos do inconsciente do indivíduo (61).

A metodologia clínico-qualitativa é especialmente útil quando os fenômenos a serem estudados tenham estruturação complexa, por serem de foro íntimo ou verbalização emocionalmente difícil (61).

Utilizando essa metodologia e suas especificidades, acreditamos estar satisfatoriamente instrumentalizados para investigar os significados das experiências de vida dos sujeitos de nosso estudo, sua intimidade, suas angústias, ansiedades e conflitos em sua inserção no contexto específico do adoecimento de suas filhas e, assim, contribuir para expansão do conhecimento acerca do tema.

3.3. Sobre o campo de pesquisa

O estudo foi conduzido no Hospital das Clínicas (HC) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), onde as atividades do Grupo Interdisciplinar de Assistência e Estudos em Transtornos Alimentares (GETA) são desenvolvidas. O GETA está subordinado ao Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria (DPMP) da FCM da referida universidade. O HC é um hospital geral integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS) e está localizado na Região Metropolitana de Campinas que abrange cerca de 2,8 milhões de habitantes, na região sudeste do Brasil.

O GETA é um serviço ambulatorial criado em 2005 pelo DPMP da FCM – UNICAMP a partir da iniciativa de um grupo de profissionais do qual este pós-graduando faz parte, na honrosa função de coordenador, desde sua criação. O grupo tem o objetivo de desenvolver atividades assistenciais, de ensino e de pesquisa no campo dos transtornos alimentares, adotando o modelo multidisciplinar de assistência recomendado pela literatura nacional e internacional (53, 54, 62). Atualmente, são atendidos no serviço pacientes com idade a partir dos 13 anos com o diagnóstico de AN ou BN. As atividades didáticas são destinadas ao ensino de médicos do 3º e 4º anos do programa de residência médica em psiquiatria do DPMP e de alunos do curso multiprofissional de extensão universitária chamado “Treinamento em Transtornos Alimentares”. O GETA proporcionou ainda campo de pesquisa para o desenvolvimento de uma tese de doutorado (63) e duas dissertações de mestrado (64, 65), uma delas versando sobre as mães das pacientes com TA. No mesmo serviço, foram desenvolvidos trabalhos por pesquisadores de outras faculdades da UNICAMP e de outras universidades.

No GETA, são oferecidos aos pacientes atendimentos psiquiátrico, psicoterápico, nutricional e endocrinológico. Todos os pacientes fazem acompanhamento psicológico de orientação cognitivo-comportamental em grupo com duração de dezesseis semanas. Tratamento psicanalítico individual é

oferecido àqueles pacientes que a equipe considera que podem melhor se beneficiar dessa abordagem. Psicoterapia familiar em grupo é indicada aos pais de todos os pacientes e é obrigatória para os pais de todos os adolescentes. Os atendimentos psiquiátricos e nutricionais são individuais e inicialmente ocorrem com frequência semanal. As consultas da endocrinologista ocorrem na medida da necessidade clínica de cada paciente.

3.4. Aculturação

A etapa inicial da pesquisa de campo é a aculturação, fase na qual o pesquisador entra em contato com a população que deseja estudar, adaptando-se ao local institucional onde transcorrerá o estudo e procurando assimilar a linguagem e o modo de pensar daquela população, estabelecendo uma relação contínua entre pesquisador e pesquisado (61). Neste estudo, o processo de aculturação deu-se no ambulatório de psiquiatria do HC da UNICAMP, onde as atividades do GETA são desenvolvidas. Como membro da equipe do GETA, o pesquisador desenvolve as atividades de coordenação de equipe, supervisão dos alunos do curso de residência médica em psiquiatria e dos alunos de curso de extensão multidisciplinar, além de, eventualmente, atender pacientes. Assim, sendo, não houve necessidade de adaptação ao ambiente físico do local onde a pesquisa seria realizada, nem tampouco aos profissionais que lá trabalham. Porém, ao assumir o papel de investigador, vivenciei uma sensação esperada de estranhamento com relação ao objeto de estudo, visto que o olhar do pesquisador difere daquele do coordenador, do supervisor e mesmo do clínico. Isso justificou plenamente a necessidade desse processo de aculturação. Assim, foi preciso entrar em contato com representantes da população que seria estudada como pesquisador de fato, apresentando-se a esses sujeitos como tal, tentando deixar de lado suas outras funções como membro do serviço onde as filhas dos potenciais entrevistados se tratam. Considerou-se que dessa forma seria possível entrar em contato com as ideias, valores e vivências dos participantes da pesquisa. Durante quatro semanas, esse processo deu-se por

meio de conversas com pais de pacientes que já faziam o tratamento na instituição e que não seriam potenciais participantes de forma que fosse possível aproveitar as observações na elaboração da versão definitiva do roteiro de perguntas a ser utilizado na entrevista.

3.5. Construção da amostra

A amostra foi composta por homens, pais de adolescentes do sexo feminino que iniciaram o tratamento ambulatorial no GETA entre janeiro de 2011 e junho de 2013. Tomou-se o cuidado ético de explicar os objetivos da pesquisa primeiramente para as pacientes, filhas dos potenciais participantes. Dezenove pacientes puderam avaliar se autorizariam ou não que seus pais participassem da pesquisa. Destas dezenove adolescentes, duas não tinham contato com seus pais e três não consentiram que seus pais fossem entrevistados. Quatorze homens foram convidados a participar voluntariamente do estudo.

Os critérios de inclusão do estudo foram:

- Ser pai de paciente com idade entre 13 e 18 anos que estivesse em tratamento no GETA por AN ou BN, segundo os critérios do DSM-IV;
- Apresentar condições clínicas, emocionais e intelectuais adequadas para se submeter a uma entrevista de natureza psicológica, sem que houvesse prejuízos para o participante;
- Obtenção do consentimento da paciente para seu pai que o pai fosse entrevistado na pesquisa;
- Apresentar concordância, após leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (apêndice 1).

Foram considerados critérios de exclusão o participante apresentar, diagnóstico de transtorno psicótico, síndrome psico-orgânica ou retardo mental, segundo os critérios estabelecidos pelo DSM-IV (16). A escolha destes critérios de

exclusão está em consonância com um fundamento básico da construção de amostras em pesquisa qualitativa, que é a constituição de uma amostragem intencional, ou seja, aquela constituída por um número de pessoas deliberadamente preferidas por serem elas portadoras de representatividade social numa situação determinada (61). Potenciais participantes portadores dos transtornos mentais listados entre os critérios de exclusão não seriam portadores de representatividade social na questão formulada neste estudo.

A amostra foi fechada utilizando-se o critério de saturação (66, 67). Assim, após a conclusão de que a inclusão de novas entrevistas não levaria a nenhuma contribuição adicional com relação aos objetivos propostos no estudo, a coleta de dados foi interrompida. Essa conclusão foi devidamente validada por meio de discussão com os pesquisadores do Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa (LPCQ) do DPMP da FCM - UNICAMP e de supervisão diretamente feita pelo orientador do pós-graduando. Assim, a amostra foi fechada com 12 participantes, cujas características são listadas no Quadro 4.

3.6. Interação com os participantes

Considerou-se que esta pesquisa impôs aos entrevistados mínimo risco à saúde física ou emocional. Embora os entrevistados tivessem sido orientados de que poderiam solicitar novo contato com o pesquisador caso achassem necessário, nenhum deles apresentou tal demanda.

Quadro 2: Características dos participantes

Id	Idade	Situação conjugal	Diagnóstico da filha	Idade da filha
P1	58	Casado	AN-R	14
P2	42	Casado	AN-R	17
P3	44	Casado	BN	18
P4	46	Casado	AN-R	17
P5	35	Casado	BN	17
P6	36	Casado	AN-R	14
P7	42	Casado	AN-R	15
P8	54	Divorciado	AN-R	15
P9	55	Casado	AN-R	17
P10	53	Divorciado	AN-R	17
P11	55	Casado	AN-P	17
P12	57	Casado	AN-R	18

AN-R = anorexia nervosa tipo restritivo; BN = bulimia nervosa; AN-P = anorexia nervosa tipo purgativo. Diagnósticos baseados nos critérios do DSM IV (16)

Considerando que o pesquisador é também o coordenador do GETA e a possibilidade de como esse papel de autoridade poderia influenciar na decisão dos convidados de responder a entrevista, tomou-se um cuidado especial ao esclarecê-los sobre o caráter voluntário da participação na pesquisa, enfatizando-se que, em caso de recusa, as filhas dos indivíduos convidados não sofreriam qualquer prejuízo no seu tratamento. Não é possível avaliar qual foi o impacto que a função de coordenação de equipe do entrevistador teve nas respostas dos entrevistados e, portanto, se esse aspecto teria trazido algum viés aos resultados.

3.7. Procedimentos para coleta de dados

Inicialmente, os objetivos do estudo foram explicados a todas as 19 adolescentes que iniciaram o tratamento no GETA no período de janeiro de 2011 a junho de 2013. Quatorze delas concordaram que os pais fossem convidados a

participar. Seis pacientes informaram seus pais a respeito da pesquisa e a eles solicitaram que viessem ao serviço nas semanas que se seguiriam. Outras seis pacientes preferiram fornecer o número do telefone do pai ao pesquisador para que este o contatasse diretamente. Dos 14 potenciais participantes que foram convidados a participar voluntariamente da pesquisa, dois não aceitaram o convite, argumentando que não poderiam faltar do trabalho para comparecer ao ambulatório. Os 12 entrevistados foram informados sobre os objetivos do estudo e foram orientados que poderiam se negar a participar da pesquisa em questão sem penalidades ou quaisquer prejuízos ao tratamento de suas filhas no GETA. Caso aceitassem, poderiam ainda mudar de ideia durante a realização da entrevista, retirando o consentimento dado e terminando a sua participação. Após todos os esclarecimentos necessários e o TCLE (apêndice 1) apresentado e assinado, as entrevistas eram iniciadas. Uma cópia assinada do TCLE foi entregue aos participantes, ficando a outra em poder do pesquisador. Todas as entrevistas foram gravadas por meio de gravador digital de voz e transcritas integralmente. Aspectos importantes do comportamento do sujeito, bem como partes de seu discurso e reações contratransferenciais, foram registrados em papel, constituindo o diário de campo do pesquisador.

“A entrevista é um instrumento precioso de conhecimento interpessoal, facilitando, no encontro face a face, a apreensão de uma série de fenômenos, de elementos de identificação e construção potencial do todo da pessoa do entrevistado” (61). Conforme destacam Morse e Field (59), “A entrevista semiestruturada é usada quando o pesquisador conhece a maioria das questões a perguntar mas não pode prever as respostas” e, apesar de conter um roteiro ou plano, dá ao entrevistado liberdade para responder com aquilo que sente e pensa sobre determinado problema. É provavelmente o método mais utilizado no contexto da pesquisa médica que utiliza metodologia qualitativa (68).

Na presente pesquisa, o roteiro da entrevista semidirigida foi elaborado a partir dos objetivos da pesquisa, de revisão de literatura científica relacionada ao tema e da experiência clínica e reflexões do pesquisador surgidas durante o

período de aculturação e através de sua prática clínica acompanhando pacientes com transtornos alimentares sistematicamente há 10 anos (anexo II).

As entrevistas foram realizadas pelo próprio pesquisador, em consultório do ambulatório de psiquiatria do HC – UNICAMP, seguindo o método sugerido por Turato (61):

- i. Estabelecimento do *rapport*: momento em que pesquisador e entrevistado criam um sentimento de empatia, confiança e responsividade mútua;
- ii. Esclarecimentos acerca do tema e objetivos da pesquisa e assinatura do TCLE;
- iii. Coleta de dados de identificação do entrevistado e a solicitação da permissão para o uso de gravador;
- iv. Aplicação da entrevista semidirigida de questões abertas, observando-se aspectos comportamentais do entrevistado, que foram registrados no diário de campo.

3.8. Técnica de Tratamento dos Dados

As entrevistas transcritas e os dados anotados no diário de campo foram lidos e analisados pelo pesquisador na procura por sentidos, ou seja, o conteúdo latente, buscando compreender os significados das experiências vividas pelos participantes da pesquisa. Fontanella et al. (69) ressaltam que “no caso da pesquisa clínico-qualitativa, a informação que interessa ao investigador necessita ser encontrada do ponto de vista subjetivo dos indivíduos em estudo” e que, para tanto, com fidelidade à fala destes entrevistados, interpreta os resultados de acordo com a própria lógica deles considerando as relações de significado que estabelecem (69).

Além disso, é importante levar em conta a multiplicidade de sentidos atribuídos pelos indivíduos que vivenciam os fenômenos que são objetos do estudo, ou seja, o caráter polissêmico inerente ao discurso humano (70).

Campos e Turato (70) ressaltam ainda que o pesquisador clínico-qualitativo deve evitar posturas extremadas, de desconsiderar um conteúdo em detrimento de outro, acautelando-se para não negar a subjetividade humana e não impor seus próprios valores. Deve ele levar em conta o princípio básico da pesquisa qualitativa de que os dados analisados levam em consideração os significados que são atribuídos pelo sujeito da pesquisa (70).

Os dados resultantes da presente pesquisa foram submetidos à análise temática, proposta por Bardin, através da qual se procura, por meio da escuta e leitura flutuantes do material das entrevistas, descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação, e cuja presença ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objeto analítico escolhido (71). Esta técnica permite alcançar o núcleo de compreensão do texto, o que permite definir as categorias, de acordo com os tópicos significativos que emergem da escuta flutuante do material (57). Categorização, segundo Bardin (71), é um processo de classificação de elementos que são partes de um conjunto por meio de diferenciação e, em seguida, por reagrupamento segundo critérios previamente definidos. As categorias são classes ou rubricas que agrupam unidades de registro que compartilham entre si características comuns. Campos e Turato (70) consideram ainda que a categorização pode ser entendida como um processo de apresentação didático-científica dos resultados e discussões, referentes à realização da análise dos dados.

Seguindo a proposta definida pelo método clínico-qualitativo (61), os seguintes passos foram seguidos pelo pesquisador para o tratamento dos dados obtidos:

- i. Transcrição das entrevistas pelo próprio pesquisador;
- ii. Leitura e escuta flutuantes do material transcrito e gravado;

- iii. Leitura das anotações feitas pelo pesquisador no diário de campo na época em que as entrevistas foram realizadas;
- iv. Análise dos dados e agrupamento de falas nas entrevistas na busca por núcleos de sentido que saltam à observação do pesquisador;
- v. Organização dos agrupamentos em categorias;
- vi. Discussão exaustiva e minuciosa dos achados, com o orientador e com membros do LPCQ, com vista ao refinamento do material, e apresentação em eventos científicos e atividades acadêmicas.

3.9. Validação

O conceito de validade em investigações científicas representa a ideia de consistência ou solidez dos elementos que esperamos obter com o emprego de um método de investigação. Partindo de uma postura crítica e questionadora, o investigador deve trabalhar no sentido de garantir a maior proximidade possível entre os resultados encontrados na pesquisa e a realidade que está sendo estudada. A concepção de validade na pesquisa qualitativa não difere muito do conceito genérico (59, 61).

Com relação ao processo de validação dos resultados da pesquisa psicológica clássica, a validade tem sido entendida em duas principais dimensões: interna e externa (61). Segundo Turato (61), a validade interna pode ser assim conceituada:

Um processo envolvendo o autor e seu projeto e que configura rigores para que a apreensão dos fenômenos dê a estes o atributo de verdade, isto é, estejam em conformidade com o real, graças à função e ao poder adequados do pesquisador, dos recursos gerais e dos instrumentos auxiliares de pesquisa (61).

Assim sendo, admite-se que os dados coletados são válidos a partir do uso do expressivo conjunto de conhecimentos e experiências que perfazem a base intuitiva, intelectual e técnica do investigador.

A formação acadêmica do pesquisador, sendo psiquiatra e com a experiência de quase dez anos atendendo adultos e adolescentes com transtornos alimentares, tornou possível uma escuta atenta às sutilezas do discurso e uma habilidade para articular as teorias e técnicas já publicadas na literatura científica especializada em busca de atingir os objetivos propostos nesta pesquisa.

Turato (61) conceitua a validade externa como se segue:

A validação externa na pesquisa clínico-qualitativa é um processo que envolve o autor em posse dos achados da pesquisa e seus interlocutores acadêmicos, de cuja interação/debate afetivo-intelectual provirão considerações favoráveis ou adversas ao atributo de verdade destes achados (61).

Dessa forma, podem ser consideradas formas de validação externa: submeter-se à supervisão do orientador da pesquisa, discutir com interlocutores especialistas no tema objeto da investigação e com pares que trabalhem sob o mesmo paradigma, além da apresentação e discussão dos resultados da pesquisa com audiência qualificada em eventos científicos.

O presente estudo, desde a elaboração de seu projeto inicial, até a análise de seus resultados e conclusões, foi apresentado formalmente aos membros do LPCQ em seis oportunidades, o que permitiu incorporar à pesquisa críticas e sugestões elaboradas por eles, assim como as do orientador do pós-graduando, através de supervisão direta. Também puderam contribuir nesse processo todos que fizeram questionamentos e sugestões durante a apresentação de resultados parciais em diversos eventos científicos nacionais e internacionais. Nesse processo contínuo, o pesquisador teve a oportunidade de descartar e incorporar algumas ideias, além de ter outras validadas por seus pares.

3.10. Cuidados Éticos

O projeto desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FCM da UNICAMP, em maio de 2010, sob o parecer nº 401/2010, CAAE 0303.0.146.000-10. Este estudo considerou as exigências previstas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Participaram deste estudo somente as mulheres que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice 1), lido e assinado juntamente com o pesquisador antes do início das entrevistas em um dos consultórios do ambulatório de psiquiatria do HC - UNICAMP, ambiente adequado para a realização do procedimento. Cada entrevistado recebeu uma via do TCLE e outra foi arquivada pelo pesquisador. Os participantes da pesquisa concordaram espontaneamente em conceder as entrevistas conforme consta no TCLE. O pesquisador garantiu que qualquer esclarecimento sobre o estudo seria respondido de forma satisfatória para o entrevistado, no momento da realização da entrevista ou posteriormente, caso alguma dúvida viesse a surgir *a posteriori*. Os dados que pudessem identificar os participantes foram omitidos do estudo para garantir o sigilo e privacidade. Também foi garantido aos participantes que caso optassem por não participar da pesquisa ou quisessem interromper a entrevista, tais decisões não prejudicariam o tratamento ao qual suas filhas estavam se submetendo no GETA.

4. Resultados

Os resultados são apresentados em formato de artigo. Compõem os resultados desta pesquisa dois artigos cujos resultados respondem aos objetivos elaborados inicialmente na pesquisa.

Artigo 1

Who was abandoned? A qualitative study of fathers of adolescent females with eating disorders in outpatient treatment in Brazil

Artigo submetido ao International Journal of Eating Disorders

Artigo 2

O impacto do transtorno alimentar vivenciado pelo pai de adolescentes do sexo feminino em tratamento ambulatorial no Brasil: um estudo clínico-qualitativo.

Fathers' reports on the impact of having a daughter with an eating disorder: a Brazilian qualitative study.

Periódico pretendido: European Eating Disorders Review

4.1. Artigo 1



International Journal of
Eating Disorders

Who was abandoned? A qualitative study of fathers of adolescent females with eating disorders in outpatient treatment in Brazil

Journal:	<i>International Journal of Eating Disorders</i>
Manuscript ID:	IJED-14-0499
Wiley - Manuscript type:	Original Article
Date Submitted by the Author:	27-Nov-2014
Complete List of Authors:	Garcia Jr, Celso; State University of Campinas, Department of Medical Psychology and Psychiatry Campos, Lia; State University of Campinas, Department of Medical Psychology and Psychiatry Seidinger-Leibovitz, Flavia; State University of Campinas, Department of Medical Psychology and Psychiatry Turato, Egberto; State University of Campinas, Department of Medical Psychology and Psychiatry
Keywords:	anorexia nervosa, bulimia nervosa, eating disorders, father-child relationship, qualitative research, parents, family intervention

SCHOLARONE™
Manuscripts

Who was abandoned? A qualitative study of fathers of adolescent females with eating disorders in outpatient treatment in Brazil

Celso Garcia Junior ^{1, 2, 3}

MD; Psychiatrist; MSc

Lia Keuchguerian Silveira Campos ²

Psychologist, MSc

Flávia Machado Seidinger-Leibovitz ^{1, 2}

Psychologist, MSc

Egberto Ribeiro Turato ²

MD, PhD, Full Professor

1. Eating Disorders' Clinical and Research Program (GETA), State University of Campinas (UNICAMP)
2. Laboratory of Clinical-Qualitative Research, Department of Medical Psychology and Psychiatry, Faculty of Medical Sciences, State University of Campinas (UNICAMP)
3. Member of the Academy of Eating Disorders

Abstract

Objective: Family relationships can play a relevant role in the genesis and maintenance of ED. Aspects related to the patients' father have been poorly studied. The present study aims to understand life experiences and psychological characteristics of the fathers of female adolescents in outpatient treatment for anorexia nervosa (AN) or bulimia nervosa (BN) in Brazil. **Method:** Participants were fathers of eating disordered adolescent females in outpatient treatment (9 AN restricting subtype, 1 AN purging subtype and 2 BN). Twelve men completed a semi-structured in-depth qualitative interview with open-ended questions regarding () their life experiences and psychological characteristics. The transcriptions from the interviews were subjected to qualitative content analysis. **Results:** The analysis yielded three key themes: (1) Identity formation; (2) Insecurity; (3) Emotional connection. The participants were adrift in their childhood and adolescence, devastated by child labor. They desperately sought attention without achieving a secure, affective contact with their affectively distant, hardworking father. These individuals showed difficulties in dealing adequately with situations of anguish and conflict. They felt distant from their daughters and had the sensation of impotence when faced with their daughter's problems.

Discussion: The findings enhance the understanding of the emotional experiences of the fathers of patients with anorexia nervosa or bulimia and provide support for further studies. Although these results should not be generalized, they can help therapists to stimulate fathers sufficiently so that they become effectively involved in the life of their daughters and in the treatment they are undergoing.

Keywords: anorexia nervosa, bulimia nervosa, eating disorders, father-child relationship, qualitative research, parents, family intervention

Introduction

Eating disorders (ED) are severe psychiatric disorders typically affecting teenage girls and young women. Minuchin et al. (1) described families of people with anorexia nervosa as enmeshed, rigid, avoidant and overprotective. However, other authors have described how stressful it is to care for those with ED (2, 3). There is evidence supporting the premise that genetic and neurobiological are important factors underlying the pathogenesis of these diseases (4). Although any etiologic model of eating disorders in which family influences are seen as the primary cause of anorexia nervosa (AN) or bulimia nervosa (BN) should be firmly refuted, family relationships can play a relevant role in the genesis and maintenance of ED (5). Furthermore, some important studies concluded that family participation in treatment appears to be related to an improved treatment outcome (6-9). A better understanding of life experiences of patients' parents and their emotional psychological characteristics may facilitate their involvement in the therapeutic process. Most researches in this field focus on the mother but aspects related to the patients' father have been poorly studied. Certainly they play an important role in family system. Researching aspects of fathers' lives through qualitative methods may shed light on this field and help clinicians to adopt a better approach to these men so as to get them involved in the treatment. The present study aims to understand life experiences and psychological characteristics of the father of female adolescents in outpatient treatment for anorexia nervosa or bulimia.

METHOD

Participants and Recruitment

The study took place at the Clinical Teaching Hospital at the State University of Campinas (UNICAMP), Brazil, where Eating Disorders' Clinical and Research Program (GETA) activities are developed. This general hospital is located in a region of about 2, 8 million inhabitants in the southeast of the country. Participants were fathers of adolescent females in outpatient treatment at GETA from January 2011 through June 2013. The research objectives were explained to nineteen patients so they could choose whether or not to authorize the authors to invite their

fathers to participate. Two patients were not in contact with their fathers and three of them preferred not to permit their fathers to be interviewed. Fourteen men were invited to voluntarily participate in the research: two of them refused, claiming that their schedules were busy, and twelve men accepted (table 1). None of them was excluded, as they did not present psychotic symptoms or cognitive deficits. The men's age ranged between 35-58 years, ten were married to the patients' mothers and two were divorced and did not live with their daughters. All patients were female and their age ranged between 14-18 years and all of them met the DSM-IV (10) criteria for an eating disorder (9 AN restricting subtype, 1 AN purging subtype and 2 BN).

Procedures

The objectives of the study were explained to all adolescent patients who had begun treatment in the period when the study was carried out. Those adolescents who permitted their fathers to be interviewed informed them about the study and asked them to come to the service in the following weeks. Six patients preferred to give their father's telephone number so the researcher could contact them. Participants were informed about the study aims and after their written consent had been obtained, interviews were performed and taped so that the exact words of participants could be transcribed. They were advised that they could change their mind about participating at any stage during the research without jeopardizing their daughter's treatment. A semi-structured in-depth qualitative interview with open-ended questions was developed based on pertinent published scientific data. Each interview was carried out in one single appointment by the first author at UNICAMP Clinical Hospital and these interviews lasted between 41–72 minutes. They were digitally recorded and fully verbatim transcribed.

This study follows standards established by Helsinki's Declaration (11) that regulate Health research with humans and also was reviewed and approved by the Ethical Research Board of the Faculty of Medical Sciences of UNICAMP.

Qualitative data analysis

The principles of qualitative research were used to conduct the project research, data collection and result analysis since this method adopts a humanistic model, seeking to interpret scientifically the meanings that individuals attribute to their life experiences (12, 13). The sample was closed by utilizing the saturation criterion (14). Therefore, it was considered that the inclusion of further interviews would not yield any additional contribution with regard to the aims of the study. The transcriptions from the interviews formed the corpus for the study and were subjected to qualitative content analysis by the first author. To reduce investigator bias and enhance methodological rigor, the authors FMS, LKSC and ERT independently conducted the same analysis, their findings were integrated and emerging themes were reviewed and discussed by all authors.

RESULTS

The analysis yielded three key themes: (1) **Identity formation**; (2) **Insecurity**; and (3) **Emotional connection**. Themes 1 and 2 were subdivided in sub-strands (table 2). Each theme is described below and is illustrated with relevant quotes from the interviews.

Theme 1. Identity formation

Working since childhood

It can be seen that these fathers were adrift in their childhood and adolescence, devastated by child labor. Play activities were experienced as less frequent occurrences, of secondary importance to their parents who even punished them, submitting this boys to forms of violence, such as physical or psychological, when they were reluctant to go to work. Working since childhood was not an option; rather it was an obligation of the social context in which they were born, whether they liked it or not.

Childhood and adolescence were spent on a small farm; I was raised on the farm. At that time there was no adolescence: our adolescence was working, you see. (P09)

My father got up early and took me out to the fields. I used to go to the fields and spend the whole day there. What I wanted was to play; I wanted to stay playing with the kids. (P11)

As “there was no adolescence” to these men, it seems that this also have impaired their ability to help their daughters to deal with the anguish and anxiety that naturally arise in the transition between childhood and adolescence.

Identification with an affectively distant father

Imprisoned in their identification with the figure of an affectively distant, hardworking father, those interviewed desperately sought his attention without achieving a secure, affective contact, without being able to hold a dialogue or negotiate with him. The participants described their fathers as very demanding, sometimes aggressive men, who were almost totally dedicated to work, neglecting their relationship with the family.

Because my father was never present, you see? My father used to play cards at night, so he spent the whole night at the card table. (P01)

Ah, with the loss of my father I took a great fall because I didn't have a base, did I? My father was my foundation. I was always a very insecure person. (P08)

When it began to get dark and I saw my father didn't come home, I became desperate, crazy, I felt total desperation, you know? I just went from one place to another, I went here, I went there, I went here and would say to my mother: “Isn't father coming, my father, isn't my father coming? (P11)

The strict mother who laid down the rules

The participants described that their fathers did not represent a figure of authority in the face of an excessively strict mother who was busier laying down the rules than being affectionate and caring. It was the mother who ended up managing the household and representing the central figure of authority.

My mother was always strict with us. (P10)

My mother was bossy! And at home my father was a little sheep. (P04)

My mother used to hit (us), I was the one who got spanked most at home, and I always say to anyone, I really got spanked, right. I said that if spanking killed, I would have died. (P11)

The interviewees experienced emotional abandonment, without a close affective relationship with their father and subjected to the mother's strictness. They had little chance of living their childhood actually as children, subjected as they were to a tradition in which work during childhood was imposed with no choice. Thus they grew up adrift from the emotional point of view: both fragile and dependent.

I used to sleep till a certain time of day and got up crying. I was crying like a desperate person, I used to get up crying and then my mother would throw me out of the house, lock the door and leave me crying outside. (P11)

I had no conversation with the parents. The parents didn't talk at all... I grew up like that, a person not knowing anything about life, with no chance to study. (P08)

...what happened to me during adolescence, I started to feel dejected...I thought that.... I even wanted to die because I thought my mother didn't care about me. (P08)

Theme 2. Insecurity

The feeling of powerlessness

The participants reported that they experienced difficulty in understanding that their daughters had an eating disorder and, furthermore, how they felt powerless to help them face the illness when treatment started. They had the sensation of not having access to their daughter, they felt distant from them. These difficulties can be related to their own insecurity and fragility as well as to the difficulty in getting affectionately close to their daughters, in the same way that it had been in the relationship with their own parents, with whom they identified.

I had to be, like, at the mercy of the situation, kind of stuck, without knowing what to do... Sort of powerless in this situation. (P12)

I think I felt incapable of doing anything. (P5)

Explosive temper

One of the characteristics of the participants of the study is the difficulty in dealing with anguish and with situations of conflict in the family relationship, even before their daughter's illness. In this context, alcohol and drug abuse as well as an explosive temper can reveal this fragility.

I began to get involved with drugs, I started using, then I started arriving home late, staying in the bar until sunrise. It was then that we began to have a crisis, even in our marriage. (P6)

I am rather rough, I am rather short-tempered... Suddenly, I get angry, you see? I don't want to be like that... (P9)

Ah, I am rather angry... I get irritated easily and I think it's from working at night. (P2)

Theme 3. Emotional connection

The participants talked about the “dream of being a father” in their statements, which nevertheless appear to be lacking subjective implication or emotional connection. Through their declarations, it can be perceived that fatherhood represented a significant experience, albeit not necessarily a modifying one. What is more, just as they experienced in their childhood, they realize how difficult it is to actually be close to their daughters, in such a way as to be able to show affection and care as well as understanding their anguish and demands. They tend to delegate this function to the mother and keep their distance when taking part in the discussions of their daughter's health, thus reproducing the family dynamics that they experienced with their own parents. They consider this distancing from their daughter to be related to their dedication to work, but they frequently appear unable to change this situation.

I was always someone who worked a lot and the person who looked after the upbringing of my son and my daughter was my wife. (P12)

I think of myself as such an intelligent person and yet I cannot reach my daughter, I cannot manage to talk to my daughter. (P12)

No matter how much love we have, I became a little distant and she ended up being more affectionate with her mother. (P2)

DISCUSSION

This qualitative research aimed to understand life experiences and psychological characteristics of the father of female adolescents in outpatient treatment for anorexia nervosa or bulimia. In the rural society where these participants were born decades ago, poverty and a possible legacy from slavery contributed to child labor being considered as acceptable and even natural and that, due to this, there were no alternatives but to work from an early age. This experience of starting work so young and the lack of play activities led to these men to report a tough childhood. We did not find any research in the literature that has investigated the history of child labor in parents of ED patients. However, Dallos (15) found in his work that the fathers experienced an extremely insecure and sad childhood. Hooper e Dallos (16) found that fathers reported having experienced difficulties in their own childhood. Besides child labor, the identification with an affectively distant father who appeared weak when facing an authoritarian wife was a factor that may have contributed in the formation of identity of these men. We can hypothesize that these factors contributed to the formation of individuals with fragilities and insecurities that jeopardized their capacity to deal adequately with situations of anguish and conflict. In fact, some researchers concluded that fathers of ED adolescents were reward dependent, poorly persistent and self-directive (17-19) and highly harm avoidant (17-21). As Fassino et al. (17) state, the father may be the “weak spot” in the family. These characteristics of temperament can predispose the fathers to explosive reactions. Investigating personality traits among parents of ED subjects, Amianto et al. identified fathers with explosive temper (22). Ravi et al. (23) found a correlation between higher levels of hostility from the fathers and the greater duration of ED in the daughters. The participants showed a certain affective distance from their daughters while at the same time the sensation of impotence when faced with their problems. These findings are consistent with those of other authors (16, 24, 25). It is interesting that, in the same way as Hooper & Dallos (16) described in their research, the interviewees struggled to establish a connection with the emotional content of the interview. Cook-Darzens et al. (26) comparing families of patients with anorexia nervosa with a non-clinical control group, found

that the fathers of the patients with AN appeared to be less dissatisfied with the family relation than their daughters. This finding can underpin the idea that the father is so emotionally distant from the daughter that he is unable to adequately perceive her difficulties and demands.

CONCLUSIONS

The findings of this research enhance the understanding of the emotional experiences of the fathers of patients with anorexia nervosa or bulimia and provide support for further studies. The results can contribute to the discussion as to the important aspects in the identity formation in the fathers of ED patients, the way they relate to their daughters and how they experience fatherhood. However, the way in which the father-daughter relationship interferes in the occurrence or in the continuation of ED still needs to be investigated further. The participants reported experiences of anguish and abandonment in childhood, describing their fathers as being affectively distant people and their mothers as authoritarian. In adult life, they have difficulty in dealing with situations of conflict, including in the relation with their daughters, from whom they also feel distant. These results should not be generalized as they are based on the authors' interpretation of experiences of people who are in a sociocultural context of a Latin American country. As discussed by Horesh et al. (27), specialized programs for ED should not just focus on the treatment of the relations with the mother but also of the father. It is also recommended that therapists stimulate fathers to become effectively involved in the life of their daughters and in the treatment they are undergoing. Finally, it is suggested that in future qualitative research the triad mother-father-daughter be studied.

Table 1: Participants' characteristics

Id	Age	Marital status	Daughter's diagnosis	Daughter's age
P1	58	Married	AN-R	14
P2	42	Married	AN-R	17
P3	44	Married	BN	18
P4	46	Married	AN-R	17
P5	35	Married	BN	17
P6	36	Married	AN-R	14
P7	42	Married	AN-R	15
P8	54	Divorced	AN-R	15
P9	55	Married	AN-R	17
P10	53	Divorced	AN-R	17
P11	55	Married	AN-P	17
P12	57	Married	AN-R	18

(AN-R = anorexia nervosa restricting subtype; BN = bulimia nervosa; AN-P = anorexia nervosa purging subtype)

Table 2: Main themes, strands and their participant origins

Main themes	Strands	Participant ID (contributing to strand)
Identity formation	Working since childhood	P1, P3, P5, P6, P9, P11, P12
	Identification with an affectively distant father	P1, P2, P3, P8, P9, P11
	The strict mother who laid down the rules	P3, P4, P5, P10, P11, P12
Insecurity	The feeling of powerlessness	P3, P5, P6, P11, P12,
	Explosive temper	P2, P3, P4, P5, P6, P7, P9, P11
Emotional connection		P2, P3, P5, P6, P8, P12,

References

1. Minuchin S, Rosman B, Baker I. Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1978.
2. Eisler I. The empirical and theoretical base of family therapy and multiple family day therapy for adolescent anorexia nervosa. *Journal of Family Therapy*. 2005;27(2):104-31.
3. Whitney J, Murray J, Gavan K, Todd G, Whitaker W, Treasure J. Experience of caring for someone with anorexia nervosa: Qualitative study. *British Journal of Psychiatry*. 2005;187(NOV.):444-9.
4. Klump KL, Bulik CM, Kaye WH, Treasure J, Tyson E. Academy for eating disorders position paper: eating disorders are serious mental illnesses. *Int J Eat Disord*. 2009;42(2):97-103.
5. le Grange D, Lock J, Loeb K, Nicholls D. Academy for Eating Disorders position paper: the role of the family in eating disorders. *Int J Eat Disord*. 2010;43(1):1-5.
6. Fisher CA, Hetrick SE, Rushford N. Family therapy for anorexia nervosa. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2010(4):CD004780.
7. Eisler I, Dare C, Russell GF, Szumukler G, le Grange D, Dodge E. Family and individual therapy in anorexia nervosa. A 5-year follow-up. *Arch Gen Psychiatry*. 1997;54(11):1025-30.
8. Eisler I, Simic M, Russell GF, Dare C. A randomised controlled treatment trial of two forms of family therapy in adolescent anorexia nervosa: a five-year follow-up. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. 2007;48(6):552-60.
9. Lock J, Couturier J, Agras WS. Comparison of long-term outcomes in adolescents with anorexia nervosa treated with family therapy. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006;45(6):666-72.
10. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV). (4 ed). Washington: American Psychiatric Association; 1994.

11. World Medical A. World medical association declaration of helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. JAMA. 2013;310(20):2191-4.
12. Richards L, Morse JM. Readme first for a users guide to qualitative methodology. Thousand Oaks, CA: SAGE; 2012.
13. Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação às áreas da saúde e humanas. (5 ed). Petrópolis: Ed. Vozes; 2011.
14. Morse JM. The Significance of Saturation. Qualitative Health Research. 1995;5(2):147-9.
15. Dallos R. Attachment narrative therapy: integrating ideas from narrative and attachment theory in systemic family therapy with eating disorders. Journal of Family Therapy. 2004;26(1):40-65.
16. Hooper A, Dallos R. Fathers and Daughters: Their Relationship and Attachment Themes in the Shadow of an Eating Disorder. Contemp Fam Ther. 2012;34(4):452-67.
17. Fassino S, Svrakic D, Abbate-Daga G, Leombruni P, Amianto F, Stanic S, Rovera GG. Anorectic family dynamics: temperament and character data. Compr Psychiatry. 2002;43(2):114-20.
18. Fassino S, Amianto F, Abbate-Daga G. The dynamic relationship of parental personality traits with the personality and psychopathology traits of anorectic and bulimic daughters. Comprehensive Psychiatry. 2009;50(3):232-9.
19. Fassino S, Amianto F, Abbate Daga G, Leombruni P, Garzaro L, Levi M, Rovera GG. Bulimic family dynamics: Role of parents' personality - A controlled study with the temperament and character inventory. Comprehensive Psychiatry. 2003;44(1):70-7.
20. Lilenfeld LR, Kaye WH, Greeno CG, Merikangas KR, Plotnicov K, Pollice C, et al. A controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: psychiatric disorders in first-degree relatives and effects of proband comorbidity. Arch Gen Psychiatry. 1998;55(7):603-10.

21. Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, Welch SL. Risk factors for anorexia nervosa: three integrated case-control comparisons. *Arch Gen Psychiatry*. 1999;56(5):468-76.
22. Amianto F, Daga GA, Bertorello A, Fassino S. Exploring personality clusters among parents of ED subjects. Relationship with parents' psychopathology, attachment, and family dynamics. *Comprehensive Psychiatry*. 2013;54(7):797-811.
23. Ravi S, Forsberg S, Fitzpatrick K, Lock J. Is there a relationship between parental self-reported psychopathology and symptom severity in adolescents with anorexia nervosa? *Eat Disord*. 2009;17(1):63-71.
24. Ringer F, Crittenden PM. Eating disorders and attachment: the effects of hidden family processes on eating disorders. *Eur Eat Disord Rev*. 2007;15(2):119-30.
25. Bruch H. *Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa and the person within*. Houston: Basic Books; 1973.
26. Cook-Darzens S, Doyen C, Falissard B, Mouren MC. Self-perceived family functioning in 40 French families of anorexic adolescents: Implications for therapy. *European Eating Disorders Review*. 2005;13(4):223-36.
27. Horesh N, Sommerfeld E, Wolf M, Zubery E, Zalsman G. Father-daughter relationship and the severity of eating disorders. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*. 2014.

Acknowledgements

We thank the members of the Laboratory of Clinical-Qualitative Research (LPCQ) of the Department of Medical Psychology and Psychiatry of Faculty of Medical Sciences (UNICAMP) for their very important contributions.

4.2. Artigo 2

European Eating Disorders Review

Preview (ERV-RA-2015-01-1084)

From: celsojr@unicamp.br

To: celsojr@unicamp.br

CC: celsojr@unicamp.br, liacampos81@uol.com.br, flaviaseidinger@gmail.com, carlmari@fcm.unicamp.br, erturato@uol.com.br

Subject: European Eating Disorders Review - Manuscript ID ERV-RA-2015-01-1084 [email ref: SE-6-a]

Body: 21-Jan-2015

Dear Dr. Garcia:

Your manuscript entitled "Fathers' reports on the impact of having a daughter with an eating disorder: a qualitative study in Brazil" by Garcia, Celso; Campos, Lia; Seidinger, Flavia; Turato, Egberto, has been successfully submitted online and is presently being given full consideration for publication in European Eating Disorders Review.

Co-authors: Please contact the Editorial Office as soon as possible if you disagree with being listed as a co-author for this manuscript.

Your manuscript ID is ERV-RA-2015-01-1084.

Please mention the above manuscript ID in all future correspondence or when calling the office for questions. If there are any changes in your street address or e-mail address, please log in to Manuscript Central at <https://mc.manuscriptcentral.com/erv> and edit your user information as appropriate.

You can also view the status of your manuscript at any time by checking your Author Center after logging in to <https://mc.manuscriptcentral.com/erv>.

Thank you for submitting your manuscript to European Eating Disorders Review.

Sincerely,
European Eating Disorders Review Editorial Office

Date Sent: 21-Jan-2015

 Close Window

Fathers' reports on the impact of having a daughter with an eating disorder: a qualitative study in Brazil

Celso Garcia Junior^{1, 2}

Garcia, C

MD; Psychiatrist; MSc

celsojr@unicamp.br

Postal address:

Cidade Universitária "Zeferino Vaz"

PO Box 6111

13081-970 – Campinas – SP – Brazil

Phone number +55 19 99842-0939

Fax +55 19 3521-7206

Lia Keuchguerian Silveira Campos²

Campos, LKS

Psychologist, MSc

Flávia Machado Seidinger-Leibovitz^{1, 2}

Seidinger-Leibovitz, FM

Psychologist, MSc

Egberto Ribeiro Turato²

Turato, ER

MD, PhD, Full Professor

Affiliations:

1. Eating Disorders' Clinical and Research Program (GETA), State University of Campinas (UNICAMP)
2. Laboratory of Clinical-Qualitative Research, Department of Medical Psychology and Psychiatry, Faculty of Medical Sciences, State University of Campinas (UNICAMP)

Abstract

Aims: To understand the experiences of the fathers of female adolescent patients diagnosed with an eating disorder and undergoing outpatient treatment, from the onset of the disorder and including the therapeutic process. **Method:** The qualitative method was adopted. Twelve men answered an interview about the emotional experiences they had undergone since the onset of their daughter's ED. The transcripts of the interviews were submitted to a qualitative analysis of content.

Results: The analysis yielded five themes (1) In the beginning, it was just a mild diet; (2) Impact by ED; (3) Feelings of guilt; (4) Treatment and hope; (5) Becoming closer to the daughter. **Discussion:** The results alert ED specialist to the need of giving adequate attention to the patients' fathers, not just because of their emotional suffering but also because the daughter's treatment can represent a good opportunity to carry out interventions that aim to improve the father-daughter relationship.

Keywords: eating disorder, anorexia nervosa, bulimia nervosa, father-child relations, qualitative research

Introduction

Eating disorders are serious psychiatric illnesses that typically affect adolescent and young women. Patients of all ages with anorexia nervosa (AN) or bulimia nervosa (BN) experience physical, emotional and social impairment (J. Treasure & Birmingham, 2010) and some of these are never totally recovered and will suffer with ED symptoms for their entire life. Psychiatric co-morbidity is fairly common in this population (Hudson, Hiripi, Pope, & Kessler, 2007; Jacobi, et al., 2004) and the mortality rate is one of the highest among mental disorders (Papadopoulos, Ekbom, Brandt, & Ekselius, 2009).

Despite recognition of the importance of the parents' involvement in the treatment of EDs in childhood and adolescence (Lask, 2000) and of the concept that the family should be considered as a resource in the treatment (Lock & le Grange, 2005), the stress of having a child with ED must not be underestimated. This close contact can have a significant impact on the physical and mental well-being of the caregiver (Hillegge, Beale, & McMaster, 2006; Ma, 2011; J. Treasure & Birmingham, 2010; Whitney, et al., 2005). Although this subject has been insufficiently studied,

(Cottee-Lane, Pistrang, & Bryant-Waugh, 2004; Hillege, et al., 2006), some authors have concluded that the impact on the health of the caregiver of a person with ED is comparable to that of one caring for a person with schizophrenia (Perkins, Winn, Murray, Murphy, & Schmidt, 2004; Santonastaso, Saccon, & Favaro, 1997; J. Treasure, et al., 2001).

Understanding the needs of the caregiver and how to deal with this satisfactorily can influence the prognosis of an ED patient. Besides this, it could be the first step in setting up therapeutic strategies for those looking after someone with ED. Providing quality support and information for these caregivers is one of the actions advocated in the main available guidelines on this topic (American Psychiatric Association, 2006; National Institute for Clinical Excellence, 2004).

Most research in this field studied fathers and mother simultaneously or just the mothers. Researchers who compared the impact of ED on the lives of fathers and mothers of sick patients concluded that the mothers showed greater suffering and worse quality of life than the fathers (Martin, et al., 2013; Stern, Doolan, Staples, Szmukler, & Eisler, 1999). This difference was attributed to the fact that men appeared to be more distant from their daughters' problems (Dancyger, Fornari, Scionti, Wisotsky, & Sunday, 2005; Morris, Woods, Davies, & Morris, 1991; J. Treasure, et al., 2001; Whitney, et al., 2005). As the mothers routinely take on the role of caregiver for their offspring, it is undeniable that when one of them falls ill is a source of great exhaustion. But what can be said about the impact that having a child with ED provokes in the father, who often plays a more distant role in the family routine?

The impact that an ED produces in the lives of family members and caregivers has not been sufficiently documented in scientific literature. Nor do we find research that has adequately explored the experiences that a daughter's disorder brings exclusively to the father.

Aims

The present study has as its aim to understand the experiences of fathers of female adolescent patients undergoing outpatient treatment for a diagnosis of eating disorder in accordance with the criteria of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV (American Psychiatric Association, 1994), from the onset of the illness and including the therapeutic process.

Method

Setting and participants

The study was carried out at the Clinical teaching Hospital of the State University of Campinas (UNICAMP), where the activities of the Eating Disorders' Clinical and Research Program (GETA) are developed. This general, tertiary level hospital is part of the Brazilian National Health System and is located in the southeastern region of Brazil, more specifically in the Metropolitan Region of Campinas, with a population of approximately 2.8 million people. Since 2005, GETA has treated adolescent and adult patients diagnosed with eating disorders, following the multidisciplinary model advocated in existing guidelines.

The participants invited for the study were fathers of female adolescents who had begun outpatient treatment at GETA between January 2011 and July 2013. The aims of this research were initially presented to 19 patients, who were the daughters of the potential participants, so that they might or might not authorize the interviewer to invite their respective fathers to take part in the research. Of the 19 adolescents, two had no contact with their fathers and three did not give their consent for the fathers to be interviewed. Of the 14 potential participants, two refused to take part, alleging unavailability due to work commitments. None of the voluntary participants was excluded due to presenting psychotic symptoms or cognitive deficiencies, considered as criteria for exclusion from the research. The first author has conducted the interviews in a private room. The sample was thus made up of 12 men, aged between 35-58 years (Table 1). Ten of them were

married to the mother of the patient at the time of the interview and two were divorced and did not live with their daughter. The patients were aged between 14 and 18 and presented a diagnosis of eating disorder based on the criteria of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV (American Psychiatric Association, 1994). The diagnosis had previously been given by an assisting psychiatrist at the beginning of the treatment in GETA (9 AN restrictive type, 1 AN purgative type and 2 BN).

Procedures

The interviews began only after the aims of the study were clarified to the participants and their written consents were obtained. After briefly collecting socio-demographic data, which was conducive to the rapport, the participants answered a semi-directed in depth interview with open-ended questions, which included questions such as “What is it like for you to have a daughter with an eating disorder?” or “How did you experience the treatment that your daughter needed to do?” The format of the interview was based on the precepts of qualitative research, encouraging those interviewed to report psychological meanings, mental representations and symbolisms in general of the phenomena in question. The questions were formulated based on the aims of the research and adjusted by the results found in the scientific literature. The interviews lasted between 41 and 72 minutes and were recorded and transcribed in full by the first author.

Ethics approval

This study follows the standards established by the Helsinki Declaration (World Medical, 2013) that regulates research carried out on human beings and was approved by the Research Ethics Committee of the Medical Sciences Faculty of UNICAMP.

Qualitative Analysis

In the present research, the qualitative method was used (i.e., non-experimental, non-randomized, non-comparative), from the design of the study to the discussion of the results. “Qualitative research methods could help us to improve our

understanding of medicine” (Malterud, 2001). It is a method that adopts the humanistic model (i.e., non-causal model) that seeks to interpret scientifically the meanings that individuals attribute to their life experiences (Richards & Morse, 2012; Turato, 2011).

The sample was closed using the theoretical saturation of information criteria (Glaser & Strauss, 1999). Thus, it was considered that to include new interviews would not add any additional relevant contribution to the construction of categories pertinent to the initial aims of the study.

The literal transcripts of the interviews were repeatedly read according to the Bardin (1979) content analysis, seeking a core of meanings, in such a way as to create themes. The results of the analysis were discussed intensely among the authors as well as with researchers of the Laboratory of Clinical-Qualitative Research of the Faculty Medical Sciences of UNICAMP, within the peer-review system. These discussions made it possible for the authors to revise their hypotheses, validating some while rejecting others, thus minimizing possible biases and increasing methodological rigour.

Results

The following themes emerged from the data analysis: (1) In the beginning, it was just a mild diet; (2) Impacted by the ED; (3) Feelings of guilt; (4) Treatment and hope; (5) Becoming closer to the daughter. Theme 2 was subdivided into subcategories (Table 2). Each theme is described below and illustrated with representative utterances of those interviewed.

Theme 1. In the beginning, it was just a mild diet

The participants reported that, at the start, the weight loss related to AN was experienced quite naturally and initially linked to the daughter's expressed desire to lose weight so as to become prettier or simply to improve the quality of the food

she ate. At this time, there was no concern as to a disease, or to any mental disorder.

I didn't know. It took us a long time to discover because she said she was only on a diet. (P3)

In some cases, starting a diet based on restricting food intake was even encouraged by the family, including the father.

She began a mild diet and we supported this, in the beginning. (P12)

We began to say to her that she had to eat properly otherwise she would end up putting on a lot of weight. Then she stopped eating, so as to lose a bit of weight. Only that she never stopped. (P9)

Theme 2. Impacted by the ED

Concern and fear of losing the daughter

With the deteriorating state of the daughter's health, whether it be due to eating restrictions or to the purgative behaviour, the concern felt by the interviewed men took on relevant proportions and the fear of their daughter's death was felt to be real.

Oh, the impact on us was of losing our daughter, the sensation that we would lose her. (P7)

We thought that she would die. And if we hadn't brought her here, she would really have died. (P9)

The concern and fear that their daughter would die seems to have galvanized these fathers into seeking ways of helping her.

I would do anything. If it were possible, in the beginning, I would pay for her to be admitted to a clinic for her to get better. (P5)

Frustration and sadness

The interviewees reported the sensation of frustration and sadness not just in relation to their daughter's state of health but also due to the difficulties in relationship brought about by the ED. The lies told by the daughter and the disrespect for the orders given by the doctors or by the parents themselves led to frequent family arguments.

I think that at this time I cried all that I hadn't cried in my whole life. (P1)

Ah, I have a painful feeling inside because I remember the girl she used to be. (P3)

Sometimes, the participants described a mixture of feelings, both in relation to themselves and towards their daughter.

We become sad, right, and there are moments when it makes you angry at the same time. So I think that's when I feel frustrated. (P2)

Feeling powerless

The participants showed pain and anger when they realised they felt incapable of modifying their daughter's behaviour. The efforts, the attempts at dialogue as well as the rules imposed at meal times were described as useless. Even chatting and finding "the right thing to say" appeared to be difficult.

I think I feel incapable of doing anything. (P5)

I feel stuck, not knowing what to do... Quite impotent when facing this situation. (P12)

Impotent when faced with the seriousness of the situation in which their daughter found herself, the fathers described a sensation of despair, accompanied by great emotional suffering.

In the situation she was, there was no conversation. We went crazy! We were adrift, without knowing what to do or what not to do! (P7)

Helplessness

Depending on the seriousness of the eating symptoms presented and the daughter's resistance to following professional and family guidance, the feeling of powerless mixed with helplessness.

I believe that it is a disease that won't have a definitive cure. (P07)

My concern is that my daughter is being treated but actually she isn't getting better. (P04)

Theme 3. Feelings of guilty

In seeking explanations for why their daughter had fallen ill, the interviewees reported having experienced a sense of guilt. In certain cases, this feeling seems to have been influenced by the discourse of the daughter or the wife, who held him responsible for the onset of the eating disorder.

"She gets upset, she swears, she says: you are to blame". (P3)

Other fathers recall the past and analyze what they did wrong that might have contributed to the onset of the psychiatric disorder.

I am to blame for what she is going through because it is not easy for an adolescent, for a child to see her father arriving home high on drugs. (P6)

I take the blame, so much so that now I am restraining myself. (P4)

Theme 4. Treatment and hope

The multidisciplinary treatment undertaken by the patient and her family signified hope for the participants.

The treatment has been good. For me it means hope. (P11)

As the therapeutic process began to take effect, the sense of despair and impotence began to fade, to be replaced by a positive expectation and the recognition of progress.

Just seeing how she improved 95% from what she was... she's another person, another girl. (P6)

Theme 5. Becoming closer to the daughter

The interviewees reported that faced with their daughter's illness and having followed the orientations received during the treatment, they were able to acknowledge the need to change some postures and offer their daughter more.

I thought that I too had to dedicate a little time to her also, so that she progressed. (P8)

The fathers perceived that, after the onset of the ED and with the treatment, they became closer to their daughters and "started talking to them more".

I started to talk more with Ana and with Paula. (P1)

They also realized that this change was not only in relation to their daughter but also with their wife and other children.

At home things improved a lot, this illness helped us three quite a bit at home. (P7)

Discussion

The participants reported that in the beginning they were not concerned with the daughter's weight loss, endorsing the findings of Espindola & Blay (2009) that the parents lack greater objective information on EDs that would allow them to consider the possibility that their daughters were falling ill. The study of Svensson, Nilsson, Levi, & Suarez (2013), and Thomson, et al. (2014), both using qualitative methodology, found that parents seek information on the internet about their daughter's illness so as to identify whether they really have an ED and to learn how

to deal with the difficulties that the disorder imposes on the family relations. The perception of the family that their daughter may have an eating disorder is a gradual process (Cottee-Lane, et al., 2004; Espindola & Blay, 2009). In the beginning, the parents seem to underestimate the earliest signs of AN. They notice the changes in eating habits of their child but they interpret the initial weight loss as something positive, related to the adolescent phase and self-limiting (Cottee-Lane, et al., 2004; Thomson, et al., 2014).

The interviewees reported having undergone intense, negative experiences. According to Cottee-Lane et al. (2004) and Svensson, et al. (2013), the parents describe the experience of having a child with ED as “having a nightmare while awake”, in which the ED controls the attitudes and thoughts of the child. Emotional suffering, with anxiety, frustration and bewilderment are described in various studies with parents of ED patients (Cottee-Lane, et al., 2004; Kyriacou, Treasure, & Schmidt, 2008; Orive, et al., 2013; Smink, van Hoeken, & Hoek, 2012; Svensson, et al., 2013; Whitney, et al., 2005). The concern they experience goes beyond the physical and mental health of their sick daughter and also refers to the suffering felt indirectly by other members of the family.

The participants remember the feelings of sadness and frustration related to the experience of having a daughter with ED. Our findings tally with those of Thomson, et al. (2014), although these authors found a link between these feelings experienced by the parents and the delay in seeking adequate treatment for the child with ED. The participants in the present study did not spontaneously show this relation but neither can it be asserted that this phenomenon did not exist in the sample studied.

The participants of this study experienced a feeling of guilt in relation to their daughters' illness, as was found in other studies. Cottee-Lane, et al. (2004) observed that some parents blame themselves for the delay in recognizing their child's illness. In other studies, the parents question their attitudes in bringing up their child (Whitney, et al., 2005) or criticize themselves in the belief that they were in some way responsible for the eating disorder (Perkins, et al., 2004; Janet Treasure, Gavan, Todd, & Schmidt, 2003). This feeling of guilt must be

painstakingly addressed during the treatment. The concept that the parents are responsible for their daughter's ED has never been scientifically proven and should be vehemently rejected. The feeling of guilt, besides imposing emotional suffering on the parents, makes it difficult for them to gain control of the situation during treatment.

Despite participating much less than the mothers in the therapeutic activities, the fathers interviewed appeared to be well-informed about the clinical progress of their daughters. This may be a characteristic of the population studied or a bias in the selection for the research. It is possible that the participants who voluntarily accepted to be part of the study are *a priori* those with a closer relationship with their daughters.

Despite the difficult process, permeated by much suffering, those interviewed reported that the eating disorder had an effect of producing changes in the family in the sense of making it more united. These were also the findings of Hillege, et al. (2006). In their study, Perkins, et al. (2004) found that almost half the caregivers believed they had personally developed as a result of the experiences brought about by the ED. The results of the present study do not allow such an assertion, however, the change in posture experienced by the fathers of ED patients is fairly relevant if we hold that the difficulties in the parent-child relationship are a significant part of the clinical work in ED.

Conclusion

As already described in other studies, initially the symptoms of ED were disregarded by the fathers. As the clinical condition of the daughter worsened, feelings of frustration, sadness and fear of death were experienced by the interviewees, who felt guilty and impotent *vis-à-vis* the situation and were unsuccessful in their approach to their daughter. As the treatment began to have good results, the fathers recognized positive changes in their daughter and the feeling of impotence gave way to one of hope. The results confirmed that the

fathers of ED patients also experienced emotional suffering in relation to the mental disorder of their daughter and for this reason, adequate therapeutic care should be made available for them too. The members of teams specializing in ED should be prepared to address this satisfactorily. There is no doubt as to the manifold harm that the eating disorder can cause to the patients and to their families. However, the fathers studied recognized that after the ED, they began to talk more to their daughters. Apparently the illness served as a path leading to greater closeness in the father-daughter relationship. This hypothesis appears to be plausible, above all if the patient and family members are committed to suitable treatment and open to the individual changes necessary for the transformation in the family relations to actually take place.

Our findings can contribute to the knowledge in this area and can be used in clinical practice. Nonetheless, the study has its limitations. Due to its design, it is not possible to make comparisons between the impact experienced by the father and by the mother of the patient during the ED, nor analyze the consequences of the father's experience in the life of his daughter. Moreover, the results are based on the authors' interpretations in relation to the experiences of people in a socio-cultural context of a Latin American country and for this reason cannot be generalized.

Declaration of conflict of interest

The authors declare that there is no conflict of interest.

Acknowledgements

We would like to thank the members of the Laboratory of Clinical-Qualitative Research of the Department of Medical Psychology and Psychiatry of the Faculty of Medical Sciences of UNICAMP for their invaluable contributions.

Table 1: Participants' characteristics

Id	Age	Marital status	Daughter's diagnosis	Daughter's age
P1	58	Married	AN-R	14
P2	42	Married	AN-R	17
P3	44	Married	BN	18
P4	46	Married	AN-R	17
P5	35	Married	BN	17
P6	36	Married	AN-R	14
P7	42	Married	AN-R	15
P8	54	Divorced	AN-R	15
P9	55	Married	AN-R	17
P10	53	Divorced	AN-R	17
P11	55	Married	AN-P	17
P12	57	Married	AN-R	18

(AN-R = anorexia nervosa restricting subtype; BN = bulimia nervosa; AN-P = anorexia nervosa purging subtype)

Table 2: Main themes, strands and their participant origins

Main themes	Strands	Participant ID (contributing to strand)
In the beginning, it was just a mild diet		P3, P9, P12
Impact by ED	Concern and fear of losing the daughter	P4, P5, P6, P7, P9, P11
	Frustration and sadness	P1, P2, P3, P6
	Feeling powerless	P2, P5, P7, P11, P12
	Helplessness	P3, P4, P7
Feelings of guilt		P1, P3, P4, P8
		P3, P4, P6, P7
Treatment and hope		P3, P5, P6, P7, P11, P12
Becoming closer to the daughter		P1, P5, P7, P8, P10

References

- American Psychiatric Association. (2006). *Practice guidelines for the treatment of patients with eating disorders* (3rd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bardin, L. (1979). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Cottee-Lane, D., Pistrang, N., & Bryant-Waugh, R. (2004). Childhood onset anorexia nervosa: The experience of parents. *European Eating Disorders Review*, 12(3), 169-177.

- Dancyger, I., Fornari, V., Scionti, L., Wisotsky, W., & Sunday, S. (2005). Do daughters with eating disorders agree with their parents' perception of family functioning? *Comprehensive Psychiatry*, 46(2), 135-139.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (4 ed). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Espindola, C. R., & Blay, S. L. (2009). Family perception of anorexia and bulimia: a systematic review. *Rev Saude Publica*, 43(4), 707-716.
- National Institute for Clinical Excellence. (2004). Eating Disorders: Core interventions in the treatment and management of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and related eating disorders, London.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1999). *The discovery of grounded theory : strategies for qualitative research*. New Brunswick; London: Aldine Transaction.
- Hillege, S., Beale, B., & McMaster, R. (2006). Impact of eating disorders on family life: individual parents' stories. *Journal of Clinical Nursing*, 15(8), 1016-1022.
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., Jr., & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*, 61(3), 348-358.
- Jacobi, F., Wittchen, H. U., Holting, C., Hofler, M., Pfister, H., Muller, N., et al. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychol Med*, 34(4), 597-611.
- Kyriacou, O., Treasure, J., & Schmidt, U. (2008). Understanding how parents cope with living with someone with anorexia nervosa: modelling the factors that are associated with carer distress. *Int J Eat Disord*, 41(3), 233-242.
- Lask, B. (2000). Overview of management. In B. Lask & R. Bryant-Waugh (Eds.), *Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence* (2 ed., pp. 167-185). Hove: Psychology Press Ltd.
- Lock, J., & le Grange, D. (2005). Family-based treatment of eating disorders. *Int J Eat Disord*, 37 Suppl, S64-67; discussion S87-69.

- Ma, J. L. C. (2011). An exploratory study of the impact of an adolescent's eating disorder on Chinese parents' well-being, marital life and perceived family functioning in Shenzhen, China: Implications for social work practice. *Child and Family Social Work, 16*(1), 33-42.
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet, 358*(9280), 483-488.
- Martin, J., Padierna, A., Aguirre, U., Gonzalez, N., Munoz, P., & Quintana, J. M. (2013). Predictors of quality of life and caregiver burden among maternal and paternal caregivers of patients with eating disorders. *Psychiatry Res, 210*(3), 1107-1115.
- Morris, R. G., Woods, R. T., Davies, K. S., & Morris, L. W. (1991). Gender differences in carers of dementia sufferers. *British Journal of Psychiatry, 158*(MAY SUPPL. 10), 69-74.
- Orive, M., Padierna, A., Martin, J., Aguirre, U., Gonzalez, N., Munoz, P., et al. (2013). Anxiety and depression among caregivers of patients with eating disorders and their change over 1 year. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 48*(9), 1503-1512.
- Papadopoulos, F. C., Ekblom, A., Brandt, L., & Ekselius, L. (2009). Excess mortality, causes of death and prognostic factors in anorexia nervosa. *Br J Psychiatry, 194*(1), 10-17.
- Perkins, S., Winn, S., Murray, J., Murphy, R., & Schmidt, U. (2004). A qualitative study of the experience of caring for a person with bulimia nervosa. Part 1: The emotional impact of caring. *International Journal of Eating Disorders, 36*(3), 256-268.
- Richards, L., & Morse, J. M. (2012). *Readme first for a users guide to qualitative methodology*. Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Santonastaso, P., Saccon, D., & Favaro, A. (1997). Burden and psychiatric symptoms on key relatives of patients with eating disorders: a preliminary study. *Eat Weight Disord, 2*(1), 44-48.

- Smink, F. R., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Curr Psychiatry Rep*, 14(4), 406-414.
- Stern, S., Doolan, M., Staples, E., Szmukler, G. L., & Eisler, I. (1999). Disruption and Reconstruction: Narrative Insights into the Experience of Family Members Caring for a Relative Diagnosed with Serious Mental Illness. *Family Process*, 38(3), 353-369.
- Svensson, E., Nilsson, K., Levi, R., & Suarez, N. C. (2013). Parents' Experiences of Having and Caring for a Child With an Eating Disorder. *Eating Disorders*, 21(5), 395-407.
- Thomson, S., Marriott, M., Telford, K., Law, H., McLaughlin, J., & Sayal, K. (2014). Adolescents with a diagnosis of anorexia nervosa: parents' experience of recognition and deciding to seek help. *Clin Child Psychol Psychiatry*, 19(1), 43-57.
- Treasure, J., & Birmingham, C. L. (2010). *Medical Management of Eating Disorders*. New York: Cambridge University Press.
- Treasure, J., Gavan, K., Todd, G., & Schmidt, U. (2003). Changing the environment in eating disorders: working with carers/families to improve motivation and facilitate change. *European Eating Disorders Review*, 11(1), 25-37.
- Treasure, J., Murphy, T., Szmukler, G., Todd, G., Gavan, K., & Joyce, J. (2001). The experience of caregiving for severe mental illness: a comparison between anorexia nervosa and psychosis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 36(7), 343-347.
- Turato, E. R. (2011). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação às áreas da saúde e humanas* (5 ed.). Petrópolis: Ed. Vozes.
- Whitney, J., Murray, J., Gavan, K., Todd, G., Whitaker, W., & Treasure, J. (2005). Experience of caring for someone with anorexia nervosa: Qualitative study. *British Journal of Psychiatry*, 187(NOV.), 444-449.

World Medical, A. (2013). World medical association declaration of helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*, 310(20), 2191-2194.

5. Discussão

Entre outros fatores de ordem biológica e sociocultural, considera-se que as relações familiares representam um papel relevante tanto na gênese como na manutenção dos TA (10, 40-44). A abordagem dos pais no tratamento de adolescentes com transtornos alimentares é amplamente recomendada (8, 10, 40, 53-56) e há dados que indicam que a participação dos familiares relacionou-se com o melhor resultado do tratamento (11-14). Nesse campo, a figura da mãe tem recebido muito mais atenção do que a do pai que, não raramente, mostra-se distante do tratamento. Há uma evidente escassez de trabalhos que o tenham estudado e há poucos que utilizaram a metodologia qualitativa.

Quanto às experiências de vida relatadas pelos entrevistados desde a infância, o primeiro resultado relevante são as vivências de sofrimento durante na época em que os participantes eram crianças, quando muito cedo começaram a trabalhar na lavoura. Na sociedade rural onde os participantes nasceram, a pobreza e uma possível herança escravista contribuíram para que suas famílias considerassem o trabalho infantil como algo aceitável e até natural e que, portanto, não havia alternativas além de trabalhar desde cedo. Essa experiência de começar a trabalhar precocemente e a falta de tempo para atividades lúdicas fizeram com que esses homens entrevistados descrevessem uma infância sofrida. Não encontramos na literatura pesquisas que tenham investigado a história de trabalho infantil em pais de pacientes com TA. Porém, Dallos (72) encontrou em seu trabalho que os pais vivenciaram uma infância extremamente triste e com insegurança. Hooper e Dallos (73) afirmam que os pais relataram que tiveram muitas dificuldades na época da infância.

Além do trabalho infantil, a identificação com um pai afetivamente distante que se mostrava fraco diante da esposa autoritária foram fatores que podem ter contribuído na formação da identidade desses homens. Podemos

hipotetizar que tais fatores contribuíram na formação de indivíduos com fragilidades e inseguranças que comprometeram sua capacidade de lidar adequadamente com situações angustiantes e de conflito. De fato, Alguns pesquisadores concluíram que o pai de adolescentes com TA mostraram-se pouco persistentes, dependentes de reconhecimento, pouco assertivos (47, 73-75) e evitativos (47, 73-77). Como Fassino et al. afirmam, talvez o pai seja o “ponto fraco” da família (74). Tais características de temperamento podem ter predisposto esses homens expressar reações explosivas. Investigando os traços de personalidade de pais e mães dos pacientes com TA, Amianto et al. identificaram um temperamento explosivo nos genitores masculinos (78). Ravi et al. encontraram correlação entre maiores níveis de hostilidade dos pais e maior duração do TA em suas filhas (49).

Os participantes da presente pesquisa demonstraram certa distância afetiva das filhas, ao mesmo tempo em que relataram a sensação de impotência diante de seus problemas. Tais achados são consistentes com os de outros autores (73, 79, 80). Interessantemente, assim como Hooper e Dallos descreveram em sua pesquisa, os entrevistados, no presente estudo, pareceram se esforçar muito para estabelecer uma conexão com o conteúdo emocional da entrevista (73). Cook-Darzens et al. comparando famílias de pacientes com AN com grupo controle não-clínico, encontraram que os pais de pacientes com AN mostraram-se menos insatisfeitos com o relacionamento familiar do que suas filhas (81). Esse achado pode reforçar a ideia de que o pai mantém-se distante emocionalmente da filha ao ponto de não perceber adequadamente suas dificuldades e demandas.

Com relação ao impacto que os entrevistados vivenciaram em função do transtorno alimentar de suas filhas desde o início da doença até o desenrolar do tratamento, os participantes relataram que inicialmente não se preocuparam com a perda de peso da filha. Esse achado corrobora os resultados de outros autores. Aparentemente, os pais carecem de maiores informações objetivas sobre os TA que permitam a eles considerar a possibilidade de que suas filhas estejam

adoecendo (40). O trabalho de Svensson et al. (82), assim como o de Thomson et al. (83), ambos utilizando metodologia qualitativa, encontraram que pais e mães buscam na internet informações a respeito da doença da filha, com a finalidade de identificar se realmente elas apresentam um TA e de aprender como lidar com as dificuldades que o transtorno impõe à relação familiar. Na verdade, a percepção da família de que existe algum distúrbio alimentar com sua filha é um processo gradual (40, 52). No início, os pais parecem subestimar os sinais mais precoces da AN. Percebem as mudanças de comportamento alimentar do filho mas interpretam a perda de peso inicial como algo positivo, relacionado à fase da adolescência e autolimitada (52, 83), resultado de um “regimezinho”.

Os participantes relataram intensas vivências emocionais negativas. Segundo Cotte-Lane et al. (52) e Svensson et al. (82), os pais descrevem a experiência de ter um filho com AN como “tendo um pesadelo acordado”, no qual o TA controlaria as atitudes e pensamentos da criança. Sofrimento emocional, com ansiedade, angústia, frustração e perplexidade são descritos em vários trabalhos que estudaram pais e mães de pacientes com TA (8, 18, 52, 82, 84, 85). A preocupação vivida por eles vai além da saúde física e mental da filha doente e referem-se também ao sofrimento experimentado indiretamente por outros membros da família. Kyriacou et al. (84) encontraram que as mães apresentam maiores níveis de ansiedade e depressão do que os pais e levantaram a hipótese que isso seria decorrente do fato de que as mães internalizam o papel de cuidadoras de maneira natural e de que, no estudo conduzido, elas trabalhavam em período parcial, diferente do que frequentemente ocorre entre os homens. As sensações de frustração e impotência misturam-se no relato dos entrevistados. Vários pais descreveram a sensação de que nada que falassem ou fizessem era capaz de mudar o comportamento da filha. Um dos entrevistados relatou: “Dá vontade de falar, mas você não tem uma coisa certa pra falar. Às vezes penso que se eu for falar alguma coisa eu vou magoar ela, então eu não falo nada”.

Os participantes viveram um sentimento de culpa diante da doença da filha. O sentimento de culpa de pais e mães pelo adoecimento do filho com TA já

foi observado em outros trabalhos (8, 52, 86). Alguns pais culpam-se pela demora em reconhecer a doença do filho (52), outros se questionam em suas atitudes no processo de educação da criança (8) ou criticam-se achando que, de alguma forma, são os responsáveis pelo transtorno alimentar (86, 87). Por outro lado, como observaram Valdanha et al. (88), não são raras as situações em que o pai é visto como o culpado pelo transtorno da filha, no ponto de vista dela própria ou de outros familiares. Um dos participantes afirmou: “Ela fica nervosa, ela xinga, ela fala: você que é culpado”. Como muito bem destacam Souza e dos Santos (89), o discurso de culpabilização dos pais de nada serve na condução do tratamento dos TA. Assim, ele deve ser “meticulosamente desconstruído, uma vez que fortalece posicionamentos que contribuem para fixar os pais em um lugar de impotência e sofrimento”, o que pode limitar sua capacidade de tomar o controle da situação e ajudar a filha no tratamento.

Cabe ressaltar que, apesar de participarem das atividades terapêuticas com frequência muito menor do que as mães, os entrevistados demonstraram estar bem informados a respeito da evolução clínica de suas filhas. Talvez essa seja uma característica da população estudada ou um viés de seleção da pesquisa. É possível que os participantes que aceitaram voluntariamente fazer parte do estudo sejam justamente homens que, *a priori*, têm uma relação mais próxima com suas filhas e, por isso, disponibilizaram-se a responder à pesquisa.

Embora através de um processo difícil, permeado por muito sofrimento, os entrevistados relataram que o transtorno alimentar acabou por produzir mudanças na família e torná-la mais unida. Um dos entrevistados disse: “Em casa melhorou muito, essa doença ajudou bastante em relação de nós três em casa.” Esses também foram os achados de Hillege et al. (36). Perkins et al. (87) encontraram em seu estudo que quase metade dos cuidadores acreditavam ter se desenvolvido pessoalmente como resultado de suas experiências desencadeadas pelo TA. Essa experiência pode ter sido resultado tanto das intervenções terapêuticas como e das reflexões que esses homens puderam fazer. O medo da morte da filha, a sensação de culpa, a impotência e os próprios conflitos familiares

podem ter sido catalizadores do processo de mudança. Processo semelhante pode ter ocorrido em outros membros da família, inclusive a própria paciente.

6. Conclusões

A presente pesquisa buscou compreender as vivências emocionais do pai de pacientes adolescentes do sexo feminino em tratamento ambulatorial devido a AN ou BN. Alguns dos resultados mostram semelhanças interessantes com outros estudos realizados em populações cuja cultura é bastante diferente da do Brasil. Os participantes revelaram experiências de angústia e abandono na infância, descreveram seus pais como pessoas distantes afetivamente e suas mães como pessoas autoritárias. Na vida adulta, relataram sentimentos de insegurança e demonstram dificuldade em lidar com situações de conflito, tendendo a apresentar reações explosivas. Diante do transtorno da filha, sentiram-se impotentes e lamentaram pela distância afetiva que havia se estabelecido entre eles.

Como já descrito em outros estudos, inicialmente os sintomas do TA foram menosprezados pelos pais, que no começo interpretaram a perda de peso inicial como um “regimezinho” relacionado à fase da adolescência. Conforme o estado clínico da filha se agravou, sentimentos de frustração, tristeza e medo da morte foram vivenciados pelos entrevistados, que se sentiam culpados e impotentes diante da situação e não conseguiam sucesso na abordagem da filha. Na medida em que o tratamento trouxe seus bons resultados, os pais reconheceram as mudanças positivas da filha e a sensação de desalento deu lugar à esperança.

Devido ao desenho do estudo, não é possível fazer comparações entre o impacto vivido pelo pai e pela mãe da paciente. Entretanto, os resultados confirmam que o pai de pacientes com TA também vivenciam um sofrimento emocional relevante em função do transtorno mental da filha e que, portanto, necessitam que sejam disponibilizados a eles cuidados terapêuticos adequados.

Também não é possível interpretar como as experiências de vida dos participantes e as vivências que tiveram diante do transtorno de suas filhas influenciaram-nas.

Outro achado interessante foi que os participantes reconheceram que após o TA passaram a conversar mais com suas filhas. Talvez, isso tenha sido fruto do tratamento, através da abordagem da paciente, da mãe e, menos frequentemente, do próprio pai. Talvez a doença tenha servido como um caminho de aproximação na relação pai-filha. Essa possibilidade parece plausível, sobretudo se paciente e familiares estiverem engajados em um tratamento adequado e disponíveis a operar as mudanças individuais necessárias para que transformações na relação familiar de fato ocorram.

Os achados da presente pesquisa ampliam a compreensão acerca do tema estudado e fornecem dados relevantes que podem facilitar ou melhorar as intervenções terapêuticas, contribuindo na redução do desgaste e do sofrimento do pai, ajudando-o a se reaproximar da filha e a retomar o controle da situação relacionada ao TA. Além disso, oferecem suporte para futuros estudos, já que a maneira como a relação pai-filha interfere no surgimento ou na manutenção do TA ainda precisa ser mais investigada. Os nossos resultados confirmam que o pai de pacientes com TA também vivencia um sofrimento emocional relevante em função do transtorno mental da filha e que, portanto, necessita que sejam disponibilizadas a ele informações suficientes a respeito da doença e cuidados terapêuticos adequados. Assim, os membros das equipes especializadas em TA devem estar preparados para abordá-lo de forma apropriada, oferecendo a eles um tratamento psicoterápico específico e recebendo-os sem a influência de ideias pejorativas que facilmente chegam aos ouvidos dos profissionais através do discurso das pacientes e de suas mães e, principalmente, de conceitos preconcebidos. Recomenda-se também que os programas de tratamento estimulem o pai a se envolver de forma efetiva na vida de sua filha.

A presente pesquisa tem limitações e suas conclusões não devem ser generalizadas, já que são fruto da interpretação dos autores sobre as vivências de sujeitos que estão inseridos no contexto sociocultural específico do Brasil. Devido

ao seu desenho, não é possível fazer comparações entre o impacto vivido pelo pai e pela mãe da paciente durante o TA, nem tampouco analisar quais as consequências das experiências do pai na vida de suas filhas. Sugere-se ainda que em pesquisas qualitativas futuras seja estudada a tríade mãe, pai e filha com TA.

7. Referências

1. Gull WW. V.-Anorexia Nervosa (Apepsia Hysterica, Anorexia Hysterica). *Obesity Research*. 1997;5(5):498-502.
2. Lasegue EC. De L'anorexie hysterique. *Archives Generales De Medecine*. 1873(21):384-403.
3. Vandereycken W, van Deth R. A tribute to Lasegue's description of anorexia nervosa (1873), with completion of its English translation. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 1990;157:902-8.
4. Vandereycken W, Van Deth R. Who was the first to describe anorexia nervosa: Gull or Lasègue? *Psychological medicine*. 1989;19(04):837-45.
5. Silverman JA. Lasègue's editorial riposte to Gull's contributions on anorexia nervosa. *Psychological medicine*. 1992;22(02):307-8.
6. Minuchin S, Rosman B, Baker I. *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1978.
7. Eisler I. The empirical and theoretical base of family therapy and multiple family day therapy for adolescent anorexia nervosa. *Journal of Family Therapy*. 2005;27(2):104-31.
8. Whitney J, Murray J, Gavan K, Todd G, Whitaker W, Treasure J. Experience of caring for someone with anorexia nervosa: Qualitative study. *British Journal of Psychiatry*. 2005;187(NOV.):444-9.
9. Klump KL, Bulik CM, Kaye WH, Treasure J, Tyson E. Academy for eating disorders position paper: eating disorders are serious mental illnesses. *The International journal of eating disorders*. 2009;42(2):97-103.
10. le Grange D, Lock J, Loeb K, Nicholls D. Academy for Eating Disorders position paper: the role of the family in eating disorders. *The International journal of eating disorders*. 2010;43(1):1-5.
11. Fisher CA, Hetrick SE, Rushford N. Family therapy for anorexia nervosa. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2010(4):CD004780.

12. Eisler I, Dare C, Russell GF, Szmulker G, le Grange D, Dodge E. Family and individual therapy in anorexia nervosa. A 5-year follow-up. *Archives of general psychiatry*. 1997;54(11):1025-30.
13. Eisler I, Simic M, Russell GF, Dare C. A randomised controlled treatment trial of two forms of family therapy in adolescent anorexia nervosa: a five-year follow-up. *J Child Psychol Psychiatry*. 2007;48(6):552-60.
14. Lock J, Couturier J, Agras WS. Comparison of long-term outcomes in adolescents with anorexia nervosa treated with family therapy. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006;45(6):666-72.
15. Fairburn CG, Cooper Z. Eating disorders, DSM-5 and clinical reality. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*. 2011;198(1):8-10.
16. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV*. Washington D.C: American Psychiatric Association; 1993.
17. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 2013.
18. Smink FR, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Curr Psychiatry Rep*. 2012;14(4):406-14.
19. Swanson SA, Crow SJ, Le Grange D, Swendsen J, Merikangas KR. Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68(7):714-23.
20. Treasure J, Claudino AM, Zucker N. Eating disorders. *Lancet*. 2010;375(9714):583-93.
21. Hoek HW. Classification, epidemiology and treatment of DSM-5 feeding and eating disorders. *Curr Opin Psychiatry*. 2013;26(6):529-31.
22. Machado PP, Goncalves S, Hoek HW. DSM-5 reduces the proportion of EDNOS cases: evidence from community samples. *The International journal of eating disorders*. 2013;46(1):60-5.

23. Smink FR, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology, course, and outcome of eating disorders. *Curr Opin Psychiatry*. 2013;26(6):543-8.
24. Hay PJ, Mond J, Buttner P, Darby A. Eating disorder behaviors are increasing: findings from two sequential community surveys in South Australia. *PLoS One*. 2008;3(2):e1541.
25. Keski-Rahkonen A, Hoek HW, Susser ES, Linna MS, Sihvola E, Raevuori A, et al. Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. *The American journal of psychiatry*. 2007;164(8):1259-65.
26. Preti A, Girolamo G, Vilagut G, Alonso J, Graaf R, Bruffaerts R, et al. The epidemiology of eating disorders in six European countries: results of the ESEMeD-WMH project. *Journal of psychiatric research*. 2009;43(14):1125-32.
27. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, Jr., Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*. 2007;61(3):348-58.
28. Favaro A, Caregaro L, Tenconi E, Bosello R, Santonastaso P. Time trends in age at onset of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *The Journal of clinical psychiatry*. 2009;70(12):1715-21.
29. Nunes MA, Olinto MTA, Barros FC, Camey S. Influência da percepção do peso e do índice de massa corporal nos comportamentos alimentares anormais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2001;23:21-7.
30. Vale AMOd, Kerr LRS, Bosi MLM. Comportamentos de risco para transtornos do comportamento alimentar entre adolescentes do sexo feminino de diferentes estratos sociais do Nordeste do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16:121-32.
31. Prisco APK, Araújo TMd, Almeida MMGd, Santos KOB. Prevalência de transtornos alimentares em trabalhadores urbanos de município do Nordeste do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013;18:1109-18.
32. Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE. The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological medicine*. 1982;12(4):871-8.

33. Cooper PJ, Taylor MJ, Cooper Z, Fairbum CG. The development and validation of the body shape questionnaire. *Int J Eating Disord*. 1987;6(4):485-94.
34. Alves E, Vasconcelos FdAGd, Calvo MCM, Neves Jd. Prevalência de sintomas de anorexia nervosa e insatisfação com a imagem corporal em adolescentes do sexo feminino do Município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2008;24:503-12.
35. Strober M, Peris T. The role of family environment in etiology: a neuroscience perspective. In: Le Grange D, Lock J, editors. *Eating disorders in children and adolescent: a clinical handbook*. 1 ed. New York: The Guilford Press; 2011. p. 32-60.
36. Hillege S, Beale B, McMaster R. Impact of eating disorders on family life: Individual parents' stories. *Journal of Clinical Nursing*. 2006;15(8):1016-22.
37. Treasure J, Birmingham CL. *Medical Management of Eating Disorders*. New York: Cambridge University Press; 2010.
38. Ma JLC. An exploratory study of the impact of an adolescent's eating disorder on Chinese parents' well-being, marital life and perceived family functioning in Shenzhen, China: Implications for social work practice. *Child and Family Social Work*. 2011;16(1):33-42.
39. Leonidas C, Santos MA. Social support networks and eating disorders: an integrative review of the literature. *Neuropsychiatric disease and treatment*. 2014;10:915-27.
40. Espindola CR, Blay SL. Family perception of anorexia and bulimia: a systematic review. *Rev Saude Publica*. 2009;43(4):707-16.
41. Woodside DB, Bulik CM, Halmi KA, Fichter MM, Kaplan A, Berrettini WH, et al. Personality, perfectionism, and attitudes toward eating in parents of individuals with eating disorders. *The International journal of eating disorders*. 2002;31(3):290-9.
42. Lawrence M. Body, mother, mind: anorexia, femininity and the intrusive object. *The International journal of psycho-analysis*. 2002;83(Pt 4):837-50.
43. Patching J, Lawler J. Understanding women's experiences of developing an eating disorder and recovering: a life-history approach. *Nurs Inq*. 2009;16(1):10-21.

44. Miranda RM. O mundo objetal anoréxico e a violência bulímica em meninas adolescentes. *Rev Bras Psicanálise*. 2004;38(2):309-34.
45. Valdanha ED, Scorsolini-Comin F, Peres RS, Santos MA. Influência familiar na anorexia nervosa: em busca das melhores evidências científicas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2013;62:225-33.
46. Maine M. *Father hunger*. Carlsbad, CA: Gurze Books; 1991.
47. Fassino S, Amianto F, Abbate-Daga G. The dynamic relationship of parental personality traits with the personality and psychopathology traits of anorectic and bulimic daughters. *Comprehensive Psychiatry*. 2009;50(3):232-9.
48. Whitney J, Currin L, Murray J, Treasure J. Family work in anorexia nervosa: a qualitative study of carers' experiences of two methods of family intervention. *European eating disorders review : the journal of the Eating Disorders Association*. 2012;20(2):132-41.
49. Ravi S, Forsberg S, Fitzpatrick K, Lock J. Is there a relationship between parental self-reported psychopathology and symptom severity in adolescents with anorexia nervosa? *Eating disorders*. 2009;17(1):63-71.
50. Rothschild-Yakar L, Levy-Shiff R, Fridman-Balaban R, Gur E, Stein D. Mentalization and relationships with parents as predictors of eating disordered behavior. *The Journal of nervous and mental disease*. 2010;198(7):501-7.
51. Tereno S, Soares I, Martins C, Celani M, Sampaio D. Attachment styles, memories of parental rearing and therapeutic bond: A study with eating disordered patients, their parents and therapists. *European Eating Disorders Review*. 2008;16(1):49-58.
52. Cottee-Lane D, Pistrang N, Bryant-Waugh R. Childhood onset anorexia nervosa: The experience of parents. *European Eating Disorders Review*. 2004;12(3):169-77.
53. American Psychiatric Association. *Practice guidelines for the treatment of patients with eating disorders*. 3rd ed. Washington: American Psychiatric Association; 2006.

54. Eating Disorders: Core Interventions in the Treatment and Management of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Related Eating Disorders. National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance. Leicester (UK)2004.
55. Couturier J, Isserlin L, Lock J. Family-based treatment for adolescents with anorexia nervosa: a dissemination study. *Eating disorders*. 2010;18(3):199-209.
56. Cobelo AW, Saikali MO, Schomer EZ. A abordagem familiar no tratamento da anorexia e bulimia nervosa. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 2004;31:184-7.
57. Minayo MCS. O desafio do conhecimento - pesquisa qualitativa em saúde. 10 ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
58. Malterud K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet*. 2001;358(9280):483-8.
59. Morse JM, Field PA. Qualitative research methods for health professionals. 2 ed. London: Sage; 1995.
60. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*. 2005;39:507-14.
61. Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação às áreas da saúde e humanas. 5 ed. Petrópolis: Ed. Vozes; 2011.
62. Halmi KA. Salient components of a comprehensive service for eating disorders. *World Psychiatry*. 2009;8(3):150-5.
63. Silva DFA. Histórias de vida com transtornos alimentares : gêneros, corporalidade e a constituição de si [Doutorado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2011.
64. Campos LKS. Vivências emocionais de mães de adolescentes do sexo feminino com anorexia nervosa, atendidas no Hospital das Clínicas da UNICAMP: um estudo clínico-qualitativo [Mestrado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2012.
65. Seidinger FM. Significados psicológicos do abandono do tratamento ambulatorial nos transtornos alimentares na visão dos pacientes: um estudo

clínico-qualitativo [Mestrado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2014.

66. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*. 2008;24:17-27.

67. Morse JM. The Significance of Saturation. *Qualitative health research*. 1995;5(2):147-9.

68. Britten N. Qualitative interviews in medical research. *BMJ*. 1995;311(6999):251-3.

69. Fontanella BJB, Campos CJG, Turato ER. Data collection in clinical-qualitative research: use of non-directed interviews with open-ended questions by health professionals. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2006;14:812-20.

70. Campos CJ, Turato ER. Content analysis in studies using the clinical-qualitative method: application and perspectives. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2009;17(2):259-64.

71. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1979.

72. Dallos R. Attachment narrative therapy: integrating ideas from narrative and attachment theory in systemic family therapy with eating disorders. *Journal of Family Therapy*. 2004;26(1):40-65.

73. Hooper A, Dallos R. Fathers and Daughters: Their Relationship and Attachment Themes in the Shadow of an Eating Disorder. *Contemp Fam Ther*. 2012;34(4):452-67.

74. Fassino S, Amianto F, Abbate Daga G, Leombruni P, Garzaro L, Levi M, et al. Bulimic family dynamics: Role of parents' personality - A controlled study with the temperament and character inventory. *Compr Psychiat*. 2003;44(1):70-7.

75. Fassino S, Svrakic D, Abbate-Daga G, Leombruni P, Amianto F, Stanic S, et al. Anorectic family dynamics: temperament and character data. *Compr Psychiatry*. 2002;43(2):114-20.

76. Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, Welch SL. Risk factors for anorexia nervosa: three integrated case-control comparisons. *Archives of general psychiatry*. 1999;56(5):468-76.

77. Lilenfeld LR, Kaye WH, Greeno CG, Merikangas KR, Plotnicov K, Pollice C, et al. A controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: psychiatric disorders in first-degree relatives and effects of proband comorbidity. *Archives of general psychiatry*. 1998;55(7):603-10.
78. Amianto F, Daga GA, Bertorello A, Fassino S. Exploring personality clusters among parents of ED subjects. Relationship with parents' psychopathology, attachment, and family dynamics. *Compr Psychiat*. 2013;54(7):797-811.
79. Bruch H. *Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa and the person within*. Houston: Basic Books; 1973.
80. Ringer F, Crittenden PM. Eating disorders and attachment: the effects of hidden family processes on eating disorders. *European eating disorders review : the journal of the Eating Disorders Association*. 2007;15(2):119-30.
81. Cook-Darzens S, Doyen C, Falissard B, Mouren MC. Self-perceived family functioning in 40 French families of anorexic adolescents: Implications for therapy. *European Eating Disorders Review*. 2005;13(4):223-36.
82. Svensson E, Nilsson K, Levi R, Suarez NC. Parents' Experiences of Having and Caring for a Child With an Eating Disorder. *Eating disorders*. 2013;21(5):395-407.
83. Thomson S, Marriott M, Telford K, Law H, McLaughlin J, Sayal K. Adolescents with a diagnosis of anorexia nervosa: parents' experience of recognition and deciding to seek help. *Clinical child psychology and psychiatry*. 2014;19(1):43-57.
84. Kyriacou O, Treasure J, Schmidt U. Understanding how parents cope with living with someone with anorexia nervosa: modelling the factors that are associated with carer distress. *The International journal of eating disorders*. 2008;41(3):233-42.
85. Orive M, Padierna A, Martin J, Aguirre U, Gonzalez N, Munoz P, et al. Anxiety and depression among caregivers of patients with eating disorders and their change over 1 year. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2013;48(9):1503-12.

86. Treasure J, Gavan K, Todd G, Schmidt U. Changing the environment in eating disorders: working with carers/families to improve motivation and facilitate change. *European Eating Disorders Review*. 2003;11(1):25-37.
87. Perkins S, Winn S, Murray J, Murphy R, Schmidt U. A qualitative study of the experience of caring for a person with bulimia nervosa. Part 1: The emotional impact of caring. *Int J Eating Disord*. 2004;36(3):256-68.
88. Valdanha ED, Scorsolini-Comin F, Santos MA. Anorexia nervosa e transmissão psíquica transgeracional. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. 2013;16:71-88.
89. Souza LV, Santos MA. A participação da família no tratamento dos transtornos alimentares. *Psicologia em Estudo*. 2010;15:285-94.

8. Apêndices

8.1. Apêndice I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Instituição: UNICAMP / FCM / Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa

Projeto: *VIVÊNCIAS EMOCIONAIS DO PAI DE PACIENTES COM ANOREXIA NERVOSA OU BULIMIA: UM ESTUDO CLÍNICO-QUALITATIVO*

Pesquisador: Celso Garcia Júnior – aluno de doutorado – Depto. de Psicologia Médica e Psiquiatria

Orientador: Prof. Dr. Egberto Ribeiro Turato – Depto. de Psicologia Médica e Psiquiatria

Registro no Comitê de Ética em Pesquisa: 401/2010 – CAAE 0303.0.146.000-10

Telefones: (19) 3521-7206 – Depto. de Psicologia Médica e Psiquiatria
(19) 3521-8936 – Comitê de Ética em Pesquisa da FCM/ Unicamp

O **objetivo** desta pesquisa científica é aprofundar a compreensão a respeito das experiências de vida do pai de pacientes que apresentam o diagnóstico de transtorno alimentar, anorexia nervosa ou bulimia.

Será realizada uma **entrevista** que poderá durar cerca de 01 (uma) hora e, se necessário, uma segunda entrevista de complementação. Na entrevista, você será convidado a falar sobre questões propostas pelo entrevistador para que os objetivos deste estudo sejam alcançados.

Os registros (gravações, anotações) feitos durante a entrevista ficarão em **sigilo**, não sendo divulgados nem aos profissionais de saúde que atendem neste local. Porém, alguns trechos dos relatos serão estudados, em reunião fechada, por **pesquisadores do grupo acima citado** que estuda diversas condições

emocionais e sociais das pessoas frente a problemas de saúde. No entanto, não será revelada no grupo a sua identidade de informante. Esclarecemos que o relatório final, **com citações anônimas, estará disponível a todos**, quando o estudo for concluído, incluindo apresentação em congressos e publicação em revistas científicas.

Poderá não haver **benefícios** diretos ou imediatos para você, enquanto entrevistado deste estudo, além evidentemente da oportunidade de poder falar livremente de sua vida, das satisfações e preocupações. No entanto, futuramente poderão haver mudanças compreensíveis a respeito dos pais das pessoas que sofrem com um transtorno alimentar, o que poderá levar a uma melhora da qualidade dos cuidados prestados aos doentes e à sua família, quando os profissionais de saúde tomarem conhecimento das conclusões deste trabalho.

Informamos que este projeto foi **aprovado** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, em Campinas SP, tendo sido homologado na reunião do dia 25/05/2010, protocolo número 401/2010.

Este **TERMO**, em duas vias, é para certificar que eu, _____, *concordo* em participar na qualidade de voluntário do projeto científico acima mencionado, sem gastos ou ganhos financeiros diretos para nenhuma das partes. Por meio deste documento, dou *permissão* para ser entrevistado e para estas entrevistas serem registradas em gravador de voz.

Estou *ciente* de que as gravações ficarão em posse deste pesquisador para prosseguimento do estudo e também disponíveis a mim se eu quiser ouvi-las. As mesmas serão apagadas ao final de cinco anos. Sei que os resultados do estudo serão divulgados, considerando o conjunto das informações dadas por várias pessoas entrevistadas, sem que meu nome ou de nenhum outro participante apareça associado à pesquisa.

Estou *ciente* de que um técnico poderá fazer a transcrição das falas para texto de computador e que colegas de nosso grupo de pesquisa poderão conhecer o conteúdo para discussão, mas todas estas pessoas estarão submetidas às normas do sigilo profissional.

Estou *ciente* de que não há riscos previstos para minha saúde, que sejam resultantes da participação nesta pesquisa. No entanto, estou ciente de que, durante a entrevista, poderei ter algumas recordações ou emoções, que talvez eu preferisse não lembrar ou sentir.

Estou *ciente* de que sou livre para recusar a dar alguma resposta a certas questões durante as entrevistas, bem como para retirar meu consentimento e terminar minha participação, a qualquer momento, sem que isso represente prejuízo aos atendimentos e tratamentos que recebo.

Por fim, estou *ciente* de que terei oportunidade para perguntar sobre qualquer questão que eu desejar, e que todas elas deverão ser respondidas, ao meu contento, ao final da entrevista.

NOME:

ASSINATURA

Pesquisador: CELSO GARCIA JÚNIOR

Entrevistado: _____

Entrevista nº _____ Data: ____ / ____ / ____

8.2. Apêndice II – Instrumento de Coleta de Dados – Entrevista Semidirigida

Entrevista Nº _____

Cidade e data: _____, ____ / ____ / _____

Início: ____ : ____ h. Término: ____ : ____ h. Duração em min.: _____

1. Dados de Identificação Pessoal do Entrevistado:

Nome Completo: _____

Endereço para contato: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: ____ anos.

Profissão exercida / Ocupação: _____

Naturalidade: _____

Procedência / Há quanto tempo: _____

Estado civil / Situação conjugal atual / Há quanto tempo: _____

Com quem mora: _____

Tem filhos? Quantos? Quais as idades? _____

Religião (denominação) / Religiosidades (prática): _____

Anos de escolaridade: _____

2. Questões iniciais sobre as experiências de vida do pai de pacientes com anorexia nervosa, bulimia ou transtorno alimentar sem outra especificação.

Questão disparadora:

- 2.1. Como é para você ter uma filha com TA
- 2.2. Como você viveu o tratamento que sua filha precisou fazer?
- 2.3. Conte-me um pouco sobre a sua história de vida. (infância, adolescência, casamento, nascimento da filha, experiências marcantes)
- 2.4. Como é o seu jeito de ser?
- 2.5. Conte-me um pouco como você foi como filho.
- 2.6. Como é para você ser pai?

- 2.7. Fale-me sobre a sua família.
 - 2.8. Conte-me como é a sua relação com sua filha. (quais as emoções e sentimentos que você experimenta?)
 - 2.9. Há algo mais que você gostaria de me falar?
-
- 3. **Dados da observação e auto-observação do entrevistador:** (Apresentação pessoal do informante, seu comportamento global, expressões corporais, gesticulações, mímica facial, expressões do olhar, estilo e alterações na fala (silêncios, fala embargada, lapsos de língua e outros atos falhos, colocações inibidas e desinibidas, alterações no timbre e volume da voz), risos, sorrisos, choros e manifestações afins, reações/manifestações do tipo contra-transferencial)

 - 4. **Dados clínicos do paciente obtidos no prontuário e/ou com a equipe responsável.**

9. Anexos

9.1. Anexo I – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html

CEP, 25/05/10
(Grupo III)

PARECER CEP: Nº 401/2010 (Este nº deve ser citado nas correspondências referente a este projeto)
CAAE: 0303.0.146.000-10

I - IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: “A RELAÇÃO PAI-FILHA NA CLÍNICA DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES: UM ESTUDO CLÍNICO-QUALITATIVO DE PACIENTES EM TRATAMENTO AMBULATORIAL”.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Celso Garcia Junior

INSTITUIÇÃO: Hospital das Clínicas/UNICAMP

APRESENTAÇÃO AO CEP: 10/05/2010

APRESENTAR RELATÓRIO EM: 25/05/11 (O formulário encontra-se no *site* acima)

II - OBJETIVOS

Explorar a influência do pai no desenvolvimento psicológico de sua filha que apresenta NA ou BN.

III - SUMÁRIO

Será utilizado o método clínico-qualitativo, no qual se busca interpretar o sentido e os significados de natureza psicológica das experiências sofridas pelas pessoas, partindo de um referencial da psicologia médica aplicada à saúde em geral, bem como da psicossomática. Serão entrevistadas pacientes maiores de 18 anos, em tratamento ambulatorial. A técnica de coleta de dados será a Entrevista Semi-dirigida de Questões Abertas. As entrevistas serão gravadas, anotadas no Roteiro de Campo e transcritas. Cuidados éticos serão tomados seguindo as normas preconizadas pela Declaração de Helsinque e pelas Resoluções 196/96 e 340/2004.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

Trata-se de um projeto de pesquisa relativo a uma Tese de Doutorado a ser desenvolvida por um profissional médico, que exerce a função de Coordenador do Ambulatório de Transtornos Alimentares/Hospital de Clínicas/UNICAMP, sob orientação de um docente do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria/FCM/UNICAMP. O projeto está muito bem elaborado, com boa Introdução, objetivos claros e metodologia apropriada ao trabalho que se pretende. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido está adequado e de acordo com a Resolução CNS/MS 196/96 e suas complementares.

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e

Comitê de Ética em Pesquisa - UNICAMP
Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126
Caixa Postal 6111
13083-887 Campinas – SP

FONE (019) 3521-8936
FAX (019) 3521-7187
cep@fcm.unicamp.br



CEP, 25/05/10
(Grupo III)

PARECER CEP: Nº 401/2010 (Este nº deve ser citado nas correspondências referente a este projeto)
CAAE: 0303.0.146.000-10

I - IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: “A RELAÇÃO PAI-FILHA NA CLÍNICA DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES: UM ESTUDO CLÍNICO-QUALITATIVO DE PACIENTES EM TRATAMENTO AMBULATORIAL”.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Celso Garcia Junior

INSTITUIÇÃO: Hospital das Clínicas/UNICAMP

APRESENTAÇÃO AO CEP: 10/05/2010

APRESENTAR RELATÓRIO EM: 25/05/11 (O formulário encontra-se no site acima)

II - OBJETIVOS

Explorar a influência do pai no desenvolvimento psicológico de sua filha que apresenta NA ou BN.

III - SUMÁRIO

Será utilizado o método clínico-qualitativo, no qual se busca interpretar o sentido e os significados de natureza psicológica das experiências sofridas pelas pessoas, partindo de um referencial da psicologia médica aplicada à saúde em geral, bem como da psicossomática. Serão entrevistadas pacientes maiores de 18 anos, em tratamento ambulatorial. A técnica de coleta de dados será a Entrevista Semi-dirigida de Questões Abertas. As entrevistas serão gravadas, anotadas no Roteiro de Campo e transcritas. Cuidados éticos serão tomados seguindo as normas preconizadas pela Declaração de Helsinque e pelas Resoluções 196/96 e 340/2004.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

Trata-se de um projeto de pesquisa relativo a uma Tese de Doutorado a ser desenvolvida por um profissional médico, que exerce a função de Coordenador do Ambulatório de Transtornos Alimentares/Hospital de Clínicas/UNICAMP, sob orientação de um docente do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria/FCM/UNICAMP. O projeto está muito bem elaborado, com boa Introdução, objetivos claros e metodologia apropriada ao trabalho que se pretende. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido está adequado e de acordo com a Resolução CNS/MS 196/96 e suas complementares.

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e

9.2. Anexo II – Aprovação da emenda para alteração do título da pesquisa



CEP, 26/07/11.
(PARECER CEP: N° 401/2010)

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

www.fcm.unicamp.br/fcm/pesquisa

PARECER

I – IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: “A RELAÇÃO PAI-FILHA NA CLÍNICA DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES: UM ESTUDO CLÍNICO-QUALITATIVO DE PACIENTES EM TRATAMENTO AMBULATORIAL”.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Celso Garcia Junior

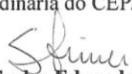
II – PARECER DO CEP.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP tomou ciência e aprovou a emenda na qual serão entrevistado apenas os pais das pacientes, referente ao protocolo de pesquisa supracitado.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

III – DATA DA REUNIÃO.

Homologado na VII Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 26 de julho de 2011.


Prof. Dr. Carlos Eduardo Steiner
PRESIDENTE do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

Comitê de Ética em Pesquisa - UNICAMP
Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126
Caixa Postal 6111
13083-887 Campinas – SP

FONE (019) 3521-8936
FAX (019) 3521-7187
cep@fcm.unicamp.br