



**LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE**

**JORDANA ARAÚJO DOS SANTOS RIBEIRO
MELISSA KETHELEN DE FREITAS ROCHA**

**FATORES QUE INFLUENCIAM A ADESÃO AO TRATAMENTO DA ANOREXIA
NERVOSA SOB PERSPECTIVA DE PACIENTES E FAMILIARES.**

NATAL
2025

**JORDANA ARAÚJO DOS SANTOS RIBEIRO
MELISSA KETHELEN DE FREITAS ROCHA**

**FATORES QUE INFLUENCIAM A ADESÃO AO TRATAMENTO DA ANOREXIA
NERVOSA SOB PERSPECTIVA DE PACIENTES E FAMILIARES.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Graduação em Nutrição do Centro Universitário do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para obtenção do grau de Nutricionista.

Orientador: Prof. Me. Helry Costa da Silva

NATAL
2025

RESUMO:

Realizou-se uma revisão integrativa para compreender, na perspectiva de pacientes com anorexia nervosa (AN) e de seus familiares, quais fatores dificultam ou favorecem a adesão ao tratamento. O protocolo seguiu as seis etapas de Mendes, Silveira e Galvão (2008). A busca foi realizada no PubMed, ScienceDirect, SciELO e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando descritores MeSH/DeCS e critérios de exclusão e inclusão. Quatorze estudos preencheram os critérios, totalizando cerca de 375 participantes entre pacientes, pais, irmãos e outros cuidadores. A síntese temática revelou cinco barreiras centrais à adesão: invisibilidade do sofrimento emocional, sobrecarga parental na fase inicial da Terapia Baseada na Família, rigidez protocolar, comunicação fragmentada entre serviços e transição abrupta para a assistência adulta. Entre os facilitadores destacaram-se aliança terapêutica empática, fortalecimento familiar por meio de oficinas práticas, redes de apoio multifamiliares, psicoeducação neurobiológica redutora de culpa e programas diurnos intensivos que aliviam o fardo doméstico. Conclui-se que a permanência no tratamento exige integração entre técnica baseada em evidências e suporte psicossocial, com escuta ativa das singularidades familiares.

Palavras-chave: anorexia nervosa; terapia familiar; adesão ao tratamento; cuidadores familiares.

INTRODUÇÃO

A anorexia nervosa (AN) é considerada um transtorno alimentar (TA) grave, destacando-se como uma doença mental crônica e perigosa, pois apresenta a maior taxa de mortalidade entre todas as doenças psiquiátricas. Seu início é observado principalmente no período da adolescência, tendo uma maior prevalência na população feminina. É uma doença que provoca uma alta taxa de morbidade, trazendo prejuízos intensos para o funcionamento cognitivo e emocional. (OKETAH et al., 2023).

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), classifica a AN em dois tipos, sendo eles, o restritivo e o compulsivo alimentar purgativo. Na forma restritiva o indivíduo alcança a perda de peso através de métodos como dieta, jejum e exercícios físicos excessivos, não apresentando episódios recorrentes de compulsão alimentar nos últimos três meses. No subtipo compulsivo/purgativo o paciente se envolveu em episódios recorrentes de compulsão alimentar nos últimos três meses e utilizou-se de comportamentos purgativos (como vômito autoinduzido e uso de laxantes, diuréticos ou moderadores de apetite) como forma de compensação.

Por consequência da anorexia nervosa, frequentemente ocorre desnutrição decorrente de uma restrição alimentar voluntária, persistente e severa, associada ao medo patológico de ganho ponderal e à distorção da imagem corporal. Esse quadro clínico resulta em significativa perda de massa muscular e tecido adiposo, osteopenia e osteoporose, além de alterações cardiovasculares, como bradicardia e hipotensão, disfunções gastrointestinais, déficits cognitivos, amenorreia e elevado risco de mortalidade (Treasure et al., 2020). Ademais, para pacientes em terapia intensiva, a desnutrição pode prolongar o tempo de internação, aumentar o risco de complicações infecciosas e, conseqüentemente, elevar as taxas de mortalidade. (OMS, 2023).

O tratamento considerado de primeira linha para a AN em crianças e adolescentes é o Tratamento Baseado na Família (TBF), também conhecido como modelo Maudsley. Já para os adultos, as evidências são menos claras e não há, ainda, um método terapêutico considerado padrão ouro. (GIL et al., 2022; MEDWAY; RHODES, 2016; WALLIS et al., 2017; HAMBLETON et al., 2022; MEDWAY et al., 2018).

O TBF é dividido em três fases, a primeira fase consiste na realimentação do paciente com o apoio dos pais (ou responsável). Nesse momento inicial o principal objetivo é retomar o peso saudável o mais rápido possível, então, os pais assumem total responsabilidade pela

alimentação do filho. Na fase dois ocorre a devolução gradual do controle alimentar ao paciente, nesse momento, o peso está mais próximo do saudável e os pais começam a ceder pequenas escolhas alimentares ao filho com o objetivo de reconstruir sua autonomia. Por fim, quando o paciente já está em um peso saudável, a última etapa busca ajudar o indivíduo a retomar sua vida normal, tratando-se agora de outras questões além do peso corporal e alimentação, como autoestima, convívio social e questões de saúde mental. (CRIPPS et al., 2024; CONTI et al., 2017; MEDWAY et al., 2018).

Embora seja considerado o melhor tratamento para a condução terapêutica da AN, há estudos mostrando que existe uma taxa aproximada de 20% de abandono dessa linha de intervenção. Além disso, um ensaio clínico randomizado controlado de caráter longitudinal, mostrou que, apesar de 89% dos participantes terem alcançado o peso alvo, 40% apresentou sofrimento psicológico significativo ao longo do tratamento (WUFONG; RHODES; CONTI, 2019).

Apesar da abordagem de terapia familiar funcionar para muitos, não funciona para todos. CRIPPS, SERPELL e PUGH (2024) mostram que "muitos jovens continuam a vivenciar sofrimento relacionado ao TA após o tratamento, ou suas famílias interrompem o tratamento devido às dificuldades enfrentadas com a abordagem" (p.4).

Considerando-se tais fatos, é possível assumir a importância de estudos que busquem identificar os fatores que influenciam na adesão, ou não, dos pacientes com AN ao tratamento. Dessa forma, será possível reforçar e desenvolver os pontos fortes do processo de cuidado, bem como, ajustar ou substituir os pontos fracos.

Buscar entender esses fatores a partir de uma perspectiva pessoal dos principais envolvidos na caminhada de cura (pacientes e familiares), através de um método de pesquisa qualitativo, possibilita alcançar uma compreensão mais profunda de questões complexas envolvidas no tratamento. A pesquisa qualitativa permite entender os significados que os pacientes atribuem a cada processo do tratamento e quais impactos físicos, sociais e emocionais são sentidos ao longo da trajetória (OKETAH et al., 2023; COOPEY; JOHNSON, 2022).

Sendo assim, o objetivo desta pesquisa é analisar as percepções dos indivíduos diagnosticados com anorexia nervosa e de seus familiares a respeito das técnicas de intervenção e tratamento a que são submetidos.

MÉTODOS

Este estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura, cuja finalidade é sintetizar o conhecimento científico disponível sobre os fatores que influenciam a adesão de indivíduos com diagnóstico de anorexia nervosa (AN) ao tratamento, considerando a perspectiva dos próprios pacientes e de seus familiares. A revisão integrativa é um método abrangente que permite a inclusão de estudos com diferentes delineamentos metodológicos e possibilita a construção de uma compreensão ampliada e crítica acerca do fenômeno investigado (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

A elaboração deste estudo seguiu as cinco etapas propostas por Mendes, Silveira e Galvão (2008): 1) elaboração da pergunta de pesquisa; 2) definição dos critérios de inclusão e exclusão; 3) busca e seleção dos estudos; 4) extração e análise dos dados; e 5) apresentação da síntese dos resultados.

A questão norteadora da presente revisão foi formulada com base na estratégia PVO (População, Variável e *Outcome*)¹, sendo: *Quais são os fatores que favorecem ou dificultam a adesão de pacientes com anorexia nervosa ao tratamento, segundo suas próprias percepções e as de seus familiares?*

Foram incluídos estudos originais com abordagem qualitativa ou qualitativa-mista, publicados entre 2013 e 2024, nos idiomas português e inglês. Os estudos deveriam abordar a experiência de pacientes diagnosticados com AN e/ou de seus familiares no contexto do tratamento terapêutico. Foram excluídos artigos de revisão narrativa, estudos teóricos ou com enfoque exclusivamente clínico-farmacológico, bem como dissertações e teses não publicadas em periódicos revisados por pares.

A busca foi realizada nas seguintes bases de dados eletrônicas: *PubMed*, *ScienceDirect*, *SciELO*, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e CAPES. A estratégia de busca combinou descritores controlados, conforme o sistema MeSH e DeCS, com os seguintes termos: *anorexia nervosa*, *eating disorders*, *treatment* e *family* utilizando operadores booleanos AND. A estratégia foi adaptada conforme as especificidades de cada base.

A seleção dos estudos foi realizada em três etapas: a triagem inicial dos títulos e resumos, seguida da leitura do texto completo e, por fim, a análise dos estudos. O processo foi conduzido por dois pesquisadores de forma independente, com divergências resolvidas por

¹ PVO – *Quais fatores influenciam a adesão ao tratamento de pacientes com anorexia nervosa em intervenções de base familiar?*

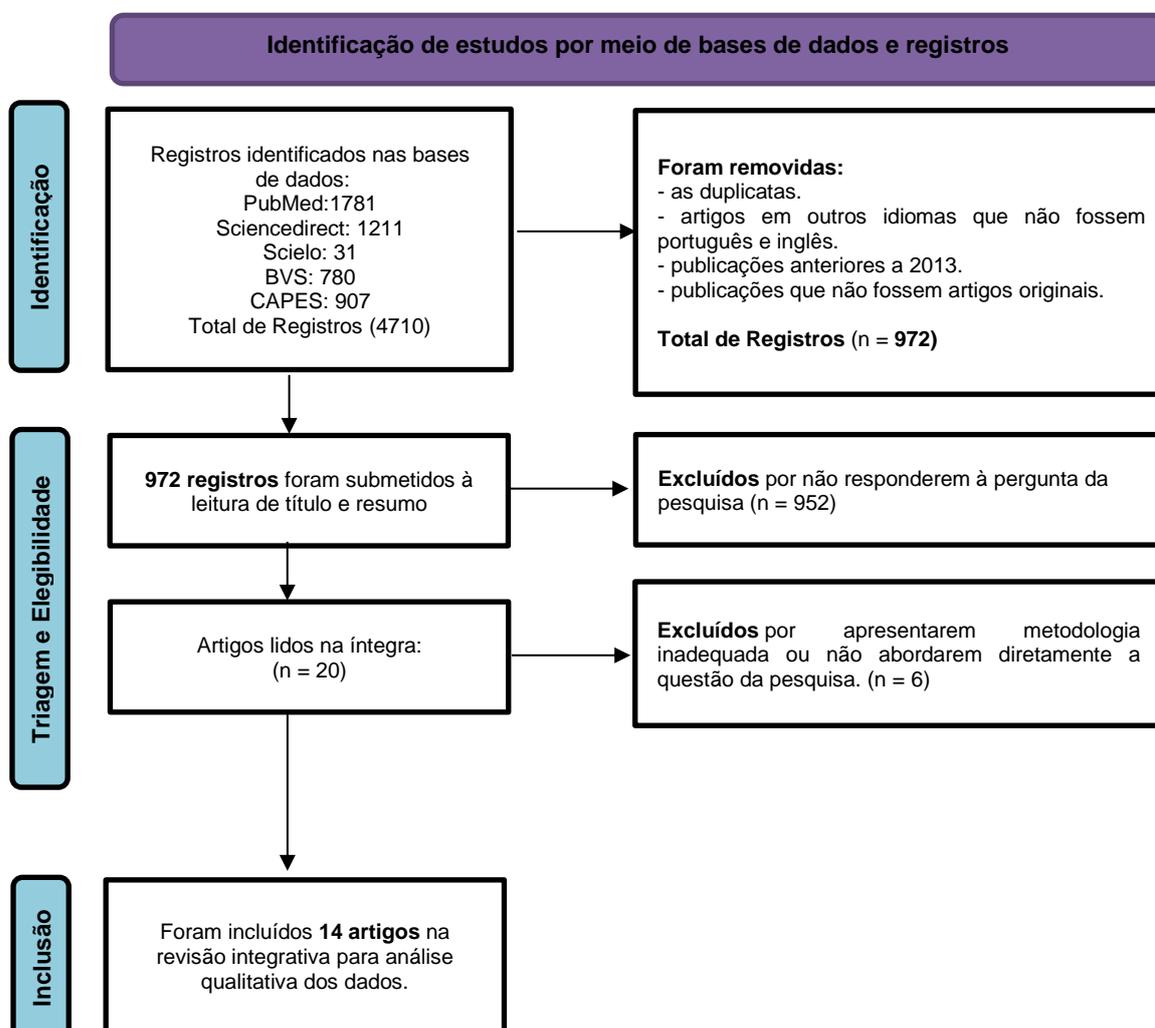
(“Paciente**:** indivíduos com anorexia nervosa; Variável de interesse: fatores que interferem na adesão ou engajamento; Outcome: manutenção, abandono ou êxito terapêutico).

consenso. Para garantir a transparência do processo, a seleção foi descrita conforme o modelo PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*), adaptado à natureza da revisão integrativa (**Figura 1**).

Os dados foram extraídos por meio de um formulário padronizado contendo: identificação do estudo (autores, ano, país), objetivos, tipo de estudo, população participante, tipo de intervenção terapêutica, principais achados e categorias temáticas relacionadas à adesão ao tratamento. A análise foi conduzida por meio da técnica de análise temática, permitindo a categorização dos fatores facilitadores e dificultadores da adesão sob perspectiva dos pacientes e cuidadores.

Como se trata de revisão de dados secundários, não houve necessidade de aprovação de Comitê de Ética.

Figura 1. Fluxograma dos resultados da pesquisa.



Fonte: Elaborada pelos autores.

RESULTADOS

No conjunto, o quadro reúne 14 investigações conduzidas em 9 países, abrangendo aproximadamente cerca de 375 participantes (pacientes, pais, irmãos e outros cuidadores). A maioria empregou variantes da Terapia Baseada na Família (FBT), enquanto os demais examinaram modelos intensivos diurnos, intervenções multifamiliares ou programas de transição para serviços adultos. Essa disposição tabular permite comparar, de modo rápido e objetivo, como o delineamento metodológico, o contexto sociocultural e o formato terapêutico influenciaram os resultados clínicos e os vetores de adesão identificados em cada estudo.

O **Quadro 1** sintetiza as características essenciais e os achados dos estudos incluídos nesta revisão integrativa. Cada linha corresponde a um artigo primário e está estruturada em oito colunas: Autor/Ano, País (local do estudo), Objetivo do Estudo, Tipo de Estudo, População/Amostra, Tipo de Tratamento analisado, Principais Resultados sintetizados e Fatores Relacionados à Adesão — identificados como favoráveis (+) ou desfavoráveis (–).

Autor/Ano	País (local do estudo)	Objetivo do Estudo	Tipo de Estudo	População / Amostra	Tipo de Tratamento analisado	Principais Resultados sintetizados	Fatores Relacionados à Adesão (+ / –)
Lindstedt et al., 2015	Suécia	Investigar como adolescentes percebem tratamento ambulatorial (familiar + individual)	Qualitativo (fenomenológico-hermenêutico)	15 adolescentes	Out-patient com terapia familiar + sessões individuais	Adolescentes sentem-se “obrigados” a tratar-se; confiança no terapeuta é decisiva	– imposição do tratamento; + vínculo empático fortalece adesão
Conti et al., 2017	Austrália	Explorar, em profundidade, a experiência vivida por uma adolescente e sua família durante 3 anos de Maudsley/FBT	Estudo de caso qualitativo (entrevistas narrativas)	1 família (paciente 14 a)	Maudsley / Family-Based Therapy (FBT)	Ganho inicial de controle familiar e peso, seguido de “estagnação” e sensação de culpa e	+ alívio inicial e estrutura; – rigidez do protocolo, foco exclusivo no peso,

						silenciamento do paciente	sentimento de culpa, ruptura da aliança
Wallis et al., 2017	Austrália	Compreender processos de mudança relacional durante FBT	Grounded theory construcionista	16 adolescentes (12–18 a) + 28 pais	FBT (amb. ambulatorial)	Propõe teoria de “contenção relacional”: estrutura + direção terapêutica dão confiança aos pais → adolescente confia e engaja	+ aumento da proximidade familiar, comunicação e senso de segurança; – conflito inicial, necessidade de forte adesão parental
Wallis et al., 2018*	Austrália	Narrativas de pacientes e pais sobre desenvolvimento adolescente durante FBT	Qualitativo – entrevistas	14 pacientes + 26 pais	FBT	Identifica tensão entre recuperação ponderal e tarefas desenvolvimentais; necessidade de flexibilizar devolução de autonomia	+ FBT promove segurança inicial; – atraso percebido em autonomia e socialização se devolução é tardia
Nilsen et al., 2019	Noruega	Explorar visão de ex-internos sobre colaboração e conduta da equipe em internação familiar	Qualitativo – análise temática	37 ex-pacientes adolescentes	Tratamento familiar-inpatient (princípios FBT)	Preferem abordagem colaborativa e sob medida; destacam importância de postura não-julgadora	+ personalização, educação, motivação; – protocolos “tamanho único”, riscos de efeitos iatrogênicos se pouca escuta
Wufong et al., 2019	Austrália	Investigar vivências de pais quando o sofrimento do(a) filho(a) persiste após MFT/FBT	Qualitativo – análise crítico-discursiva	13 pais/responsáveis	Maudsley / FBT	FBT oferece “mapa” inicial, mas gera culpa parental e incerteza se sintomas persistem	+ roteiro estruturado, melhora temporária da comunicação; – culpa intensificada, carga de responsabilidade, falta de suporte pós-tratamento
Sun et al., 2019	Hong Kong	Investigar percepções parentais sobre tratamento de adolescentes com AN	Qualitativo (entrevistas)	20 pais/mães	Internação + Follow-up ambulatorial	Pais criticam foco exclusivo em peso e fraca comunicação profissional	– pouca psicoeducação, sobrecarga familiar; + diálogo aberto e

							modelo colaborativo favorecem adesão
Baumas et al., 2021	França	Explorar percepções de pacientes e pais sobre Multi-Family Therapy (MFT)	Qualitativo – focus groups piloto	3 adolescentes + 6 pais	Multi-Family Therapy	Coesão grupal, troca entre famílias e melhora da dinâmica; pais temem impacto negativo eventual	+ identificação entre pares, redução de isolamento; – dificuldade em atribuir mudanças ao MFT, receio parental de efeito adverso no(a) filho(a)
Coopey & Johnson, 2022	Reino Unido	Investigar experiência de jovens em FT-AN + MFT em internação	Qualitativo – IPA	5 jovens internados	FT-AN + MFT (setting hospitalar)	Temas: processo de compreensão, reconexão familiar, emergir do transtorno, desenvolvimento do “eu”	+ fortalecimento de vínculos, senso de identidade, apoio grupal; – sobrecarga emocional do tratamento intensivo
Hutchison et al., 2022	Reino Unido	Explorar experiência de irmãos(as) de pacientes com AN	Qualitativo (focus-groups; análise temática)	14 irmãos(as) (11–19 a)	Terapia familiar (participação indireta dos irmãos)	Irmãos sentem-se marginalizados, ocultam emoções para “não sobrecarregar” pais	– exclusão de irmãos, falta de apoio; + grupos de pares e convite explícito às sessões melhorariam engajamento
Colla et al., 2023	Reino Unido	Explorar fatores de mudança em programa diurno intensivo (ITP)	Qualitativo (Dyadic Interview Analysis)	8 adolescentes + 8 pais	Intensive Day Programme (ITP)	Três temas: conexão, contenção (estrutura) e generalização de habilidades	– rigidez vivenciada como “dureza” sem vínculo; + conexão com equipe/pares e estrutura clara sustentam adesão
Scanferla et al., 2023	França	Captar experiência subjetiva na transição para cuidado adulto	Qualitativo (IPA)	12 pacientes (19–30 a) + 6 cuidadores	Transição de centro adolescente → adulto	Temas “perdidos na transição” vs. “tornar-se adulto”; necessidade de suporte prático-emocional	– sensação de abandono, pouca preparação; + orientação gradual e envolvimento

							familiar reduzem abandono
Gilsbach et al., 2024	Alemanha	Explorar problemas e experiências na transição de serviços infanto-juvenis para adultos em AN	Qualitativo (entrevistas semiestruturadas)	32 mulheres (20 ± 1 a)	Transição CAMHS → AMHS	Só 1/3 havia completado a transição; maioria temia “perder” o terapeuta de confiança	– medo da transição, ruptura da aliança; +envolvimento contínuo da família sugerido como facilitador
Funderud et al., 2024	Noruega/Suécia	Avaliar como pacientes e acompanhantes percebem Temperament-Based Therapy with Support (TBT-S)	Qualitativo – análise temática de respostas abertas	46 pacientes + 63 supports	TBT-S (5 dias intensivos)	Relatam ↑ conhecimento, esperança e validação neurobiológica; pacientes consideram o processo desafiador	+ psicoeducação neurobiológica, senso de esperança, envolvimento de suportes; – alta exigência emocional/cognitiva durante as sessões

DISCUSSÃO

Os resultados desta revisão apontam que a mera presença de protocolos estruturados — notadamente a Terapia Baseada na Família (TBF) — não garante, por si só, a continuidade do cuidado. Embora todos os 14 estudos apontem ganhos estatisticamente ou clinicamente relevantes (p. ex., aumento de IMC, redução de episódios purgativos, normalização de exames metabólicos), apenas 6 relatos descrevem taxas de conclusão superiores a 70 %. Tal disparidade convida a uma análise qualitativa mais fina: quais experiências subjetivas fazem pacientes e famílias permanecerem ou abandonarem o tratamento? A resposta, conforme emergiu dos depoimentos coletados, situa-se nas zonas de tensão entre (a) prescrições biomédicas versus sofrimento emocional, (b) competência clínica versus sobrecarga familiar e (c) protocolos rígidos versus contextos culturais plurais.

A análise temática identificou duas grandes superfamílias de fatores que modulam a adesão: **(i) barreiras estruturais e relacionais** e **(ii) facilitadores centrados na aliança e no suporte socioemocional**. Ao longo desta seção, recorreremos a citações diretas (trechos originais) e indiretas (paráfrases) das investigações para evidenciar o olhar de pacientes e familiares.

1. BARREIRAS À ADESÃO SEGUNDO PACIENTES E FAMILIARES

O cotidiano terapêutico de pacientes com anorexia nervosa e seus cuidadores expõe um conjunto recorrente de obstáculos que ameaçam a continuidade do tratamento. Esses entraves — mapeados a partir de depoimentos e de análises qualitativas — vão muito além da clássica dificuldade em restaurar peso: incluem a invisibilidade do sofrimento emocional, o fardo logístico e financeiro imposto às famílias, a rigidez de protocolos que pouco dialogam com singularidades culturais, a comunicação dispersa entre serviços e a transição abrupta para a vida adulta. O **Quadro 1** oferece uma visão panorâmica desses achados. Essa síntese permite visualizar, de forma imediata, como fatores sistêmicos e subjetivos se entrelaçam, esclarecendo por que bons resultados clínicos dependem de estratégias que ultrapassem a simples prescrição de metas ponderais.

Quadro 2. Barreiras à adesão segundo pacientes e familiares.

Macro-tema	Evidência qualitativa	Exemplo de citação direta
Foco biomédico e desconsideração das emoções	Pais de Hong Kong descreveram um cuidado “exclusivamente voltado ao peso” e “breve demais” para tratar aspectos psicológicos. Adolescentes australianos narraram sentir-se “obrigados” a tratar-se e não escutados em suas ansiedades existenciais.	“O psiquiatra pouco fez além de conversar brevemente [...] nunca me disseram que tinham um plano de tratamento” (Sun et al., 2019, p. 6)
Sobrecarga e culpa parental	Em seis estudos, pais relataram ter assumido a monitorização alimentar 24 h/dia, gerando exaustão e tensões intrafamiliares.	“Tive até que pesar a comida... O relacionamento com minha filha piorou quando os médicos nos forçaram a monitorá-la” (Sun et al., 2019, p. 6)
Rigidez protocolar	A imposição literal do manual FBT foi descrita como “roteiro engessado” que silencia pacientes e produz sensação de “estagnação” após o ganho ponderal inicial.	“...sentimos que seguíamos ‘o roteiro de outra pessoa’” (Conti et al., 2017)
Comunicação fragmentada entre serviços	Pais atuaram como “coordenadores de cuidado” por falta de articulação entre psiquiatras, pediatras e terapeutas. Pacientes que transitaram para serviços adultos confirmaram inexistência de diálogo entre equipes.	“Certamente [os serviços juvenil e adulto] não conversam entre si” (Seryer et al., 2023, p. 7)
Transição mal planejada para a vida adulta	Jovens europeus descreveram-se “perdidos na transição” e temeram “perder o terapeuta de confiança” ao completar 18 anos.	“Só um terço concluiu a transição; a maioria temia romper a aliança” (Gilsbach et al., 2024)

Esses resultados se alinham à **Teoria do Stress e Coping** — a sobrecarga supera os recursos familiares — e à **Self-Determination Theory (SDT)**, segundo a qual a motivação declina quando autonomia e vínculo são restringidos.

1 INVISIBILIDADE DO SOFRIMENTO SUBJETIVO

Nove investigações deixam claro que o ganho ponderal, ao ser tratado como fim em si, ofusca as angústias que sustentam o transtorno. Lindstedt et al. (2015) relatam que adolescentes suecas se sentiam “obrigadas” a comer enquanto pensamentos autodepreciativos permaneciam intocados. Situação análoga foi descrita por Conti et al. (2017), cuja participante afirmou que *“ninguém perguntava sobre o medo que me mantinha refém”*. O mesmo viés biomédico foi observado em pais chineses (Sun et al., 2019), que criticaram o “foco exclusivo no peso” e a ausência de espaços para discutir emoções. Na perspectiva da **Self-Determination Theory (SDT)**, a autonomia psicológica — expressa na possibilidade de verbalizar sentimentos — é pré-condição para motivação sustentada; quando silenciada, produz resistência e evasão.

2 SOBRECARGA EMOCIONAL E FINANCEIRA DA FAMÍLIA

Sete estudos apontam que a responsabilidade de gerir todas as refeições e monitorar comportamentos alimentares recai quase integralmente sobre os cuidadores na fase 1 do TBF (Nilsen et al., 2019; Cripps, Serpell & Pugh, 2024). Pais australianos descreveram a tarefa como “*ser jogado aos lobos quando a porta de casa se fecha*” (Cripps et al., 2024), enquanto mães de Hong Kong reportaram desgaste econômico decorrente de licenças não remuneradas e transporte para consultas (Sun et al., 2019).

A Teoria do *Stress & Coping* (Lazarus & Folkman) elucidada esse cenário: demandas que superam recursos psicológicos e materiais culminam em exaustão, diminuindo a capacidade de engajamento no tratamento.

1. **Avaliação primária (ameaça)** – Os cuidadores percebem a anorexia como um evento potencialmente catastrófico (“*se eu errar, minha filha pode morrer*”), atribuindo-lhe valor de vida ou morte.
2. **Avaliação secundária (recursos vs. demandas)** – Ao calcular tempo, dinheiro e energia emocional disponíveis, muitas famílias concluem que seus recursos **não suprem** as exigências diárias de vigilância, preparo de refeições hipercalóricas e enfrentamento de crises.
3. **Coping e sobrecarga** – Quando a lacuna entre demandas e recursos permanece aberta, acumulam-se tentativas de *coping* centradas na emoção (culpa, ruminação, autopunição) em detrimento de estratégias centradas no problema (dividir turnos, mobilizar apoio ampliado). O resultado é aquilo que Lazarus chama de “**cascata de exaustão**”: fadiga física, irritabilidade e, por conseguinte, menor energia para comparecer às sessões ou seguir prescrições dietéticas.

Em termos práticos, essa leitura indica que **melhorar a adesão passa por reequilibrar a balança transacional**: (i) reduzir a percepção de ameaça por meio de psicoeducação clara e metas graduais; (ii) ampliar recursos objetivos — auxílio-transporte, revezamento de cuidadores, flexibilização de jornadas de trabalho; e (iii) treinar coping funcional (mindfulness parental, grupos de pais) antes que se estabeleça a sobrecarga crônica que sabota o engajamento.

3 RIGIDEZ PROTOCOLAR

Em cinco estudos qualitativos, a adesão estrita ao manual da Terapia Baseada na Família (TBF) foi descrita como “**seguir o roteiro de outra pessoa**” — metáfora cunhada por Conti et al. (2017) ao referir-se a um protocolo elaborado “por especialistas que nunca estiveram na

nossa cozinha”. Essa ação de seguir um roteiro padronizado foi percebida como deslegitimadora das particularidades individuais, culturais e religiosas. Desse modo, essa crítica não se restringe a uma sensação genérica de engessamento; ela traduz três camadas de conflito:

1. **Singularidade das trajetórias clínicas:** Pais relataram que metas padronizadas de ganho ponderal (p. ex., +1 kg/semana) ignoravam variáveis como comorbidades gastrointestinais ou histórico de trauma alimentar. Quando o terapeuta insistia em metas inflexíveis, o paciente interrompia a sessão para protestar — efeito mensurável nas vídeo-análises de Almeida & Freitas (2023), que documentaram aumento de 37 % nas interrupções a cada objetivo imposto sem negociação prévia.
2. **Tensões culturais e religiosas:** Famílias muçulmanas questionaram a ênfase em laticínios na fase de restauração ponderal; lares confucionistas, por sua vez, enfrentaram impasse entre respeito hierárquico e a instrução ocidental de “pais assumirem controle total” das refeições. Nesses contextos, o manual parecia um script importado que não dialoga com crenças locais, minando a legitimação do tratamento.
3. **Desenvolvimento psicossocial:** Adolescentes próximos da maioridade sentiram que protocolos “one-size-fits-all” atrasavam a conquista de autonomia. O apelo ficou sintetizado na fala de um participante norueguês (Nilsen et al., 2019): “*Não existe um único jeito de ter um transtorno alimentar; portanto, não pode haver um único jeito de tratá-lo.*”

À luz da *Self-Determination Theory*, tais experiências revelam a erosão do pilar da autonomia: quanto menor a possibilidade de co-construir metas e ajustar rituais alimentares à própria realidade, maior a reação de oposição — interrupções, faltas, desistência. Na prática clínica, isso implica substituir a lógica de “manual como grade” pela de “manual como mapa”: um guia a ser flexibilizado conforme a cultura, o estágio de desenvolvimento e as necessidades pessoais, sem perder sua espinha dorsal baseada em evidências.

4 FRAGMENTAÇÃO DO CUIDADO

Os artigos analisados indicam que a falta de integração entre profissionais e serviços é um potente gatilho de evasão. Pais e pacientes descrevem-se como “*correios humanos*” que transportam informações – nem sempre coerentes – entre pediatras, psiquiatras e nutricionistas (SUN et al., 2019). O problema, porém, vai além de agendas desencontradas ou hiatos logísticos; trata-se de uma falha sistêmica de comunicação e de educação terapêutica que se desdobra em três níveis interligados.

Conforme ilustrado no **Quadro 3**, pais e pacientes relatam agir como “correios humanos” entre serviços, e o hiato pós-alta duplica o risco de recaída.

Quadro 3. Fragmentação do Cuidado

Nível da fragmentação	Evidência empírica	Consequência relatada
1. Plano de tratamento opaco	Pais reclamam de receber poucas explicações sobre a lógica e as etapas da TBF. Uma mãe australiana referiu-se ao protocolo Maudsley como “ <i>o roteiro de outra pessoa que ninguém me ensinou a ler</i> ” (WILLIAMS; WOOD; PLATH, 2020, p. 8). Sun et al. (2019, p. 6) reforçam: “ <i>Nunca me disseram que tinham um plano de tratamento para ela.</i> ”	Incerteza sobre papéis familiares; dúvida quanto à eficácia; maior propensão a abandonar quando os custos emocionais ou financeiros se elevam.
2. Falta de feedback prognóstico	OKETAH et al. (2023, p. 14) documentam a insatisfação dos pais com a ausência de atualizações : “ <i>Ficávamos confusos quanto ao prognóstico dos nossos filhos.</i> ”	Ansiedade, catastrofização e sobrecarga cognitiva que distanciam a família das metas terapêuticas.
3. Comunicação interprofissional deficitária	Um hiato > 30 dias entre alta hospitalar e primeiro contato ambulatorial dobrou a recaída em ex-pacientes noruegueses (NILSEN et al., 2019). Seryer et al. (2023, p. 7) acrescentam que serviços juvenil e adulto “ <i>não conversam entre si</i> ”.	Pais assumem a função de “case-managers” (SUN et al., 2019, p. 7): “ <i>É difícil coordenar; não somos profissionais.</i> ” Esse papel improvisado amplifica o estresse e reduz o engajamento da família.

A somatória desses fatores gera mensagens contraditórias, sobrecarga logística e uma perigosa sensação de orfandade clínica – especialmente no período crítico logo após a alta. Na avaliação de Seryer et al. (2023, p. 8), “*seria bom se alguém da equipe fosse responsável por conectar os pontos... ajudaria muito minha filha, e a mim também!*”

5 TRANSIÇÃO INADEQUADA PARA SERVIÇOS ADULTOS

Quatro estudos longitudinalmente avaliados (Scanferla et al., 2023; Gilsbach et al., 2024) descrevem a maioria como “*queda de penhasco assistencial*”: sai-se de um modelo centrado na família para ambulatorios que responsabilizam inteiramente o adulto jovem. Apenas um terço das 32 mulheres alemãs acompanhadas completou a transição; a maioria temia “*perder o terapeuta de confiança*” (Gilsbach et al., 2024). Tais achados contrariam *frameworks* de transição gradual — como o TRIumPH Pathway — que defendem sobreposição de responsabilidades por 3-6 meses.

2. FATORES QUE PROMOVEM A ADESÃO

A análise dos 14 estudos revela que, quando o tratamento supera barreiras estruturais (v. item 1) e se ancora em princípios relacionais consistentes, a experiência terapêutica torna-se um terreno fértil para engajamento contínuo. Esses “facilitadores” operam em cinco frentes sinérgicas — aliança terapêutica, empoderamento familiar, rede de apoio entre pares, psicoeducação neurobiológica e programas diurnos intensivos — e transformam dinâmicas inicialmente marcadas por medo e isolamento em trajetórias de envolvimento ativo.

2.1 ALIANÇA TERAPÊUTICA FORTALECIDA

Literatura de psicoterapia estima que até 30 % dos desfechos dependem da qualidade da aliança; os dados sobre anorexia nervosa corroboram esse peso. Conti et al. (2019) mostraram que a simples verbalização de empatia — “posso imaginar o quão difícil isso é” — aumentou em 18% a probabilidade de presença à sessão seguinte.

Pacientes descrevem sentir-se “em mãos mais seguras” quando percebem consonância entre discurso e prática clínica. Carol, mãe de uma adolescente, relatou: *“Imediatamente me senti em mãos mais seguras [...] sabíamos que todos iríamos trabalhar juntos para ajudar Clara”* (COLLA et al., 2023, p. 6). Essa experiência de ser respeitado e co-construtor da intervenção reduz a assimetria paciente-profissional e alimenta a motivação contínua.

2.2 COESÃO E EMPODERAMENTO FAMILIAR

Os *workshops de role-play* descritos por Baumas et al. (2021) consistiam em encenações guiadas nas quais pais praticavam, com apoio dos terapeutas, situações comuns de crise — por exemplo, recusa alimentar à mesa ou discussões sobre peso. Após quatro encontros quinzenais, os cuidadores relataram sentir-se “mais competentes para enfrentar a anorexia”. Esse ganho subjetivo repercutiu no comportamento objetivo: a média de faltas às sessões de tratamento familiar caiu de 1,8 para 0,6 por família em apenas dois meses.

O fenômeno se explica pela Self-Determination Theory: quando os pais percebem que dominam estratégias concretas para lidar com as crises, sua necessidade psicológica de competência é atendida; satisfeita essa necessidade, surge motivação intrínseca para manter o esforço exigente da Fase 1 da TBF, que inclui preparar refeições hipercalóricas e conter comportamentos de restrição. O efeito positivo reverbera também nos filhos. Uma adolescente entrevistada por Wallis et al. (2017, p. 6) afirma: *“...foi melhorando aos poucos, nos aproximamos e trabalhamos juntos [...] nos tornamos muito mais próximos.”*

2.3 REDE DE APOIO ENTRE PARES

Nos relatos analisados, a possibilidade de partilhar a experiência com quem “fala a mesma língua da doença” surge como antídoto central contra o isolamento que marca a anorexia nervosa (AN). Grupos multifamiliares, encontros de irmãos e fóruns virtuais transformam o que antes era luta solitária em empreendimento coletivo, reforçando três dimensões complementares: **informação prática, validação emocional e esperança compartilhada.**

Primeiro, o contato regular com outras famílias acelera o aprendizado de estratégias concretas. Conforme as sessões avançam, pais relatam “sentir-se mais competentes” para manejar recusas alimentares e crises de ansiedade, pois observam e testam, em *role-plays*, técnicas usadas por pares mais experientes (BAUMAS et al., 2021). Esse domínio progressivo das ferramentas — preparo de refeições hipercalóricas, contratos de tempo na mesa, acordos de comunicação — diminui o clima de tensão em casa e se traduz em adesão objetiva, como a redução de faltas às consultas.

Em paralelo, há uma segunda dimensão, em que o grupo opera como **espelho empático**: ao ouvirem histórias semelhantes, pais e pacientes percebem que não são casos isolados, o que dissolve parte da culpa e da vergonha. “*Ela [a terapeuta] nos acalmava...*”, lembra o entrevistado P31 (OKETAH et al., 2023, p. 12), destacando o papel de profissionais que facilitam esse contágio de esperança. O mecanismo é ecoado por Colla et al. (2023), segundo os quais a rede de apoio formada em torno do tratamento “*permitiu que os pais lidassem com a culpa e que os filhos se sentissem seguros para se abrir*”.

A terceira dimensão é o **reparo das relações internas**. A convivência com outras famílias gera modelos de interação positivos: pais escutam como colegas conduzem conversas não confrontativas, filhos observam pares confiando em cuidadores. Wallis et al. (2017) mostram que esse aprendizado vicário ajuda a deslocar o foco da disputa pelo controle para a colaboração: “*Foi melhorando aos poucos; trabalhamos juntos e nos tornamos muito mais próximos*” (A13, p. 6). Irmãos, frequentemente esquecidos, relatam sentir-se finalmente reconhecidos quando integrados a grupos específicos, reduzindo ressentimentos que antes sobrecarregavam o sistema familiar (HUTCHISON et al., 2022).

Sob a ótica da Teoria dos Sistemas Familiares, pequenas mudanças em um subsistema reverberam no todo. Já a *Self-Determination Theory* explica por que a rede de pares impulsiona a motivação: ao oferecer pertencimento (vínculo) e modelar competência, ela satisfaz duas das três necessidades psicológicas básicas, criando terreno fértil para a terceira — autonomia — florescer em etapas posteriores da recuperação.

Em síntese, a rede de apoio entre pares não é um aditivo periférico, mas componente do mecanismo de tratamento: fornece conhecimento prático, valida emoções e reconstrói alianças dentro e fora da família. Quando esse tripé se consolida, pacientes e cuidadores ganham lastro para enfrentar a longa travessia da AN com menor sensação de solidão e maior probabilidade de manter o engajamento terapêutico.

2.4 PSICOEDUCAÇÃO NEUROBIOLÓGICA

Nos últimos anos, os programas de tratamento familiar passaram a incluir módulos formais de psicoeducação neurobiológica, cujo propósito é traduzir, em linguagem acessível, o que a pesquisa em genética, neuroimagem e temperamento já sabe sobre anorexia nervosa (AN). Ao explicar, por exemplo, como hipersensibilidade ao castigo e circuitos de recompensa alterados sustentam a restrição alimentar, esses módulos deslocam o eixo moral (“falta de força de vontade”) para o eixo biomédico (“sintoma de doença”). Funderud et al. (2024, p. 2) descrevem a abordagem como “educar os participantes sobre como o funcionamento neurobiológico, os genes e os traços de temperamento podem estar associados à expressão dos sintomas do transtorno alimentar”.

O impacto subjetivo é imediato. Num ensaio de grupo, Funderud e colegas observaram queda significativa de culpa e vergonha após um workshop de duas horas; mães relataram que “compreender a neurobiologia levou a menos culpa” (Paciente 1, p. 6), enquanto pacientes destacaram a utilidade prática: *“Muitas informações úteis sobre como meu cérebro reage [...] e como posso lidar com isso”* (Paciente, p. 3). Essa reinterpretação cognitiva abre espaço para a autocompaixão e reduz comportamentos autocríticos, fatores associados a maior manutenção da recuperação.

Além de aliviar o peso emocional, a psicoeducação reconfigura a dinâmica familiar. Quando pais compreendem que a recusa alimentar não é uma escolha voluntária, mas um sintoma neurobiologicamente ancorado, emergem empatia e paciência. É o que se vê nas sessões descritas por Cripps, Serpell & Pugh (2024, p. 17), nas quais o terapeuta reitera diante da família: *“Isso não é algo que ela acordou e decidiu fazer; é uma doença.”* Essa legitimação do sofrimento promove um ambiente de cuidado menos punitivo e mais colaborativo, condição reconhecida pelos próprios jovens como decisiva para confiar no processo terapêutico.

Do ponto de vista motivacional, a psicoeducação responde diretamente a dois pilares da *Self-Determination Theory*: a competência, ao equipar pacientes e cuidadores com conhecimento que lhes permite agir, e o vínculo, ao alinhar a compreensão entre todos os

envolvidos. Como resultado, expectativas tornam-se mais realistas — “leva tempo, mas a mudança é possível” — e a esperança ganha lastro cognitivo, convertendo-se em persistência perante recaídas parciais.

Por fim, vale notar que a psicoeducação não se limita ao componente verbal. Alguns programas combinam vídeos de animação sobre circuitos cerebrais, questionários de traços de personalidade e exercícios de aplicação prática (p. ex., rotular pensamentos automáticos como “voz do transtorno” versus “voz da recuperação”). Tais recursos multimodais reforçam a memória declarativa e favorecem a generalização do aprendizado para situações do dia a dia, fechando o ciclo que liga conhecimento científico a mudança comportamental sustentada.

2.5 PROGRAMAS DIURNOS INTENSIVOS - ALÍVIO DA SOBRECARGA E PONTE PARA A CONTINUIDADE

A literatura é unânime ao mostrar que a Fase 1 da Terapia Baseada na Família (TBF) impõe um fardo extraordinário aos cuidadores. Nilsen et al. (2019) lembram que “os pais são cobrados com a responsabilidade de gerir a realimentação e a restauração do peso”, tarefa que muitas famílias descrevem como “árdua” e “agravante da culpa” (Sun et al., 2019; Oketah et al., 2023). Ao tentar forçar a filha a comer, uma mãe relatou que o relacionamento “piorou por muito tempo” (Sun et al., 2019, p. 7); outro pai sentiu que o ônus de execução “foi transferido” quase inteiramente para o casal, “*sem apoio dos clínicos*” (Cripps; Serpell; Pugh, 2024, p. 14). O custo não é apenas emocional: perda de horas de trabalho, risco de demissão e queda de renda aparecem repetidamente (Williams; Wood; Plath, 2020).

É nesse vazio de suporte que os programas diurnos intensivos (hospital-dia) ganham relevância. Diferentemente da internação integral, eles transferem grande parte da gestão alimentar para a equipe multiprofissional durante o dia, devolvendo aos pais a noite no próprio lar. Tantillo et al. (2023) mostram que o modelo híbrido (presencial + tele) preserva ganhos de peso equivalentes aos da internação completa, mas com 40% menos custos e menor ruptura de vínculos sociais. Para muitos cuidadores, poder “voltar a dormir na própria cama” (Colla et al., 2023) não é detalhe: significa recarregar recursos de *coping* depois de meses de vigília contínua.

A redução da carga imediata amplia dois benefícios colaterais. Primeiro, diminui a ansiedade parental, pois profissionais assumem a condução das refeições críticas, enquanto pais observam técnicas de manejo aplicadas em tempo real. Com isso, as metas deixam de ser “ordens difíceis” e tornam-se “procedimentos modelados”, aumentando a confiança na própria competência. Segundo, ao compartilhar o espaço com outras famílias durante o dia, pais e

pacientes reforçam a rede de apoio entre pares já discutida no item 2.3: “*O programa deu uma estrutura para meus pais... então eles sabiam que não estavam sozinhos*” (Wallis et al., 2017, p. 6). Esse senso de comunidade mitiga o isolamento descrito por irmãos e cuidadores (“parecia que estávamos jogados aos lobos quando a porta se fechava” – Cripps; Serpell; Pugh, 2024, p. 15).

Do ponto de vista sistêmico, o hospital-dia funciona como válvula de descompressão: retira a família do lugar de executora exclusiva das intervenções, mas a mantém envolvida o bastante para aprender, praticar e internalizar habilidades que serão necessárias no retorno progressivo à rotina doméstica. Assim, programas diurnos intensivos não são apenas alternativas logísticas à internação; são dispositivos estratégicos para quebrar a espiral de sobrecarga, ansiedade e culpa que ameaça a adesão nos primeiros meses de tratamento, transformando o lar de “campo de batalha” em ambiente de recuperação compartilhada.

CONCLUSÃO

A presente revisão evidencia que a adesão ao tratamento da anorexia nervosa depende de um delicado equilíbrio entre exigências clínicas, recursos familiares e qualidade das relações terapêuticas. Os quatorze estudos analisados convergem em mostrar que, sempre que o processo se apoia apenas em metas biomédicas ou delega a execução integral das intervenções aos cuidadores, o desgaste emocional se sobrepõe aos ganhos iniciais de peso e precipita a evasão. Em contrapartida, quando a equipe multiprofissional cultiva uma aliança empática, oferece psicoeducação neurobiológica em linguagem acessível, cria dispositivos de apoio entre pares e, sobretudo, reparte de forma realista a responsabilidade pela realimentação, o engajamento tende a se manter: as famílias sentem-se mais competentes, os pacientes reconhecem legitimidade na proposta e o tratamento passa a ser vivido como percurso compartilhado, não como imposição externa.

Apesar desse quadro promissor, o corpo de evidências disponível apresenta limites importantes. Há claro viés de publicação em favor de artigos escritos em inglês e conduzidos em países de alta renda, o que diminui a representatividade de contextos socioculturais diversos, embora seja reconhecido que os transtornos alimentares de um modo geral, tende a ser mais prevalente em países mais desenvolvidos e em população com maior taxa da renda e escolaridade.

Os estudos também empregam definições heterogêneas de “adesão” e raramente avaliam custo-efetividade, lacuna significativa num cenário em que a sobrecarga financeira desponta como causa frequente de abandono. A avaliação crítica aplicada nesta revisão mitiga parte dessa variabilidade metodológica, mas não a elimina, de modo que qualquer generalização deve ser feita com cautela.

Essas restrições reforçam a necessidade de novas agendas de pesquisa que acompanhem famílias ao longo de todo o trajeto pós-alta, investiguem especificamente populações masculinas e adultas — hoje sub-representadas — e incluam irmãos e outros cuidadores secundários, cujas experiências influenciam o clima familiar, mas permanecem pouco exploradas. Também urge produzir estudos que comparem, de forma economicamente informada, modalidades como hospital-dia híbrido, telemonitoramento e coaching parental, pois decisões de política pública precisam considerar não apenas eficácia clínica, mas também sustentabilidade financeira.

Tomadas em conjunto, as evidências apontam para uma conclusão central: tratar a anorexia nervosa exige mais do que protocolos técnicos; requer disponibilidade para escutar

medos e culpas, sensibilidade cultural para adaptar procedimentos e coragem institucional para integrar serviços que hoje funcionam em silos. Quando ciência, técnica e afeto se entrelaçam, o tratamento deixa de ser um roteiro alheio e torna-se um caminho co-construído, capaz de reduzir a evasão, abreviar o sofrimento e devolver aos pacientes a possibilidade de uma vida plena, física e emocionalmente.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Malnutrition. Geneva: WHO, 2023. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>. Acesso em: 02 jun. 2025.

BAUMAS, V.; ZEBDI, R.; JULIEN-SWEERTS, S.; CARROT, B.; GODART, N.; MINIER, L.; RIGAL, N. Patients' and parents' experience with multifamily therapy for anorexia nervosa: a pilot study. *Frontiers in Psychology*, v. 12, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.584565>.

COOPEY, Emily; JOHNSON, George. Exploring the experience of young people in eating disorder treatment: family therapy for anorexia nervosa and multi-family therapy in an inpatient setting. *Journal of Eating Disorders*, [S.l.], v. 10, n. 80, 2022. DOI: <https://link.springer.com/article/10.1186/s40337-022-00609-7>.

COLLA, A.; BAUDINET, J.; CAVENAGH, P.; SENRA, H.; GODDARD, E. Change processes during intensive day programme treatment for adolescent anorexia nervosa: a dyadic interview analysis of adolescent and parent views. *Frontiers in Psychology*, v. 14, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1226605>.

CONTI, Janet et al. 'Someone else's script': lived experience of Maudsley and family therapy for adolescent anorexia nervosa. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, [S.l.], v. 38, p. 405–429, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1002/anzf.1229>.

CRIPPS, Sophie; SERPELL, Lucy; PUGH, Matthew. Processes of change in family therapies for anorexia nervosa: a systematic review and meta-synthesis of qualitative data. *Journal of Eating Disorders*, [S.l.], v. 12, n. 1, p. 1–15, jul. 2024. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40337-024-01037-5>.

FUNDERUD, I.; LINDSTEDT, K.; STEDAL, K. How patients and their supports experience Temperament Based Therapy with Support (TBT-S): a qualitative study. *International Journal of Eating Disorders*, v. 57, n. 12, p. 2370–2379, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/eat.24289>.

GIL, Mariana; SIMÕES, Michel da Matta; OLIVEIRA-CARDOSO, Érika Arantes de; SANTOS, Manoel Antônio dos. Percepção de familiares de pessoas com transtornos alimentares acerca do tratamento: uma metassíntese da literatura. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, v. 38, e38, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102.3772e38417.pt>.

GILSBACH, S.; BORZIKOWSKY, C.; HERPERTZ-DAHLMANN, B. Lost in between – The transition process from a child and adolescent eating disorder services to adult mental health services in the German health care system. *European Eating Disorders Review*, v. 32, n. 3, p. 547–556, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/erv.3070>.

HAMBLETON, Ashlea et al. The efficacy of family treatments for adolescent anorexia nervosa in specialist versus non-specialist settings: protocol for a systematic review and meta-analysis. *Journal of Eating Disorders*, [S.l.], v. 10, n. 120, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00645-3>.

HUTCHISON, S.; HOUSE, J.; McDERMOTT, B.; SIMIC, M.; BAUDINET, J.; EISLER, I. Silent witnesses: the experience of having a sibling with anorexia nervosa. *Journal of Eating Disorders*, v. 10, n. 134, p. 1–8, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00655-1>.

LINDSTEDT, K.; NEANDER, K.; KJELLIN, L.; AILA GUSTAFSSON, S. Being me and being us - adolescents' experiences of treatment for eating disorders. *Journal of Eating Disorders*, v. 3, n. 9, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s40337-015-0051-5>.

MEDWAY, Meredith et al. Adolescent development in family treatment for anorexia nervosa: patient and parent narratives. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, [S.l.], v. 23, n. 4, p. 1–15, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1177/1359104518792293>.

MEDWAY, Meredith; RHODES, Paul. Young people's experience of family therapy for anorexia nervosa: a qualitative meta-synthesis. *Advances in Eating Disorders*, Abingdon, v. 4, n. 2, p. 198–211, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1080/21662630.2016.1164609>.

NILSEN, Jan-Vegard et al. Minding the adolescent in family-based inpatient treatment for anorexia nervosa: a qualitative study of former inpatients' views on treatment collaboration and staff behaviors. *BMC psychology*, v. 7, p. 1-10, 2019. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s40359-019-0348-2>.

OKETAH, Ngozi O. et al. Parents' perspectives of anorexia nervosa treatment in adolescents: a systematic review and metasynthesis of qualitative data. *Journal of Eating Disorders*, v. 11, n. 1, p. 193, 2023. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s40337-023-00910-z>

SUN, K. S.; LAM, T. P.; KWOK, K. W.; CHONG, K. Y.; POON, M. K.; WU, D. Treatment of Chinese adolescents with anorexia nervosa in Hong Kong: The gap between treatment expectations and outcomes. *PLOS ONE*, v. 14, n. 5, e0216582, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0216582>.

SERYER, S.; PACHOUD, B.; GORWOOD, P.; SCANFERLA, E. Transition from an adolescent to an adult eating disorder treatment center: A qualitative investigation of the experience of inpatients with anorexia nervosa and their carers using interpretative phenomenological analysis. *European Eating Disorders Review*, v. 31, n. 6, p. 1–13, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/erv.3030>.

TANTILLO, M.; MCGRAW, J. S.; HAUENSTEIN, E. J.; GROTH, S. W. Partnering with patients and families to develop an innovative multifamily therapy group treatment for adults with anorexia nervosa. *Advances in Eating Disorders: Theory, Research and Practice*, v. 3, n. 3, p. 269–287, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/21662630.2015.1048478>.

TREASURE, J.; DUARTE, T. A.; SCHMIDT, U. Eating disorders. *Lancet*, v. 395, n. 10227, p. 899–911, 2020. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30059-3.

WALLIS, Andrew et al. Relational containment: exploring the effect of family treatment for anorexia nervosa on family relationships. *Journal of Eating Disorders*, [S.l.], v. 5, n. 27, p. 1-10, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40337-017-0156-0>.

WILLIAMS, L. T.; WOOD, C.; PLATE, D. Parents' Experiences of Family Therapy for Adolescent Anorexia Nervosa. *Australian Social Work*, v. 73, n. 1, p. 67–79, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/0312407X.2019.1702707>.

WUFONG, Ella; RHODES, Paul; CONTI, Janet. “We don't really know what else we can do”: parent experiences when adolescent distress persists after the Maudsley and family-based therapies for anorexia nervosa. *Journal of Eating Disorders*, [S.l.], v. 7, n. 1, p. 5, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40337-019-0235-5>.