



# CEPPAN

Cadernos da CEPPAN – Revista de Transtornos Alimentares



O NASCIMENTO DE VÊNUS / SANDRO BOTTICELLI, 1483 / GALERIA DEGLI UFFIZI - FIRENZA

Transtornos da alimentação ..... 4

Diálogos pertinentes: psicanálise, psiquiatria e transtornos alimentares ..... 7

leituras ..... 10, 11



.....  
**Cadernos da CEPPAN**  
Revista de Transtornos Alimentares

Publicação trimestral da Clínica  
de Estudos e Pesquisa em Psicanálise  
da Anorexia e Bulimia (CEPPAN)

CONSELHO EDITORIAL

Ana Paula Gonzaga e Cybelle Weinberg

REVISÃO

Walter Lellis Siqueira

JORNALISTA RESPONSÁVEL

Carlos Alberto Sardenberg

PROJETO GRÁFICO E ARTE FINAL

2 Estúdio Gráfico

TIRAGEM

1.000 exemplares

DISTRIBUIÇÃO GRATUITA

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

R. João Moura, 627, cj 203

cep 05412-001

tel. (11) 3081 7068

ceppan@uol.com.br

www.redeceppan.com.br

*Somente será permitida a reprodução  
total ou parcial dos textos mediante  
autorização do Conselho Editorial*

.....

APOIARAM ESTA EDIÇÃO

Alicia Weisz Cobelo

Casa de Idéias Produções e Editora Ltda

Evelin Schiller Chaves

Isaura M. Amaral

JHT Pinturas e Embalagens Industriais

Karina Diniz Jorge

Kelly Cristina Gonçalves

Pepsi-cola Industrial da Amazônia Ltda

CEPPAN

COORDENAÇÃO

Ana Paula Gonzaga

Cybelle Weinberg

MEMBROS EFETIVOS

Ana Carolina Saraiva

Ana Tereza de Almeida Alonso

Danyella de Melo Santos

Gabriela Malzyner

Jaqueline Cardoso

Kelly Cristina Gonçalves

Marina Fibe De Cicco

Patrícia Gipsztein

Priscila Liberatti

Vicente Sarubbi Jr.

MEMBROS ASPIRANTES

Ana Carolina Uasarhelyi

Lorena Lins

Maria Lucia R. Machado

Sandra Sousa Lima

Silvia Guimarães

Talita Nacif

Telma Himenes

MEMBROS COLABORADORES

Alicia Weisz Cobelo

Evelin Schiller Chaves

Francisca Teixeira

Luciara Regina R. Lima

Cadernos da CEPPAN, n. 2, concretiza uma de nossas propostas iniciais: a manutenção de um diálogo constante com as diferentes áreas da saúde mental, com outras instituições e com os demais grupos de pesquisa no campo dos Transtornos Alimentares. Contamos, nesta edição, com textos de profissionais que têm contribuído, ao longo dos últimos anos, para a compreensão, atualização de conhecimentos e divulgação de pesquisas em torno do tema da Anorexia e da Bulimia Nervosas. Profissionais que compartilham nossos ideais, apóiam nosso trabalho e acompanham nossas dificuldades nesse campo.

São eles:

Maria Helena Fernandes, psicanalista, membro do Departamento de Psicossomática do Instituto Sedes Sapientiae, autora de livros e artigos relacionados ao tema dos Transtornos Alimentares;

Marina Miranda e Maria Rita Kehl, membros da Sociedade Brasileira de Psicanálise;

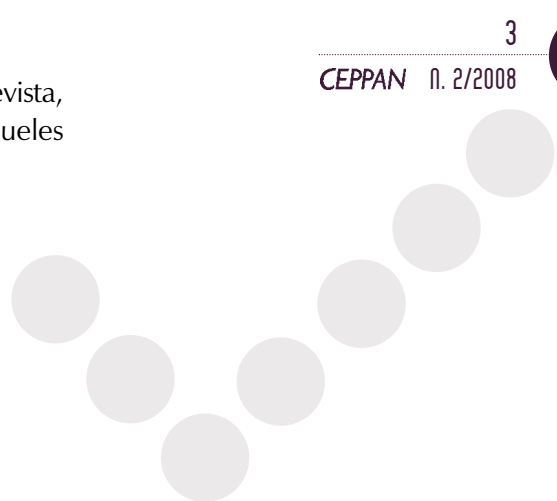
e as instituições:

Projeto Interdisciplinar de Atendimento, Ensino e Pesquisa em Transtornos Alimentares da Infância e Adolescência (PROTAD): equipe multidisciplinar dedicada ao tratamento de adolescentes;

Programa de Orientação e Assistência a Pacientes com Transtornos Alimentares (PROATA): atende pacientes com Anorexia e Bulimia Nervosas e Compulsão Alimentar Periódica;

Laboratório de Psicopatologia Fundamental: grupo de ensino, pesquisa e extensão do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da PUC-SP, representado por seu coordenador, Manoel Tosta Berlink, e pela psicanalista Ana Cecília Magtaz.

Agradecemos, também, àqueles que nos ajudaram na divulgação da revista, nos prestigiaram com sua presença no seu lançamento, e também àqueles que, com sua contribuição financeira, viabilizaram esta edição.



# Transtornos da Alimentação

a refeição é um ato social que coloca a criança em contato com o mundo desde os primeiros dias de vida. De acordo com as condições nas quais se efetua, pode assumir um caráter compensatório ou punitivo para os cuidadores e funcionar como meio de troca para a criança. A princípio, os problemas da alimentação refletem mais um sintoma que um diagnóstico. Todavia, na presença de prejuízo, é necessária uma intervenção especializada.

A prevalência dos transtornos da alimentação (TdA) não é bem estabelecida. Ela está estimada em 25% de todas as crianças e em 80% das crianças com alterações do desenvolvimento. Problemas da alimentação severos, entretanto, são observados em 3 a 10% dos casos.

A etiologia envolve fatores parentais (herança genética e transtornos alimentares maternos), ambientais (desorganização nos períodos de refeição, relações desarmônicas entre os pais e hábitos culturais) e questões inerentes à criança (etapas do desenvolvimento).

O curso e prognóstico variam conforme o tipo de transtorno da alimentação e possível presença de um outro transtorno psiquiátrico.

Há carência de um sistema de classificação padronizado. Existem classificações já definidas nos manuais diagnósticos e novas propostas (Lask; Chatoor; Davies) visando pontuar as fases do desenvolvimento infantil, abranger as facetas que rodeiam a apresentação clínica e determinar o contexto para o planejamento de tratamento multidisciplinar.

Manual	Tipo de transtorno	Critérios diagnósticos
DSM-IV-TR	Pica	Ingestão persistente de substâncias não nutritivas por um período mínimo de 1 mês; inapropriada ao nível de desenvolvimento do indivíduo; não faz parte de uma prática culturalmente sancionada; se ocorre exclusivamente durante o curso de um outro transtorno mental, ele é suficientemente grave para indicar atenção clínica independente.
	Transtorno de Ruminação	Regurgitação repetida e remastigação do alimento por um período de pelo menos 1 mês após um período de funcionamento normal; não é devido a uma outra condição

		médica geral; não ocorre exclusivamente durante o curso de anorexia nervosa ou bulimia nervosa; se ocorre exclusivamente durante o curso de um outro transtorno mental, ele é suficientemente grave para indicar atenção clínica independente.
	Transtorno da alimentação da primeira infância	Perturbação na alimentação, manifestada pelo fracasso persistente em comer adequadamente e em ganhar peso ou perda significativa de peso ao longo de pelo menos 1 mês; não se deve a uma condição médica geral; não é melhor explicada por outro transtorno mental ou pela falta de alimentos; inicia antes de 6 anos.

Subtipos clínicos descritos por Lask e Bryant-Waugh (em todos existe prejuízo funcional e não há uma preocupação com o peso ou distorção da imagem corporal):

**Comer seletivo:** caracteriza-se por um repertório alimentar limitado (5-6 tipos de alimentos). Geralmente o peso, a altura, as condições clínicas e a quantidade de alimentos ingeridos são adequados. Os sintomas devem estar presentes por no mínimo 2 anos;

**Comer restritivo:** caracteriza-se por pequena ingestão alimentar, sem alteração na variedade do repertório alimentar. Geralmente, o peso está abaixo do esperado e, na persistência dos sintomas, a altura pode estar prejudicada;

**Fobia alimentar:** caracteriza-se por esquiva alimentar relacionada ao medo de engolir, engasgar, sufocar ou vomitar. Sintomas fóbico-sociais e somáticos são freqüentes. Na maioria dos casos não há fator desencadeante identificado. A esquiva pode estar ligada a determinadas texturas de alimento. Geralmente, o peso está abaixo do esperado e, na persistência dos sintomas, repercussão clínica pode ocorrer;

**Transtorno emocional de evitação alimentar:** caracteriza-se por evitação alimentar relacionada a quadro emocional primário. Não há consenso se este transtorno é uma entidade independente, uma condição intermediária da anorexia nervosa e transtorno emocional ou uma síndrome parcial da anorexia nervosa com sintomas menos intensos. Geralmente, há baixo peso e prejuízo no crescimento;

**Síndrome de recusa abrangente:** caracteriza-se por recusa global envolvendo comer, beber, andar, falar ou manter auto-cuidados, estendendo-se por vários meses. É uma condição rara e potencialmente ameaçadora à vida. Essas características não se enquadram em qualquer outra categoria diagnóstica. Sugere-se que seja entendida como uma forma extrema de transtorno de estresse pós-traumático;

**Recusa alimentar:** é pouco consistente. As crianças usam a alimentação como uma forma de protesto e oposição aos pais. Não há recusa de alimentos preferidos. A recusa aparece em locais ou com relação a pessoas específicas. Não há repercussões clínicas.



LE BÉNÉDICTE / JEAN-BAPTISTE CHARDIN, 1744 / MUSÉE DU LOUVRE - PARIS

# Tratamento

O tratamento dos TdA envolve medidas não farmacológicas, principalmente modificações ambientais. É indicado tratamento interdisciplinar. Exceto na presença de síndrome psiquiátrica concomitante, o uso de psicofármacos deve ser avaliado caso a caso, pois pesquisas com intervenções farmacológicas para o tratamento de transtornos da alimentação são esparsas.

Orientações simples podem ser de grande valia:

- respeitar o direito da criança de ter preferências, aversões e oscilações no seu apetite;
- oferecer os alimentos em quantidades pequenas para encorajar a criança a comer;
- não ameaçar, punir ou obrigar a criança a comer, assim como não oferecer recompensas;
- evitar qualquer outra forma de distração no ambiente das refeições;
- não demonstrar irritação ou ansiedade no momento da recusa;
- estabelecer o tempo de duração e os horários das refeições;
- apresentar os pratos de maneira agradável, com textura própria para a idade.

# Bibliografia

- American Psychiatric Association and American Psychiatric Association. Task Force on DSM-IV. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV Washington, DC, American Psychiatric Association 1994.
- Chatoor, I. Feeding disorders in Infants and Toddlers: diagnosis and treatment. *Child Adoles Psychiatric Clin N AM*; 11:163-83, 2002.
- Davies WH, Satter E, Sato AF e cols. *Journal of Family Psychology*; 20(3): 409-16, 2006.
- Lask B, Bryant-Waugh R. Overview of the eating disorders. In *Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence*. Ed. Lask, B. and Bryant-Waugh, R. 2nd ed. Psychology Press; 2000.
- Organização Mundial da Saúde Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas – 10ª edição, trad. Caetano, D. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.





# Diálogos pertinentes: psicanálise, psiquiatria e transtornos alimentares

Alessandra Sapoznik

No âmbito das publicações sobre transtornos alimentares, a psicanálise não aparece como um referencial teórico-clínico muito citado na compreensão e no tratamento dessas patologias, pelo menos não pela literatura especializada de origem anglo-saxônica.

No *Guideline de Transtornos Alimentares (2000)*, da Associação Americana de Psiquiatria, a psicanálise é indicada para o tratamento de pacientes difíceis, com comorbidades do *Cluster B* do DSM-IV-R, como o transtorno de personalidade do tipo *borderline*.

Em outros artigos, a psicanálise também aparece, por vezes, um pouco “suavizada”, por meio do termo abordagem psicodinâmica dos transtornos alimentares. A psicanálise certamente opera sobre as dinâmicas inconscientes, mas ela difere em muitos pontos de uma abordagem psicodinâmica.

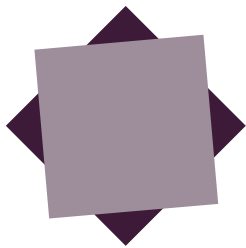
Tal apontamento pode parecer, à primeira vista, um preciosismo de linguagem. Porém, quando estamos diante de uma publicação pioneira como *Cadernos da CEPPAN (2008)*, que tem como objetivo, segundo o editorial da Edição N.1, “compreender e definir um referencial teórico-clínico que alicerce a prática da Psicanálise nos Transtornos Alimentares”, é necessário compreender quais os motivos que levam a essa escassez de referências a trabalhos psicanalíticos no meio psiquiátrico, uma vez que podemos encontrar diversas publicações bastante consistentes em outros meios, advindas de psiquiatras e psicanalistas que compõem e coordenam serviços dedicados ao tratamento dos transtornos alimentares e da adolescência na América Latina e Europa.

A pergunta nos leva diretamente a uma discussão importante e delicada, que diz respeito às diferenças metodológicas entre a Psiquiatria e a Psicanálise.

Do ponto de vista histórico, ambas disciplinas já compartilharam, em um passado não tão distante, de uma visão psicopatológica mais afinada, que confluía de modo favorável na clínica.

Ainda que a noção de cura em medicina e em psicanálise seja muito distinta, o que antes era compartilhado pelos dois campos de conhecimento dizia respeito à construção do diagnóstico clínico, com ênfase em uma

Alessandra Sapoznik  
Psicóloga, psicanalista, membro do Departamento de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae, coordenadora do Projeto de Investigação e Intervenção na Clínica da Anorexia e Bulimia do mesmo Departamento. Coordenadora de ensino do Programa de Orientação e Assistência a Pacientes com Transtornos Alimentares (PROATA) da UNIFESP-EPM e membro da Academy for Eating Disorders.



investigação detalhada da psicopatologia, ancorada na história singular de cada paciente.

A elaboração de um sistema classificatório categorial, que se propõe a ser atóxico, marca uma ruptura entre a Psiquiatria e a Psicanálise, uma vez que o DSM-IV visa estabelecer categorias de diagnóstico objetiváveis, que possam se constituir em um idioma comum para clínicos e pesquisadores com formações diversas, inseridos em culturas diferentes.

É inegável que esse sistema classificatório visa evitar mal-entendidos diagnósticos, viabiliza que um grupo maior de sujeitos seja agrupado com fins de pesquisa e desenvolvimento de novos medicamentos e mobiliza recursos financeiros para o tratamento das doenças investigadas. Porém, seria ingênuo pensar que tamanho pragmatismo e objetividade não trariam conseqüências.

Um dos limites observáveis desse modelo se traduz em um certo empobrecimento da clínica, em detrimento dos avanços na área da pesquisa, sobretudo na “arte” de diagnosticar, calcada no estabelecimento de uma relação sólida entre médico e paciente. Segundo Fuks (2003), “se nos limitamos a identificar e agir sobre os comportamentos alimentares e seus efeitos somáticos e psíquicos sem levar em conta os processos estruturais e históricos que os ‘solicitaram’, o resultado é nulo, pobre e proclive à repetição ou a uma substituição, não benéfica, da sintomatologia.”

O sujeito contemporâneo se assemelha muitas vezes a um sujeito fragmentado em pequenos subdiagnósticos, mas que nem sempre parece estar confortável com seu sofrimento psíquico.

As queixas que escutamos, sobretudo de nossos jovens pacientes anoréxicos e bulímicos são relatos de vivências de vazio e desamparo profundos, que resultam por vezes em *acting-outs*, como condutas de auto-mutilação e tentativas de suicídio, entre outros.

O psiquiatra e psicanalista francês Philippe Jeammet (2005), um dos profissionais que melhor transita entre a psicanálise e a psiquiatria, afirma que a dor é buscada com a finalidade de controlar a sensação de ineficácia do ego.

Do lado da psicanálise algo também se passou. Como reação típica daquele que está ressentido e se sente ameaçado, muitos psicanalistas passaram a ter um discurso contrário ao uso de medicações, mantendo-se afastados de toda possibilidade de interlocução com o campo de conhecimento alheio.

De acordo com Pereira, criou-se, assim, uma dinâmica antagônica, bastante maniqueísta e pouco consistente, em que, de um lado, se encontram os defensores da Medicina Baseada em Evidências (MEB), com seus estudos randomizados, nos quais a epidemiologia e os dados numéricos se sobressaem à clínica e de outro, os psicanalistas, extremamente críticos em rela-



ção ao modelo de ciência vigente, enfatizando que a medicina, da forma como vem sendo praticada, não favorece a possibilidade de o sujeito encontrar maneiras de lidar com seu próprio sofrimento.

A crítica é pertinente, porém, na maioria das vezes, não vem acompanhada de nenhuma proposta e soa aos ouvidos dos psiquiatras como um ataque.

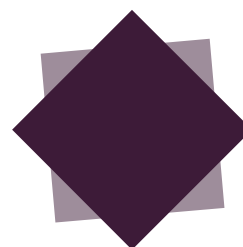
Uma das propostas possíveis poderia ser o desenvolvimento de uma metodologia de pesquisa em psicanálise, estabelecendo-se critérios e uma lógica própria que se valesse de todo o rigor metapsicológico e clínico inerente à teoria psicanalítica.

É freqüente escutarmos que o sujeito da pós-modernidade padece de uma “doença da alteridade”, da dificuldade de reconhecer o outro na sua diferença. Pois bem, nem a Psiquiatria nem a Psicanálise conseguiram ainda escapar desse impasse alteritário, e por enquanto a solução encontrada pelas duas partes é o isolamento.

Entretanto, é no contexto do dia-a-dia de algumas equipes multidisciplinares que esse debate se torna menos árido, e que a diversidade de concepções teóricas e metodológicas distintas podem coexistir e produzir um espaço de mobilidade e circulação, qualidades que, na maioria das vezes, estão ausentes da vida dos pacientes com transtornos alimentares.

## referências bibliográficas

- Fuks, M.P. “O mínimo é o máximo: uma aproximação da anorexia”. In Volich, R.M., Ferraz, F.C. & Ranña, W. (orgs) *Psicossoma III: interfaces da psicossomática*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.
- Gonzaga, A.P. & Weinberg, C. Editorial. *Cadernos da Ceppan* 1, 2008, 3.
- Jeammet, P. & Corcos, M. *Novas problemáticas da adolescência: evolução e manejo da dependência*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.
- Pereira, M.E.C. “O DSM-IV e o objeto da psicopatologia ou psicopatologia para quê?” (texto apresentado nos Estados Gerais da Psicanálise, São Paulo, 2005)
- Yager, J., Andersen, A., Devlin, M. et al. American Psychiatric Association: Practice guideline for eating disorders. *Am J Psychiatry* 2000;(Suppl);157

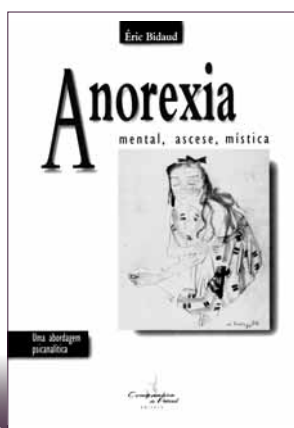


Cybelle Weinberg

# A tentação da anoréxica

**e**m seu livro *Anorexia mental, ascese, mística. Uma abordagem psicanalítica*, Éric Bidaud introduz o conceito de “tentação” como fundamental para a compreensão da Anorexia Nervosa. Para isso, divide sua obra em três partes.

Na primeira, trata da relação entre a privação anoréxica e as condutas religiosas de abstinência alimentar. Analisando a experiência mística do êxtase, compara a exaustão mística e o jejum anoréxico no que têm em comum: o excesso das privações, o redobramento dos sofrimentos e o arrebatamento. Faz uma associação entre conduta anoréxica e tentação, exemplificada pela relação mortífera com o objeto da necessidade: um objeto tentador, ao mesmo tempo atraente e repulsivo, que leva à imobilidade do sujeito, “fascinado e congelado entre essas duas forças antagônicas”. Esse impasse diante do alimento, esse “tudo ou nada”, reflete o laço de domínio entre a mãe e a filha anoréxica. Presa em um “espaço de tentação”, a menina permanece sob o domínio do desejo incestuoso de sua mãe, e “intocada” pelo desejo do pai, inacessível à fantasia de sedução, peça-chave para a introdução ao Complexo de Édipo.



Na segunda, Bidaud fala da paixão da anoréxica e de sua indiferença para com toda medida de preservação, uma aproximação da morte que, a seu ver, é o próprio “agulhão da sensualidade”: o tempero da loucura e de “um certo martírio de si”. Este “estado passional” vivido pela anoréxica seria o reflexo de uma relação arcaica com sua mãe, atualizada na forma de uma relação amorosa marcada por “inveja, ciúme, intolerância, fúria e angústia de abandono”.

Na terceira, com base nos conceitos lacanianos de “gozo do ser” (um gozo perdido) e “gozo fálico” (feito de afastamentos e decepções), situa a anorexia (como paixão) na economia do gozo do ser: a “busca impossível de um impossível”. O que a anoréxica tenta (e pelo que é tentada), é que, “para além do desejo, apareça alguma coisa de superior”. A loucura do projeto anoréxico é de se declarar fora do prazer e almejar o gozo absoluto, recusando o limite e se colocando radicalmente numa posição de transgressão.

BIDAUD, B *Anorexia mental, ascese, mística. Uma abordagem psicanalítica.*

Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1998.

# Anorexia Nervosa e Bulimia à luz da Psicanálise – a complexidade da relação mãe-filha

**P**or meio de um olhar psicanalítico, este estudo visa investigar e compreender o que se passa no mundo interno de jovens anoréxicas e bulímicas, a partir do atendimento clínico com elas realizado. A psicanálise de inspiração bion-kleiniana, meu instrumento nesta pesquisa, contribui para o entendimento destes quadros, entendendo-os como manifestações de um sofrimento psíquico, tomando-os como sintomas orais, que escondem angústias ligadas a momentos primitivos da constituição da psique, especialmente no que concerne a rupturas precoces na relação com a figura materna internalizada.

Nascida do encontro analítico, surge a percepção de que ambas, anorexia e bulimia, se mesclam e se revezam, aprisionando mãe e filha num mesmo cárcere, numa busca eterna de preenchimento de um vazio interior, uma tristeza sem nome, uma vida beirando a morte.

Anorexia de vida, anorexia de pensamento numa mente que burla a possibilidade de analisar a dor. A boca está fechada para as comidas, assim como a mente está refratária a novas entradas.

Uma história de paixões, mãe e filha unidas, dependentes e paradoxalmente sentindo um horror a esta dependência que nutre a relação, ambas travando uma guerra contra elementos da feminilidade: alimento, corpo e fertilização. Porém, não penso que exista uma recusa ao feminino, como fator nuclear da anorexia e da bulimia. Pelo contrário, a menina busca resgatá-lo dentro dela; há rastros de vida sob os escombros da destrutividade marcada no corpo, que foi vítima de um grande engano.

Mãe engolida, sugada, pai perdido, sem lugar; penso que o emagrecimento imposto pela anorexia e os ataques bulímicos representam meios de a menina reencontrar o casal parental interno, para daí restaurar sua própria identidade, como nos rituais de jejum, em que são exigidas abstinências severas para o alcance de pureza, verdade e paz.

MIRANDA, Marina R. *Anorexia Nervosa e bulimia à luz da psicanálise – a complexidade da relação mãe-filha*. 2003. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.



# agenda 2008

## GRUPO PSICOEDUCATIVO PARA PAIS E CUIDADORES

**14 de abril**

### Aspectos clínicos e endocrinológicos dos Transtornos Alimentares

Profissional convidada:  
Louise Cominato - Médica pediatra pela Sociedade Brasileira de Psiquiatria e Endocrinologista infantil pela Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia; Colaboradora do Projeto Interdisciplinar de Atendimento, Ensino e Pesquisa em Transtornos Alimentares da Infância e Adolescência (PROTAD) do Ambulatório de Bulimia e Transtornos Alimentares (AMBULIM) e do Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência (SEPIA) do Instituto de Psiquiatria (IPq) do HC-FMUSP; Médica da Unidade de Endocrinologia pediátrica do Instituto da Criança do HC-FMUSP.

**12 de maio**

### Os critérios diagnósticos e as complicações clínicas nos Transtornos Alimentares. O tratamento psiquiátrico

Profissional convidada:  
Rosa Magaly Morais - Médica Pediatra, especialista em Psiquiatria Geral pela Associação Brasileira de Psiquiatria; Médica Psiquiatra da Infância e Adolescência pelo Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência do IPq-HC-FMUSP. Médica do Ambulatório de Ansiedade (AMBULANSIA) SEPIA-IPq-HC-FMUSP.

**09 de junho**

### O tratamento nutricional

Profissional convidada:  
Marluce Nóbrega - Nutricionista, membro da equipe PROTAD.

**14 de julho**

### Aspectos psicológicos e a psicoterapia dos pacientes com Transtornos Alimentares

Profissional convidada:  
Ana Paula Gonzaga - Psicóloga clínica, Psicanalista (Departamento Formação em Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae), Psicoterapeuta individual e grupal do PROTAD e Coordenadora da CEPPAN.

**11 de agosto**

### O início dos Transtornos Alimentares na adolescência e a importância em compreender esse momento evolutivo

Profissional convidada:  
Cybelle Weinberg - Psicanalista (Departamento Formação em Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae), Mestre em Ciências pela FMUSP, Coordenadora da CEPPAN.

**08 de setembro**

### A família e sua inclusão no tratamento

Profissional convidada:  
Ester Z. Schomer - Psicóloga, Psicanalista, terapeuta familiar do Ambulatório de Bulimia e Transtornos Alimentares (AMBULIM – IPq – HCFMUSP), psicóloga do Centro de Saúde Mental (CESAME).

**Local** R. João Moura, 627 - Mezzaninno

**Fone** 3081 7068

**Horário** das 20:00 às 21:30

e-mail: [ceppan@uol.com.br](mailto:ceppan@uol.com.br)

[www.redeceppan.com.br](http://www.redeceppan.com.br)

É NECESSÁRIO AGENDAR COM ANTECEDÊNCIA

