INSTITUTO MHS

MATERIAL INFORMATIVO PARA FAMÍLIAS

ACOMODAÇÃO FAMILIAR

QUANDO O CUIDADO PASSA A SUSTENTAR O PROBLEMA



SOBRE ESTE MATERIAL

Este texto foi elaborado pelo Dr. Leandro Simões Abrão, psiquiatra (CRM-SP 182.642 · RQE 91.133), como conteúdo informativo e educativo para famílias atendidas no Instituto MHS. Ele reúne o que a pesquisa científica sabe sobre acomodação familiar, em linguagem acessível.

Não substitui a consulta nem a orientação individual. Cada família é diferente, e as decisões sobre o que mudar em casa devem ser tomadas junto com a equipe que acompanha o caso.

Dr. Leandro Simões Abrão · Psiquiatra · CRM-SP 182.642 · RQE 91.133

Outubro de 2026

Quando alguém que amamos sofre, nós nos movemos. Antecipamos o que vai doer, suavizamos o caminho, resolvemos o que a pessoa diz não conseguir resolver. Esse movimento é tão natural que quase nunca é percebido como decisão. Ele simplesmente acontece, uma pequena adaptação de cada vez, até que a rotina da casa inteira esteja organizada em torno da ansiedade de um de seus membros.

Esse fenômeno tem nome, tem mais de trinta anos de pesquisa e tem um papel bem conhecido na manutenção dos transtornos de ansiedade, do transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e dos transtornos alimentares. Chama-se **acomodação familiar**.

Nas próximas seções, você vai entender de onde vem esse conceito, o que os estudos mostram sobre o efeito dele, como ele aparece no dia a dia de famílias comuns e o que se sabe sobre como revertê-lo. É um texto para ser lido com calma, conversado em família e trazido para a consulta.

> **ANTES DE COMEÇAR, UMA PALAVRA IMPORTANTE**
>
> A acomodação não é um erro de caráter nem um defeito de criação. É a resposta mais previsível de uma família diante do sofrimento de alguém que ela ama. O problema nunca está na intenção. Está no efeito que essas pequenas adaptações produzem quando se acumulam ao longo do tempo. Ler este material com culpa não ajuda. Ler com curiosidade, sim.

01 DE ONDE VEM ESSE CONCEITO

O começo: o TOC e a família que participa do ritual

A expressão "acomodação familiar" nasceu na pesquisa sobre o transtorno obsessivo-compulsivo. Em 1995, a pesquisadora Lisa Calvocoressi e sua equipe, na Universidade Yale, nos Estados Unidos, publicaram o primeiro estudo sistemático sobre o tema e criaram uma escala para medir o quanto a família participa dos sintomas: dá garantias repetidas ("está limpo, pode ficar tranquilo"), espera o ritual terminar, evita o que provoca a angústia, assume tarefas que o paciente deixou de fazer, muda a própria rotina.[1,2]

O resultado surpreendeu. A grande maioria das famílias acomodava em algum grau. E **quanto mais a família acomodava, mais grave era o quadro** e mais sobrecarregada estava a casa. Não eram famílias "problemáticas" que produziam TOC. Eram famílias comuns reagindo ao TOC de uma forma que, sem querer, o fortalecia.

A ampliação para a ansiedade em crianças e adolescentes

Nos anos 2000, o grupo de Eric Storch, na Flórida, repetiu os estudos com crianças e adolescentes e encontrou dois resultados que mudaram a forma de tratar:[3,4]

- A acomodação da família era um dos fatores que melhor previam a gravidade do quadro, independentemente da idade da criança ou do tempo de doença.

› Quando a família conseguia **reduzir** a acomodação ao longo do tratamento, a criança melhorava mais. Ou seja: mudar o comportamento dos pais fazia diferença no resultado do filho.

Em 2013, Eli Lebowitz, também em Yale, mostrou que o mesmo acontecia em todos os tipos de ansiedade: ansiedade de separação, ansiedade social, preocupação excessiva.[5] Ele propôs uma distinção simples que ajuda a enxergar o fenômeno em casa:

> **Participação:** a família faz algo ativamente por causa da ansiedade. Responde à mesma pergunta pela décima vez, fala pelo filho no restaurante, dorme com a criança todas as noites.
>
> **Modificação:** a família muda a própria vida por causa da ansiedade. Deixa de receber visitas, evita certos lugares, troca o horário de trabalho, cancela viagens.

Os transtornos alimentares: a doença que dita as regras da casa

Enquanto isso, em Londres, Janet Treasure e Ulrike Schmidt, do King's College, estudavam como a anorexia se mantém depois de instalada. A conclusão foi que a doença "recruta" a família: para evitar brigas à mesa, os pais passam a obedecer às regras alimentares que a anorexia impõe. Esse acolhimento das regras, e não da filha, é o que mantém o quadro.[10] A equipe criou uma escala específica, a AESED, que inclui um comportamento que as escalas anteriores não mediam: **fazer vista grossa**.[11] Fingir que não se vê o exercício exagerado, as idas ao banheiro depois das refeições, os rituais com a comida.

E os adultos? Marido, esposa, irmãos

Por muito tempo se estudou a acomodação apenas entre pais e filhos. Em 2013, um estudo da Universidade da Carolina do Norte, com o título sugestivo "Deixa que eu verifico para você", mostrou que parceiros de adultos com TOC acomodam tanto quanto os pais acomodam as crianças: checam portas, lavam objetos, evitam palavras, repetem garantias.[8] E quanto mais acomodavam, mais grave era o TOC e menor a satisfação com o casamento. Hoje se sabe que **a acomodação é um fenômeno das relações, não apenas da paternidade**: aparece entre cônjuges, entre irmãos adultos, entre filhos e pais idosos.[9]

02 O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM SOBRE O QUE FAZER

A ideia central: mudar o que a família faz

O avanço mais importante das últimas duas décadas foi descobrir que a acomodação pode ser trabalhada **mesmo quando o paciente não participa**. Isso importa muito na prática: o adolescente ansioso muitas vezes recusa a terapia, e o adulto com TOC ou com transtorno alimentar frequentemente não reconhece que há um problema.

Lebowitz transformou essa ideia em um programa chamado SPACE, que trabalha apenas com os pais.[6] Em 2020, um estudo comparou crianças cujos pais passaram pelo programa com crianças que fizeram terapia individual. O resultado foi equivalente.[7] **Tratar os pais tratou a**

criança.

> *Vale ser honesto sobre o peso dessa evidência: foi um estudo, com um número moderado de participantes e crianças mais novas que a maioria dos adolescentes. A base é promissora, não definitiva. Mas o princípio é hoje aceito pelos especialistas da área.*

Os dois movimentos ao mesmo tempo

O programa ensina os pais a fazerem duas coisas que, à primeira vista, parecem se contradizer:

> **1. Validar:** reconhecer que o sofrimento é real, intenso e não é "frescura". *"Eu vejo que você está com muito medo agora."*
>
> **2. Confiar:** expressar, sem argumentar e sem tentar convencer, que a pessoa é capaz de suportar o desconforto. *"E eu sei que você consegue aguentar isso."*

A partir daí, a família escolhe **uma única** acomodação, avisa que vai deixar de fazê-la, sem negociar e sem pedir que a pessoa concorde, e sustenta a mudança. O que se deve esperar é uma piora passageira: a ansiedade aumenta antes de diminuir. A família que sabe disso de antemão não desiste no terceiro dia.

O que se observa na família antes de mudar qualquer coisa

Os estudos convergem em alguns pontos que precisam ser mapeados antes de qualquer orientação:

- **Quais acomodações existem**, com que frequência e há quanto tempo. As escalas citadas servem para isso, e é por esse motivo que a equipe costuma pedir que a família responda a um questionário.
- **O que acontece quando a família não cede.** A intensidade e a duração da reação (choro, raiva, desespero) indicam a gravidade e ajudam a definir o ritmo da mudança.
- **O que a família acredita sobre o problema.** "Ela é frágil", "é fase", "é culpa nossa", "ele faz de propósito". A crença sustenta a acomodação mais do que o comportamento do paciente.
- **Se os cuidadores concordam entre si.** Um acomoda, o outro endurece, e a doença se instala no espaço entre os dois. É um dos padrões mais comuns, e um dos que mais respondem à orientação.
- **O clima emocional da casa.** Críticas frequentes, hostilidade ou envolvimento excessivo com o problema pioram os resultados. Esse achado veio originalmente da pesquisa em esquizofrenia e foi confirmado nos transtornos alimentares.
- **O custo para a família.** Exaustão, isolamento, impacto nos irmãos e no casamento. Uma família esgotada não consegue sustentar mudança nenhuma.

A particularidade dos transtornos alimentares

Aqui há uma inversão que precisa ficar clara. Na ansiedade e no TOC, reduzir a acomodação significa **a família fazer menos**: parar de responder, parar de checar, parar de evitar. Nos transtornos alimentares com restrição, o tratamento com melhor evidência para adolescentes, o *Family-Based Treatment* de James Lock e Daniel Le Grange, pede o contrário numa primeira fase: **os pais assumem mais a condução das refeições, não menos**.[12,13]

A lógica é a mesma, deixar de obedecer às regras da doença, mas a forma é oposta: em vez de recuar, os pais avançam. Treasure resume numa frase: a comida é remédio, e remédio não se negocia.

Treasure também descreveu, para as famílias, os jeitos de reagir dos cuidadores usando animais. Vale reconhecer-se neles:

- **Canguru:** protege demais, carrega no bolso, cede para evitar o sofrimento.
- **Rinoceronte:** confronta de frente, tenta vencer pela força e pela lógica.
- **Avestruz:** evita olhar, finge que não está acontecendo.
- **Água-viva:** se desmancha em emoção, chora, se desespera junto.
- **Golfinho:** o modelo a buscar. Nada ao lado, guia com firmeza e calor, nem na frente nem atrás.
- **São Bernardo:** o outro modelo. Calmo, constante, confiável, presente mesmo na tempestade.

As oficinas para familiares baseadas nesse modelo ajudam claramente quem cuida; o benefício direto para o paciente é menor e ainda incerto. É um excelente material de aprendizado, não um tratamento por si só.

---

03 COMO A ACOMODAÇÃO APARECE NO DIA A DIA

Os exemplos abaixo foram construídos a partir de situações frequentes no consultório. Nenhum deles corresponde a uma família real. Leia procurando reconhecer **padrões**, não pessoas.

Alimentação

Uma adolescente de 16 anos começou a "comer mais saudável" há um ano. A mãe, no início orgulhosa, passou a comprar o que a filha pedia e a deixar de comprar o que ela recusava. O pão sumiu da despensa. Depois o leite. Depois o arroz. Hoje a cozinha tem dois cardápios: o da família e o dela. Nas refeições, ninguém comenta o que ela come, e ninguém comenta o que ninguém come. Os avós deixaram de ser convidados para o almoço de domingo porque "fazem perguntas". O pai percebeu que a filha vai ao banheiro logo depois do jantar, todos os dias, e decidiu não dizer nada "para não brigar". Quando a mãe serviu um prato que a filha sempre adorou e ouviu "não consigo", levantou-se e preparou outra coisa. A refeição terminou sem conflito.

> *Cada decisão dessa família foi razoável quando tomada sozinha. O conjunto delas construiu uma casa onde a doença dita o cardápio, o convívio e o silêncio.*

Ansiedade social

Um menino de 13 anos "é tímido desde pequeno". No restaurante, o garçom pergunta o que ele vai querer e a mãe responde. Na loja, o pai pede o tamanho. O telefone de casa é atendido por qualquer um, menos por ele. Quando uma visita chega, a mãe avisa antes: "ele não gosta de cumprimentar, não leve a mal". Na escola, os pais pediram dispensa das apresentações orais. O lanche vai de casa para que ele não precise enfrentar a fila da cantina. Quando um amigo convida para algo, é a mãe quem responde no celular dele, quase sempre recusando. Ele nunca foi a uma festa sem um dos pais por perto, e sempre vai embora cedo. Os pais dizem: "ele é assim, a gente respeita".

> *Cada uma dessas ações poupou o menino de um desconforto real. Juntas, elas o impediram, por anos, de descobrir que o desconforto era suportável. E lhe ensinaram que o mundo social é um lugar onde ele só sobrevive com um intérprete.*[14]

Transtorno obsessivo-compulsivo em um adulto

Uma mulher de 34 anos tem medo intenso de contaminação. O marido passou a tirar os sapatos na porta, trocar de roupa ao chegar e lavar as mãos antes de tocá-la. Compra sabonete líquido em caixas de doze. Quando ela pergunta "você lavou?", ele responde "lavei". Quando ela pergunta de novo, ele responde de novo. As compras do mercado são feitas por ele, porque ela não tolera as sacolas. Os amigos não vêm mais à casa: "ela fica mal depois". Ele mudou o horário de trabalho para chegar mais cedo, porque ela se angustia sozinha à tarde. Quando ela pede que ele refaça a limpeza do banheiro, ele refaz; é mais rápido do que discutir. O casal não viaja há três anos.

> *Esse marido não tem TOC. Mas o TOC tem esse marido. Sem perceber, ele virou parte do ritual, e a mulher que ele ama perdeu a chance de descobrir que a angústia, quando não é respondida, passa.*

Preocupação excessiva e ansiedade de separação

Um homem de 41 anos, pai de três filhos, vive preocupado com a saúde das crianças. A esposa parou de contar quando um filho tem febre, "para não deixá-lo agitado". Quando um dos filhos sai, ela manda mensagens de confirmação a cada meia hora, porque ele pede, e porque, se ela não manda, a noite termina em crise. Ela não marca mais compromissos à noite. As crianças aprenderam a não comentar dor de cabeça na frente do pai. Toda consulta no pediatra precisa ser relatada em detalhes, várias vezes, até ele se acalmar. Ela resume assim: "a casa inteira funciona para não acender o alarme dele".

O que todos esses exemplos têm em comum

Elemento	Como aparece
Alívio imediato	A crise não acontece, a casa fica em paz naquele momento
Custo adiado	A ansiedade volta mais forte e passa a exigir ainda mais acomodação
Mensagem silenciosa	"Você não dá conta; eu resolvo por você"
Mundo que encolhe	Menos lugares, menos pessoas, menos atividades
Silêncio	Assuntos que não se tocam, comportamentos que ninguém comenta
Exaustão	Quem cuida organiza a própria vida em torno do sintoma

> *A ansiedade é um sistema de alarme. A acomodação é a família desligando o alarme antes que a pessoa descubra que não há incêndio.*

04 PRINCÍPIOS DE MUDANÇA

Este material não prescreve condutas; isso é trabalho da consulta, caso a caso. Mas os princípios que a pesquisa sustenta são claros:

1. **Nomear antes de mudar.** A família precisa reconhecer o padrão, sem culpa, antes de alterá-lo. O mapa vem antes do caminho.
2. **Validar sem obedecer.** "Eu vejo que isso é muito difícil para você" e "não vou fazer isso por você" cabem na mesma frase.
3. **Uma coisa por vez.** Uma única acomodação escolhida, avisada com antecedência, sustentada com constância.
4. **Esperar a piora.** A primeira semana é mais difícil. Quem sabe disso antes não desiste no meio.
5. **Alinhar quem cuida.** Dois adultos em posições opostas criam o terreno perfeito para a ansiedade se instalar.
6. **Elogiar o esforço, não a ausência do sintoma.** O objetivo é suportar o medo, não deixar de senti-lo.
7. **Cuidar de quem cuida.** O cuidador exausto cede. A mudança só se sustenta com descanso, rede e apoio.

05 PARA QUEM QUISER IR ALÉM

Leituras para familiares

Os livros abaixo foram escritos para famílias, não para profissionais. Até onde sei, não têm edição brasileira consolidada; os conceitos usados neste material foram traduzidos e adaptados por mim.

- ***Breaking Free of Child Anxiety and OCD***, Eli R. Lebowitz (Oxford University Press, 2021). Ansiedade e TOC: o programa SPACE escrito para pais, passo a passo. Leitura principal para quem convive com ansiedade ou TOC em casa.
- ***Skills-based Caring for a Loved One with an Eating Disorder***, Janet Treasure, Gráinne Smith e Anna Crane (Routledge, 2ª ed., 2017). Transtornos alimentares: os animais, o clima emocional da casa e as habilidades de comunicação à mesa. Leitura principal para transtornos alimentares.
- ***Helping Your Anxious Child***, Ronald Rapee, Ann Wignall, Susan Spence, Vanessa Cobham e Heidi Lyneham (New Harbinger, 2ª ed., 2008). Enfrentamento em degraus: como ajudar o filho a enfrentar o medo aos poucos, com um plano simples que os pais conseguem conduzir.
- ***You and Your Anxious Child***, Anne Marie Albano e Leslie Pepper (Avery, 2013). Autonomia do adolescente: como apoiar sem fazer pelo filho, e como preparar a transição para a vida adulta.

Referências científicas

1. Calvocoressi, L. et al. Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*. 1995;152(3):441-443.
2. Calvocoressi, L. et al. Family accommodation of obsessive-compulsive symptoms: instrument development and assessment of family behavior. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1999;187(10):636-642.
3. Storch, E. A. et al. Family accommodation in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 2007;36(2):207-216.
4. Merlo, L. J. et al. Decreased family accommodation associated with improved therapy outcome in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2009;77(2):355-360.
5. Lebowitz, E. R. et al. Family accommodation in pediatric anxiety disorders. *Depression and Anxiety*. 2013;30(1):47-54.
6. Lebowitz, E. R. *Addressing Parental Accommodation When Treating Anxiety in Children*. Oxford University Press; 2019.
7. Lebowitz, E. R. et al. Parent-based treatment as efficacious as cognitive-behavioral therapy for childhood anxiety: a randomized noninferiority study of Supportive Parenting for Anxious Childhood Emotions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2020;59(3):362-372.
8. Boeding, S. E. et al. Let me check that for you: symptom accommodation in romantic partners of adults with obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 2013;51(6):316-322.
9. Abramowitz, J. S. et al. Treating obsessive-compulsive disorder in intimate relationships: a pilot study of couple-based cognitive-behavior therapy. *Behavior Therapy*. 2013;44(3):395-407.
10. Treasure, J.; Schmidt, U. The cognitive-interpersonal maintenance model of anorexia nervosa revisited. *Journal of Eating Disorders*. 2013;1:13.
11. Sepúlveda, A. R. et al. The Accommodation and Enabling Scale for Eating Disorders (AESED). *BMC Health Services Research*. 2009;9:171.
12. Lock, J.; Le Grange, D. *Treatment Manual for Anorexia Nervosa: A Family-Based Approach*. 2ª ed. Guilford Press; 2013.
13. Lock, J. et al. Randomized clinical trial comparing family-based treatment with adolescent-focused individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*. 2010;67(10):1025-1032.
14. Clark, D. M.; Wells, A. A cognitive model of social phobia. In: Heimberg, R. G. et al. (eds.). *Social Phobia: Diagnosis, Assessment, and Treatment*. Guilford Press; 1995.

DR. LEANDRO SIMÕES ABRÃO

Psiquiatra · CRM-SP 182.642 · RQE 91.133

Instituto MHS · Saúde Mental

Av. Machado de Assis, 27 · Parque Taquaral · Campinas-SP

(19) 97825-6532

MHS.MED.BR

Também disponível em mhs.med.br/blog/acomodacao-familiar

Conteúdo informativo e educativo, elaborado em outubro de 2026. Não substitui avaliação, diagnóstico ou orientação clínica individual.