

# O ATENDIMENTO À FAMÍLIA NO TRATAMENTO DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

## FAMILY ASSISTANCE IN THE TREATMENT OF EATING DISORDERS: EXPERIENCE REPORT

**RESUMO:** Este relato de experiência busca destacar o trabalho de uma equipe de psicólogos no atendimento aos familiares de pessoas diagnosticadas com Anorexia Nervosa e Bulimia em um serviço-escola de assistência a esses transtornos alimentares. Para tanto, apresentamos essa prática a partir de 2 eixos: a) formato do grupo e b) recursos úteis para coordenação desse grupo e aspectos apreciados por seus coordenadores. Esses eixos foram discutidos considerando-se as críticas dos especialistas no assunto quanto à efetiva participação da família na coconstrução do tratamento, tendo como base o discurso construcionista social. Foram problematizados os efeitos do discurso do diagnóstico na estruturação dessa prática em saúde, como a priorização do discurso da especialidade profissional sobre o conhecimento popular e a priorização do posicionamento do psicólogo enquanto especialista e da família como receptora de cuidado.

**PALAVRAS-CHAVE:** família, grupo de apoio, transtornos alimentares, construcionismo social

**ABSTRACT:** This experience report seeks to highlight the work of a team of psychologists in the assistance of families of people diagnosed with Anorexia Nervosa and Bulimia in a university health care service. Therefore, we present this practice from 2 axes: a) group format, b) useful resources for group coordination and coordinators' appreciative evaluation of the group. These axes were discussed considering the criticism from experts in the field about the effective family participation in the co-construction of the treatment, and the social constructionist discourse. We discuss the effects of the discourse of this diagnosis in structuring health practice, such as the prioritization of the discourse of professional expertise and prioritization psychologist as an expert and the family as passively receiving care.

**KEYWORDS:** family, support group, eating disorders, social constructionism

### O CONVITE DA FAMÍLIA PARA PARTICIPAÇÃO NO TRATAMENTO

O médico inglês William Gull (1816-1890) (Vandereycken & Vandeth, 2001), considerado um dos “descobridores” da Anorexia Nervosa (AN), afirmava que os familiares das pessoas diagnosticadas com esse quadro clínico eram cuidadores ruins. Em torno do ano de 1883, Jean-Martin Charcot (Vandereycken & Vandeth, 2001) anunciava que o tratamento da AN deveria ser planejado por meio da “influência curativa do isolamento”, isto é, a pessoa deveria ser retirada de seu círculo familiar e social, e inserida integralmente no ambiente de cuidado médico. Essa forma de olhar para a família pode ser entendida a partir das teorias difundidas pela literatura na área, que apresentam o ambiente familiar como um dos fatores etiológicos dos Transtornos Alimentares (TA). A partir desses pressupostos, a assim chamada *disfuncionalidade* das relações familiares foi alvo de interesse de inúmeros estudos que investigaram sua suposta relação com o aparecimento da AN e da Bulimia Nervosa (BN) (Gowers & Bryant-Waugh, 2004; Palazzoli, 1974).

#### LAURA VILELA E SOUZA

*Professora adjunta do Departamento de Psicologia Clínica e Sociedade do Instituto de Educação, Letras, Artes, Ciências Humanas e Sociais da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, Brasil*

#### FABIANA ELIAS GOULART DE ANDRADE MOURA

*Psicóloga clínica, Ribeirão Preto, SP*

#### PAULA CAROLINA BARBONI DANTAS DO NASCIMENTO

*Psicóloga do Centro de Atendimento Multidisciplinar da Defensoria Pública do Estado de São Paulo – Regional de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP*

#### CHRISTIANE BALDIN ADAMI LAUAND

*Psicóloga clínica, São Paulo, SP*

#### MANOEL ANTÔNIO DOS SANTOS

*Professor associado do Departamento de Psicologia da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP. Bolsista de Produtividade Científica do CNPq.*

Recebido em 13/09/2012.  
Aprovado em 08/11/2012.

Uma das heranças dessa forma de pensar são os abundantes estudos psicológicos sobre a relação patológica entre mãe e filha, e sua ligação com o aparecimento do TA (Bruch, 1973).

Nas últimas décadas, pesquisadores têm discutido as consequências da descrição da família como origem de psicopatologias. Essas críticas e problematizações acompanham movimentos de questionamento sobre a visão tradicional de ciência, com seus parâmetros de busca da verdade, objetividade e universalização do conhecimento (Fleminger, 2005; Souza & Santos, 2007a, 2010).

Poser (2005), a partir de sua experiência como mãe de uma menina de 10 anos diagnosticada com AN, tendo passado por dificuldades em receber informações claras sobre o diagnóstico e sobre como lidar com o transtorno por parte da equipe de profissionais, destacou em seu estudo a importância dos grupos de partilha com outros familiares para o recebimento de ajuda e apoio sobre como lidar com a situação. Smith (2004), também a partir de uma experiência negativa no atendimento de sua filha adolescente diagnosticada com TA, escreveu um livro no qual falava de forma prática sobre como os pais poderiam lidar com os TA e se relacionar com os filhos que apresentam essa condição. Em seu livro, a autora apresenta dicas de como os pais podem reconhecer precocemente os sintomas e assim tomar providências de maneira mais rápida e eficaz. Além disso, enfatizou a importância de as famílias conhecerem aspectos desses transtornos, consumirem artigos científicos e participarem de congressos científicos da área.

O *Manual de tratamento de pacientes com transtornos alimentares*, editado pela American Psychiatric Association (2006) e pelo National Institute of

Clinical Excellence Guideline for Eating Disorders (2004), enfatiza a importância do envolvimento da família no tratamento da AN e da BN. Um extenso estudo realizado por pesquisadores da Universidade de Chicago mostrou que a inclusão de pais e mães no tratamento dobrou a efetividade dos resultados e contribuiu para a melhora dos usuários atendidos (Le Grange, Crosby, Rathouz, & Leventhal, 2007). Resultados similares foram encontrados nas pesquisas com pessoas diagnosticadas com AN, nas quais se constatou que a melhora dos adolescentes e adultos estava diretamente associada à participação das famílias nas diferentes modalidades de atendimento a elas destinadas (Eisler *et al.*, 2000). Ao longo dos últimos anos, as principais propostas de atendimento oferecidas à família foram: terapia familiar, terapia individual (nas diferentes orientações teóricas) e grupos (com diferentes definições – desde grupos de apoio a psicoeducativos – e modalidades, como os grupos multifamiliares ou abertos a todos os acompanhantes) (Schmidt & Asen, 2005).

Minuchin *et al.* (1975) foram os primeiros a utilizar a terapia familiar para o tratamento da AN. Com a abordagem da terapia familiar estrutural, o foco do chamado grupo de Milão eram as interações familiares com relação à alimentação. Eles buscavam envolver os pais como ajudantes potenciais na alimentação dos filhos. Durante as sessões de atendimento, batizadas de “sessões da hora do almoço”, os terapeutas podiam perceber os desacordos entre os pais e as alianças familiares não saudáveis. Mara Selvini Palazzoli (1974), também terapeuta familiar, hipotetizou a existência de características familiares que seriam específicas das famílias de adolescentes com AN. A hipótese construída por esses pio-

neiros no tratamento familiar dos TA era a da *família psicopatogênica*, isto é, da família como promotora do transtorno. Posteriormente, essa posição teórica passou a receber severas críticas (Eisler, 2005). Muitos terapeutas familiares, que antes falavam em famílias *anorexígenas* e *bulímicas*, passaram a transformar não apenas sua forma de nomeá-las, como as teorias que embasavam suas práticas. Nesse cenário, outros formatos de atendimento começaram a surgir.

O grupo psicoeducativo, por exemplo, tem sido escolhido por diversas instituições de tratamento ao redor do mundo. Tantillo (2006) afirma que os benefícios de um grupo terapêutico multifamiliar psicoeducativo vêm da empatia mútua e da experiência de empoderamento vivenciada pelas famílias. Nesse modelo de cuidado, familiares e usuários participam juntos do mesmo grupo. Holtkamp, Hertz-Dahlmann e Vloet (2005) buscaram conhecer a opinião dos familiares sobre um grupo de psicoeducação. Esses familiares enfatizaram a possibilidade de o grupo ser um espaço para a equipe conversar com os pais sobre o que pensam do tratamento dos filhos de maneira transparente.

A terapia multifamiliar tem chamado atenção na área do atendimento às famílias, que têm sido as principais motivadoras dessa prática, pela avaliação positiva que fazem dessa modalidade, apontando que puderam ultrapassar o isolamento e o estigma decorrentes do diagnóstico da AN e BN por meio do contato com outras famílias que vivenciavam experiências semelhantes. Além disso, a troca estabelecida entre as famílias no grupo proporcionou apoio, aprendizagem e esperança (Fleminger, 2005). Outro estudo sobre essa intervenção mostrou que das 30 famílias entrevistadas, 60%

consideraram essa modalidade de atendimento muito satisfatória e 40%, satisfatória. Ainda assim, muitas famílias se apresentam como bastante insatisfeitas com o rumo do tratamento de seus filhos (Scholz, Rix, Scholz, Ganchevd, & Thomke, 2005).

Em março de 2004, na Alemanha, foi realizada a primeira Conferência Internacional de Tratamento Multifamiliar com a presença de clínicos, pesquisadores, usuários e cuidadores de diferentes países europeus. A avaliação feita por esses diferentes representantes de serviços de atendimento em TA sobre o uso da abordagem de atendimento multifamiliar foi muito positiva, independentemente do contexto cultural de cada serviço, da população atendida ou da filosofia e do referencial teórico que fundamentavam sua aplicação prática. A principal conclusão desse encontro foi a de que o grupo multifamiliar possibilita que os pais e demais familiares se tornem especialistas no cuidado dos filhos (Schmidt & Asen, 2005).

Os grupos de apoio são estratégias muito utilizadas, especialmente no contexto brasileiro, para fomentar o envolvimento dos familiares no tratamento. Contam, usualmente, com a presença exclusiva dos familiares, sem os usuários. Esses grupos têm sido considerados importante espaço de acolhimento, escuta, aconselhamento e orientação. As famílias os percebem como um local de trocas sobre como lidar com o diagnóstico, um lugar de instilação de esperança e suporte para enfrentar as dificuldades (Souza & Santos, 2007a; Souza & Santos, 2007b).

Souza e Santos (2007a) abordam os posicionamentos dos familiares no tratamento dos TA. O conceito de posicionamento refere-se à “construção discursiva de histórias pessoais que fazem as ações das pessoas inteligíveis

e relativamente determinadas como atos sociais e dentro das quais os membros da conversa têm posições específicas” (Van Langenhove & Harré, 1999, p. 16). Alguns familiares participantes do estudo se posicionavam como *adoecidos*, necessitados da orientação do profissional de saúde para compreenderem e mudarem seu modo de se comportar com seus filhos. Esse posicionamento dos pais como “pacientes” está relacionado com o discurso da família como origem do problema. Tal discurso ainda é utilizado pelos profissionais da saúde para capturar os familiares. No entanto, outros familiares que também participaram da pesquisa afirmaram que se percebiam como os principais responsáveis pela melhora de seus filhos. Eles contaram que valorizavam a proximidade que tinham com a situação de sofrimento em suas casas, descobrindo estratégias pessoais para lidar com os desafios impostos pelo transcurso. Esses pais posicionavam os profissionais como parceiros na árdua luta que travavam para alcançar a cura de seus filhos.

Considerando-se que diferentes sentidos sobre psicopatologias constroem diferentes propostas de tratamento ao longo da história (Hepworth, 1999), a família vista como entidade *psicopatogênica* levou à proposta de variadas modalidades de tratamento com o objetivo de promover a modificação dos padrões disfuncionais de comportamento familiar (Dodge, Matthew, & Eisler, 1995). Os pesquisadores do serviço de assistência em TA do hospital Maudsley, em Londres, têm apontado para a dificuldade que é obter uma significativa participação da família no tratamento quando o convite feito pelo profissional é de que ela seja “tratada”. A pior consequência dessa forma de inclusão

da família no serviço é o sentimento de culpa vivenciado por esses familiares. Muitas vezes, os pais sentem que foram negligentes nos cuidados parentais e tendem a se ver como “causadores” de tamanho sofrimento nos filhos. Lock, Le Grange, Agras e Dare (2001) criaram uma abordagem de tratamento familiar que se propõe radicalmente oposta às abordagens tradicionais de atendimento em AN. A partir de suas práticas e pesquisas, eles elaboraram um manual de terapia familiar, partindo da premissa básica de que os pais devem ser vistos como o recurso mais útil para a melhora dos adolescentes. O casal parental é convidado a tomar o controle da alimentação dos filhos e busca-se combater o discurso da culpabilização dos pais como *causadores* do problema. Os pais são encorajados e parabenizados pelos seus esforços na busca da melhora dos filhos. Evitam-se críticas diretas ao paciente, busca-se a separação do indivíduo em relação à doença, e as dificuldades que usualmente aparecem no início do tratamento são cuidadosamente explicitadas à família. Essa abordagem é indicada para pacientes menores de 18 anos, com diagnóstico de AN e que moram com os pais.

Alguns anos mais tarde, Le Grange e Lock (2007) publicaram os resultados da aplicação desses mesmos princípios para a terapia familiar com adolescentes com BN. Nessa proposta, os pais são posicionados como elementos capazes e potentes na recuperação do filho ou filha adolescente. Dessa forma, o adolescente é incentivado pelos profissionais a colaborar com os pais. Além disso, como os pais são vistos como parceiros da melhora e não como a origem do problema, isso impede que eles assumam um posicionamento de culpados. Essa abor-

dagem incorporou contribuições das técnicas das escolas de Terapia Familiar de Milão, Estrutural, Estratégica Breve e Narrativa. Alguns estudos foram realizados para a avaliação da eficácia da aplicação dessa modalidade de atendimento e os melhores resultados foram encontrados na população de adolescentes com menos de três anos de diagnóstico. Todo o processo dura seis meses. A importância do trabalho conjunto com outros profissionais (médicos, nutricionistas, terapeutas ocupacionais) é enfatizada pelos autores.

Frente a uma tendência de patologização da relação mãe-filha na AN, as terapeutas feministas passaram a criticar essa interpretação, tomando essa relação como potencialmente produtora de melhora e não de doença. Para as feministas, uma mãe tem posição privilegiada para facilitar a recuperação de uma filha acometida pelo TA, e a dependência desta com relação à mãe poderia funcionar como fonte de apoio para a filha durante o tratamento (Ma, 2005). Na Holanda é proposto que os membros da família estejam ativamente presentes no encaminhamento do próprio tratamento. Essa postura foi adotada ao se perceber que essa participação diminuía a reincidências de internações e abandonos do tratamento (Fleminger, 2005). Eisler (2005) afirma que o fato de a família ser convidada a participar dos atendimentos não implica ser vista e enquadrada como fonte do problema, e sim como peça fundamental na recuperação de seus familiares considerados adoecidos.

Os familiares como parte da solução e não apenas do problema é uma forma transformada de posicionamento da família no contexto de tratamento dos TA. Porém, podemos problematizar em que medida um

posicionamento passivo da família permanece em uma proposta de tratamento que é decidida *a priori* pelos profissionais de saúde. Nesse cenário de produção de sentidos, o jogo de posicionamento dominante pode se resumir a um profissional especialista frente a uma família que apenas recebe orientações e prescrições do que fazer. Como criar alternativas de relacionamento profissional-família que permita que a especialidade do familiar também entre em cena? Como valorizar o saber cotidiano do leigo que convive intensamente com o problema? Como as equipes multiprofissionais podem se abrir para incorporarem esse conhecimento que postula a participação da família na própria proposição do tratamento? E como garantir à família um lugar de participação ativa nas decisões sobre o cuidado de seus parentes?

Neste artigo, buscamos apresentar o trabalho de uma equipe de psicólogos no atendimento aos familiares de pessoas diagnosticadas com Anorexia Nervosa e Bulimia em um serviço-escola de assistência a esses transtornos alimentares. Para tanto, apresentamos essa prática a partir de 2 eixos: a) formato do grupo; b) recursos úteis para coordenação desse grupo e aspectos apreciados por seus coordenadores. Esses eixos foram discutidos considerando-se as críticas dos especialistas no assunto quanto à efetiva participação da família na coconstrução do tratamento, tendo como base o discurso construcionista social.

## O GRUPO REALIZADO

### Formato do grupo

O Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares do Hospital das Clí-

nicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP – GRATA oferece, desde 2001, um grupo de apoio psicológico aos familiares das pessoas atendidas nesse serviço. A primeira descrição desse grupo foi publicada em 2004 (Santos, Oliveira, Moscheta, Ribeiro, & Santos, 2004). Trata-se de um dispositivo grupal aberto a todos os familiares das pessoas atendidas no serviço. Esse grupo acontece uma vez por semana, no mesmo dia dos retornos ambulatoriais, e é concomitante ao grupo de apoio psicológico aos usuários (Souza & Santos, 2007b, 2009a, 2009b, 2010; Souza, Santos, Moura, Campos-Brustelo, & Saviolli, 2010). Os encontros têm uma hora de duração e são precedidos pelo grupo de orientação clínico-nutricional aos familiares coordenado por uma nutricionista e uma médica.

Desde sua implementação no serviço, esse espaço vem sofrendo sucessivas transformações, seja com a mudança de seus coordenadores, seja devido a novas ideias sobre seus objetivos. Ao longo dessa trajetória, foram enfrentadas dificuldades, resistências institucionais e incertezas em relação à continuidade, mas também foi possível acumular histórias de sucesso, apoio, gratidão, parceria e solidariedade. As dificuldades serviram de alicerce para repensar a atuação da equipe e as táticas de coordenação do processo grupal, contribuindo para reformular o espaço de acolhimento e, assim, permitir que o grupo possa seguir em frente e se fortalecer para enfrentar outros desafios.

Na época de realização deste estudo, a média de participação nos encontros grupais era de cinco pessoas, sendo que, usualmente, participavam do grupo os familiares dos usuários com consultas agendadas no ambulatório. Esses usuários eram atendidos parale-

lamente em um grupo próprio (Gazignato, Scorsolini-Comin, Souza, Kazan, & Santos, 2008; Santos, 2006; Scorsolini-Comin, Souza, & Santos, 2010).

Muitas famílias eram de cidades distantes, o que dificultava que participassem com mais frequência. Em um mesmo grupo poderia haver familiares com mais de cinco anos no serviço e outros participando pela primeira vez. As mães eram presença marcante nas reuniões semanais, que contavam também com a participação de pais, irmãos, tios, namorados, só que em número reduzido. O horário de atendimento no ambulatório dificultava a participação de familiares que trabalhavam e não conseguiam dispensa.

Na maior parte dos dias, os mesmos familiares participavam dos dois grupos a eles oferecidos, o de orientação e o de apoio, como mencionado. Sendo assim, tornou-se útil promover uma conversa entre as coordenações no intervalo entre esses dois atendimentos, de forma que os coordenadores do primeiro grupo pudessem falar um pouco sobre quem estava no grupo, quem parecia precisar de maior espaço de escuta ou de apoio naquele dia, entre outros temas de interesse. Essa conversa permitia à coordenação do grupo seguinte direcionar sua atenção às necessidades mais prementes.

Na maior parte das vezes, a coordenação iniciava o encontro grupal instigando as famílias a compartilharem o momento vivido por cada uma, o que fazia com que o tema da conversa fosse construído a cada dia. Em outros momentos, ao perceber um predomínio de narrativas de problemas, doença e impotência, a coordenação buscava resgatar as histórias anteriores de sucesso e superação desses familiares, ou histórias que os remetessem para além da temática da doença.

## Recursos úteis e avaliação apreciativa da prática empreendida

Primeiro, consideramos um importante recurso para esse trabalho a postura de empatia dos coordenadores frente ao momento vivido por essas famílias, compreendendo seu pedido por respostas concretas sobre como lidar com o TA. Foi útil uma escuta generosa e interessada aos detalhes de suas histórias, evitando-se a tentação de encaixá-las prematuramente em teorias prontas sobre o que são os TA e as relações familiares. O respeito pelos familiares foi o elemento fundamental para esse processo grupal ter se mantido ao longo do tempo. O fato de a equipe de profissionais do serviço e os coordenadores acreditarem no potencial transformador desse espaço contribuiu para sua consolidação, valorização e legitimação pelos participantes.

A postura assumida pela coordenação, ao endereçar o convite aos familiares para a coconstrução das regras do processo grupal, mostrou-se fundamental para a legitimação da opinião das famílias sobre possíveis mudanças nessas regras, na disponibilidade para atender o número de participantes que estivessem presentes, e na negociação sobre como o ambiente poderia ficar o mais agradável e acolhedor possível. Os familiares eram avisados com antecedência sobre feriados e férias, sobre as trocas de coordenadores, sobre a participação de observadores nas práticas grupais e sobre o contrato de sigilo em relação ao que era conversado durante os encontros. O fato de o profissional não manter uma postura diretiva e não assumir uma posição rígida sobre como as sessões deveriam acontecer favoreceu que as famílias pudessem ser posicionadas como colaboradoras, podendo ofertar ajuda às demais famílias. A função da coordenação foi,

portanto, favorecer as trocas entre os participantes, apostando que as melhores soluções para as dificuldades enfrentadas por cada familiar viriam deles próprios.

Foi construída, durante o processo grupal, a necessidade de uma atenção especial aos familiares que participavam do encontro pela primeira vez. Coordenadores e familiares concordavam que era importante, dada à rotatividade de participantes, que as reuniões tivessem abertura para essas boas-vindas, mas também para as falas dos participantes “mais antigos”. A marcação de conversas individuais com as pessoas que se mostravam mais angustiadas e aflitas naquele momento e que pareciam não estar confortáveis para se colocarem na conversa com os demais participantes foi outro modo de acolher as famílias. Em nossa experiência, essas conversas foram importantes para o esclarecimento de dúvidas que impediam alguns familiares de aproveitar melhor o processo grupal, evitando, inclusive, o abandono precoce do tratamento.

Buscamos, a partir da apresentação do grupo por nós realizado, abrir a conversa para a consideração desse questionamento crítico.

## DISCUSSÃO

Empreendemos, a seguir, algumas reflexões sobre essa proposta de atendimento, no diálogo com o discurso construcionista social, buscando responder aos questionamentos por nós levantados sobre a possibilidade da efetiva participação familiar na coconstrução do tratamento dos TA.

Entende-se que qualquer oferta de cuidado não se dá no vazio, mas está imersa em cenários relacionais que envolvem os discursos sociais dominan-

tes sobre o que é saúde, sobre quem tem conhecimento acerca de como restabelecê-la e sobre os locais nos quais as práticas de cuidado devem ser oferecidas. Culturalmente, o discurso do diagnóstico participa, muitas vezes de forma hegemônica, da construção das necessidades em saúde. No caso específico dos TA, o diagnóstico de uma psicopatologia pode essencializar uma descrição sobre qual é o problema, sobre quem é a pessoa diagnosticada e sobre quem é o familiar dessa pessoa (Hepworth, 1999). Dada a legitimação social das teorias científicas, a descrição de um comportamento alimentar como fruto de uma psicopatologia pode ser dominante com relação a outros sentidos possíveis para se entender o problema e pensar sua dissolução. Sendo assim, pode-se perguntar em que medida uma modalidade de atendimento aos familiares, oferecida no contexto hospitalar, com o tratamento proposto estruturado a partir da lógica da existência de uma psicopatologia, privilegia narrativas dos familiares saturadas de problemas? E em que medida esse contexto de produção de sentidos impede a circulação e valorização de saberes populares sobre a dificuldade enfrentada pela família? Tomar a situação como um problema médico desloca a oferta de cuidado da comunidade para as instituições de saúde, podendo impedir o investimento no desenvolvimento dos recursos da família e de sua comunidade de origem para ofertarem cuidado (Gergen, 1997).

Ao mesmo tempo, é preciso reconhecer a fala pungente desses familiares sobre o alívio que sentiram ao encontrarem um *nome* para o sofrimento que estavam vivendo, de serem encaminhados para um serviço especializado de atendimento e poderem confiar na sabedoria profissional para ajudá-los a enfrentar seus desafios do-

mésticos (Souza, Santos, & Scorsolini-Comin, 2009). Quando se pensa nos limites da proposta do modelo assistencial no contexto dos TA, não se está ignorando esses aspectos, mas abrindo espaço para que se postulem outros modos de atenção em saúde nos quais usuários e famílias ocupem um lugar mais central na formulação do que vai ser proposto como estratégias de cuidado.

Um aspecto relevante do grupo de apoio realizado foi a postura da coordenação de não tratar os familiares a partir das classificações e generalizações produzidas pela literatura científica na área. As teorias psicológicas, muitas vezes, convidam o entendimento das famílias das pessoas diagnosticadas com AN e BN como sendo homogêneas em relação a determinados aspectos de seu funcionamento. Tratar essas famílias a partir dessas teorias seria correr o risco de priorizar descrições identitárias estigmatizantes em uma lógica de entendimento do “eu” como autocontido, estável e permanente ao longo do tempo (Gergen, 2009). O próprio movimento percebido no grupo de apoio – dos familiares falarem do lugar, por exemplo, de mãe desesperada de uma adolescente com anorexia e não como alguém que é, outro exemplo, comerciante de sucesso, boa amiga, conselheira – indica o esforço necessário, por parte da coordenação do grupo, para endereçar o convite a outros “eus” no grupo, que não apenas o “eu” familiar impotente necessitado de orientação profissional.

Outro ponto crucial para a problematização sobre o processo grupal apresentado tem relação com os discursos sociais que sustentam a hierarquia de saber e poder entre profissional e família. Ainda que os coordenadores convidem os familiares para coconstruírem o espaço grupal, essa negocia-



ção pode ficar bastante limitada se não forem considerados os seguintes elementos: a diferença de lugares sociais ocupados por profissionais e família em relação ao acesso às informações sobre o que é um grupo de apoio e como ele deve ser conduzido no cenário assistencial; a expectativa de que a ajuda recebida venha de maneira pronta e acabada, e o conseqüente estranhamento que pode emergir com uma proposta de construção colaborativa do espaço de cuidado; e a dificuldade enfrentada por muitos profissionais de saúde de se mostrarem permeáveis às sugestões dos familiares quando elas diferem muito de suas verdades sobre como deve ser o tratamento. Pensar grupo como construção social (Rasera, 2007) implica reconhecê-lo como um processo aberto de construção e negociação do “como” fazer esse grupo, do “para que” fazê-lo, do “quem” convidar para esse grupo e de “o que” tratar nesse espaço. Ou seja, negociações sobre os objetivos do grupo, sobre o papel da coordenação e dos participantes, sobre quem participa (se só a família, se a família mais os usuários do serviço) e sobre o que se conversa em cada encontro.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das considerações tecidas, entendemos ser útil a exploração de formas de relacionamentos horizontais profissional-família no contexto dos TA, com a possibilidade de saber popular e saber especializado serem considerados em cada tomada de decisão sobre como o tratamento vai acontecer. Ou seja, a família parceira do profissional na definição dos rumos do tratamento.

Consideramos que um caminho para encontrar formas dessa participa-

ção efetiva pode ser o estudo dos contextos relacionais nos quais esse relacionamento já acontece dessa forma, entendendo o que possibilita, promove e sustenta esse sucesso.

Retomando o resgate da literatura sobre a inclusão da família no tratamento dos TA, considera-se que a proposta de coconstrução de um espaço de conversa e troca profissional-família é profícuo. Ainda, entende-se que esse espaço pode incentivar conversas sobre como a família está se posicionando e sendo posicionada no tratamento, como ela entende seu papel na definição dos rumos do tratamento e de quais recursos dispõe para se engajar no processo de recuperação da saúde dos usuários atendidos. Nessa vertente, é preciso apostar nos benefícios potenciais a serem alcançados com o investimento dos profissionais e dos pesquisadores nessa conversação.

### REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association.** (2006). *Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders*. Washington DC: Author.
- Bruch, H.** (1973). *Eating disorders: obesity, anorexia nervosa and the person within*. New York: Basic Books.
- Dodge, E., Matthew, H., Eisler, I., & Dare, C.** (1995). Family therapy for bulimia nervosa in adolescents: An exploratory study. *Journal of Family Therapy, 17*(1), 59-77.
- Eisler, I.** (2005). The empirical and theoretical base of family therapy and multiple family day therapy for adolescent anorexia nervosa. *Journal of Family Therapy, 27*(2), 104-131.
- Eisler, I., Dare, C., Hodes, M., Russell, G., Dodge, E., & Le Grange, D.** (2000). Family therapy for adolescent anorexia nervosa: The results of a con-

- trolled comparison of two family interventions. *Journal of Child Psychology Psychiatry*, 41(6), 727-736.
- Fleminger, S.** (2005). A model for the treatment of eating disorders of adolescents in a specialized centre in The Netherlands. *Journal of Family Therapy*, 27(2), 147-157.
- Gazignato, E. C. S., Scorsolini-Comin, F., Souza, L. V., Kazan, A. L., & Santos, M. A.** (2008). "Beleza põe mesa?": transtornos alimentares e grupo. *Revista da SPAGESP*, 9(1), 24-32.
- Gergen, K. J.** (1997). *Realities and relationships: soundings in social construction* (2nd ed). Cambridge: Harvard University Press.
- Gergen, K. J.** (2009). *Relational being: beyond self and community*. New York: Oxford University Press.
- Gowers, S., & Bryant-Waugh, R.** (2004). Management of child and adolescent eating disorders: The current evidence base and future directions. *Journal of Child Psychology Psychiatry*, 45(1) 63-83.
- Hepworth, J.** (1999). *The social construction of anorexia nervosa*. London: SAGE Publications.
- Holtkamp, K., Herpertz-Dahlmann, B., Vloet, T., & Hagenah, U.** (2005). Group psychoeducation for parents of adolescents with eating disorders: the Aachen program. *Eating Disorder*, 13(4), 381-390.
- Le Grange, D., & Lock, J.** (2007). *Treating bulimia in adolescents: a family-based approach*. London: The Guilford Press.
- Le Grange, D., Crosby, R. D., Rathouz, P. J., & Leventhal, B. L.** (2007). A randomized controlled comparison of family-based treatment and supportive psychotherapy for adolescent bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 64(9), 1049-1056.
- Lock, J., Le Grange, D., Agras, W. S., & Dare, C.** (2001). *Treatment manual for anorexia nervosa*. London: The Guilford Press.
- Ma, J. L. C.** (2005). The diagnostic and therapeutic uses of family conflicts in a Chinese context: the case of anorexia nervosa. *Journal of Family Therapy*, 27(1), 24-42.
- Minuchin, S., Baker, L., Rosman, B. L., Liebman, R., Millman, L., & Todd, T. C.** (1975). A conceptual model of psychosomatic illness in childhood. *Archives of General Psychiatry*, 32, 1031-1038.
- National Collaborating Centre for Mental Health.** (2004). *National clinical practice guideline: core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and related eating disorders*. Londres: National Institute for Clinical Excellence.
- Palazzoli, M. S.** (1974). *Self starvation: From the intrapsychic to the transpersonal approach to anorexia nervosa*. London: Chaucer.
- Poser, M.** (2005). Anorexia nervosa: a parent's perspective. *Journal of Family Therapy*, 27(2), 144-146.
- Rasera, E. F., & Japur, M.** (2007). *Grupo como construção social: aproximações entre construcionismo social e terapia de grupo*. São Paulo: Vetor.
- Santos, M. A.** (2006). Sofrimento e esperança: grupo de pacientes com anorexia e bulimia nervosas. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 39(3), 386-402.
- Santos, M. A., Oliveira, E. A., Moscheta, M. S., Ribeiro, R. P. P., & Santos, J. E.** (2004). "Mulheres plenas de vazio": os aspectos familiares da anorexia nervosa. *Vínculo*, 1(1), 46-51.
- Schmidt, U., & Asen, E.** (2005). Editorial: does multi-family day treatment hit the spot that other treatments cannot reach? *Journal of Family Therapy*, 27(2), 101-103.

- Scholz, M., Rix, M., Scholz, K., Gantchev, K., & Thomke, V.** (2005). Multiple family therapy for anorexia nervosa: concepts, experiences and results. *Journal of Family Therapy*, 27(2), 132-141.
- Scorsolini-Comin, F., Souza, L. V., & Santos, M. A.** (2010). A construção de si em um grupo de apoio para pessoas com transtornos alimentares. *Estudos em Psicologia (Campinas)*, 27(4), 467-478.
- Smith, G.** (2004). *Anorexia and bulimia in the family: one parent's practical guide to recovery*. London: Wiley.
- Souza, L. V., & Santos, M. A.** (2006). A família e os transtornos alimentares. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 39(3), 403-409.
- Souza, L. V., & Santos, M. A.** (2007a). *Anorexia e bulimia: conversando com as famílias*. São Paulo: Vetor.
- Souza, L. V., & Santos, M. A.** (2007b). Grupo de familiares de pessoas com transtornos alimentares: um espaço co-construído. *Vínculo*, 4(4), 38-47.
- Souza, L. V., & Santos, M. A.** (2009a). A construção social de um grupo multifamiliar no tratamento dos transtornos alimentares. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(3), 317-326.
- Souza, L. V., & Santos, M. A.** (2009b). A construção de sentidos em um grupo de apoio aos familiares de pessoas com transtornos alimentares. In: S. R. Pasian, G. Romanelli, & M. V. Cunha (Orgs.). *Investigação científica em psicologia: aplicações atuais em saúde*. (pp. 69-84). São Paulo: Vetor.
- Souza, L. V., & Santos, M. A.** (2010). A participação da família no tratamento dos transtornos alimentares. *Psicologia em Estudo (Maringá)*, 15(2), 285-294.
- Souza, L. V., Santos, M. A., Moura, F. E. G. A., Campos-Brustelo, T. N., & Saviolli, C. M. G.** (2010). Fatores terapêuticos em um grupo de apoio multifamiliar no tratamento da anorexia e bulimia. *Revista da SPA-GESP*, 11(2), 41-50.
- Tantillo, M.** (2006). A relational approach to eating disorders multifamily therapy group: moving from difference and disconnection to mutual connection. *Family Systemic Health*, 24(1), 82-102.
- Van Langenhove, L., & Harré, R.** (1999). Introducing positioning theory. In: R. Harré, L. Van Langenhove (Ed.). *Positioning theory* (pp. 14-31). Oxford: Blackwell Publishers.
- Vandereycken, W., & Van Deth, R.** (2001). *From fasting saints to anorexic girls: the history of self-starvation*. Londres: Athlone Press.