

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
FFCLRP – DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Construção de sentidos sobre a participação do pai no tratamento de filhas com diagnóstico  
de transtornos alimentares

Carolina Mota Gala Saviolli

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia,  
Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, como parte  
das exigências para a obtenção do título de Mestre em  
Ciências, Área: Psicologia.

RIBEIRÃO PRETO - SP

2012



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
FFCLRP – DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
NÚCLEO DE ENSINO E PESQUISA EM PSICOLOGIA DA SAÚDE - NEEPS

Construção de sentidos sobre a participação do pai no tratamento de filhas com diagnóstico  
de transtornos alimentares

Carolina Mota Gala Saviolli

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia,  
Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, como parte  
das exigências para a obtenção do título de Mestre em  
Ciências, Área: Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Manoel Antônio dos Santos

RIBEIRÃO PRETO

2012

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

### FICHA CATALOGRÁFICA

Saviolli, Carolina Mota Gala

Construção de sentidos sobre a participação do pai no tratamento de filhas com diagnóstico de transtornos alimentares. Ribeirão Preto, 2012.

174 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de mestrado, apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Psicologia.

Orientador: Santos, Manoel Antônio dos.

1. Paternidade. 2. Construcionismo Social.  
3. Transtornos Alimentares. 4. Tratamento.

SAVIOLLI, Carolina Mota Gala

Título: Construção de sentidos sobre a participação do pai no tratamento de filhas com diagnóstico de transtornos alimentares.

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Ciências, Área: Psicologia.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_



Apoio financeiro:

Esta dissertação foi parcialmente financiada pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), mediante concessão de bolsa de mestrado no período de abril de 2010 a julho de 2010

De agosto de 2010 a março de 2012, a pesquisa recebeu apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), mediante concessão de bolsa de mestrado, processo nº 2009/04709-7.







*Dedico este trabalho a meu marido Emílio,  
com quem teço todos os dias realidades de amor e companheirismo.*



*"I'd rather be a comma than a full stop"*  
*(Eu prefiro ser uma vírgula a ser um ponto final)*

**Coldplay**, Every teardrop is a waterfall



## AGRADECIMENTOS

Posso dizer que este sonho foi construído a muitas vozes, que me acompanharam na produção desta Dissertação e no percurso trilhado até aqui. Agora, tenho a satisfação de agradecer-lhes por tudo o que aprendi com elas e por aquilo que construímos juntas:

Ao prof. Dr. Manoel Antônio dos Santos, meu orientador, uma voz extremamente importante para a minha história, para a construção do meu *self* pessoal e, sobretudo, profissional. Alguém que sempre acreditou em mim, mesmo quando eu mesma duvidei, e que me impulsionou a ir sempre mais longe. Obrigada pelo espaço aberto, pelas oportunidades e conversas, que constituíram uma relação muito generativa.

À professora Sheila McNamee, que apoiou desde o início a idealização do projeto, sempre sendo extremamente generosa e colaborativa em suas sugestões, ajudando-me a construir um percurso de inteligibilidade para pensar a participação do pai no tratamento dos transtornos alimentares. Agradeço também ao professor e seu marido John Lannamam (Jack) que, da mesma maneira, contribuiu para o aprimoramento deste estudo.

Ao Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares (GRATA), por me acolher como profissional e principalmente como pesquisadora, dando espaço para que essa pesquisa se tornasse realidade. Em especial, meu sincero agradecimento ao Prof. Dr. José Ernesto dos Santos e à Profa. Dra. Rosane Pilot Pessa Ribeiro, por terem permitido o acesso e participação no serviço, mas também às profissionais Ludmila, Tatiane, Érika, Letícia, Cristiane, Marina, Felícia e Carol Leônidas. Às estagiárias Anne, Andressa, Camila, Lilian, Ana Luíza, com quem mantive intenso intercâmbio de experiências.

À Erika Arantes Oliveira-Cardoso, pela atenção e disponibilidade, em todos os momentos dessa jornada.

Aos pais que participaram do estudo, que gentilmente aceitaram o convite de um espaço dialógico comigo, que foram muito amorosos e que me ensinaram que o pai pode ser muito mais presente na vida dos filhos diagnosticados com transtornos alimentares do que eu poderia imaginar.

À Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto por dar todas as condições para a realização da pesquisa, desde a estrutura até o apoio recebido de todos seus funcionários. Sobretudo, gostaria de agradecer à Jaqueline, Denise, Inês e Izilda.

À Cristina Manduca, da Biblioteca Central de Ribeirão Preto, pelo auxílio com os aspectos formais deste trabalho.

À Mariane, Camila, Estela, Flávia e Junia, pelo contínuo apoio ao meu crescimento profissional.

À professora Clarissa Mendonça Corradi-Webster, pela maneira cuidadosa com que pôde conversar comigo, fazendo-me perguntas importantes, que contribuíram muito para a qualidade do trabalho, sobretudo na fase da qualificação.

Ao prof. Dr. Benedito Medrado, pela disponibilidade e delicadeza com que recebeu meu trabalho na etapa da qualificação, e pelas valiosas observações e estímulo para que eu ampliasse as discussões na pesquisa.

À profa. Dra. Laura Vilela e Souza, por me ajudar, pacientemente, na construção conjunta deste conhecimento, adotando uma postura verdadeiramente colaborativa, que considero tão pertinente ao enfoque construcionista social.

À CAPES e à FAPESP, pelo apoio financeiro ao projeto.

A todos os professores do Programa de Pós-graduação em Psicologia, que de alguma maneira trouxeram novos e/ou diferentes sentidos para as conversas sobre a paternidade. À companheira de pós-graduação Letícia Marques, pela amizade construída.

Aos amigos de longa data que, mesmo seguindo suas vidas, sempre estão prontos a me apoiar, valorizar minhas conquistas e torcer por mim: Nichollas, Ana Flávia, Aline, Jamila, Daniela e Larissa. Vocês são muito importantes em minha vida!

Aos meus amigos, mas primos, Rodrigo e Marina, por sempre me acolherem tão carinhosamente e acompanharem meus momentos de “crise”, compartilhando tanta descontração e força. Meus irmãos de coração.

À minha irmã Patricia, que sempre torceu para que eu realizasse tudo o que me fosse possível realizar! Obrigada pela companhia.

Aos meus tios, primos, avó Maria, avô João, avó Cacilda, por tudo o que construíram comigo para que eu pudesse me descrever como faço hoje. As suas histórias me ajudaram a escrever a minha.

Como não podia deixar de ser, aos meus pais, Adelino e Idália, pela enorme batalha e inestimável exemplo, pois me dão força sempre, iluminando meus passos com amor e segurança.

Por fim, mas não menos importante, ao meu marido Emílio, que durante esses dois ou três anos aguentou minhas inseguranças e meus choros, dando sempre o apoio de que eu precisava para seguir em frente, mas com quem também compartilhei muitas vitórias. Obrigado pela sua alegria, pelo respeito e cuidado comigo! Te amo!





## RESUMO

Saviolli, C. M. G. *Construção de sentidos sobre a participação do pai no tratamento de filhas com diagnóstico de transtornos alimentares*. 2012. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

O objetivo geral do presente estudo foi compreender o processo de construção de sentidos sobre a participação do pai no contexto de tratamento dos transtornos alimentares. A partir da utilização de uma perspectiva construcionista social, esses transtornos passaram a ser compreendidos enquanto construções sociais, da mesma maneira que o lugar do pai na atualidade. Esse objetivo foi delineado a partir da experiência em um serviço especializado de atendimento, o Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares (GRATA), no qual se denotava a maior presença das mães nas estratégias oferecidas, assim como do diálogo com a literatura científica, que apontava reduzidos estudos que focalizassem o discurso paterno. Como objetivos específicos, buscaram-se compreender como os discursos sociais da atualidade contribuem para a construção de sentidos sobre a participação do pai, e quais limites eles circunscrevem em termos das ações tomadas. Para isso, foram conduzidas 12 entrevistas individuais com pais cujas filhas estivessem em seguimento no serviço naquele momento e, em um caso apenas, com o pai de uma filha que havia recebido alta do serviço. O roteiro de entrevista utilizado tratava de temas considerados relevantes para esse contexto, mas, pela vasta quantidade de material, um recorte precisou ser aplicado, tendo como critério priorizar os sentidos construídos que contribuíram mais diretamente para a construção da participação do pai no tratamento. As entrevistas foram transcritas literalmente e na íntegra, constituindo o *corpus* de análise. A análise foi empreendida com base na Teoria Relacional do Sentido e na Teoria das Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano. Foram enfatizados também os jogos de linguagem e de posicionamento situados na relação pesquisadora-colaborador, considerando a linguagem em uso como ação, construtora de realidades. A partir desse empreendimento relacional, foi possível discutir alguns pontos relevantes para a compreensão da temática: o posicionamento da pesquisadora enquanto psicóloga do serviço e como isso delimitou os sentidos produzidos nas interações; a valorização do conhecimento especializado; a construção ampliada da participação do pai para além das atividades oferecidas no contexto hospitalar, como seu lugar de apoio à filha e à esposa, especialmente; o cuidado como ação paterna. Tais sentidos foram confrontados com os validados pela literatura na área, e iniciadas algumas reflexões no sentido de ampliar a negociação sobre a participação do pai, utilizando, para tanto, algumas ferramentas conversacionais construcionistas, como a de *self relacional* e da *responsabilidade relacional*. Espera-se que os resultados possam auxiliar os profissionais e os serviços de saúde que atendem a essa população a uma relação mais colaborativa com esses pais, na qual haja o diálogo com esses atores e legitimação desse saber, buscando contextos de assistência que sejam mais convidativos para eles. Isso talvez contribua para uma ressignificação de seu lugar no tratamento de suas filhas.

Palavras-chave: paternidade, construcionismo social, transtornos alimentares, tratamento.



## ABSTRACT

Saviolli, C. M. G. *Construction of meanings about the father's participation in the treatment of daughters diagnosed with eating disorders*. 2012. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

The aim of this study was to understand the meaning construction process about the father's participation in the treatment context of eating disorders. Based on the use of a social constructionist perspective, these disorders are understood as social constructions, in the same way as the father's place nowadays. This aim was outlined departing from the experience at an specialized care service, the Eating Disorder Care Group (GRATA), where the greater presence of mothers in the strategies offered was observed, as well as from the dialogue with scientific literature, which appointed limited studies that focused on paternal discourse. As specific aims, we attempted to understand how current social discourse contributes to the construction of meanings about the father's participation, and what limits they circumscribe in terms of what actions need to be taken. Therefore, individual interviews were held with 12 fathers whose daughters were under treatment at the time of the research. In only one case the daughter had been discharged from the service. The interview script addressed themes that are considered relevant for this context but, due to the great amount of material, an excerpt was taken, prioritizing the meanings that most directly contributed to the construction of the father's participation in treatment. The interviews were completely and literally transcribed, constituting the analysis corpus. To undertake the analysis, the concepts proposed in the Theory of Meaning and the Theory of Discursive Practices and Production of Meanings in Daily Life. Language and positioning games were emphasized that are situated in the relation between researcher and collaborator, considering the language used as action, as a constructor of reality. Based on this relational undertaking, some relevant aspects to understand the theme could be discussed: the researcher's positioning as the service psychologist and how this outlined the meanings produced in the interactions; the valuation of specialized knowledge; the expanded construction of the father's participation beyond the activities offered in the hospital context, especially as his place to support his daughter and wife; care as paternal action. These meanings were confronted with those validated in literature in the area, and some reflections started in order to broaden the negotiation about the father's participation, using some constructionist conversation tools for this purpose, including the concept of *relational self* and the concept of *relational responsibility*. We hope the results can help health professionals and services that deliver care to this population to achieve a more collaborative relation with these partners, which is open to dialogue and can result in care contexts that are more inviting to them, legitimizing this knowledge. This may contribute to attribute a new meaning to their place in their daughters' treatment.

Key words: paternity, social constructionism, eating disorders, treatment.



## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>23</b>
<b>PREÂMBULO .....</b>	<b>25</b>
<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>29</b>
1.1. OS TRANSTORNOS ALIMENTARES COMO CONSTRUÇÕES SOCIAIS.....	33
1.2. PROPOSTAS DE TRATAMENTO COM A FAMÍLIA.....	37
1.3. SER PAI NA CONTEMPORANEIDADE .....	41
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>49</b>
2.1. OBJETIVO GERAL .....	49
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	49
<b>3. PERCURSO METODOLÓGICO.....</b>	<b>51</b>
3.1. MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL .....	51
3.2. CENÁRIO DO ESTUDO .....	53
3.3. COLABORADORES .....	54
3.4. PROCEDIMENTO.....	57
3.4.1. Entrevistas em grupo .....	58
3.4.2. Entrevistas individuais.....	60
3.5. CONSTRUÇÃO DO CORPUS E DO PROCESSO DE ANÁLISE .....	61
3.6. CUIDADOS ÉTICOS.....	65
<b>4. ANÁLISE DAS ENTREVISTAS .....</b>	<b>67</b>
4.1. A PARTICIPAÇÃO DO PAI CONSTRUÍDA COM ALBERTO .....	69
4.2. A PARTICIPAÇÃO DO PAI CONSTRUÍDA COM BENEDITO.....	73
4.3. A PARTICIPAÇÃO DO PAI CONSTRUÍDA COM CARLOS .....	77
4.4. A PARTICIPAÇÃO DO PAI CONSTRUÍDA COM DIEGO.....	81
4.5. A PARTICIPAÇÃO DO PAI CONSTRUÍDA COM EMÍLIO.....	84
4.6. A PARTICIPAÇÃO DO PAI CONSTRUÍDA COM FERNANDO.....	87
4.7. A PARTICIPAÇÃO DO PAI CONSTRUÍDA COM GUSTAVO .....	90
4.8. A PARTICIPAÇÃO DO PAI CONSTRUÍDA COM HÉLCIO .....	93
4.9. A PARTICIPAÇÃO DO PAI CONSTRUÍDA COM ÍTALO.....	96

4.10. A PARTICIPAÇÃO DO PAI CONSTRUÍDA COM JULIANO.....	101
4.11. A PARTICIPAÇÃO DO PAI CONSTRUÍDA COM LEANDRO .....	106
4.12. A PARTICIPAÇÃO DO PAI CONSTRUÍDA COM MARCELO .....	110
<b>5. DISCUSSÃO .....</b>	<b>115</b>
<b>6. CONSTRUINDO NOVAS INTELIGIBILIDADES.....</b>	<b>125</b>
<b>7. CONSIDERAÇÕES NÃO-FINAIS.....</b>	<b>129</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>135</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>143</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>145</b>

## APRESENTAÇÃO

Na primeira parte desta Dissertação, apresenta-se a perspectiva a partir da qual a pesquisadora se posiciona para compreender os discursos sobre a participação do pai cuja filha recebeu o diagnóstico de transtornos alimentares, atentando às suas possíveis implicações para os convites ao tratamento. Trata-se da perspectiva do construcionismo social. São definidos os principais pressupostos que sustentam essa forma de inteligibilidade, que não é única ou a “mais correta”, mas que foi a escolhida para nortear a construção do presente estudo.

Em seguida, busca-se delinear os principais discursos explicativos sobre o que são os transtornos alimentares, compreendendo os efeitos que a utilização de cada um deles traz para as realidades geradas no contexto investigado. Tomando o discurso biomédico como contraponto, destaca-se a construção da dificuldade alimentar como uma “psicopatologia”, descrição fortemente amparada em um discurso individualista, que contribui para a construção do assim chamado “transtorno alimentar” como um *problema* e como problema *do indivíduo*, sustentando também a demanda pelo tratamento especializado.

Na sequência, o lugar da família no tratamento é examinado, sendo apresentadas as propostas priorizadas pelos serviços de saúde em termos de sua participação nesse contexto. Sobressai, então, a descrição da família como *lócus* de origem e/ou manutenção da doença, o que acaba determinando os convites de tratamento feitos pela equipe, que passa a considerá-la como parceira imprescindível para o tratamento dos transtornos alimentares. Busca-se apontar os limites e possibilidades que o uso dessa descrição promove, especialmente em relação à participação paterna.

No item seguinte, são explorados os principais sentidos produzidos na literatura científica sobre o pai na contemporaneidade, entendendo como diferentes discursos compreendem e descrevem tal lugar, inclusive os discursos produzidos no campo das teorias psicológicas. Entende-se que a utilização de determinadas descrições sobre o pai também circunscreve as possíveis condutas tomadas pelos familiares nos serviços de saúde e as práticas adotadas pelas equipes em termos de sua participação.

No momento posterior, o percurso metodológico percorrido é apresentado, buscando dar clareza às escolhas feitas pela pesquisadora e apresentando passo a passo a construção dessa investigação. Dá-se ênfase ao processo de coleta de dados como um

contexto específico de produção de sentidos, no qual se construíram o *corpus* e o método de análise das entrevistas.

Em seguida, é apresentada a análise propriamente dita, buscando evidenciar o caráter co-construído dos sentidos e as diferentes participações do pai que puderam ser negociadas e produzidas na relação situada entre pesquisadora e colaboradores. Para discutir os sentidos produzidos e negociados nesses encontros, adotou-se como marcos referenciais a Teoria Relacional do Sentido, proposta por Gergen (1997), e a perspectiva teórico-metodológica das Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano, de Spink e Medrado (2000). O conceito de posicionamento, proposto por Harré e Van Langenhove (1999), também foi utilizado em alguns momentos para pensar esse contexto discursivo.

Na discussão, procura-se relacionar os principais discursos oferecidos pela literatura com àqueles construídos na relação com os participantes, problematizando-os sob a perspectiva construcionista social.

Por fim, nas considerações *não-finais*, são levantadas questões que visam expandir as descrições saturadas sobre a paternidade e o cuidado paterno, entre outras, apresentando alguns recursos relacionais que o construcionismo social oferece no sentido de criar modos alternativos à essas compreensões mais tradicionais sobre a temática. Entende-se que elas vêm, há muito tempo, participando de nosso arcabouço interpretativo sobre o que é a inclusão do pai nos serviços de saúde, especialmente no caso dos transtornos alimentares, onde a repercussão familiar do problema é destacada.

Entendendo que o sentido não se fecha, a pesquisadora convida a todos os leitores a uma proveitosa leitura!



## PREÂMBULO

A história que pode ser contada sobre a construção do objetivo deste estudo encontra-se implicada em meu percurso pessoal e profissional como pesquisadora. Suas raízes remontam aos primeiros passos da formação em Psicologia. No início de minha graduação na Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP) em 2004, comecei a frequentar, como observadora silente, as reuniões semanais da equipe do Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares (GRATA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), um serviço pioneiro no Brasil, criado em 1982. Essa experiência aproximou-me da temática dos transtornos alimentares e suscitou a curiosidade sobre essa área do conhecimento.

A partir de 2006, integrei-me ao grupo de estagiários do serviço, cumprindo um programa de estágio supervisionado, no qual atendia familiares na modalidade de psicoterapia individual, participando também das reuniões semanais da equipe multidisciplinar de saúde. Esse estágio compreendia também a participação nos grupos de apoio semanais oferecidos aos familiares. A experiência de acompanhar esse grupo semanalmente, ao longo de dois anos, destacou para mim o lugar privilegiado das questões familiares no contexto de produção de sentidos sobre o tratamento nos transtornos alimentares. E, a partir desse contato intenso com a temática, procurei compreender mais sobre os sentidos que aqueles pais e mães produziam no âmbito grupal, que eram construídos na ação conjunta entre os participantes: familiares, coordenadores e a própria pesquisadora. Esse interesse foi traduzido na questão de pesquisa que originou o trabalho de Iniciação Científica, que resultou no Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia) apresentado ao término da graduação, intitulado “Sentidos produzidos e negociados em um grupo de apoio psicológico oferecido aos familiares de pessoas com transtornos alimentares”. Esse estudo foi financiado pela FAPESP, por meio de bolsa de Iniciação Científica, processo número 2006/57579-7.

O foco do referido estudo recaiu na interação grupal e na maneira como os diferentes sentidos sobre doença e tratamento eram construídos e negociados no grupo. Tais sentidos foram entendidos como delimitadores das possíveis ações a serem tomadas no que se refere à participação parental no contexto do atendimento. A análise empreendida

mostrou que os participantes do grupo de apoio psicológico oferecido encontraram um espaço para discutir e compartilhar sua vivência com o filho diagnosticado com TA e reconheceram possíveis recursos de enfrentamento na medida em que negociavam sentidos coletivamente. Contudo, apesar de tentarem se engajar em novas possibilidades conversacionais, ainda apresentaram alguma dificuldade em se perceberem como partes ativas no tratamento, como co-construtores da mudança, delegando muitas vezes apenas ao especialista esse poder (Gala & Santos, 2007).

A partir dessa investigação inicial, foi possível notar que a frequência do pai<sup>1</sup> nesses grupos era muito restrita, pois a maior parte dos participantes eram mães. Isso despertou a minha curiosidade para entender por que a participação paterna no serviço era tão limitada, se os pais ausentes poderiam não estar se sentindo convidados a se envolverem nas estratégias de atendimento oferecidas aos familiares, ou talvez não reconhecessem ali (ou no âmbito doméstico) espaço para construir dialogicamente o lugar de pai. Utilizando como embasamento teórico e metodológico a perspectiva do Construcionismo Social, buscamos, então, convidar os pais ao diálogo sobre a sua participação no tratamento, na medida em que a forma como se constrói esse lugar de pai e o que é entendido como participação circunscreve algumas possibilidades e limites de ação desses cuidadores frente ao tratamento. Acredita-se que incluir essas construções, performadas pelos pais na interação com a pesquisadora e criadas na ação conjunta por meio da linguagem em uso, possa constituir uma ferramenta útil para pensar outros convites de participação possíveis, que favoreçam o envolvimento paterno.

Em 2010, ingressei no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP), o que me permitiu desenvolver esse interesse, formalizando-o sob a forma de uma investigação sistemática. Nesse percurso de construção da Dissertação de Mestrado recebi apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), mediante concessão de bolsa de mestrado no período de abril de 2010 a julho de 2010, e da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), mediante concessão de bolsa de mestrado, processo nº 2009/04709-7, no período de agosto de 2010 a março de 2012.

Dessa forma, o estudo aqui desenvolvido busca contemplar os sentidos construídos com os pais de pessoas diagnosticadas com TA sobre seu lugar no contexto da participação

---

<sup>1</sup> A palavra pai, no contexto do presente estudo, será empregada para referirmos aos genitores do sexo masculino.

no tratamento de suas filhas. Entendemos que determinadas formas de conversação sobre tal sentido – o de participação no tratamento – constroem determinadas realidades, o que motivou a escolha por uma perspectiva Construcionista Social e o desejo de que a pesquisa tenha uma utilidade social, sobretudo no que concerne às práticas em saúde.

No desenvolvimento deste projeto contei com a valiosa supervisão da Profa. Sheila McNamee, Ph.D., da University of New Hampshire, EUA, em trabalho de colaboração com o grupo de pesquisa coordenado pelo Prof. Dr. Manoel Antônio dos Santos (Núcleo de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde – NEPPS, cadastrado no CNPq).



## 1. INTRODUÇÃO

*A ideia fundante da construção social parece bem simples, mas ao mesmo tempo, é profunda. Tudo que consideramos real é resultante de uma construção social. Ou seja, de maneira mais contundente, nada é real, a menos que as pessoas concordem que assim o seja (Gergen & Gergen, 2010, p.20).*

Partir do construcionismo social implica em algumas considerações preliminares. O campo dos estudos construcionistas é bastante amplo, havendo importantes distinções entre as diferentes propostas circunscritas sob sua rubrica, que nem sempre compartilham os mesmos sentidos. Algumas descrições apontam as diferenças entre autores do *hard* e *light construcionism*, por exemplo, ou tendem a separá-los entre autores descritivos e prescritivos, conforme Stewart e Zediker (2002), sendo que os primeiros buscam focalizar o caráter relacional e a tensão presente na produção de sentidos, e os demais, preocupam-se mais com a epistemologia relacional. Essa delimitação é necessária, porque a maneira como cada uma descreve as noções de *self*, por exemplo, pode gerar novas formas de compreensão da pessoa, da construção relacional dos sentidos, entre outros aspectos.

Entretanto, não se pretende aqui detalhar essas diferenças no sentido de demarcar rigidamente as delimitações conceituais, mas destacar o que, no geral, os estudos construcionistas sociais vêm propondo em termos de compreensão dos processos de produção de sentidos, ressaltando a possibilidade de diálogo entre elas e a noção de que todos esses grupos compartilham, geralmente, o interesse nos mesmos campos da investigação social.

Outra consideração importante diz respeito à discussão do Construcionismo como uma teoria. Poderia de fato ser descrito como uma teoria, um discurso, ou de que maneira? Para alguns autores, o Construcionismo Social é uma metateoria, ou seja, uma teoria sobre a própria forma de produzir o conhecimento. Não uma teoria no sentido da pesquisa científica tradicional, como um conjunto estanque de princípios e regras que determinariam como as coisas são e como funcionariam de acordo com certas leis, tal como foram descritas nos movimentos representacionista e/ou cognitivista do conhecimento.

Nesse ponto, pode-se dizer que o Construcionismo Social opera um giro paradigmático. Criticando a postura hegemônica da denominada Ciência em Psicologia, que pensava a ciência “como um fazer pautado pela demonstração e generalização dos

resultados” (Spink & Frezza, 2000, p.19), essa perspectiva, sustentada por autores como Billig (1988), Bruner (1979) e Shotter (1997), privilegiou as raízes filosóficas da prática em Psicologia Social. As pesquisas sociais, até então pautadas nos resultados dos estudos em laboratório e na compreensão dos comportamentos como processos internos, individuais, cederam espaço para uma visão mais relacional do significado, e não mais como uma representação do real.

A perspectiva construcionista social surge nesse contexto, articulada especialmente a três movimentos interdependentes: uma reação ao representacionismo no campo da Filosofia; uma tentativa de desconstrução da retórica da verdade no âmbito da Sociologia do Conhecimento; e na Política, como busca do reconhecimento de grupos socialmente marginalizados (Spink & Frezza, 2000).

Berger e Luckmann (2003), quando publicam o livro *A construção social da realidade*, retomam essa crítica à compreensão intelectualista do conhecimento, focalizando os processos de conservação e transformação social. Dessa maneira, passou-se a reconhecer os processos de conhecimento construídos sobre o mundo como produto dos relacionamentos, mais especificamente, das trocas interativas que fazemos, relativizando a explicação tradicional de que esse conhecimento se dá individualmente, surgindo *da* e *na* mente dos indivíduos.

Assim, entende-se o construcionismo social como uma inteligibilidade possível do mundo, das pessoas e dos relacionamentos. De acordo com Gergen (1985), as verdades construídas pela humanidade devem ser entendidas de forma crítica, como realidades possíveis, e não as únicas ou como estanques. A própria Psicologia é considerada uma construção social, situada pelas vicissitudes dos processos sociais e, ao mesmo tempo, como inscrita em um determinado contexto sociohistórico. No artigo publicado no mesmo ano, *“The social constructionist movement in modern psychology”*, Gergen aponta as proposições fundamentais dessa proposta: a) O que nós experienciamos do mundo não contém em si mesmo os termos pelos quais devemos descrever essa experiência. Ou seja, a construção de algo *como ele é* na verdade é algo social, criado na ação conjunta por meio da linguagem em uso. Seria, portanto, *como nós descrevemos isto*; b) Os termos pelos quais entendemos o mundo são artefatos sociais, produto das trocas interacionais, que são situadas historicamente; c) A força com que determinado sentido é sustentado ou prevalece não se dá por sua suposta validade empírica, mas depende da maneira como os processos sociais

vão ocorrendo ao longo do tempo; d) Formas de entendimento negociadas são de extrema importância para a vida social, conforme elas vão sendo integradas a outras ações nas quais as pessoas estão engajadas no cotidiano.

É no espaço intervalar do *entre*, isto é, na relação, que o que criamos acontece. As conversas nas quais nos engajamos no cotidiano criam realidades sociais, que podem sustentar determinadas práticas ou transformá-las, por meio de sentidos alternativos para nossas experiências. Mudando de uma perspectiva monológica para uma dialógica, propõe-se, então, *uma celebração do outro*, pois é no *entre* que construímos nossas ações (Sampson, 1993). Adota-se a noção de *self relacional* em detrimento do *self individual*.

Para Spink e Medrado (2000), uma leitura sócio-construcionista considera que

O sentido é uma construção social, um empreendimento coletivo, mais precisamente interativo, por meio do qual as pessoas – na dinâmica das relações sociais historicamente datadas e culturalmente localizadas – constroem os termos a partir dos quais compreendem e lidam com as situações e fenômenos a sua volta (p.41).

A produção de sentidos é, dessa maneira, um processo dinâmico, não-estático. Daí a noção de dialogia, que compreende um movimento de constante construção, desconstrução e reconstrução dos sentidos, situado em contextos de produção específicos.

Nessa direção, a linguagem adquire lugar central no processo de construção de sentidos. Esta é entendida como *linguagem em uso*, como ação construtora de realidades. Por isso, dá-se ênfase à entonação, postura, gestos relacionados ao que está sendo dito (performance), ao mesmo tempo em que se destacam as escolhas que fazemos (uso): estilos gramaticais, uso de diferentes discursos para conversar com diferentes comunidades discursivas, em quais contextos usamos determinados sentidos e em quais não os utilizamos e que ações são promovidas a partir disso. Portanto, ao entender a linguagem como prática social, o foco desse tipo de abordagem teórico-metodológica é mantido no “trabalhar a interface entre os aspectos performáticos da linguagem e as condições de produção” (Spink & Medrado, 2000, p.43).

Pearce e Pearce (2000) reforçam então o caráter complementar e não-finalizado do sentido: este não está sob controle do ator que o performa, nem termina quando é performado por ele. Nossos atos movem o sentido de atos prévios para uma complementação, e nós participamos do que já foi construído e vice-versa, bem como em

relação aos atos futuros. É o que Shotter descreve como processo responsivo-retórico (Shotter, 1997).

Ao contarmos histórias, damos sentido e estrutura às nossas ações, à nossa vida. Apesar disso, o sentido não reside nas palavras em si mesmas, naquelas usadas pelo falador ou naquelas ouvidas pelo ouvinte, mas naquilo que constroem juntos na interação. Sem ação, a palavra vira “verbalismo”. Lannaman e McNamee (2011) destacam a importância de que a pesquisa ou prática construcionista foque nos momentos interativos entre as pessoas, dada essa incompletude constante do sentido. Esses autores afirmam que o sentido é moldado pelo que veio antes e o que veio depois de um determinado momento interativo. Da mesma maneira, isso implica que todas as pessoas envolvidas naquela conversa são responsabilizadas pelo que o outro se tornou, o que ele é a partir dessa interação/co-construção.

Diante destes pressupostos, o Construcionismo Social se afigura como uma perspectiva que nos instiga a ampliar as possibilidades de produzir sentidos sobre o mundo e sobre nós mesmos, configurando-se em “um convite a examinar essas convenções e entendê-las como regras socialmente construídas e historicamente localizadas. É um convite a aguçar a nossa imaginação e a participar ativamente dos processos de transformação social” (Spink & Frezza, 2000, p.32). Nessa vertente, Gergen (2004) afirma que o Construcionismo Social não abandona necessariamente os sentidos tradicionalmente construídos pela sociedade, mas os situa dentro de um enquadramento diferente, resultando em uma mudança na ênfase e na prioridade dadas.

Isso não significa que as diferentes explicações de mundo e de pessoa existentes são igualmente aceitáveis, de que é um “vale-tudo” ou de que todo e qualquer sentido são válidos, mas sim que são convenções adotadas pelas pessoas, adequadas a certas situações conversacionais, delimitadas pelo caráter situacional e relacional do sentido. As explicações construídas, portanto, relacionam-se às próprias vicissitudes dos processos sociais (Gergen, 1997).

Isso posto, entendemos que as definições atribuídas aos transtornos alimentares, a participação da família no tratamento e o ser pai na atualidade são também noções construídas socialmente, assim como as descrições de mundo, de individualidade, de saúde e doença. E acredita-se que vale examinar esses sentidos como situados, próprios de um momento histórico e social



particular, problematizando-os, não no sentido de invalidá-los, mas entendendo que descrições possíveis sobre o tema, e não a verdade pura ou definitiva sobre ele.

### 1.1. OS TRANSTORNOS ALIMENTARES COMO CONSTRUÇÕES SOCIAIS

No decorrer dos diferentes momentos históricos, diversas explicações foram criadas para o entendimento dos transtornos alimentares. Um dos primeiros discursos a respeito dessa temática foi o discurso biomédico, que atualmente ainda guarda de proeminência na sua construção social como transtorno mental. Essa descrição circunscreve sua etiopatogenia, delimita categorias diagnósticas específicas para abranger suas variações e estabelece as possíveis estratégias de tratamento. O discurso psicopatologizante é amplamente aceito na atualidade e adquiriu sólida hegemonia no âmbito científico. e, inclusive, das possíveis formas de tratamento. Considerados como psicopatologias, os transtornos alimentares inicialmente foram estudados pela área da Psiquiatria, cujo desenvolvimento no final do século XIX era notório. Nessa prática discursiva, são descritos como quadros clínicos psiquiátricos, que se caracterizam por importantes alterações do comportamento alimentar, sendo divididos em dois tipos principais: anorexia nervosa e bulimia nervosa (Schmidt & Matta, 2008; Souza, 2011).

Ao estabelecer determinados critérios para construir um diagnóstico dessas “psicopatologias”, o discurso biomédico sustenta que, na anorexia, o paciente apresenta uma série de sintomas, como uma considerável perda de peso – muitas vezes alcançada à custa de dietas bastante restritivas, procura desenfreada pela magreza, distorção da imagem corporal e alterações do ciclo menstrual (Borges, Sicchieri, Ribeiro, Marchini, & Santos, 2006). Já a bulimia nervosa é caracterizada por episódios repetidos de grande ingestão alimentar (em inglês, *binge eating*), além do intenso controle exercido sobre o peso corporal, que se refletiria na adoção de algumas medidas extremas por parte do paciente para evitar o ganho de peso, justificadas pela excessiva ingestão de alimentos (Rosa & Santos, 2011). O vômito autoinduzido é tido como uma das formas mais utilizadas para evitar o ganho de peso, mas também estão presentes a prática excessiva de exercícios físicos e o uso de laxantes, diuréticos, inibidores de apetite, dentre outros meios (Associação Americana de Psiquiatria, 2002; Borges et al., 2006).

Como uma das correntes teóricas mais aceitas no campo biomédico determinava que a dimensão psíquica situava-se na origem dos transtornos alimentares, as teorias

psicológicas dominaram as concepções presentes nos estudos sobre a anorexia e a bulimia nervosas. Diversos autores chegam a traçar um tipo de perfil psicológico das pessoas diagnosticadas, associando os sintomas alimentares a condições psicológicas distintas (Peres & Santos, 2011). Ao determinarem um conjunto de características específicas da personalidade das pessoas que desenvolviam esses transtornos, essas teorias delimitavam cada indivíduo como uma entidade autocontida. Pacientes com anorexia nervosa, por exemplo, tenderiam, segundo esses estudos, a apresentar baixa autoestima, sentimentos de desesperança, desenvolvimento insatisfatório da identidade, tendência a buscar aprovação externa, hipersensibilidade à crítica e conflitos referentes às questões de autonomia *versus* independência (Oliveira & Santos, 2006). Na bulimia nervosa, construiu-se um perfil psicológico marcado por baixa autoestima, elevada ansiedade, perfeccionismo, pensamentos do tipo “tudo ou nada”, incapacidade de encontrar formas de satisfação, alta exigência e incapacidade de ser feliz (Rosa & Santos, 2011).

Estudo que buscou avaliar o perfil psicológico de pacientes com anorexia e bulimia nervosas por meio de avaliação psicodiagnóstica concluiu que os aspectos emocionais encontrados corroboram com tais características psicológicas, sendo representativas, para essa corrente, de um grave comprometimento psíquico das pessoas que receberam esse diagnóstico. Os autores postulam que esses aspectos mostram certas dificuldades e não necessariamente impossibilidade de contato com o outro, e sugerem o suporte psicoterapêutico como estratégia válida para o amadurecimento emocional dos pacientes (Oliveira & Santos, 2006). O discurso de que uma pessoa diagnosticada com transtorno alimentar possui grave comprometimento no plano de elaboração dos pensamentos, da vida afetiva e relacionamentos, de um modo geral, sustenta uma versão de tratamento que busca oferecer aos pacientes suporte psicológico como estratégia fundamental nos serviços de assistência, seja indicando a psicoterapia individual ou os grupos de apoio psicológico e nutricional (Scorsolini-Comin, Souza, & Santos, 2010), inclusive para os cuidadores familiares (Souza & Santos, 2009; 2010; Souza, Santos, & Scorsolini-Comin, 2009).

A literatura científica é perpassada pela construção da etiologia dos transtornos alimentares a partir de uma concepção de origem multifatorial (APA, 2002/). A soma de fatores culturais, sociais e psicológicos seria predisponente à instalação do quadro, construído como uma situação do indivíduo que padeceria de certos sintomas físicos e psíquicos (Andrade & Santos, 2009; Cobelo, Saikali, & Schomer, 2004).

Nesse contexto, investiga-se que os fatores causais são multidimensionais, na medida em que podem surgir de uma interrelação entre variáveis de natureza biopsicossocial e histórico-cultural (Borges et al., 2006; Santos, 2006).

Os estudos de abordagem sociocultural sobre os transtornos alimentares trazem outras concepções para a compreensão desse tema. Romanelli (2006), utilizando como vertente de análise a Antropologia, destaca a dimensão simbólica da alimentação, que para ele não seria fundamentada apenas na racionalidade humana, mas conviveria com seu valor simbólico e prazeres gustativos, psicológicos ou sociais, provenientes das relações criadas em torno das refeições. As regras alimentares seriam elaboradas a partir de diversos saberes, como o conhecimento científico, o senso comum e as religiões, por exemplo, que definem, a partir deles, os alimentos considerados culturalmente aceitáveis ou nocivos. Além disso, sugere que: “Se todos precisam comer, não o fazem de um mesmo modo” (p.335), construindo a noção de que a alimentação adquiriria um significado diferente em cada cultura.

Oliveira e Hutz (2010) também utilizam os aspectos culturais como formas de explicação para o surgimento de uma dificuldade que se expressa no comportamento alimentar. Apontam que os aspectos socioeconômicos sempre estabeleceram, na construção histórica dessa descrição, uma contradição entre a oferta de alimentos e as formas corporais femininas valorizadas. Em épocas em que a oferta de alimentos é restrita, valorizava-se a silhueta robusta, como sinal de poder; quando a oferta é abundante, como na atualidade, o corpo feminino deveria ser magro, representando autocontrole e sucesso. Por isso, os padrões estéticos foram sendo construídos diferentemente ao longo do tempo até que, na atualidade, valorizam um corpo magro e bem definido, denotando o chamado *culto ao corpo* na contemporaneidade (Barros, 2011). A mídia e os meios de comunicação assumiriam o papel de grandes influenciadores na disseminação dessas ideias e ideais, contribuindo para o aumento na incidência dos transtornos alimentares nos dias de hoje.

Essas construções a respeito do que são os transtornos do comportamento alimentar circunscrevem, por assim dizer, as possíveis condutas de tratamento, delimitando as possibilidades de participação da família e também a melhor forma de se tratar o paciente diagnosticado com algum tipo de transtorno alimentar.

Ao descrever a pessoa diagnosticada como “portadora” de um sofrimento psíquico ou de uma patologia – isto é, uma patologia psiquiátrica – há uma certa naturalização de que

as intervenções propostas devam buscar intervir no campo emocional ou psíquico dos pacientes. Possivelmente por essa razão, as psicoterapias para pacientes e familiares geralmente são ofertadas nos serviços especializados em transtornos alimentares, seja no modelo individual ou grupal. Considera-se que esse tipo de atendimento contribui para modificar os modelos disfuncionais de funcionamento familiar ou os padrões de funcionamento mental da pessoa diagnosticada, corroborando o sentido privilegiado pela literatura de que existiria um grave comprometimento psicológico e que haveria perfis relacionados tanto à anorexia quanto à bulimia nervosas.

A utilização do discurso individualista, muito comum às perspectivas modernas em Psicologia, acaba por essencializar o indivíduo e mostrar uma descrição determinista, na medida em que o explica linearmente em termos de características internas, que são próprias daquele indivíduo ou de seu funcionamento psicológico, que definirão *ad infinitum* o que ele é ou como irá reagir frente a determinados estímulos. Sampson (1993) afirma que a noção do que é pessoa há muito vem ocupando o interesse da ciência psicológica. Entretanto, nessa forma de construção do *self*, compreende-se um eu separado do outro, uma mente individual, o que ele chama de *individualismo possessivo*. Com o qualificativo “possessivo”, ele refere-se ao que as pessoas têm: um corpo específico, traços específicos, como se, para ser um indivíduo, a pessoa deva conter em si uma série de pensamentos, sentimentos, valores e ações.

Entretanto, os estudos dedicados às matizes culturais podem acrescentar sentidos alternativos sobre o que está sendo descrito como um transtorno alimentar, descentralizando sua etiologia das condutas psicopatológicas de filhos ou das relações familiares, observando a construção da alimentação como uma prática não isolada de seu contexto e que acontece dentro de um sistema simbólico compartilhado por um conjunto de pessoas de determinada sociedade. Tal forma de descrever o transtorno possibilita outras formas de pensar o que pode ser formulado em termos de tratamento - por exemplo, abandonando um entendimento individualizante de doença e assumindo um caráter mais relacional e social de construção de uma dificuldade que tem como via de expressão alterações do comportamento alimentar.

Adotar as proposições construcionistas implica a compreensão de que a produção de sentidos sobre os transtornos alimentares também é construída socialmente, sendo permeada por valores sociais e determinadas teorias que são privilegiadas em determinado

contexto histórico e, que por isso, contribuem para que os descrevamos de certa maneira e não de outra. Classificações diagnósticas, apesar de serem formas possíveis de descrever o transtorno alimentar, devem ser relativizadas (ou problematizadas), para não serem tomadas como verdade absoluta. É preciso submeter essas construções dos discursos hegemônicos ao crivo crítico.

McNamee (2002) chama a atenção para o que denomina *discurso da patologia*, comumente utilizado pelas pessoas que trabalham e são atendidas na área da saúde. Segundo ela, permanece nesse contexto a noção tradicional de considerar as doenças como *problemas* e como *problemas do indivíduo*, sustentando uma realidade pautada, sobretudo, no individualismo presente na sociedade atual. Mas a autora afirma que essa é uma maneira possível de descrever o que as pessoas estão vivendo, e que, por ser focado no problema, produz geralmente um efeito culpabilizante do indivíduo e de sua família. A partir disso, aponta que o diagnóstico médico, tradicionalmente utilizado para dar sentido às doenças e aos transtornos mentais, não deixa de ser considerado enquanto um sentido possível, pois em alguns contextos é importante no oferecimento de estratégias de assistência, porém esse modo de pensar a realidade é problematizado, ao se examinarem as consequências negativas que essa forma de descrever o mundo e as pessoas pode trazer para a vida das pessoas.

## **1.2. PROPOSTAS DE TRATAMENTO COM A FAMÍLIA**

Nos serviços de assistência à saúde, a família vem sendo considerada como elemento fundamental no contexto de tratamento das dificuldades alimentares. Desse modo, há praticamente um consenso na literatura de que a participação da família é essencial para a efetividade do tratamento dos transtornos alimentares. Treasure et al. (2008), da equipe de psiquiatria de um serviço londrino de assistência em transtornos alimentares, apontam que a terapia familiar, quando utilizada como estratégia de atendimento, tem proporcionado resultados bastante positivos para o enfrentamento do problema, pois promove o empoderamento dos familiares e os une enquanto um “time”, para que possam superar juntos as dificuldades desencadeadas pelo acometimento.

A estratégia da terapia familiar tem sido frequentemente indicada nos estudos científicos sobre tratamento dos transtornos alimentares. Turkiewicz, Pinzon, Lock e Fleitlich-Bilyk (2010), avaliaram a utilização de modelos internacionais de terapia familiar no

contexto brasileiro e sugeriram que a utilização dessa prática seria viável em nossa cultura, uma vez que as adolescentes investigadas com anorexia apresentaram melhora significativa no peso e no índice de massa corporal ao final do tratamento e seis meses após seu término. Nenhum dos pacientes preencheu critérios diagnósticos para qualquer transtorno alimentar no seguimento. Os resultados obtidos sugerem que essa forma de tratamento é eficaz e produz resultados considerados positivos.

A valorização do discurso que preconiza o engajamento de toda a família em psicoterapia parece estar atrelada a uma construção muito presente nesse campo sobre a etiologia da anorexia e da bulimia nervosas. É a crença de que a organização familiar exerce influência no desenvolvimento do transtorno, assim como na sua manutenção. Tal discurso reiterado tem impregnado inúmeras investigações e manuais de tratamento produzidos ao longo das últimas décadas (Souza & Santos, 2009; 2010; Souza, Santos, & Scorsolini-Comin, 2009). Em diversos estudos, o ambiente familiar das pessoas acometidas é descrito como um espaço marcado pela confusão das fronteiras que definem os subsistemas familiares, ou seja, pai, mãe e filho estariam de tal maneira misturados que não saberiam exatamente quem desempenharia qual lugar ou função na dinâmica familiar (Oliveira & Santos, 2006; Souza & Santos, 2006). Assim, sustenta-se que a ausência de limites entre gerações e pessoas dos diferentes subsistemas comprometeria o senso de identidade e individualidade dos membros familiares, o que resultaria em padrões inadequados de relacionamento interpessoal.

Ainda sobre a influência dos modelos de interação familiar no desenvolvimento de problemas alimentares, o estudo de Neumark-Sztainer, Wall, Story e Perry (2003) afirma que a preocupação extremada com o peso corporal dentro do ambiente familiar apresenta-se fortemente relacionada com comportamentos alimentares inadequados, tanto em meninos quanto em meninas, assim como crenças e padrões alimentares relacionados à imagem corporal (De Cicco et al., 2006). A noção de conflito familiar como causador do transtorno é explorada em outros estudos (Dallos & Denford, 2008; McDermont, Batik, Roberts, & Gibbon, 2002).

Por outro lado, há diversos estudos que apontam que os familiares de pessoas diagnosticadas com transtornos alimentares apresentam altos índices de sobrecarga emocional, sofrimento psicológico e dificuldades na capacidade de expressão das emoções, que comumente são encontradas em pacientes deprimidos (Zabala, MacDonald, & Treasure,

2009). Esses dados corroboram a literatura, que destaca que o surgimento do transtorno tem implicações psicológicas, emocionais e sociais não apenas para a pessoa acometida (Bernardi, Cichelero, & Vitollo, 2005; Bruch, 1978), como também para suas famílias (Oliveira & Santos, 2006; Santos, 2006; Souza & Santos, 2009; 2010; Souza, Santos, & Scorsolini-Comin, 2009).

Na revisão bibliográfica empreendida para fundamentar o presente estudo, o elevado nível de estresse dos familiares cuidadores dos pacientes com transtornos alimentares foi um achado marcante. Diversos estudos utilizaram recursos de avaliação para mensurar as necessidades que esses cuidadores apresentam quando convivem diariamente com a problemática (Treasure et al., 2008; Whitney, Haigh, Weinman, & Treasure, 2007; Winn, Perkins, Murray, Murphy, & Schmdit, 2004). De acordo com Taneyoshi (2008), quando surge o transtorno alimentar, os pais passam por um processo doloroso e intenso de adaptação, que envolve o reconhecimento das mudanças físicas e na personalidade do filho acometido, além de alterações dos hábitos de vida cotidiana. O autor ressalta que a aceitação dessas mudanças é um passo fundamental para que o horizonte emocional e de enfrentamento desses pais possa ser expandido.

Nesse sentido, o surgimento da anorexia e da bulimia nervosas geraria um impacto emocional tanto para a pessoa diagnosticada quanto para seus familiares (pais, irmãos, namorados, cônjuges), considerando que a etapa do ciclo vital de maior incidência do problema é a transição adolescente e que ele pode assumir um curso crônico, perpetuando-se por anos ou décadas. Sendo descrito como um fenômeno complexo, estaria acompanhado de uma série de repercussões em diversos aspectos da vida dessas pessoas, com grave comprometimento psicológico e social (Borges et al., 2006; Oliveira & Santos, 2006), o que contribui para reforçar a necessidade da inclusão da família no tratamento oferecido (Souza & Santos, 2009; 2010; Souza, Santos, & Scorsolini-Comin, 2009).

Em relação à postura assumida pelos profissionais, é possível identificar os efeitos desses discursos nas práticas em saúde. Ao entendê-los como fenômenos complexos, de origem multifatorial, os profissionais afirmam que a forma mais eficaz de tratar o problema é dentro de uma equipe multiprofissional, que promoveria uma visão mais global e integrada de cada caso. Silva e Santos (2006) fortalecem o argumento de que tais psicopatologias, por conta dessa etiopatogenia multifatorial, dificilmente podem ser tratadas por um só profissional. Daí, então, a necessidade de atenção de uma equipe

multidisciplinar, modelo amplamente adotado na área da saúde e preconizado pela literatura acerca do tratamento dos transtornos alimentares. Segundo os autores mencionados, a conjugação de saberes e fazeres garantiria também o caráter terapêutico dos atendimentos:

o trabalho em equipe multidisciplinar oferece uma ferramenta ímpar seja para o alcance de bons resultados terapêuticos, seja para o avanço do tratamento na clínica dos transtornos alimentares. São inúmeras as potencialidades de construção de um conhecimento vivo e dinâmico entretecido a partir da convergência de múltiplos pontos de vista (p.423).

Outro discurso bastante difundido, que permeia a compreensão da família no contexto de tratamento dos transtornos alimentares, é o de vertente psicodinâmica. No marco dessa inteligibilidade discursiva, a relação estabelecida entre os pais e filhos seria marcada por intensa ambivalência de sentimentos, geralmente em relação a ambos os genitores. Em um estudo que investigou as representações paternas de pacientes com anorexia nervosa, utilizando uma técnica projetiva consagrada – o Teste de Apercepção Temática (TAT), concluiu-se que há uma ambivalência em relação às figuras parentais, que “manifesta-se, ao nível inconsciente, por uma relação pouco estruturada, associada a uma vivência emocional que é predominantemente negativa, e, ao nível consciente, por uma valorização afectiva e funcional muito grande que se presume ser uma defesa do tipo formação reactiva” (Nodin & Leal, 2005, p.207).

Borges (2005), de acordo com o mesmo aporte teórico, examina as denominadas funções materna e paterna no contexto de desenvolvimento psíquico da criança. O autor postula que as funções de *holding*, entendida como própria da mãe, e a de interdição, geralmente atribuída ao pai, se encontrariam mais divididas, de acordo com as condições emocionais e psíquicas das figuras parentais. Nesse sentido, ressalta-se a participação paterna seria benéfica em si mesma, por ser um fator essencial para a saúde dos filhos. Essa perspectiva é sustentada por outros autores da vertente psicodinâmica (Gomes & Resende, 2004).

Apesar da recente valorização atribuída ao pai como elemento crucial para garantir o bom desenvolvimento emocional da criança, por muito tempo os estudos nessa área focalizaram a díade mãe-filha(o) como principal fator de risco para o surgimento de um transtorno alimentar. Até hoje, vários autores descrevem e buscam compreender esse



transtorno pelo viés de uma relação disfuncional entre mãe e filha (Cooley, Toray, Wang, & Valdez, 2008; Dancyger, Fornari, & Sunday, 2006; Francis & Birch, 2005; Hanna & Bond, 2006).

Essas contribuições têm se mostrado muito presentes no meio científico, influenciando, inclusive, a conduta dos profissionais responsáveis pela direção do tratamento. São formulações teórico-clínicas que buscam elucidar a temática, mas é importante não deixar de lado uma postura crítica diante dessas construções sociais, atentando para os efeitos que essas descrições comportam. Sob o enfoque construcionista, é possível dizer que os discursos tratados até aqui constituem o que Souza e Santos (2007) denominam de *discurso da psicopatogênese familiar*. O foco posto na família como origem da doença, exemplificada pela noção da presença de graves conflitos familiares, ou de uma relação disfuncional entre pais e filhos, são modelos explicativos propostos para dar conta dos desafios do tratamento. No entanto, também podem contribuir para a tendência de culpabilização das famílias em relação ao surgimento e manutenção do problema.

### **1.3. SER PAI NA CONTEMPORANEIDADE**

Pode-se dizer que a definição de pai é marcada e modulada por algumas construções históricas, sociais e culturais, que vão sendo modificadas ou sustentadas de acordo com as vicissitudes dos processos sociais de produção de sentidos ao longo do tempo. Nessa constante construção do lugar de pai, alguns discursos vêm sendo legitimados para emoldurar essa noção.

Na atualidade, a literatura científica descreve como primeira forma de inteligibilidade do pai uma mudança significativa na função do pai no âmbito familiar, especialmente nas últimas décadas. Considerando um número cada vez maior de mulheres que ingressam no mercado de trabalho e se tornam financeiramente independentes, além de outros fatores sociais e psicológicos, os estudos destacam principalmente as mudanças ocorridas nos tipos de arranjos familiares na sociedade atual. É mencionada, por exemplo, a dissociação cada vez mais presente entre os papéis conjugais e parentais, ou mesmo a tendência de uma maior divisão entre o pai e a mãe em relação às tarefas que envolvem o cuidado dos filhos, função antes atribuída, quase que exclusivamente, à figura materna. (Dantas, Jablonski, & Féres-Carneiro, 2004; Piccinini, Silva, Gonçalves, & Lopes, 2004).

Dantas et al. (2004), ao considerarem a paternidade sob o vértice da relação pais-filhos após a separação conjugal, afirmam que, com a separação e o recasamento, foram criados outros arranjos familiares que garantissem o bem-estar do filho e assegurassem sua convivência com a figura paterna. Nesse sentido, a preservação de um bom relacionamento entre os pais se mostrou fundamental para transmitir tranquilidade e segurança aos filhos após o divórcio. Esses rearranjos familiares, assim como as construções sobre a paternidade, são dinâmicos e historicamente situados e, “como a história da família não é linear, o percurso é repleto de rupturas e continuidades; assim, o que é inadmissível em um dado momento, posteriormente, pode ser aceito e absorvido pela sociedade” (Dantas et al., 2004, p. 355). Dessa maneira, uma maior aproximação no contexto dos cuidados à prole está presente na literatura recente que trata do pai, construindo-lhe esse outro lugar diante das novas configurações familiares presentes na contemporaneidade. Fala-se da ascensão de um novo papel paterno no cenário doméstico, fruto de uma nova sensibilidade que viria na esteira de certos remanejamentos operados nas tradicionais relações de gênero.

Gomes e Resende (2004) realizaram entrevistas semidirigidas com pais, buscando entender por quais mudanças estavam passando em razão da reconfiguração das famílias contemporâneas. Os resultados corroboram a mudança na construção desse lugar, pois até algum tempo atrás, o pai era visto como figura autoritária no contexto familiar e que mantinha como principal função ser provedor das necessidades materiais da família, especialmente de ordem fisiológica e econômica. Nesse aspecto o pai era presente. Todavia, era descrito como emocionalmente distante dos filhos, como se não pudesse ou não soubesse se expressar afetivamente no âmbito das relações intrafamiliares.

May (1996) argumenta que, especialmente na cultura ocidental, o pai sempre foi considerado como o familiar responsável pela segurança econômica da família. Para prover o sustento material, teve que trabalhar fora para garantir as condições de subsistência da família e, assim, sua identidade era definida, sobretudo, por sua função profissional. No contexto de criação da prole, tendia a ser poupado ou se distanciava quase que automaticamente da função de nutrir e cuidar dos filhos, tarefas geralmente confiadas à mãe. Construía-se, portanto, o lugar do pai como alguém mais distante ou menos participativo no cuidado de um filho.

Entretanto, as descrições sobre ele vêm tomando novos rumos. É bastante privilegiada, atualmente, a noção do “novo pai”, que corresponderia a um pai cada vez mais

presente no cuidado dos filhos. Silva e Piccinini (2007), em um estudo que investigou os sentimentos sobre paternidade e envolvimento paterno, encontraram que os pais na atualidade podem ter maior participação na vida de seus filhos, não restringindo seu envolvimento ao sustento financeiro, a passeios e brincadeiras. Entre os pais entrevistados, as particularidades se referiram especialmente ao envolvimento paterno, atrelado às responsabilidades financeiras e à acessibilidade que, por sua vez, mostrou-se fortemente influenciada pelas exigências do mundo do trabalho. Apesar de se terem avaliado como próximos e participativos no processo de desenvolvimento dos filhos, os pais denotaram em seus relatos um conflito entre a paternidade ideal e a possível, afirmando a importância de uma maior participação no dia a dia da criança. A interação foi o aspecto do envolvimento paterno que foi considerada a mais benéfica para as crianças, enquanto que a acessibilidade e a responsabilidade afetavam-nas indiretamente por meio dos benefícios à mãe. Por fim, os autores sugerem que estudos futuros deveriam avaliar as consequências do envolvimento paterno no desenvolvimento infantil, examinando diferentes níveis de participação.

Outra descrição presente sobre o pai recai sobre a sua importância para o desenvolvimento psicológico do filho. Os estudos psicodinâmicos, sobretudo no contexto dos transtornos alimentares, apontam que o pai teria uma função interditora essencial na relação entre mãe e filho, garantindo um desenvolvimento tido como saudável (Bouchereau & Corcos, 2008). Ao estudarem a função paterna na consulta terapêutica pais-bebês de uma criança com anorexia nervosa, Barrighete et al. (2004) encontraram um pai profundamente aflito, tão mergulhado em seus conflitos com o filho que chegava a sufocar emocionalmente a esposa. A partir de uma entrevista de anamnese, foram detectadas separações mal elaboradas do casal parental em relação aos avós, que mais tarde acarretaram a incapacidade de embalar a criança, ou seja, de oferecer-lhe o *holding* necessário. Segundo os referidos autores, quando o pai não preenche adequadamente seu papel e não há figuras substitutas para desempenhá-lo, a criança não pode separar-se psiquicamente da mãe, permanecendo dependente e muito apegada a ela. Somente na adolescência o ódio em relação à figura materna exercerá a função separadora que o pai não pôde suprir nas etapas primordiais do desenvolvimento infantil.

Denota-se que, de acordo com a lógica desse discurso, o pai apresentaria um papel fundamental de interventor na dinâmica relacional mãe-bebê. Como agente da cultura, ele seria responsável por uma separação simbólica considerada necessária e saudável da díade,

pois introduziria a diferença nas trocas estabelecidas entre a mãe e a criança, proporcionado assim a contextualização e enquadramento desses personagens nessas interações. Assim, ao representar a distância e a diferença, o pai interviria de maneira ativa no processo de desenvolvimento do filho, tornando-se assim propulsor do processo de socialização e da aquisição da capacidade de simbolização. Esse seria o caminho que leva da filiação à afiliação. Autores como Dantas et al. (2004), Gomes e Resende (2004), Nodin e Leal (2005) reafirmam a teoria clássica do papel estruturante do pai na trama de individualização, caracterizada por processos psicoafetivos que teriam repercussões nas relações sociais futuras.

Quando se relaciona os diferentes sentidos produzidos por essas teorias ao domínio de conhecimento do campo da saúde, os estudos relacionados apenas ao pai ainda são escassos (Henn & Sifuentes, 2012), assim como no campo dos transtornos alimentares. Por outro lado, quando ocorrem, muitas vezes acabam atribuindo o aparecimento do sintoma alimentar à ausência ou fragilização da posição do pai no cenário familiar. Esse déficit estaria patente no exercício do papel paterno mais passivo, débil ou insuficiente. De fato, diversas linhas de explicação para o surgimento dos sintomas da AN e da BN tendem a apontar a relação mãe-filha(o) – marcada por intensa ambivalência e dificuldades importantes no processo de separação/individuação – como um dos principais fatores relacionados à etiopatogenia do quadro (Abreu & Magalhães, 2009; Sopezky & Vaz, 2008; Souza & Santos, 2007). No contexto familiar no qual emerge um transtorno alimentar, segundo autores de vertentes psicodinâmicas, ocorreria de forma acentuada o que têm se denominado *declínio da função paterna*. Essa debilidade impediria que a figura paterna exercesse a contento sua função interditora anteriormente mencionada.

Também contribui como construção explicativa para o lugar de pai o mito social de que os homens devem ser “fortes” e conter seus sentimentos, já que *homens não choram*, o que acaba contribuindo para que mantenham seus sentimentos em segredo e sofram em silêncio, principalmente nos momentos em que não podem proteger integralmente suas famílias. Assim, a vulnerabilidade do cuidador paterno parece ser pouco considerada, ainda mais nos serviços de saúde. Estudo reportou que o suporte social fornecido pelos serviços aos familiares que convivem com a anorexia em suas casas era, primordialmente, voltado para as mães (Turkiewicz et al., 2010). Os autores sustentam que o modo como as estratégias de assistência em saúde estão estruturadas reforça os sentimentos de

impotência e solidão que os pais sentem em sua convivência com o problema do filho, caracterizado por sofrimento grave e persistente. Nesse sentido, constrói-se a demanda de um acompanhamento que possa acolher e incluir os pais no tratamento.

Quiles Marcos e Terol Cantero (2009) também destacaram que o apoio social percebido por pacientes com transtornos alimentares é prioritariamente fornecido pelas mães (86,7%) e parceiros (73,1%). As dimensões de apoio investigadas compreenderam: provedores de apoio social, satisfação com o apoio social oferecido e diferentes ações de suporte. No referido estudo, a comunicação familiar nesse contexto assistencial é estimulada, uma vez que teria relação com o autoconceito dos filhos. Mais uma vez, o pai parece ser pouco referido no contexto de tratamento de filhos diagnosticados com TA, uma vez que quase não foi mencionado no estudo como possível fonte de suporte emocional.

A noção de conflito também marca as principais descrições sobre o pai nos transtornos alimentares. O estudo de Spanos, Klump, Burt, McGue e Iacono (2010), ao dar ênfase à relação dos pais com as filhas nesse contexto, aponta que a relação percebida entre conflito familiar, especialmente na relação com o pai, e o desenvolvimento do transtorno aparece normalmente após a instalação dos sintomas. As diferenças percebidas entre gêmeas, nas quais uma havia desenvolvido o transtorno, foram preditoras de mais diferenças posteriores no conflito pais-filhas do que o inverso. O conflito pais-filhas é compreendido mais como uma consequência do que um fator de risco na instalação dos transtornos alimentares.

No que concerne à relação dos pais com a equipe, McMaster, Beale, Hillege e Nagy (2004) encontraram, em um estudo que analisou as interações entre familiares e profissionais de saúde, que as descrições que os pais utilizaram para descrever essa relação incluíam as seguintes categorias: “encontrando ajuda”, “sentindo-se excluído”, “envolvimento”, “imagens pré-concebidas”, “encontrando os próprios recursos” e “pais que não estão preparados para desistir”. Denota-se, a partir dessa maneira de descrever a relação, que o pai tende a ser construído como o familiar mais ausente desse processo, e isso vêm fomentando a necessidade, perceptível nos serviços de saúde, de que ele seja mais convidado a participar e que seu envolvimento no processo de cuidado dos pacientes seja valorizado, o que estaria ligado inclusive à obtenção de melhor prognóstico.

A perspectiva construcionista social convida a examinar esses discursos em termos de suas implicações para as realidades conversacionais criadas a partir dessas noções, que

influenciam as práticas engendradas no cotidiano e nos serviços de saúde em relação à participação do pai. Assim, ao estudar o discurso do pai sobre sua participação no tratamento dos transtornos alimentares, é necessário que o pesquisador esteja atento para o fato da paternidade também se configurar como uma construção social, ou seja, o *ser pai* não é um contêiner: um pai bom *deveria* ser assim, ou um pai próximo *deveria* participar dos grupos de apoio ao familiar, por exemplo. A forma como cada paternidade vai se construindo dependendo das pessoas em sua permanente negociação, da mesma maneira que se relaciona com o contexto específico dessa produção. Não existe uma *essência* do ser pai, mas diversos modos construídos de ser pai.

Portanto, considerando esse conjunto de descrições a respeito do ser pai, constrói-se um determinado discurso sobre a sua participação, seja no âmbito familiar ou no contexto de tratamento dos transtornos alimentares, na qual ele deve estar afetivamente mais próximo do filho e mais presente no seu cuidado, acompanhando as tarefas próprias a cada nível de desenvolvimento. A própria construção de mudanças nas configurações familiares delimita que o pai tem que se ajustar para manter a convivência com o filho, mesmo quando há separação do casal. Parentalidade e conjugalidade são entendidas, nessa lógica, como funções que podem caminhar juntas ou que podem ser exercidas de forma autônoma. A participação do pai no cuidado do filho parece estar relacionada à construção conjunta dessa participação no momento histórico em que vivemos, e que permite que um pai seja tão presente quanto a mãe.

Além disso, a presença do pai é construída por diversos autores como essencial para o bom desenvolvimento psíquico dos filhos. Essa noção circunscreve, inclusive, o sentido de que o pai tem um papel interditor na dinâmica mãe-filho, e que isso garantiria uma forma mais saudável de relacionamento, evitando o surgimento de sintomas ou de formas espoliativas de adoecimento, como um transtorno alimentar. Pode-se notar que tais discursos estão ainda bastante ligados às correntes tradicionais de pensamento da Psicologia e da Psiquiatria, que muitas vezes consideram os processos psicodinâmicos como centrais para a compreensão da etiologia e manutenção do transtorno alimentar. A presença desse tipo de explicação é muito presente tanto na sociedade e quanto nos serviços de saúde oferecidos nessa área.

Assim, o lugar do pai contemporâneo parece ser construído com base em uma mudança de uma figura anteriormente entendida como autoritária, não-envolvida no

cuidado do filho, o que inclusive era significado como alguém emocionalmente distante desse filho, para um “novo pai”, que participa mais ativamente desse processo, mesmo antes do nascimento. O que se pode dizer é que, diante de uma série de explicações que apontam, por um lado, a ausência e omissão paterna no cuidado dos filhos e, por outro lado, a centralidade de sua presença para o desenvolvimento saudável destes (especialmente o discurso de declínio da função paterna na contemporaneidade e o discurso da relação mãe-filho como elemento favorecedor do desenvolvimento dos sintomas alimentares), as estratégias em saúde vem buscando convidar esses pais para colaborarem mais ativamente com o tratamento. Até mesmo devido à noção de que os conflitos familiares são a base do surgimento do transtorno, sua participação é considerada como fundamental para o êxito do tratamento e melhora da condição dos pacientes. A ausência do pai, também nesse âmbito, é considerada prejudicial e indesejável.





## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. OBJETIVO GERAL**

O objetivo do presente estudo foi compreender os sentidos co-construídos com os pais de pessoas diagnosticadas com transtornos alimentares a respeito de sua participação no tratamento.

### **2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Mais especificamente, nos propusemos a:

- Compreender como os discursos privilegiados sobre os transtornos alimentares, sobre a participação da família no tratamento e sobre o ser pai contribuem para a construção social da participação do pai no tratamento;
- Descrever os processos de negociação dessas descrições, analisando sua legitimação ou confronto nos momentos interativos analisados, considerando as implicações para as práticas sociais decorrentes.



### 3. PERCURSO METODOLÓGICO

*Assim, se a gente lhes disser: “a prova de que o príncipezinho existia é que ele era encantador, que ele ria, e que ele queria um carneiro. Quando alguém quer um carneiro, é porque existe!”, elas pouco se importarão, e nos chamarão de crianças! Mas se dissermos: “O planeta de onde ele vinha é o asteroide B612”, elas ficarão inteiramente convencidas e não amolarão com perguntas. Elas são assim mesmo. É preciso não lhes querer mal por isso. As crianças tem que ter muita paciência com as pessoas grandes (**O Pequeno Príncipe**, Antoine de Saint-Exupéry).*

#### 3.1. MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL

O Construcionismo oferece recursos para pensarmos em nossa pesquisa como linguagem-ação. Ao conversamos com o outro, engajamo-nos relacionalmente, ou seja, fazemos parte, co-construímos as possibilidades de sentido que facilmente transformar-se-ão em ações coordenadas para darmos sentido e organização às nossas vidas. Assim, ser um pesquisador ou participar de uma investigação construcionista significa participar de uma série de mudanças sociais, pois dependendo do que negociamos em cada momento interativo, novas realidades podem ser criadas. O termo *responsabilidade relacional*, proposto por McNamee (2002) torna-se útil nesse contexto, pois dá abertura tanto para entendermos que pesquisador e colaborador, em relação, interagindo, constroem juntos “os resultados” da pesquisa (ou seja, eles não estão lá para serem descobertos), assim como o caráter ético que as conversações das quais escolhemos nos engajar comportam.

A pesquisa, nessa perspectiva, é tomada como intervenção na comunidade na qual o estudo é desenvolvido, uma vez que o pesquisador abandona um papel supostamente neutro e detentor do conhecimento sobre aquele objeto de estudo e adquire um papel ativo, transformador da realidade social, passando a se ver enquanto co-construtor das realidades negociadas no contato com os colaboradores de sua pesquisa. Assim, o pesquisador não coloca à parte os valores, crenças e vozes que o constituem, mas os integra àquilo que é construído nos processos conjuntos de produção de sentidos, nos chamados movimentos de interanimação dialógica (Spink & Medrado, 2000).

Essas preposições têm implicações também no fazer em pesquisa. O foco passa a ser, justamente, os momentos da interação humana, na ação conjunta e cotidiana de produzir sentidos sobre a vida (Spink & Medrado, 2000). Abre-se a possibilidade de uma nova postura, mais crítica, que possibilita uma desfamiliarização das construções historicamente legitimadas, que muitas vezes provocam ações cristalizadas por parte das

pessoas. Busca-se criar espaços dialógicos nos quais outros sentidos, ou melhor, novas realidades conversacionais, podem ser engendradas.

O que se torna relevante é analisar quais as consequências que estão implicadas quando escolhemos certas verdades e não outras. Ibáñez (2001) coloca que, para adotar efetivamente essa perspectiva, o pesquisador deve abandonar a noção representacional de verdade, ou seja, entender que é apenas uma retórica, que não representa em si mesma o que há no mundo. Abandona-se, portanto, o *essencialismo*, visto que nada é alguma coisa antes que negociemos e construamos em nossas trocas sociais que sim.

Dessa forma, como apontam Spink e Frezza (2000), “impõe-se, em contrapartida, a necessidade de explicitação de nossas posições: não a escolha arbitrária entre opções tidas como equivalentes, mas a opção refletida a partir de nossos posicionamentos políticos e éticos” (p.32). Deriva disso a noção de que o rigor e a visibilidade dos estudos conduzidos a partir desta perspectiva se refiram à clareza na descrição dos passos metodológicos adotados e na explicitação das razões que baseiam as escolhas do pesquisador (Spink & Lima, 2000).

Decorre também dessa postura a mudança de foco sobre a validade dos dados e resultados obtidos: o foco deriva para a utilidade da pesquisa, ou seja, para que ela serve? Com quem os resultados obtidos conversam? Com quais comunidades discursivas? Nossa postura será pensar nessas implicações (Gergen, 1997).

Sampson (1993) ressalta que, ao focalizar as conversações, devemos estar atentos a quatro pontos principais: 1) as conversas se dão entre as pessoas em um diálogo constante, mesmo quando estamos sozinhos; 2) nossa conversa é mais pública do que individual, privada: usamos sinais compartilhados por uma determinada comunidade, que são conhecidos pelas pessoas envolvidas nessa conversa; 3) atenção ao fato de endereçarmos a alguém os enunciados, que são de uma pessoa para outra em situações específicas, que “aguardam” a responsividade desse outro para construir determinado sentido; 4) aspectos performáticos da linguagem: movimentos verbais, não-verbais, simbólicos e escritos também fazem parte dessa construção dialógica.

A análise empreendida busca dar relevância ao que foi dito na interação colaborador-pesquisador, apreendendo os sentidos sobre a participação do pai no tratamento que foram co-construídos, discutindo o processo de construção de sentidos e suas implicações com

base nos pressupostos do Construcionismo Social. Esse marco teórico-metodológico perpassa desde a construção do *corpus* da pesquisa até o processo de análise empreendido.

### 3.2. CENÁRIO DO ESTUDO

O presente trabalho teve como contexto o Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares (GRATA), um serviço vinculado ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – HCFMRP-USP. Tal serviço foi criado no ano de 1982 como uma tentativa de buscar novos recursos, por parte do docente fundador da disciplina de Obesidade, para lidar com os primeiros casos de anorexia nervosa e bulimia nervosa que surgiram no contexto hospitalar. Naquele momento, a equipe era formada por dois médicos nutrólogos e uma nutricionista, que realizavam os atendimentos.

Outros profissionais foram sendo incorporados à equipe, principalmente por incentivo de alguns docentes que abriram espaço para que psicólogos, nutricionistas, estagiários e profissionais voluntários pudessem conhecer as atividades desenvolvidas e as modalidades de assistência oferecidas, contribuindo para sua atuação dentro do serviço. O GRATA é vinculado ao Ambulatório de Nutrologia, mas vem buscando construir um espaço cada vez mais autônomo e delimitado de atendimento. A construção da necessidade da atuação de diversos especialistas como base para o tratamento é sustentada pela noção do transtorno alimentar como uma problemática de origem multifatorial, o que supõe grande complexidade e demanda pela conjugação de conhecimentos das diversas áreas do saber, cujo objetivo último é o de promover a atenção integral ao paciente.

O GRATA conta com uma equipe formada por cerca de 20 profissionais, sendo, em sua maioria, voluntários. São eles: quatro nutricionistas, quatro psicólogas, um médico nutrólogo, quatro médicos residentes da Nutrologia, uma psiquiatra e quatro estagiárias do curso de graduação em Psicologia.

No momento em que foi conduzida a pesquisa, cerca de 10 pacientes estavam em seguimento no serviço, segundo levantamento realizado em 2010 (Apêndice A). A maior parte tinha entre 15 e 35 anos, sendo o diagnóstico de anorexia nervosa predominante. Dos pacientes atendidos, cerca da metade contava com algum familiar ou acompanhante frequentando regularmente os atendimentos. Os familiares que participam ativamente perfaziam um total de 25 pessoas, considerando-se mães, pais, irmãos e namorados, sendo que em algumas famílias, mais de um desses membros participava do tratamento. A

frequência de uso do serviço era diferente entre as famílias: algumas estavam presentes nos atendimentos semanalmente, outras vinham ao GRATA apenas nos dias das consultas agendadas para os pacientes, que podiam ter um espaçamento temporal variável, desde quinzenal até de seis em seis meses, a depender da avaliação que a equipe fazia das necessidades em função do estado clínico.

O atendimento ambulatorial ocorre semanalmente e é iniciado com uma reunião de equipe, em que são discutidos os casos atendidos na semana anterior, bem como as possíveis condutas a serem tomadas na sequência dos atendimentos, dentro de uma abordagem pautada na multidisciplinaridade. Os pacientes são atendidos em grupo de apoio psicológico (Santos, 2006; Scorsolini-Comin, Souza & Santos, 2010) e, na sequência, realizam consultas individuais com nutrólogo, psiquiatra e nutricionista. Também recebem psicoterapia individual, que ocorre em outros dias da semana. O serviço ainda oferece aos familiares dos pacientes um grupo de apoio psicológico (Souza & Santos, 2010; Souza, Santos, & Scorsolini-Comin, 2009). Esse grupo acontece semanalmente, sob a coordenação de dois psicólogos, com duração de uma hora e meia. Objetiva proporcionar o apoio emocional e psicológico aos familiares. Essa atividade é antecedida por um grupo de orientação médico-nutricional, coordenado por psiquiatra e nutricionista, destinado a sanar dúvidas sobre o estado médico-nutricional dos pacientes. Todos os grupos oferecidos são acompanhados pela equipe de estagiários do GRATA.

Mais recentemente, uma conduta adotada no serviço é a construção de um plano terapêutico de atendimento, desenvolvido para cada caso, considerando as particularidades dos pacientes. Esse processo é denominado Caso Novo. Nesse processo, são realizadas entrevistas iniciais com o paciente e sua família, com o intuito de avaliar suas principais necessidades e oferecer uma proposta de tratamento que seja considerada a mais indicada para aquele caso. Nesse aspecto, a participação dos pais no grupo de apoio psicológico oferecido aos familiares é fortemente indicada na maioria dos planos terapêuticos. Além dos grupos de apoio, também são oferecidas consultas com a nutricionista, com o médico-nutrólogo, psiquiatra, além de atendimento psicológico individual a pacientes e familiares.

### **3.3. COLABORADORES**

O critério inicial de inclusão dos familiares e pais nesse estudo era de que estivessem participando do tratamento e que os filhos estivessem em seguimento no GRATA há pelo

menos um ano, quando do início da coleta de dados. Esse intervalo temporal tinha sido escolhido no sentido de garantir que os participantes tivessem uma história consolidada de relacionamento com o serviço.

Entretanto, na prática, muitos daqueles que começavam o tratamento tinham um tempo de permanência muito inconstante, marcado por desistências e abandono pelo seguimento, com períodos de adesão ao tratamento inferiores há um ano. Em alguns casos, havia também pedidos de transferência para serviços que fossem mais próximos às cidades de origem dessas famílias, tendo em vista que o Hospital das Clínicas e o GRATA, conseqüentemente, recebem encaminhamentos de pacientes de diversas regiões do Brasil, até mesmo por ser considerado um serviço de referência na área da saúde e, especificamente, no tratamento dos transtornos alimentares. Dessa maneira, o critério de inclusão dos colaboradores que participaram do estudo consistiu em abarcar os pais cujas filhas estivessem em seguimento ambulatorial no momento das entrevistas em grupo e das entrevistas individuais, de modo que foram convidados mesmo aqueles que não frequentavam assiduamente o grupo de apoio psicológico e demais modalidades de atendimento oferecidas ao familiar.

Uma vez que as entrevistas em grupo com os familiares consistiram em uma preparação para o contexto do estudo, será apresentada a seguir uma caracterização apenas dos 12 pais que participaram do momento individual de produção de sentidos com a pesquisadora (Tabela 1). Para garantir a não-identificação dos colaboradores, os nomes dos pais e de suas filhas foram substituídos por nomes fictícios, os quais foram mantidos nos momentos posteriores de análise e discussão das entrevistas.

**Tabela 1 - Caracterização dos participantes das entrevistas individuais segundo idade, parentesco, estado marital, nível de escolaridade, profissão/ocupação, renda familiar, tempo de tratamento da filha no serviço, nome e idade da paciente acompanhada.**

Participantes	Idade (anos)	Parentesco	Estado marital	Nível de escolaridade	Profissão/Ocupação	Renda familiar	Tempo de tratamento da filha	Paciente acompanhada	Idade da filha
<i>Alberto</i>	54	Pai	Casado	Superior incompleto	Comerciante	8 salários mínimos	1 ano e três meses	Amália	20 anos
<i>Benedito</i>	51	Pai	Amasiado	Ensino Médio completo	Desempregado	4 salários mínimos	9 meses	Beatriz	28 anos
<i>Carlos</i>	58	Pai	Casado	Fundamental completo	Comerciante/ Dono de banca de jornal	6 salários mínimos	8 meses	Camila	21 anos
<i>Diego</i>	51	Tio*	Casado	Ensino Médio completo	Comerciante	8 salários mínimos	1 ano e 10 meses	Denise	19 anos
<i>Emílio</i>	54	Pai	Divorciado	Fundamental completo	Caminhoneiro	5 salários mínimos	9 meses	Estela	29 anos
<i>Fernando</i>	54	Pai	Casado	Superior completo	Advogado	15 salários mínimos	13 anos e 8 meses	Flávia	31 anos
<i>Gustavo</i>	47	Pai	Casado	Fundamental completo	Comerciante	6 salários mínimos	1 ano	Graziela	17 anos
<i>Hélcio</i>	49	Pai	Casado	Ensino Médio incompleto	Autônomo	5 salários mínimos	2 meses	Helena	18 anos
<i>Ítalo</i>	55	Pai	Casado	Superior incompleto	Motorista/ Aposentado	7 salários mínimos	4 meses	Idália	26 anos
<i>Juliano</i>	52	Pai	Casado	Fundamental completo	Cabeleireiro	5 salários mínimos	2 anos	Júlia	23 anos
<i>Leandro</i>	48	Pai	Casado	Ensino Médio completo	Auxiliar administrativo	10 salários mínimos	1 mês	Laura	19 anos
<i>Marcelo</i>	55	Pai	Casado	Ensino Médio completo	Massagista	7 salários mínimos	1 mês	Maria	17 anos

\*Detinha a tutela da paciente.



Colaboraram com o estudo 11 pais e um tio de uma paciente, que detinha sua tutela legal, em razão da morte dos pais da mesma. Os colaboradores tinham idade entre 47 e 58 anos e eram casados. O nível de escolaridade correspondeu, prioritariamente, ao Ensino Médio Completo, seguido do Ensino Fundamental Completo e do Nível Superior de Ensino. Uma informação complementar é de que cerca da metade desses pais residia na cidade Ribeirão Preto-SP, onde é oferecido o tratamento, e os demais são, em sua maioria, provenientes de cidades da região.

Quanto à profissão/ocupação, pode-se dizer os pais exercem atividades profissionais bem diversas, como trabalhos na área comercial, administrativa e como profissionais autônomos, como caminhoneiro, advogado e massagista. Por essa razão, a renda familiar também é variável, com a maioria ganhando de cinco a oito salários mínimos mensais para prover o sustento financeiro das famílias.

Os pais apresentavam momentos bastante diversificados de inserção no tratamento, variando de um mês até 13 anos de acompanhamento no serviço oferecido. Isso depende bastante da evolução de cada caso, sendo o prognóstico considerado incerto em razão do curso crônico dos transtornos alimentares, assim como por questões relacionadas à adesão e vinculação ao contexto do tratamento. Vale ressaltar ainda que a idade das filhas em acompanhamento variou dos 17 aos 31 anos, caracterizando as pacientes mais como jovens adultas, do que como adolescentes.

Convém enfatizar que o uso dessa caracterização, com informações sobre a renda familiar, ocupação, escolaridade, por exemplo, não tem como intuito *normatizar* os pais colaboradores, uma vez que os sentidos produzidos nas interações independem desses dados, mas sim possibilitar uma maior aproximação com os elementos do contexto de vida das famílias colaboradoras do estudo, a partir de algumas descrições que são utilizadas *pelo* e *no* serviço, e que também são compartilhadas em nossa sociedade.

### **3.4. PROCEDIMENTO**

Buscando compreender a construção de sentidos sobre a participação do pai no tratamento dos transtornos alimentares, foram realizadas, de início, entrevistas em grupo com os familiares, compreendendo pais e mães. Para alguns autores da perspectiva socioconstrucionista, o grupo é considerado um espaço privilegiado de conversação e negociação de sentidos (Rasera & Japur, 2007), no qual os significados se potencializam,

apontando quais são as concepções de mundo e de pessoa que embasam as crenças sobre o que é útil e sobre o que ajuda no tratamento dos transtornos alimentares.

A escolha por essa estratégia – a entrevista em grupo – foi sugerida pela profa. Sheila McNamee em uma reunião de orientação presencial realizada em março de 2009, com pesquisadores do Núcleo de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde – NEPPS-USP-CNPq, pensando em proporcionar uma situação o mais confortável possível para que os pais falassem abertamente acerca dessa participação, sem se sentirem de alguma forma constrangidos ou “cobrados”, principalmente aqueles que não acompanhavam regularmente as atividades terapêuticas propostas pelo serviço. Nesse contexto de conversação, foi perguntado aos pais e mães, que participavam regularmente dos grupos de apoio psicológico oferecido pelo serviço, quais seriam as formas mais acolhedoras para convidar outros pais a colaborarem com o estudo. Assim, as entrevistas em grupo constituíram-se como grupos preparatórios, visando a construção de um espaço conversacional no qual pudéssemos construir conjuntamente formas mais acolhedoras de convidar essas pessoas.

Nesse sentido, três entrevistas grupais foram conduzidas. A primeira entrevista em grupo buscou, durante as interações com os pais presentes no espaço assistencial, os principais sentidos co-construídos pelos familiares e pela pesquisadora a respeito da participação do pai no tratamento. Também se esperava construir algumas perguntas norteadoras que pudessem fazer parte do roteiro de questões da segunda entrevista em grupo, que seria conduzida num momento subsequente, no qual seria realizado um encontro apenas entre os pais. Entretanto, com o intuito de inserir mais vozes para a construção conjunta desse convite, foi conduzido outro grupo com familiares, para só então organizar o grupo apenas com a presença de pais, totalizando assim três entrevistas em grupo.

### **3.4.1. Entrevistas em grupo**

Para orientar a primeira entrevista em grupo, foi elaborado um roteiro constituído por nove questões norteadoras. As perguntas tratavam dos temas de maior relevância para alcançar o objetivo do estudo, tais como: convite para o tratamento feito aos pais, sentidos sobre ser pai de uma pessoa que recebe o diagnóstico de transtorno alimentar, descrição de estratégias que fossem convidativas para essa participação, motivos pelos quais os pais não

estavam podendo participar da assistência oferecida no serviço e que maneiras seriam favorecedoras para que se sentissem convidados a fazê-lo. As questões norteadoras e os respectivos objetivos dessa estratégia de coleta estão compilados nos Apêndices B e C (Quadros 1 e 2).

Participaram do primeiro grupo sete familiares, sendo cinco mães e dois pais. Quando questionados sobre o que gostariam de perguntar ou o que considerariam importante de ser perguntado aos pais que não estavam participando do estudo, a curiosidade dos familiares nesse primeiro encontro conversacional foi a de compreender quais seriam os motivos pelos quais esses pais não estavam comparecendo ao ambulatório: seria em decorrência de seu horário de trabalho ou talvez devido à noção de que a mãe seria a pessoa da família mais indicada para esse acompanhamento, ou por outras razões desconhecidas?

Essa questão constituiu-se, então, como ponto de partida para a construção da entrevista em grupo que seria realizada apenas com os pais. Esta questão está traduzida na primeira questão norteadora desse grupo, cujo objetivo considerava o que facilitava ou dificultava a adesão dos pais ao convite de participação.

Antecedendo o momento exclusivo com os pais, foi empreendida uma segunda entrevista em grupo com familiares, visando incluir mais vozes para a construção conjunta do convite à participação do pai. Participaram desse momento quatro familiares, sendo três mães e um pai.

Por fim, foi conduzida a terceira entrevista em grupo, na qual foram convidados apenas os pais. Foram convidados cerca de dez pais que haviam comparecido pelo menos uma vez ao serviço. Entretanto, no terceiro encontro, participaram apenas dois deles. Uma das possíveis explicações para essa participação restrita talvez seja pelo fato de as entrevistas terem sido marcadas nas sextas-feiras à tarde, geralmente após o grupo de apoio psicológico ofertado aos familiares pelo serviço. Buscou-se, assim, produzir um contexto favorável para a colaboração no estudo, inserindo a atividade da pesquisa no mesmo dia do ambulatório, já que muitos familiares de outras cidades já se deslocariam para a cidade de Ribeirão Preto. Contudo, os encontros aconteceram no horário comercial, quando muitos pais poderiam estar trabalhando.

Os três encontros foram audiogravados mediante o consentimento e, posteriormente, transcritos na íntegra, sendo que a opção pela gravação das interações

possibilitou que a entrevistadora tivesse maior liberdade para analisar posteriormente o material verbal produzido, permitindo maior fluidez, disponibilidade para a escuta e maior participação nas conversas engendradas.

Apesar de ser uma forma teoricamente consistente de coleta e um contexto igualmente relevante para a produção de sentidos, a menor participação dos pais na última entrevista em grupo promoveu algumas indagações: o que teria acontecido para que vários pais não tivessem aderido a essa forma de convite? Uma das possibilidades aventadas foi de que talvez outro contexto de conversação pudesse ser mais convidativo para o pai. Ou seja, não em uma configuração grupal, mas por meio de um contato individual. Por isso, decidimos por adotar uma segunda maneira de conversar com esses pais, buscando oferecer um espaço de dialogia alternativo para esses colaboradores, mesmo porque o foco do estudo era compreender os sentidos construídos sobre a sua participação no tratamento, e não o processo grupal. Dessa maneira, optamos pela inclusão de entrevistas individuais somente com os pais, que foi apresentada em um adendo que foi submetido à análise e aprovado pelo comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, local de realização da pesquisa (Anexo 1).

Nesse ponto, o termo *responsividade* utilizado por Moschetta (2011) mostra-se útil, pois segundo ele, sempre que nos comunicamos estamos sensíveis ao contexto e às demais pessoas que participam de uma interação, sem que, ao falarmos, nos preocupemos diretamente com as intenções ou efeitos daquele discurso. Assim, a “Responsividade é uma disposição à relação humana que se fundamenta em escolhas éticas e que tem por objetivo criar um contexto favorecedor à emergência da interação que articule as diferenças criativamente” (p.155). Isso permite pensar na pesquisa enquanto uma construção coletiva e não individual, que se traduziu em realizar esse diálogo da pesquisadora com as necessidades relacionais com as quais se deparou ao longo do desenvolvimento do trabalho.

Vale ressaltar que, dos participantes das entrevistas em grupo realizadas, apenas três pais aceitaram o convite para participar do contexto das entrevistas individuais. Foram eles: Benedito, Diego e Emílio.

### **3.4.2. Entrevistas individuais**

As entrevistas individuais com os pais que aceitaram participar voluntariamente do estudo foi agendada pessoalmente pela pesquisadora. Esse contato foi favorecido pela sua

inserção como coordenadora do grupo de apoio psicológico aos familiares e psicóloga voluntária do serviço, uma vez que o convite dirigido aos pais que frequentavam o grupo era feito prioritariamente ao término dessa assistência. Os pais que, contudo, que não frequentavam esse grupo, foram convidados via contato telefônico.

De caráter semiestruturado, no qual há certo controle do fluxo conversacional pelo pesquisador, a entrevista foi composta por questões que buscaram principalmente: os sentidos construídos sobre o transtorno alimentar; como o pai recebeu o diagnóstico; como descrevia a necessidade de apoio e em quais fontes poderia encontrar esse suporte; se o diagnóstico teve algum efeito sobre a família como um todo; o que as pessoas de fora da família diziam sobre o tema; se esse pai fazia parte das estratégias de atendimento oferecidas; como ele via a participação do pai no tratamento dos transtornos alimentares; como descrevia sua própria participação no tratamento, e, por fim, como descrevia o ser pai. O roteiro construído está delineado no Apêndice D, sendo explicitadas as questões e seus respectivos objetivos.

Na perspectiva construcionista social, as perguntas norteadoras tanto das entrevistas em grupo quanto da entrevista individual são entendidas como contextos de produção das práticas discursivas, ou seja, propiciam momentos interativos e de ação, situados e contextualizados, por meio do qual se produzem sentidos e se constroem realidades.

Pinheiro (2000), ao discutir a utilização da entrevista como método, afirma que se trata de uma relação constantemente negociada, na qual não existe apenas “alguém que fala e um outro que ouve, mas todos os outros que ainda falam, que ainda ouvem ou que, imaginariamente, poderão falar ou ouvir. É sob esse ângulo que o diálogo amplia-se, incluindo interlocutores presentes e ausentes” (p.194).

### **3.5. CONSTRUÇÃO DO CORPUS E DO PROCESSO DE ANÁLISE**

Depois do contato estabelecido com a equipe responsável pelo GRATA para o esclarecimento dos objetivos da pesquisa e solicitação de anuência e colaboração da equipe, foi iniciado o processo de construção do *corpus* da pesquisa. O contato com os familiares e pais dos pacientes atendidos no ambulatório se deu logo após os grupos de apoio psicológico oferecidos, com a devida explicitação dos objetivos da investigação, assim como os procedimentos a serem aplicados. Assim que demonstravam o desejo de participar, a pesquisadora apresentava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, e

pedia que os participantes assinassem-nas, concordando com a participação voluntária na pesquisa.

Esse contato inicial foi favorecido pelo fato da pesquisadora ser psicóloga voluntária do serviço havia cerca de quatro anos e, mais recentemente, ter assumido a função de coordenadora do grupo de apoio psicológico aos familiares. Essa inserção nas atividades de assistência promoveu maior proximidade com as famílias e pais convidados.

As entrevistas em grupo propostas e as entrevistas individuais ocorreram em momentos distintos das atividades oferecidas pelo ambulatório, geralmente durante o intervalo entre o grupo de apoio psicológico e as consultas com os profissionais do serviço. Essa escolha se pautou na consideração pelo modo de estruturação do serviço, de modo a evitar a concorrência com os horários dos atendimentos.

Os locais escolhidos para a realização dos grupos e entrevistas foram: a sala onde ocorriam os grupos de apoio psicológico e, no caso das entrevistas, em salas reservadas nas dependências da clínica psicológica do curso de Psicologia. As atividades realizadas no hospital, geralmente no dia em que os familiares e pais de cidades distantes já vinham para os atendimentos, facilitava sobremaneira a participação. No caso das entrevistas, algumas foram agendadas em dia diferente do retorno ambulatorial, por conveniência do entrevistado.

O *corpus* de análise deste estudo constituiu-se das transcrições na íntegra e literalmente das entrevistas realizadas com os pais, que foram delimitadas sequencialmente, sendo sistematizadas com o intuito de favorecer a contextualização dos momentos interativos selecionados. As transcrições foram lidas exaustivamente pela pesquisadora, de modo a organizar gradativamente os sentidos co-construídos com os colaboradores. Na medida em que se deu esse diálogo, e considerando a vasta quantidade de material produzido nas três entrevistas em grupo e nas 12 entrevistas individuais, optamos por um recorte que possibilitasse um aprofundamento necessário para a apresentação e análise a serem produzidas. Isso culminou na opção de analisarmos a produção de sentidos realizada apenas no contexto das entrevistas individuais. Além desse critério de seleção, entendemos que esse formato favoreceu o alcance dos objetivos, mais especificamente, a questão da participação paterna no tratamento, que se constituiu no eixo temático focalizado em todas as entrevistas.

Por isso, tomamos o cuidado de apresentar ao leitor esses sentidos dentro de seu contexto de produção, dividindo as entrevistas em momentos, que dizem respeito aos temas que foram sendo conversados ao longo das interações, mas respeitando a ordem cronológica dessas mudanças. Inspirados pelos trabalhos de Rasera (2004) e Souza (2011), que utilizaram as delimitações temático-sequenciais do fluxo conversacional, foi realizada tal divisão a fim de contextualizar a produção de sentidos. Ao final deste estudo, no Apêndice E, podem ser consultadas as delimitações temático-sequenciais construídas, que tem como objetivo a visualização dos momentos que precedem e antecedem os trechos selecionados na análise.

Considerando-se os objetivos desse estudo, o foco de análise recaiu nos momentos interativos nos quais a participação do pai era negociada, que foram hachurados para melhor visualização (Apêndice E). A participação foi entendida não apenas como presença nos atendimentos propostos para os familiares, mas também como recursos de apoio e ajuda relatados pelos pais fora do contexto ambulatorial, e considerados por eles como formas legítimas de colaboração na melhora de suas filhas. Uma vez que o roteiro de entrevistas semiestruturado utilizado para nortear a entrevista abordou diferentes temáticas - não apenas a da participação do pai no tratamento - foram selecionados apenas os trechos das entrevistas nos quais essa temática estivesse presente. Em especial, as últimas perguntas do roteiro abordavam tal questão e foram destacadas para a análise. São elas: “E a família, participa do tratamento? Como? O senhor acha importante a participação da família? Em que os pais podem ajudar na melhora do(a) filho(a) com TA? Os pais podem dificultar?” e “E como pai, como o senhor vê a sua participação no tratamento?”.

O reconhecimento dessa temática foi aplicado a todas as 12 entrevistas individuais realizadas com os pais, buscando apresentar como o sentido sobre a participação da família no contexto de tratamento - e, mais especificamente, do pai - é circunscrita em cada encontro relacional, realizado com cada pai, a cada sequência interativa do processo comunicacional. Conforme já apontado, o foco de uma investigação construcionista é mostrar o caráter situacional da produção de sentidos.

Como houve uma mudança na estratégia inicial de coleta, que passou a ser do contexto individual e não mais das entrevistas em grupo, julgamos que outro recurso para a análise desses discursos seria mais adequada ao objetivo proposto e ao contexto, uma vez que as delimitações temático-sequenciais são um recurso mais utilizado para a análise de

processos grupais. Portanto, tendo a entrevista um processo com outra dinâmica relacional, a buscamos fundamentar a análise considerando, sobretudo, a Teoria Relacional do Sentido, proposta por Gergen (1997) e a Teoria das Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano, formulada por Spink e Medrado (2000). A escolha por essas teorias se baseou nesse contexto relacional específico e na proximidade dessas propostas com o desenho da pesquisa.

A primeira teoria destaca que os sentidos que os pais compartilhavam com a pesquisadora eram construídos naquele contexto específico, e não algo que fazia parte do pensamento do pai, anterior àquela negociação. O sentido sobre essa participação não estava pronto para ser comunicado, mas dependia dos sentidos da pesquisadora para acontecer. Nesse sentido, o *corpus* analisado foi complementado e construído de maneira conjunta.

A segunda teoria referida propõe uma análise de três tempos: o *tempo longo*, que se refere ao campo mais amplo dos discursos, nos quais se podem reconhecer os discursos mais privilegiados em ciência para a descrição dos transtornos alimentares e do tratamento, e quais as consequências para a maneira como as pessoas coordenam suas vidas; o *tempo vivido*, em que se considera como as descrições de si atravessam as relações do pai com o tratamento, ou seja, como a descrição do ser pai pode delimitar a construção de sua inserção nesse contexto; e o *tempo curto*, mais relacionado ao momento aqui e agora da entrevista, no qual pesquisadora e colaborador se posicionam a cada tema negociado, dando especial ênfase ao caráter performático da linguagem, como gestos, escolhas de palavras específicas, entonação e pausas, que circunscrevem também os sentidos produzidos. Buscamos, na construção da análise, mostrar a construção do sentido como um processo, no qual há constante negociação do que é válido, de acordo com as diferentes realidades relacionais promovidas.

Um conceito bastante útil que utilizamos para a explicitação da dinâmica de produção relacional do sentido foi a noção de posicionamento. Assim como Spink e Medrado (2000), Harré e Van Langenhove (1999), autores construcionistas sociais, afirmam, por esse termo, que as pessoas se constroem mutuamente por meio das posições que assumem e atribuem a outros, e que negociam ativamente em suas práticas discursivas. Essas diferentes formas de posicionar o outro e ser posicionado por ele são organizadas



discursivamente, de modo a compor uma determinada descrição de si, no qual certas características desse lugar podem ser acatadas ou renegociadas nas interações.

Na ocasião de discussão dos momentos selecionados sobre a participação do pai no tratamento, apresentamos as falas dos participantes e da pesquisadora em itálico, e nos momentos em que desejávamos salientar um trecho importante para a negociação de determinados sentidos que fosse relevante para a sustentação de descrições tradicionais ou de novos sentidos sobre a participação do pai, sublinhamos a fala. Com relação ao texto, essas falas foram reproduzidas também em alguns momentos dentro ou fora dos parênteses, com vistas a apresentar, de maneira mais direta, o que estava sendo negociado. Uma ressalva importante é que, ao produzir sentidos sobre o material analisado, a pesquisadora procurou utilizar no texto palavras em itálico ou entre aspas quando buscava enfatizar ou chamar a atenção do leitor para determinado sentido, posicionamento ou gênero de fala utilizado.

De modo análogo, assumindo a postura ativa da pesquisadora nas realidades conversacionais promovidas, criei uma descrição própria de cada participante, que foi permeada tanto pelas informações institucionais quanto pela maneira com que passei a construí-los a partir da interação no momento da entrevista. Vale dizer que essa tentativa não se propõe a dizer o que eles são, pois é uma descrição possível e não a verdade sobre eles. É sim uma busca por contar ao leitor como eles eram na relação comigo. Adotando a perspectiva construcionista como enfoque, torna-se útil a noção de construção das versões identitárias dos participantes na pesquisa, pois ela está bastante implicada na forma de se posicionar assumida pela pesquisadora e também marca a construção do conhecimento proveniente da análise do *corpus* da pesquisa.

### **3.6. CUIDADOS ÉTICOS**

O projeto de pesquisa foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP-USP), ajustando-se às normas exigidas por pesquisas envolvendo seres humanos, e resguardando o princípio de respeito aos voluntários e à instituição, de acordo com as normas definidas pelo Conselho Nacional de Saúde, por meio da Resolução nº 196/96 (Brasil, 1996). A mesma observância a esses princípios foi adotada quando da inclusão da entrevista individual como forma de

coleta, por meio de um adendo ao Termo de Livre Consentimento Esclarecido inicial (Anexo 1).

Foram tomados todos os cuidados necessários em relação às questões éticas envolvidas no estudo. As entrevistas só foram efetivadas com a autorização dos participantes, a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice F). Além de esclarecer os objetivos do trabalho e as condições de sigilo a cada participante, só aqueles que concordaram voluntariamente com a proposta foram incluídos, sendo reiterado aos pais que um eventual não-aceite não traria qualquer prejuízo para seu atendimento institucional ou de suas filhas.

Para compor as informações de contextualização dos pais entrevistados e de suas filhas, pacientes em acompanhamento no GRATA, foi requerida também a autorização do médico responsável pelo serviço para a consulta dos prontuários das pacientes (Anexo 2), visando a complementar as categorias descritivas como idade, diagnóstico, entre outras.

Considerando também o papel do pesquisador na perspectiva do Construcionismo Social, que não se encontra distante de objeto de pesquisa, mas participa das realidades produzidas na interação, destaca-se a implicação ética da pesquisa conduzida sob esse enfoque, que repousa na possibilidade de transformar ativamente as nossas realidades sociais, uma vez que o caráter constitutivo da linguagem, conforme sua utilização nas relações, resulta em ações possíveis.

#### 4. ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

Ao descrever as entrevistas individuais realizadas com os pais, não busco aqui uma descrição *essencializante* do que é uma entrevista, como se nesse espaço apenas sentidos psicológicos pudessem ser tratados, mas sim procurando compartilhar com o leitor as construções de sentido que foram sendo construídas por mim com os participantes e por eles comigo. Partindo de uma leitura construcionista social, a entrevista é compreendida como contexto de produção de sentidos, um contexto relacional específico que permitiu que fossem construídas descrições também situadas e específicas sobre a participação do pai no tratamento.

Dessa maneira, em cada interação, na relação com cada pai, sentidos foram sendo construídos diferentemente sobre essa participação. Em alguns momentos, as falas da pesquisadora e do pai movimentaram-se em direção a um mesmo sentido, isto é, convergiram para um sentido compartilhado sobre o tema, o que promovia a sensação de legitimação, de ocupar lugares confortáveis; em outras ocasiões, entretanto, produzia-se uma tensão, engendrada pelo confronto de sentidos e posicionamentos, o que gerava uma conversa em tom, por vezes, desconfortável.

Nesse ponto, é importante destacar que a produção de sentidos no cotidiano, assim como na entrevista com a finalidade de investigação, é um evento dinâmico, não-estático, marcado por jogos de linguagem e opções discursivas que ambos, pesquisadora e colaborador, entretém para construírem conjuntamente determinados sentidos. Assim, durante o fluxo conversacional, a fala utilizada, os gestos, a entonação, as expressões e eventuais hesitações se constituem como marcadores dialógicos, os quais implicam em negociação de lugares na conversação, do “de onde se fala”, “para quem se fala”, além de marcar a sustentação ou refutação ao sentido em construção. Denota-se aí a linguagem em uso, enfatizando seu aspecto performático, que circunscreve a possibilidades de construção de determinados sentidos em detrimento de outros. Na análise apresentada a seguir, fizemos o esforço de apontar essa espontaneidade e imprevisibilidade do sentido, que se foi tecendo a cada momento interativo.

Outra consideração importante a ser feita é que, na vida em sociedade, sustentamos coletivamente determinados discursos de explicação do mundo, de pessoa, de sofrimento humano e do ser pai, porque tais sentidos coordenam nossas ações e dão coerência em

nossas vidas. Esses sentidos vão mudando conforme o momento histórico e as relações negociadas sobre eles, o que mostra a relatividade e a utilidade de determinadas explicações sustentadas por determinadas comunidades discursivas. Assim, analisaremos também os discursos cristalizados sobre a participação do pai, ou seja, discursos que são naturalizados em nossas conversas, considerando também o contexto maior de desenvolvimento do estudo, que é a área de Saúde Mental, mas também apontando os momentos de ruptura, nos quais foi possível vislumbrar descrições alternativas para essa experiência.

Um importante discurso legitimado atualmente em nossa sociedade é aquele que visa a descrever a pessoa como possuidora de um estado estável e coerente, sustentada pela noção de indivíduo, como forma de apresentar uma pessoa e depois outra. Dentro de uma perspectiva construcionista, entendemos que a construção de pessoa é relacional. Entretanto, faremos uma tentativa de descrever os pais colaboradores, não de modo a transformá-los em um contêiner, essencializá-los, mas sim construindo, a partir de nossas interações, uma versão identitária de cada um. Cada versão implicou na forma como a pesquisadora conversou com eles, como ela se posicionou diante de suas falas, o que se torna relevante para a conseqüente construção de sentidos que nos foi permitido coordenar.

Antes de analisar cada trecho, procuramos apresentar a versão identitária dos participantes das entrevistas, utilizando certas informações provenientes do contexto institucional, aquelas obtidas a partir das tabelas em anexo e também aquelas produzidas no campo relacional. Tal escolha foi feita de modo a situar a pessoa com quem a pesquisadora estava conversando em cada momento, ajudando a construir um recurso de inteligibilidade para os sentidos resultantes da interação compartilhada.

Incluindo-me também como participante ativa do processo de significação, busco oferecer uma autodescrição: Carolina, 27 anos na fase da coleta de dados, pesquisadora e pós-graduanda, além de psicóloga do serviço e coordenadora do grupo de familiares. Desde a graduação, foi-se intensificando o contato com os familiares de pessoas diagnosticadas com um transtorno alimentar, o que constituiu para mim uma relação de muito respeito e cuidado com esses personagens. Minha preocupação sempre residiu em colaborar para fomentar um tipo de participação que pudesse ser a mais convidativa possível, e na minha postura com os pais, sempre procurei trazê-los para o campo do diálogo, tanto em relação

aos demais pais que frequentam o serviço como também com os profissionais que nele atuam.

#### 4.1. A PARTICIPAÇÃO DO PAI CONSTRUÍDA COM ALBERTO

Alberto era um pai de 54 anos, casado, religioso, proveniente de uma cidade próxima à do local do atendimento. Como psicóloga do serviço, que coordenava na época o grupo de apoio psicológico ofertado aos familiares, construía-o, a partir desse relacionamento, como uma pessoa bastante participativa no tratamento, pois dificilmente faltava nos retornos da filha. Os retornos desta eram mais espaçados, pois era considerada pela equipe como uma paciente que havia alcançado muitos progressos e que tinha bom prognóstico.

Outro ponto marcante em sua descrição refere-se ao fato de estar constantemente acompanhado da esposa. Sempre que possível, compareciam juntos ao ambulatório e aos atendimentos em grupo, constituindo-se quase como uma entidade casal. Essa construção sobre ele marcou muitos momentos interativos da entrevista, quando, por exemplo, ele fala: *“porque lá em casa, eu e a T. (esposa), sempre fomos muito unidos, muito religiosos também”*.

Durante a entrevista, posicionou-se como um pai atencioso, mantendo uma fala branda, mostrando-se disponível e engajado no diálogo. Em alguns momentos, especialmente quando descrevia o quanto zelava pela família e pelo bem-estar dos filhos, sua voz embargava e ele chorava.

O trecho a seguir foi selecionado para a análise. Essa fala é antecedida pela descrição de seu Alberto como alguém que participou desde o início do tratamento, quando, na cidade de origem, foi com a esposa a todos os médicos, em busca de um diagnóstico e de tratamento. A pesquisadora pergunta como é para ele poder ter estado tão próximo da filha nesse momento, ao que ele responde ter sido muito bom. Segundo ele, a proximidade com a filha é um recurso para entender melhor o que ela está passando. Conta que, antes, costumava discutir e brigar com ela e que, com o tempo, foi compreendendo esse comportamento como algo que não ajudava, atribuindo à participação no grupo de apoio psicológico um recurso conversacional importante para a construção dessa nova forma de lidar com a situação do adoecimento da filha.

Quando perguntado pela pesquisadora, em seguida, sobre a participação da família no tratamento, Alberto parece ressaltar a importância do casal para o bem-estar dos filhos:

*P.: Certo... e pensando assim em pais, né, o pai e a mãe vindo ao tratamento, participando do que é oferecido... como que o senhor acha que eles podem ajudar? Ou tem momentos que eles podem até atrapalhar em alguma coisa?*

*A.: Bom, ajudar, acho que em tudo, né. Eu acho que o fato dos dois comparecerem, já passa pro filho um certo tipo de estrutura familiar, sabe? Nesse caso, a filha, ou filho também, pode perceber que ali ele tem o apoio que ele necessita, que tem duas pessoas com quem ele pode contar sempre pra enfrentar essa doença. Eu acho que, se pai e mãe ficarem unidos, mostrando essa força, a chance do filho crescer, né, se desenvolver a ponto de melhorar o que tem que ser melhorado, aí sim ele vai conseguir sair de uma fase crítica, entendeu, pra uma vida mais equilibrada, mais estável...*

*P.: O casal como pais, né, seu Alberto...*

*A.: Isso.*

*P.: Pode ser uma importante fonte de apoio e até segurança pro filho poder se recuperar, é isso?*

*A.: Isso. Exatamente.*

*P.: Ahã, entendi.*

*A.: Não tem coisa melhor pro filho ver que os pais dele se preocupam com o seu estado de saúde, com o seu estudo, em todos os aspectos da vida, né.*

*P.: É uma segurança...*

*A.: Ah, dá uma segurança maior, né.*

Nesse contexto, ao perguntar em que os pais podem ajudar ou mesmo se podem limitar o tratamento, a pesquisadora busca dar espaço para uma descrição alternativa para a participação da família, que geralmente é vista como positiva e essencial no tratamento proposto. Entretanto, o pai não aceita esse convite e adere ao discurso naturalizado *da importância da família estruturada*, uma descrição bastante presente nos discursos psicológicos que tratam do desenvolvimento tido como “saudável” dos filhos. Trazendo o casal como um elemento familiar que garantiria essa “estabilidade”, Alberto ajuda a construir a noção de que a participação de ambos no tratamento é um recurso válido e potente.

A pesquisadora reitera tal discurso, quando diz “*O casal como pais, né, seu Alberto...*”, e em sua fala seguinte, ao sustentar esse lugar do casal como fonte de apoio e segurança para os filhos. Nesse sentido, é possível denotar que a voz de Carolina que aparece é a de Carolina-psicóloga, que acaba por trazer para o diálogo descrições possivelmente provenientes de sua formação profissional. Tomando como exemplo a teoria do apego de Bowlby (1989), uma importante teoria ensinada no campo da Psicologia, dá-se a construção do sentido de que, dependendo da relação estabelecida nos momentos iniciais da vida entre filhos e mãe, principalmente, o filho sentir-se-á mais seguro e pronto a

explorar o ambiente do que o que não teve esse tipo de relação. O uso dessa descrição tem efeitos, podendo delimitar o que é considerável possível em termos da participação do pai: nessa descrição, a participação do casal, pai e mãe, é tida como a mais correta, a única possibilidade de garantir a estrutura, a base familiar segura para os filhos, promovendo assim o desenvolvimento saudável.

Em seguida, a participação do pai no tratamento é negociada, considerando a relação de Alberto com a sua filha:

*P.: Tá certo. E falando mais sobre essa participação no tratamento, como que o senhor vê a sua participação no tratamento da Amália, seu Alberto?*

*A.: Como que eu avalio...*

*P.: Isso. Se o senhor pudesse pensar em todo esse tempo que o senhor vem aqui, se dedica ao tratamento da filha, né, mas também desde lá da fase na cidade de vocês, né, como que você descreveria essa participação?*

*A.: Ah, eu considero muito boa.*

*P.: Ahã.*

*A.: Muito boa assim, por quê: porque eu nunca me afasto dos problemas que a minha filha tá passando, ou seja, tento ficar o mais presente possível. Se ela precisar de mim, seja pra qualquer coisa, eu estou lá, do lado dela e da minha mulher pra tentar resolver, entendeu?*

*P.: O senhor sente que acompanha essas mudanças, as necessidades dela?*

*A.: Ah, eu sinto. Já faz muito tempo que eu venho no hospital, né, que eu traço elas, então eu acho que isso vale muito. É muito importante que o pai fique perto dos filhos, que ele saiba conversar sobre todos os assuntos com eles, e também que possa dar o amor, a atenção que muitas vezes eles precisam. Não só os filhos que estão com uma doença... com o meu outro filho também é assim.*

*P.: O senhor procura estar o mais presente...*

*A.: Mais presente possível.*

*P.: Tudo bem. Seu Alberto, já que estamos falando aí do papel dos pais, né, no desenvolvimento do filho, da filha, né... a gente tá falando de ambos os pais: o pai e a mãe. Agora eu queria perguntar um pouquinho pro senhor sobre o papel só do pai. O senhor acha importante a vinda do pai, dessa figura aí, pro tratamento?*

*A.: Do pai... é importante também, né. Assim como é a da mãe, né.*

*P.: Ahã. Mas assim, pensando que muitas vezes... a gente vê até nos grupos isso, que é composto mais por mães, né, seu Alberto, do que pelos pais... o quê que o senhor pensa sobre isso?*

*A.: Ah, sim, entendi. Eu acho que, realmente, as mães acabam participando mais naturalmente. Porque essa parte de cuidar, ainda mais no meu caso, que é da mãe com uma menina, né, é natural que a mãe fique mais próxima. Porque assim, tem coisas que a Amália pergunta pra mãe, ao mesmo tempo, conversa de outras coisas comigo, entendeu?*

*P.: Ahã.*

*A.: Então eu acho que é normal essa aproximação de mãe e filha. Agora, o pai tem que saber o que tá acontecendo com ela, perguntar da vida, ser um amigo, sabe?*

*Hoje em dia, quanto mais os pais ficarem perto dos filhos, melhor. A gente vê que na vida aí fora tem muitas coisas erradas, muitas coisas pra prejudicar a vida do jovem, então nesse período que ele tá crescendo, precisa ter alguém pra acompanhar. E com o pai não é diferente.*

*P.: Então é válido que o pai participe também...*

*A.: É válido, muito.*

A pesquisadora inicia sua fala valorizando o acompanhamento do pai em relação ao tratamento da filha, argumentando que desde o início ele “demonstrou” interesse pelo cuidado da filha (“*Se o senhor pudesse pensar em todo esse tempo que o senhor vem aqui, se dedica ao tratamento da filha, né...*”). Assim, acaba sustentando uma descrição de que um pai presente e interessado é aquele que participa do tratamento *no hospital*. Na sequência, o pai formula um sentido alternativo para sua participação, como alguém presente no sentido de poder dar apoio à filha em todos os momentos, não apenas na sua vinda, junto com a filha e a esposa, ao tratamento institucional. Ao mesmo tempo, tenta abarcar o discurso anteriormente valorizado pela pesquisadora, e afirma: “*Já faz muito tempo que eu venho no hospital, né, que eu trago elas, então eu acho que isso vale muito*”. Ambos então constroem a presença do pai no contexto hospitalar como um recurso válido e positivo, importante para o cuidado da filha diagnosticada com um transtorno alimentar.

Em seguida, essa negociação sobre a importância da participação do pai no tratamento é focalizada. Carolina pergunta se ele considera a vinda dessa figura (utilizando um termo que descreve o pai como possuidor de uma função importante na dinâmica familiar) é útil no tratamento, e Alberto confirma esse sentido, igualando-o à importância da mãe. Mais uma vez, seu discurso parece estar marcado pela noção de casal como garantia de saúde emocional na família, além de sustentar a noção de que pai e mãe teriam a mesma importância para o desenvolvimento saudável de seus filhos. Entretanto, ao dizer isso, é convidado pela pesquisadora a resgatar um sentido referente a uma situação vivida no grupo de apoio psicológico que ocorrera antes da entrevista, e que era por ela coordenado, no qual as mães eram as principais componentes. Falando do lugar de coordenadora desse grupo, ela tende a compreender a baixa frequência do pai nos grupos como ausência no tratamento (“*a gente vê até nos grupos isso, que é composto mais por mães, né, seu Alberto, do que pelos pais... o quê que o senhor pensa sobre isso?*”).

Esse discurso está fortemente vinculado à relação da psicóloga com o serviço e com a equipe multiprofissional. Conforme mencionamos anteriormente, desde o momento de



entrada dos pacientes no serviço, na ocasião do Caso Novo, há um esforço dos profissionais da equipe em assegurar a participação da família nos atendimentos, assim como, partindo da experiência do grupo de familiares, a valorização dessa participação do pai. Nesse ponto, o movimento é sempre o de considerar essa participação, em última instância, importante, válida e desejada.

O pai então procura explicar, em sua versão, a baixa taxa de participação dos pais como consequência do lugar assumido pelas mães como principais cuidadoras dos filhos, especialmente no caso das meninas. Haveria, por essa descrição, maior intimidade entre elas, por compartilharem o mesmo sexo, como pode ser apreendido na fala: *“Porque essa parte de cuidar, ainda mais no meu caso, que é da mãe com uma menina, né, é natural que a mãe fique mais próxima”*. Tal forma de explicação tem correspondência com o discurso social da mãe como a principal cuidadora dos filhos, um discurso que há muito tem sido priorizado e continua fundamentando as relações nas sociedades atuais. Um dos efeitos do uso desse discurso para as ações engendradas é a construção social de que o pai não seria capaz de proporcionar, pelo menos não tão eficientemente quanto a mãe, os cuidados básicos aos filhos, sobretudo quando eles ainda são bebês. Isso tem sido apontado na literatura como um risco de que o pai seja afastado por profissionais de saúde e os serviços na área por não ser reconhecido como um cuidador habilitado.

Outra questão a ser destacada é que, especificamente no campo dos transtornos alimentares, essa relação mãe-filha vai adquirir um lugar de destaque nos discursos de etiologia da doença. Autores psicanalistas e de orientação psicodinâmica afirmam que o surgimento de um transtorno alimentar provém de uma relação disfuncional e fusionada entre mãe e filha, na qual ocorreria uma dificuldade no estabelecimento dos limites corporais e mentais.

#### **4.2. A PARTICIPAÇÃO DO PAI CONSTRUÍDA COM BENEDITO**

O pai Benedito tinha 51 anos na época em que as entrevistas foram realizadas, e havia acabado de perder o emprego. Ele se apresentava como uma pessoa muito extrovertida, com um bom humor característico, e suas falas eram sempre em tom de voz alto e geravam risadas, desde seu lugar no grupo até mesmo na interação com a pesquisadora. Com relação à pesquisa, foi um dos pais que mais se mostrou disposto a participar do estudo, aceitando o convite para a conversação de forma muito receptiva.

O recorte apresentado delimita uma negociação sobre a mudança que a participação no grupo de familiares trouxe em relação à participação desse pai no tratamento. Antes desse momento interativo, o colaborador afirma que a presença do pai e da mãe no tratamento é importante por ser, para a filha, uma fonte de apoio. Ele comenta que a filha pedia que ele participasse dos atendimentos, comparecendo aos grupos e ao ambulatório, construindo essa presença como um suporte essencial para que ela própria participasse do tratamento:

*P.: E o senhor falou que essa participação é boa para os pais também... quê que o senhor pensou?*

*B.: Eu pensei... é que eu acho assim: quando eu comecei a vir nos grupos, que no começo vinha só a minha esposa, e eu vim poucas vezes, mas eu pensava totalmente diferente do que hoje, sabe?*

*P.: Ahã.*

*B.: Aí eu comecei a ficar mais perto delas, sabendo mais o que tava acontecendo. Quando cê tá em casa, você não tem a informação e aí acaba que você não sabe nem lidar com a situação. Então, quando eu participei nos grupos, eu passei a entender melhor a doença da minha filha, a saber a hora de não ficar em cima. E até pra mãe, porque viu que não era só com nós que isso tava acontecendo, que tem outras pessoas passando pelas mesmas coisas.*

*P.: Ahã. Então serviu como apoio e como fonte de informação, é isso?*

*B.: Isso.*

*P.: E é interessante, né, seu Benedito... acho muito importante o senhor tá falando isso, porque aqui a gente sempre reforça essa participação dos pais no grupos, né, então que bom que agora o senhor tá podendo vir mais, participar mesmo...*

*B.: É, agora sim, né. Tô gostando, e foi muito importante pra eu conhecer mais sobre o assunto, que eu não sabia muito como lidar com a Beatriz.*

*P.: Ahã, que bom. E pensando nessa participação, né, o quê que você acha... será que seria importante pros filhos, pro atendimento, que mais pais pudessem estar aqui, seu Benedito?*

*B.: Ah, eu acho sim. Mas cê fala dos pais...*

*P.: Falo das mães e pais, depois a gente pode pensar só sobre os pais mesmo.*

*B.: Ah, sem a família, né, é praticamente impossível melhorar alguma coisa. Tem que vir, não tem jeito. O que acontece, muitas vezes, é que tem alguns pais que vem numa consulta aqui, outra ali... não tem aquele acompanhamento, sabe? Aí quer que melhore? Não tem como. E isso você vê na prática, porque a Beatriz mudou depois do tratamento aqui. Já vinha desde lá no HD, mas aqui só ajudou mais ainda. E a gente junto é outra coisa.*

*P.: É?*

*B.: Com certeza. Eu falo que o hospital dá muito apoio. Tem semana que cê vem, cê tá precisando daquela palavra, nem que seja uma palavra. Aquilo já te ajuda a pegar um fôlego de novo, lutar mais um dia, ajuda, sabe?*

No trecho recortado, Benedito traz a noção de que, quando começou a participar dos grupos com a esposa, foi uma experiência positiva e benéfica para ele também, na medida em que promoveu uma mudança na forma de compreender a situação vivida pela filha. Essa mudança foi propiciada, segundo ele, pela troca de informações ocorrida nos encontros grupais, no qual interagiu com outros familiares e com membros da equipe (coordenadora e estagiárias de Psicologia), o que contribuiria para um melhor enfrentamento da problemática (*“Quando cê tá em casa, você não tem a informação e aí acaba que você não sabe nem lidar com a situação”*). Constrói-se, nesse momento, o grupo de familiares como um espaço terapêutico, de mudança, ao mesmo tempo em que o isolamento ou o *ficar em casa* são vistos como prejudiciais, pois privam os pais da troca de informações com os membros da equipe, o que resultaria em não saberem lidar com o problema. Nesse sentido, tem-se a noção de que o profissional é a pessoa que dispõe do conhecimento *mais adequado* para lidar com a pessoa diagnosticada, e que os pais, sozinhos, não teriam os recursos suficientes de enfrentamento da situação, o que reforça o discurso do especialista.

A legitimação do espaço grupal oferecido como recurso terapêutico é reiterada pela entrevistadora, quando ela diz: *“... acho muito importante o senhor tá falando isso, porque aqui a gente sempre reforça essa participação dos pais nos grupos, né, então que bom que agora o senhor tá podendo vir mais, participar mesmo...”*. Denota-se aí, mais uma vez, a voz de Carolina como membro da equipe, que busca constantemente convidar os familiares e pais à participação nas atividades oferecidas no hospital, como parte de sua atuação como psicóloga. O que se pode dizer é que a participação no tratamento construída dessa maneira abre possibilidades a apenas determinadas formas do pai atuar nesse contexto, limitando outras.

Isso se configura mais nitidamente quando o pai fala que, sem a participação da família, não é possível realizar um tratamento eficaz. Ele complementa tal sentido com a seguinte fala: *“O que acontece, muitas vezes, é que tem alguns pais que vem numa consulta aqui, outra ali... não tem aquele acompanhamento, sabe? Aí quer que melhore? Não tem como”*. O sentido co-construído nessa interação delimita o que seria a “real” participação: quando os pais ou o pai comparecem com regularidade aos atendimentos oferecidos *no hospital*. Nesse ponto, será que outras formas de relacionamento do pai com essas filhas não poderiam ser consideradas também como participação, como presença?

No momento seguinte, a pesquisadora questiona especificamente sobre a participação do pai, e seu Benedito complementa:

*P.: Entendi. E... o senhor tá falando da mãe, do pai, da família como um todo, né. E se a gente for pensar na vinda só do pai, seu Benedito, como que você vê essa participação?*

*B.: Só do pai, né.*

*P.: É.*

*B.: Hum... o pai, às vezes o pai se preocupa em trazer pro hospital, levar nos outros profissionais que cuida, né, fazer essa parte, sabe, mas eu acho que ele tem que tá junto como a mãe, cuidando mesmo. Ele quer cuidar da parte financeira, trabalhando, correndo atrás de por a comida na mesa, só que muitas vezes o filho quer que ele esteja presente.*

*P.: É, seu Benedito?*

*B.: É. Nossa, a Beatriz... porque eu tenho três filhas: a Beatriz, a Débora e a Katiele. A Beatriz é a mais velha delas. E cê não acredita: elas brigam direto, elas falam: “Ah, pai, cê gosta mais dela do que de mim...”, é uma brigaiada! Então eu acredito que isso é aquela necessidade de atenção, sabe, de ver que nós, pais, tamos preocupados com elas, damos atenção assim. Então quando o pai tá presente, ele pode ajudar, entendeu?*

*P.: Ahã.*

No trecho selecionado, ele exalta o pai como alguém que deve estar emocionalmente próximo dos filhos, ligado à sua criação, compartilhando com a mãe essa responsabilidade. A utilização dessa descrição do ser pai remete ao discurso também presente na literatura sobre o “novo pai”, sobre a mudança do pai de uma figura autoritária e distante dos filhos para um pai mais interessado e participativo no cuidado, tornando-se responsável não apenas pelo sustento financeiro da família, mas atuando como um membro familiar mais presente na vida dos filhos, desde a gravidez até a idade adulta.

Ao final desse momento interativo, Benedito traz ainda que o pai deve prover a atenção necessária aos filhos, pois quando isso não é feito, “É uma brigaiada!”. Aqui se inscreve o sentido de que a ausência do pai na dinâmica familiar pode significar um ambiente conflituoso, em desarmonia, o que é comumente associado tanto ao desenvolvimento quanto à manutenção do transtorno alimentar. Assim, a presença do pai no cuidado dos filhos tem sido considerada como relevante para a prevenção de eventuais desordens, especialmente aquelas de caráter emocional. Esses sentidos são bastante ligados às concepções de determinadas linhas teóricas em Psicologia, que tendem a sustentar a origem emocional de alguns transtornos psiquiátricos, mantendo o foco principalmente no

ambiente familiar como seu *lócus*, assim como explicações que priorizam o papel interventor do pai na relação mãe-filha. É válido considerar que esses discursos são amplamente utilizados em nossa sociedade, não estando apenas circunscritos às comunidades discursivas das instituições de saúde, pois são também parte do repertório discursivo desses pais, ou seja, formas utilizadas por eles para a explicação de suas realidades.

### 4.3. A PARTICIPAÇÃO DO PAI CONSTRUÍDA COM CARLOS

Carlos era um pai de 58 anos, casado, que residia na cidade na qual era oferecido o tratamento. A versão identitária construída aqui perpassa o relacionamento da pesquisadora e da equipe do GRATA com ele. Para os profissionais que atendiam à filha de Carlos (incluindo a pesquisadora, mas no lugar de psicóloga do serviço), ele era um pai “ausente” no tratamento, por ter comparecido ao ambulatório apenas uma vez, assim como participado do grupo de familiares muito poucas vezes. Mesmo quando convidado por outros profissionais para reuniões denominadas nucleares com a família, ele não comparecia. Assim, o diálogo com esse pai era construído, *a priori*, como um diálogo difícil, relacionado à reduzida adesão às estratégias de assistência à família oferecidas no serviço.

Na ocasião do convite para a realização da entrevista, foram necessários diversos contatos telefônicos e o repetido estímulo a sua participação, até que esse pai aceitasse colaborar com o estudo. De certa maneira, isso fez com que o sentido cristalizado de que o pai Carlos era distante e, em certo ponto, desinteressado no tratamento, marcasse a conversação na entrevista realizada, delimitando as possibilidades de sentido sobre sua participação e o posicionamento assumido pela pesquisadora.

Como parte da análise, segue-se um dos trechos dessa conversação selecionado. Ele é precedido pela pergunta da pesquisadora que visava entender se Carlos considerava importante a participação do pai no contexto de tratamento, algo que ele constrói como muito válido. Na sequência interativa, ele descreve o que seria útil na participação desses pais, fazendo referência ao que havia sido negociado no grupo de apoio psicológico do qual participara minutos antes da situação da entrevista:

*P.: É, o quê, que ele pode contribuir, o quê, que os pais podem contribuir na sua opinião?*

*C.: É, pelo o que eu ouvi hoje aí na reunião e tal, eu, eu acho que é bom né, o pai tem que ter mais esclarecimento, o que, o pai tem que saber, buscar um apoio e saber o*

*que ele pode fazer pra melhorar, então, o psicológico da família é importante, mas acho que tem que ter um conhecimento da causa da doença ou como pode ser resolvido, então com palestra, da coisa, que já teve sucesso...*

*P.: Entendi.*

*C.: A foi feito assim, teve sucesso, sucesso, vai fazendo assim e tal, ou fazendo dessa forma, então tem que buscar nas pessoas que foram curadas, pra...*

*P.: Pra...*

*C.: Pra pessoa contar pra gente né, que teve êxito, que foi solucionado, pessoas que já foram curadas.*

*P.: Pela sua própria experiência, é pro senhor ver que é muito válida então, uma pessoa que já passou por isso, que pudesse trazer sua experiência...*

*C.: É a experiência de cura né.*

*P.: Hum, hum.*

*C.: Isso que é importante, o caminho é esse né, é isso.*

*P.: é isso que o senhor pensa, tá certo então.*

*C.: E também falar sobre o que, com, não tem um diagnóstico do que, do que, o por que dessa danada doença, então pode ser psicológico, pode ser isso ou aquilo, então tem que ter uma pessoa como indicar sobre a causa, o que pode fazer e tal, diferente o que ela ouve, então dela buscar onde teve soluções pra ela buscar pra gente.*

*P.: Entendi. Então o senhor acha que seria importante num serviço como esse senhor Carlos, ter uma espécie, uma coisa mais de orien, orientação...*

*C.: Orientação de com os pais devem estar fazendo para tratar com o filho.*

*P.: Entendi.*

*C.: Acho que, tem feito isso, isso, esse é o caminho certo, né.*

*P.: Buscar outras alternativas...*

*C.: Isso. É.*

*P.: Buscando outras alternativas ...*

*C.: Isso, é.*

*P.: No relacionamento com os filhos né senhor Carlos...*

*C.: É, eu acho isso bem esclarecido eu falar com a pessoa, não só ouvir mas ela comentar a respeito do que foi feito, do que deu certo.*

*P.: Entendi. Certo senhor Carlos. É então o senhor acha que esta participação dos pais ajudaria na melhora do filho?*

*C.: A, tranqüilo, mais com mais esclarecimento né.*

Como no grupo de apoio psicológico os familiares tinham construído e enfatizado a necessidade de se obter maior informação como forma de preparar os pais para lidarem melhor com o diagnóstico das filhas, esse sentido é retomado por Carlos como forma de se saber mais sobre a doença: suas causas (físicas, psicológicas, familiares) e as melhores estratégias para tratá-las, que incluíam a participação contínua da família nesses espaços de conversação. Apesar de inicialmente corroborar com esse sentido do tratamento como tendo um caráter informativo e de orientação, Carlos traz para a conversa um novo sentido, que aparece como uma estratégia válida de enfrentamento: a conversa com um pai cuja

filha já estivesse curada, ou, nos termos institucionais, tivesse recebido alta do serviço. Segundo ele, essa maneira de conversar ajudaria no sentido de que os “pais-experientes” poderiam contar aos “pais-iniciantes” a sua experiência de tratamento, o “caminho percorrido” para alcançar esse objetivo último que é a cura (“*Pra pessoa contar pra gente né, que teve êxito, que foi solucionado, pessoas que já foram curadas*” e “*É a experiência de cura, né*”). Mais do que isso, constrói-se uma distinção entre pais bem-sucedidos e pais que ainda não são bem-sucedidos. O transtorno alimentar é, portanto, nessa lógica, um problema a ser resolvido.

Em seguida, conversando sobre a possibilidade de que esse pai participasse da última entrevista em grupo, a ser realizada apenas com os pais, a pesquisadora convida-o e pergunta se considerava útil essa forma de conversação, e a negociação engendrada é a que se segue:

*P.: Então tá. Senhor Carlos, é, uma coisa que eu queria perguntar é, parte da minha pesquisa, uma parte da minha pesquisa, é fazer as entrevista individual, como eu estou fazendo agora com o senhor né, no próximo passo eu vou, no último passo da minha pesquisa vai ser reunião em grupo né, a gente conversa com vários pais, só com pais, as mães vão ficar um pouquinho né, mas não vão participar, mas só os pais, e a gente vai conversar sobre alternativas, pra enfrentar o transtorno, pra lidar com essa problemática né, e aí pensando nesse grupo senhor Carlos, primeiro eu queria convidar você né, se você tiver disponibilidade, quiser participar, é provavelmente até o final do mês, deste mês, eu vou tá fazendo grupo, eu conversei com o senhor Diego, vai participar, outros pais já concordaram, e aí senhor Carlos o quê, que o senhor pensa dessa idéia?*

*C.: Como eu falei pra você, é cada um contar sua talvez até um certo ponto é bom, mas acho tem que pegar um pai que já passou por isso e teve solução né.*

*P.: Ahã.*

*C.: Pra fazer uma palestra, conversar como foi, ó, como foi a, o que ele fez, como foi, qual foi o caminho que ele tomou, por que hoje a filha dele tá curada né, por que eu não sei se essa doença tem cura ou não tem.*

*P.: Então né, tem uma melhora, tem uma recuperação né, mas essa doença né, senhor Carlos, essa doença a gente tem que estar sempre de olho sabe, vamos que, vai que ter ganhos, a pessoa vai se recuperando, mas vai ter que sempre estar junto, tem que ter acompanhamento né, por que...*

*C.: Tem que ser obediente praticamente, pra tá liberto, tá curado sobre essa doença, é que nem uma pessoa que para de fumar, parou mesmo, não fuma mais, parou de beber, não bebe mais, parar de vomitar, não vomitar mais, é isso que eu quero.*

*P.: Acho que tem assim, um desejo né, senhor Carlos, um desejo de que tenha uma solução né.*

*C.: Acho que tem que ter no grupo de vocês, um pai que já passou por esse problema e que hoje já está solucionado. Acho que seria ideal, trazer um pai pra falar...*

P.: Sobre isso.

C.: Sobre esse assunto né.

P.: E sobre o encontro dos pais, eu entendo que esse pai seja importante, mas o fato de reunir os pais que estão vivendo essa problemática agora, uns com mais tempos, por que tem pais que estão há mais tempo aqui no Grata, no ambulatório e outros pais que estão chegando, como o senhor Carlos, está chegando né, e o quê, que o senhor acha, dá para construir alguma coisa, juntos nessa conversa?

C.: Acho que tudo é válido né, eu não falo pra você que não é bom, por que eu acho que toda a reunião é bom, se for pra falar de futebol é ótimo...

P.: Da copa, né, senhor Carlos?

C.: Tanto faz.

P.: Ahã.

C.: Normalmente todo dia tem uma reunião e frente lá onde eu trabalho o pessoal comentando sobre esporte, como uma necessidade.

P.: Ajuda né. C.: É.

P.; Eu acho que essa troca, um com outro né.

C.; É bom.

P.; É muito bom né?

C.; É.

P.; Então senhor Carlos, eu queria perguntar se assim, se o senhor puder né, e se o senhor tiver condição de vir nesse dia do grupo, pensando hoje sobre esse grupo, o quê, que o senhor imagina que seria importante, a gente conversar é, reunindo esses pais?

C.: Que seria Importante?

P.: Isso.

C.: Tem que discutir sobre o problema que está tratando, não seria outro assunto, né.

P.: Entendi, então acha que o tema sobre o transtorno alimentar é essencial aí pra entender...

C.: Porque tá falando desse assunto, né. Então tem que falar desse assunto que tá sendo tratado.

P.: Ahã.

C.: Porque a gente se preocupa, né, porque nós tamos tratando, né. O assunto eu acho que não tem outro.

P.: Participando...

C.: O churrasco marca pra outro dia!

(Risos)

Analisando o trecho acima, é possível reconhecer que, na conversa com esse pai, o encontro em grupo com outros pais, especialmente com aqueles que estavam no mesmo momento de tratamento que seu Carlos, não foi construído como estratégia válida, e novamente o sentido que sustenta é o de promover a participação do pai que já tenha passado pela experiência de cura com a filha com diagnóstico de transtorno alimentar. Ele traz ainda a descrição de que um grupo só com homens ajudaria se fosse para falar de futebol (“Acho que tudo é válido né, eu não falo pra você que não é bom, por que eu acho



*que toda a reunião é bom, se for pra falar de futebol é ótimo...”).* Com essa descrição, a conversa entre os pais somente se aproxima de um conversar entre homens, e assim esse contexto conversacional vai sendo configurado como um lugar em que não há tanto espaço para se falar de questões emocionais, ou de formas de enfrentamento de uma situação familiar, mas sim a respeito de situações de lazer que são terapêuticas, que tragam bem-estar, exemplificadas no churrasco com os amigos (*“E o churrasco marca outro dia!”*).

Mesmo a estratégia de entrevista em grupo só com pais sendo vista como menos útil para Carlos, quando perguntado pela pesquisadora sobre tal possibilidade de encontro, ele reifica o sentido tradicional de grupos de familiares no contexto da saúde: *“Tem que discutir sobre o problema que está tratando, não seria outro assunto, né”*. Essa maneira de descrever o encontro delimita os assuntos que poderão ser negociados em um espaço com essa formatação, que deveriam dizer respeito então ao transtorno alimentar da filha, e possivelmente em um tipo de conversação mais formal, cujo foco não é a de “relaxamento”, mas de “resolução de problemas”.

#### **4.4. A PARTICIPAÇÃO DO PAI CONSTRUÍDA COM DIEGO**

O pai Diego, com 51 anos, era casado e morava em uma cidade distante. Entretanto, vinha regularmente aos atendimentos, em companhia da esposa, mesmo quando estes tinham frequência semanal. Procurava participar ativamente do cuidado de Denise, uma paciente que, na verdade, era sua sobrinha, que ele e a esposa acolheram, bem como ao irmão, após o falecimento de seus pais.

A história que pode ser contada sobre Diego está muito marcada pela presença sempre constante da esposa, V., sendo que ambos tinham uma postura nos atendimentos de muito envolvimento e aproveitamento dos espaços oferecidos. Para eles, participar das atividades no ambulatório constituía-se como uma forma de munirem-se de alternativas para cuidarem da afilhada. Nessa participação, procuravam repensar seu relacionamento com ela, principalmente com relação aos limites que deveriam ser colocados por eles – agora como “pais”, detentores legais da tutela – em benefício de seu crescimento.

Ao tratar de sua participação no tratamento, ele começa falando de um longo percurso que ele e V. tiveram que percorrer antes de chegar até o Hospital das Clínicas, com o intuito de “salvar” Denise, que na época se encontrava em uma situação precária de saúde, e corria, segundo ele, risco de morte:

P.: Então foi esse caminho aí que foi feito né?

D.: Esse caminho que foi feito e onde tá hoje bem vamos dizer assim entre aspas que se não tinha até morrido.

P.: E como é que hoje né...vocês dois acho tão acompanhando igualmente aí né o tratamento da Denise né. O senhor vem sempre...né...nos grupos...

D.: Sempre, nos grupos sempre junto com ela...Pra dar um apoio né...Porque só a V. sozinha... difícil, e também tem que apoiar né o emocional dela também, porque isso aí mexe muito com o emocional das pessoas...

P.: De todos né.

D.: De todos. De todos.

P.: Lembra que o senhor falou da família né...o quanto que abate né..vem...e aí a minha pergunta é nesse sentido né, como que o senhor vê essa participação hoje no tratamento...? O senhor acha importante? Como que o senhor vê a tua participação tão presente no...?

D.: Então, pra ela eu não sei se é importante, se é tão bom né. Pra ela né...mas eu acho importante.

P.: O que que o senhor imagina...então vamos parar um pouquinho, o que que o senhor imagina. O senhor acha que é importante pra ela? Imagina...

D.: Bom não sei no fundo assim porque tem hora que eu pego meio duro com ela sabe, meio duro pra ela poder...no sentido de educação de tudo né, e no início eu pegava muito com a alimentação, sem ter conhecimento lá no comecinho né, então ela tinha um pouquinho de raiva da gente de todos ao redor dela...porque paciente não gosta de ouvir isso pelo que a gente foi tendo conhecimento depois, então todos aqueles que pegaram no pé dela pra alimentar... a gente não queria ver a paciente assim ainda mais ela que é sobrinha afilhada da gente, perdeu os pais, que nem essa parte da alimentação só tendo recaída, a gente não queria isso, então queria o bem dela pra isso a gente falava se tem que comer Denise, come, se não tá comendo hoje, ó se vai comer agora, se vai comer, tal, o irmão dela então tinha vez que até chegava a falar enquanto você não comer esse prato de comida não vou sair daqui, então ela foi tendo um pouco vamos dizer assim um pouco de raiva dessas pessoas que ficou pegando no pé dela, por isso que eu falo agora não sei hoje não sei o que ela sente né mas depois ela fala muito né que, é... se não fosse nós eu e a V. que somos padrinhos dela tios que tá cuidando dela hoje... morreria, ela comenta de vez em quando...

P.: Então ela vê essa importância né?

D.: Ela vê, então tem momentos que ela reconhece. Entendeu, e depois eu parei de pegar no pé e hoje não pego mais no pé eu entendo como que é e deixo ela fazer assim, a liberdade dela, deixo livre.

A maneira como a pesquisadora inicia a conversa sobre a vinda desse pai ao tratamento já denota a construção de Diego junto à esposa V., a presença forte do casal nos atendimentos, uma descrição que parte, principalmente, do relacionamento que estabeleceu com eles no grupo de apoio psicológico aos familiares. A partir da constante participação de ambos nesse grupo, assume-se como verdade a noção de que, *portanto*, ele é um pai muito “participativo” e “presente” no tratamento (“Como que o senhor vê a tua

*participação tão presente no...”). Na sequência da conversa, convidado a pensar no porquê da importância de sua vinda ao tratamento, Diego constrói a participação do pai como algo que é importante para a esposa, por ser uma forma de apoio emocional a ela. Assim, traz o sentido alternativo de que o pai participar do tratamento não se configura tanto quanto um espaço para cuidar do pai, mas sim da esposa, e talvez dos outros componentes familiares. Complementando esse sentido, emerge o discurso do transtorno alimentar enquanto um transtorno que gera impacto emocional para todos na família, discurso bastante privilegiado na área da saúde e que constitui, por assim dizer, a justificativa para os grupos de apoio à família.*

O sentido de que a participação de Diego é uma forma de apoio à mulher passa a ser estendido a afilhada. Na descrição que faz dessa vinda ao tratamento, ele compreende que estar ali, próximo da esposa e de Denise, tem um efeito benéfico para elas, de suporte emocional. A participação do pai é construída como forma de apoio à esposa e à filha. Quando questionado sobre se a participação foi útil para ele, Diego coloca:

*P.: E pro senhor seu D. o senhor falou dela né, o que o senhor imagina e pro senhor?*

*D.: Eu imagino muito importante que eu considero como se fosse filha minha depois né que aconteceu com ela, perdeu os pais, desde o início, desde o primeiro dia tanto eu como a V., nós dois juntos... consideramos como filha mesmo, como se fosse uma filha da gente... tem um cuidado especial pra ela...*

*P.: Ganhou uma filha...*

*D.: Isso, ganhou uma filha, eu não tenho filha, ganhou uma filha, então que que foi... o cuidado todo pra ela né que a gente procurou ter porque não tem outro em casa né, procurou cuidar mais dela que a gente pôde fazer, olha, o nosso máximo a gente tá dando até hoje pra ela. Então eu acho que foi muito importante, tanto eu... falando de mim né, importante pra ela tá junto, onde ela vai eu to junto, a V. vem trazê-la aqui, a gente tá sempre junto dando apoio pra minha esposa também que só ela sozinha não tem como, o emocional...nossa senhora...*

*P.: Precisa desse... Complemento né?*

*D.: Complemento, e eu sempre procuro ajudar, primeiro que elas não vem sozinhas só as duas né, precisa de motorista, então eu como dá certo, eu trabalho por conta própria, conta minha, então eu posso tá deslocando, saindo, se não as vezes não, então como eu posso sair o que eu puder tá junto fazendo eu quero tá junto com elas pra ajudar o máximo que puder.*

É possível afirmar que sua participação é compreendida, novamente, como apoio emocional para outros membros da família. Além disso, Diego traz uma descrição de si atrelada à da esposa, sendo a relação do casal fundamental para a produção de sentidos que

faz sobre o tratamento (*“Desde o primeiro dia, tanto eu como a V., nós dois juntos”*). A história que se delineia também é a de que essa união permitiu que eles construíssem uma relação de muita responsabilidade com a afilhada, pois, como padrinhos, consideravam-se como os segundos pais dessa paciente (*“Consideramos como filha mesmo, como se fosse uma filha da gente... tem um cuidado especial pra ela...”*).

Ao final do momento interativo, uma questão relevante para a compreensão dessa participação é negociada com a pesquisadora: a questão do trabalho. As entrevistas eram feitas às sextas-feiras, no dia do ambulatório, em horário comercial, o que era muitas vezes relatado pelos pais como um empecilho à participação tanto na pesquisa quanto no ambulatório, pois tinham que trabalhar. Diego refere que *“... precisa de motorista, então eu, como dá certo, eu trabalho por conta própria, conta minha, então eu posso tá deslocando, saindo, se não as vezes não, então como eu posso sair o que eu puder tá junto fazendo eu quero tá junto com elas pra ajudar o máximo que puder”*. O fato de poder trabalhar por conta própria se constituiu como um facilitador para o diálogo proposto, auxiliando na construção da entrevista como um espaço possível e convidativo para esse pai.

Ao mesmo tempo, Diego mostra que, nos momentos em que não pode fazer os remanejamentos em seu trabalho, sente-se desconfortável, e aí busca fazer de tudo para estar próximo, acompanhando o estado de Denise. Denota-se, nessa fala, o sofrimento que pode acompanhar, para alguns pais, a limitação de não participar das atividades do serviço, da forma que a equipe de saúde espera ou preconiza como a mais adequada.

#### **4.5. A PARTICIPAÇÃO DO PAI CONSTRUÍDA COM EMÍLIO**

Emílio era divorciado e tinha 54 anos de idade. Era proveniente de outra cidade, mas trabalhava como caminhoneiro e, por esse motivo, passava a maior parte do tempo viajando, longe de casa e sem manter muito contato com Estela. A filha morava com a mãe, com quem Emílio disse ter uma relação bastante conflituosa, marcada por divergências, ressentimentos e mágoas não superadas do passado. Para Estela, o pai era uma referência importante, pois sempre procurava encorajá-lo a comparecer ao tratamento, como fonte de apoio, mas este nem sempre conseguia frequentar os atendimentos. Quando podia, entretanto, demonstrava ser uma pessoa bastante extrovertida e engraçada, e as suas falas no grupo geralmente acabavam suscitando risadas, gerando um clima agradável com os familiares participantes.

Com a pesquisadora, na ocasião das entrevistas, ele relatou seu esforço em estar ali para conversar sobre a participação do pai, buscando ajustar um dia e um horário para a realização do nosso encontro. Focalizando esse momento na entrevista, sua compreensão sobre o tema é apresentada:

*P.: E seu Emílio, eu queria perguntar agora sobre a participação do pai no tratamento. Pensando agora só nele, o senhor acha que é importante que o pai participe, esteja aqui, nos atendimentos...?*

*E.: Ah, o pai, com certeza.*

*P.: E por quê?*

*E.: Por quê que é importante?*

*P.: É.*

*E.: Porque o que acontece é o seguinte... cê vê eu, eu não... mais por causa do trabalho, né, eu acabo não vindo tanto. Mas eu acho que os pais tem que participar, entendeu? Ce sabe que, eu não vinha nos grupos, né, e agora eu to começando a vir mais, eu percebo que isso pra Estela é muito bom... ela fica tão feliz, fala: “Pai, eu queria que você fosse!”. Eu falo: “Filha, cê sabe que eu não posso, tenho que ganhar a vida, né!” (Risos). Mas ela quer que eu venha, sabe? Mesmo quando a mãe dela vem, parece que é diferente, não é a mesma coisa.*

*P.: O senhor é caminhoneiro, né, seu Emílio?*

*E.: Isso, isso.*

*P.: E o senhor tava dizendo que essa vinda do senhor pro ambulatório o senhor sente que é útil?*

*E.: É útil, especialmente pra minha filha, né. Eu acho que elas, que tão passando por tanta coisa já, sofrendo tanto, parece que fica aliviada de ter as pessoas por perto, a família, ce entendeu?*

*P.: Ahã. E no quê que eles podem ajudar pra que a filha fique bem, o senhor acha?*

*E.: Ah, é mais dando esse apoio mesmo. Parece que elas não sente que estão sozinhas nessa, que tem os pais por trás para dar essa cobertura.*

*P.: Entendi. E pro senhor, seu Emílio, essa participação ajuda?*

*E.: Pra mim... ah, ajuda porque é uma palavra que você escuta aqui, uma experiência que outro pai trás, né, ou na consulta, com a doutora T. [psiquiatra do serviço], às vezes ela explica umas coisas que a gente ficou em dúvida de como lidar lá com a Estela, sabe... você parece que fica sabendo mais o que tá acontecendo com elas.*

*P.: Ahã. Tá certo.*

No trecho em destaque, o pai legitima o discurso de que a participação paterna é importante no tratamento dos transtornos alimentares, mas destaca que essa importância está relacionada ao lugar de apoio que esta adquire para a filha. Segundo ele, o fato de o pai participar se configura como apoio, como suporte para o progresso da filha (“*parece que fica aliviada de ter as pessoas por perto, a família, ce entendeu?*”, assim como em: “*Ce sabe que, eu não vinha nos grupos, né, e agora eu to começando a vir mais, eu percebo que isso pra*

*Estela é muito bom*”). Essa noção remete ao discurso naturalizado no contexto da família como *lócus* de desenvolvimento do transtorno alimentar e, conseqüentemente, da manutenção ou da remoção dos sintomas considerados típicos ou característicos. Um dos efeitos desse discurso é que ele sustenta a necessidade da família estar próxima da pessoa adoecida, atribuindo o lugar da família como parceira no tratamento, sentidos corroborados pela literatura científica produzida sobre os transtornos alimentares.

Outro ponto que pode ser destacado na interação analisada é a construção do grupo de apoio oferecido como oportunidade de estar presente no tratamento de Estela, muito mais no sentido de dar-lhe o apoio requerido, do que essencialmente terapêutico para ele como pai.

A questão do trabalho aparece também como limitadora para a inserção do pai no contexto de tratamento da filha, que, por sua vez, reforçava essa presença, como expresso na fala: *“ela fica tão feliz, fala: “Pai, eu queria que você fosse!”. Eu falo: “Filha, você sabe que eu não posso, tenho que ganhar a vida, né!” (Risos). Mas ela quer que eu venha, sabe?”*. Ele faz então uma diferenciação dos lugares de participação da mãe e do pai: *“Mesmo quando a mãe dela vem, parece que é diferente, não é a mesma coisa”*, delegando à participação do pai uma situação especial, um relacionamento com efeitos diferentes para a filha do que o relacionamento desta com a mãe. Esse movimento responde às descrições do que é ser pai e o que é ser mãe segundo a *função* que assumem na dinâmica familiar, geralmente presentes nas teorias psicanalíticas e psicodinâmicas, na qual o pai tende a ter funções específicas na relação com o filho, assim como a mãe (Borges, 2005; Gomes & Resende, 2004). Subjaz, nessa concepção, também a noção de gênero: o homem deve exercer tal papel e a mulher outro, considerado apropriado à sua condição.

No momento interativo seguinte, a pesquisadora faz uma pergunta a Emílio visando a compreender se essa participação era útil para ele, como pai, e ele responde: *“Pra mim... ah, ajuda porque é uma palavra que você escuta aqui, uma experiência que outro pai trás, né, ou na consulta, com a doutora T. [psiquiatra do serviço], às vezes ela explica umas coisas que a gente ficou em dúvida de como lidar lá com a Estela, sabe... você parece que fica sabendo mais o que tá acontecendo com elas”*. Aqui, é possível denotar o sentido presentificado pelo pai da troca de experiências como algo terapêutico, um sentido tido como um pressuposto dos grupos de apoio na área da saúde; da mesma forma, a relação com o saber profissional é descrita como útil quando mediada por situações de informação e orientação. Essa forma de

conversar parece fazer com que o pai se aproxime da situação vivida pela filha, *compreendendo mais, sabendo mais* sobre o transtorno alimentar.

#### 4.6. A PARTICIPAÇÃO DO PAI CONSTRUÍDA COM FERNANDO

Fernando tinha 54 anos, era casado e residia em uma cidade próxima ao serviço. Por conta de sua filha estar em tratamento há 13 anos, sua participação no serviço já era espaçada, com intervalo de meses entre uma vinda e outra. Contudo, comparecia praticamente a todos os retornos marcados, e sempre junto da esposa, V. A relação do casal também foi um elemento marcante para a descrição desse pai.

Precedendo o trecho a ser analisado, pesquisadora e colaborador iniciam uma conversação a respeito de como o frequentar o ambulatório e, mais especificamente, o grupo de familiares, tinha sido construído como um recurso terapêutico para Fernando: ele dizia que o que mais lhe ajudara foi ver que outras pessoas, famílias, passavam pela mesma situação, e que isso trazia certo conforto e confiança, pois acreditava que, por isso, poderiam ajudá-lo a pensar em como enfrentar o adoecimento da filha. Relatava não sentir-se “sozinho naquele barco”, referindo-se ao apoio recebido de outros pais e familiares no grupo.

*P.: Tá, certo. E agora eu queria aproximar um pouquinho mais a nossa conversa pra participação... mas agora a participação do pai. A gente falou da família como um todo: com a mãe, com o pai, às vezes com a presença de irmãos, tios... mas agora, pensando só no pai. Como que o senhor vê essa participação paterna no tratamento?*

*F.: A vinda só do pai, cê tá falando, né?*

*P.: Isso.*

*F.: Nesse caso, eu vejo assim... o pai, geralmente, ele tem uma outra cabeça, né.*

*P.: É, seu Fernando?*

*F.: Ah, completamente. O pai se preocupa com colocar o dinheiro dentro de casa, ele leva e busca na escola, quando é pequena. Acho que o pai fica responsável por essas coisas. E a mãe por outras coisas, pelo cuidado, alimentação... Desde quando é criança.*

*P.: Então o senhor acha que existe uma certa distribuição dos papéis, é isso, seu Fernando?*

*F.: É. Mas eu acho que o pai também tem que participar disso. Não é só a mãe não, ele é pai também, então ele pode cuidar do filho. Por exemplo, dando a educação, ensinando os valores daquela casa, assim... e hoje tá muito diferente de outras épocas. Antigamente, o pai era sisudo, mais distante assim dos filhos, tinha aquela posição de respeito mesmo. Às vezes, só de o pai olhar, o filho já entendia o recado: se estava baquçando, parava assim que o pai olhava, sabe? Mas hoje não.*

*P.: Sei.*

F.: Hoje a gente tem que tá mais próximo mesmo, pra acompanhar de perto tudo o que acontece com os filhos, porque hoje em dia tem muitas tentações, né, pra desviar de um bom caminho. Eu penso isso, né.

P.: Ahã. E seu Fernando, a gente vê que muitas vezes o pai não participa tanto dos atendimentos, do serviço em geral que é oferecido pra ele. Por quê que o senhor acha que isso acontece?

F.: Ah, eu acho que é por falta de informação.

P.: É? Como...

F.: Sabe o que acontece? As pessoas... em particular os pais, né, que a gente tá conversando, eles nem sabem o que é essa doença. Então pela falta de esclarecimento, muitos podem achar que é uma frescura de adolescente, de menina novinha, mas a gente sabe que não é. A bulimia e a anorexia são coisas muito sérias, com risco pra vida da pessoa. E, se não tiver acompanhamento, acontece o pior. Então eu acho que os pais, quando não se dispõe a perguntar, a conversar com a esposa sobre isso, a buscar esclarecimento a respeito, não entende não.

P.: Depende de um esclarecimento...

F.: De um esclarecimento, de uma busca em conhecer o que é o problema... de querer participar.

P.: Eu queria... só pra gente pensar, né, seu Fernando, que fazendo essas entrevistas pra minha pesquisa, em alguns momentos eu ouvi dos pais que o fato de trabalharem fora pode contribuir pra essa não vinda do pai ao tratamento. Pro senhor, isso faz sentido?

F.: Ah, faz, mas eu acho que isso não impede de vir. Eu, por exemplo, eu trabalho também, sou advogado, né, lá em [cidade]... inclusive a Flávia também seguiu essa carreira, tá superbem, tá trabalhando lá, tudo. Mas o que eu queria dizer é que a pessoa tem que acordar pra gravidade dessa doença e fazer de tudo pra que a filha encontre um equilíbrio maior, que consiga fazer suas atividades, trabalhar, estudar, sair com os amigos. Essas coisas, teve momentos que a Flávia não fazia mais. Então você fica preocupado.

P.: Fica preocupado então.

F.: Fica, lógico, porque você vê que a pessoa tá ficando pra trás, tá perdendo... queimando as etapas, que são importantes na vida, né. Então, se tem que vir pra cuidar da pessoa, fazer o tratamento como ele deve ser feito, tem que se virar e conseguir tá aqui.

P.: Tem que acompanhar esse processo?

F.: Exato, o processo.

P.: Ahã.

F.: Mas, por outro lado, tem pais, lógico, que não tem um horário tão flexível, mas, na medida do possível, ou sempre que possível, tem que vir pra saber o que tá acontecendo.

P.: Então tem essa dificuldade do trabalho...

F.: Tem. Em alguns casos tem. Mas outros eu penso que é falta de conhecimento sobre a doença, da condição da filha ou do filho.

Ao falar do lugar do pai no tratamento, Fernando traz uma distinção entre o papel do pai e da mãe na criação dos filhos: o pai situado como provedor financeiro e a mãe como



responsável pela alimentação, pelo cuidado. Traz o pai como o membro da família instaurador dos limites, reconhecendo também certa mudança desse lugar no decorrer do tempo (*“Antigamente, o pai era sisudo, mais distante assim dos filhos, tinha aquela posição de respeito mesmo. Às vezes, só de o pai olhar, o filho já entendia o recado: se estava bagunçando, parava assim que o pai olhava, sabe? Mas hoje não”*). Pode-se dizer que essa atribuição do cuidado inicial da mãe com o bebê, sobretudo no âmbito alimentar, faz parte de um discurso legitimado em nossa sociedade, em que também se baseia uma das principais versões explicativas para o surgimento de um transtorno alimentar no seio da família, que é a construção da díade mãe-filha(o) como um contexto relacional que, se disfuncional ou conflituoso, gera a dificuldade alimentar no filho. O cuidado tende a ser construído, nessa perspectiva, como *próprio ou natural* da mãe, e uma função que não é constituída como do domínio paterno.

Em seguida, a pesquisadora, posicionando os pais como as pessoas da família com menor participação nas estratégias de assistência oferecidas, pergunta ao pai quais razões seriam úteis para explicar essa “menor adesão”. Respondendo a esse convite, Fernando traz os discursos da falta de informação e o da gravidade do quadro. Ele justifica a falta de outros pais no tratamento pelo discurso de que os pais não o fazem porque não sabem *o quão grave* é um transtorno alimentar (*“Então pela falta de esclarecimento, muitos podem achar que é uma frescura de adolescente, de menina novinha, mas a gente sabe que não é. A bulimia e a anorexia são coisas muito sérias, com risco pra vida da pessoa”*).

Se analisarmos as explicações mais presentes na literatura sobre os transtornos alimentares, podemos apreender que ele é descrito como uma patologia de etiologia multifatorial. Portanto, uma condição que é vista como complexa e desafiadora, cuja necessidade de tratamento deve abarcar, por isso, várias frentes profissionais, como médicos, nutricionistas, psicólogos, terapeutas familiares, etc. Dessa maneira, dizer que o transtorno alimentar é grave sustenta a condição de que toda a família participe do tratamento, inclusive o pai, e que aquele não participa não sabe dos riscos que isso representa. Por um lado, se isso resulta em cuidado e atenção à paciente, por outro, pode trazer uma compreensão de que aquele que não vai ao atendimento é incapaz de ajudar a filha.

Assim, o “verdadeiro conhecimento” sobre o tema fica concentrado nas mãos dos profissionais que os atendem. É possível compreender isso na própria estruturação dos

serviços de saúde atuais, formados por equipes multidisciplinares, na qual são oferecidos diversos conhecimentos especializados, ou seja, cada profissional é considerado como aquele que *conhece os sintomas* e as melhores formas de tratamento. Disso resulta também o caráter mais informativo ou de orientação valorizado nos grupos oferecidos, que geralmente delimita as possibilidades na relação profissional-família ou profissional-pai. Entretanto, há um perigo em se adotar esse tipo de descrição, pois ela contribui para a noção de que os pais que não participam estão *errados* ou *desinformados*, uma vez que não tiveram contato com as informações que esses profissionais têm para oferecer, contribuindo para que o preconceito/discriminação com os pais ou familiares que não frequentem o serviço.

#### 4.7. A PARTICIPAÇÃO DO PAI CONSTRUÍDA COM GUSTAVO

O pai Gustavo tinha 47 anos e era casado. Apesar de morar na cidade em que está localizado o serviço, poucas vezes havia comparecido. Nesse ponto, a esposa P. era quem acompanhava a paciente às consultas e frequentava do grupo de apoio psicológico. Na tentativa de fazer uma descrição desse pai, uma história que marca a versão construída aqui tem relação com a sua própria família, história que foi compartilhada momentos antes da entrevista ser gravada. Gustavo conta para a pesquisadora que vinha de uma família de muitos irmãos, que viviam no Nordeste do país. Depois de algum tempo, o pai, descrito como uma pessoa muito brava, autoritária, fez com que os filhos fossem se mudando para São Paulo, buscando uma oportunidade melhor de vida e subsistência. Construiu-se, naquela conversa, um homem com uma trajetória de muita luta, e de muita preocupação com a vida da filha e da esposa.

No trecho selecionado a seguir, ele fala sobre sua participação no tratamento:

*P.: E seu Gustavo, assim, o senhor contou que vocês buscaram ajuda... cê contou um pouquinho, né. O senhor falou que a sua esposa é quem mais acompanha aí a Graziela aí no tratamento, né.*

*G.: É.*

*P.: E o senhor aí, nesse tratamento? Por quê que o senhor não tá acompanhando agora?*

*G.: Eu não tenho tempo pra isso, entendeu? Porque eu confio na minha esposa, porque eu sei que ela vai resolver o problema, ela corre atrás, ela se dedica. E eu não posso toda vez que ela vem, eu venho, eu fico lá na reunião. Igual, eu to aqui com*

você... agora eu posso, tive que trazer ela, agora, se fosse pra mim ter... amanhã, por exemplo, eu não poderia.

P.: Ahã.

G.: Porque eu tenho serviço, é. Eu tenho que correr atrás dos meus interesses. E... agora, se eu tivesse uma condição melhor, aí eu procuraria até, buscaria um... sei lá, um par que resolvesse lá mais rápido, mas eu não tenho condições. Então como lá nas Clínicas tá bem, me ajudou muito, até no fato do meu serviço, porque quando era nesse lugar, eu tinha que levar às vezes duas vezes por semana. Às vezes eu tinha que ir lá, tinha que levar. Ali ficava duas, três horas. Dali ia para outro lugar, então quer dizer, porque tinha marcado certo, eu vinha trazer. Espero o quê, uma hora só. Da outra vez, quando tem que ficar na... não sei muito bem como é que funciona. Lá em cima eu chego, traço elas, elas ficam aí e eu vou embora. Igual ontem, anteontem... na semana passada eu acho.

P.: É, semana passada ela teve retorno, é. É que aí tem que marcar e depois, né...

G.: Aí eu vim trazer ela, eu fui trabalhar, quando foi seis horas, minha mulher me ligou eu vim, busquei ela. Então a gente segue assim, não que eu deixe de... abandone o barco. Jamais.

P.: O senhor participa, mas de uma outra forma, né.

G.: É, eu participo na medida do possível, porque amanhã: “Você tem que ir, é obrigatório”, aí é claro, eu largo o serviço, largo tudo. Mas não é necessário, hoje não é necessário.

P.: E seu Gustavo, até a gente fala muito isso, né, da participação, que quem puder participar, né, a gente fala muito isso. Se o senhor pudesse... não sendo obrigatório, não vamos usar essa palavra porque ela é muito...

G.: Ahã.

P.: Mas acho que assim, se fosse possível, o senhor gostaria de participar mais?

G.: Se fosse possível sim. Mas só que não é, né, pelo fato de eu ter que trabalhar, né.

P.: Essa questão financeira...

G.: É. Por essa questão. Por exemplo, se eu tivesse posses, eu não ia abrir mão de deixar de cuidar da minha filha pra correr atrás de serviço, sendo que eu já tinha uma condição que não era... né? Como a gente não tem essa condição, então eu tenho que... porque se eu deixar de trabalhar pra ficar correndo atrás disso, não pode faltar o arroz, a folha, pra ela mesmo. Ou até... remédio.

P.: Ahã.

G.: Então não... eu gostaria de poder, mas não posso.

P.: Ahã. Seu Gustavo, como o senhor não tá podendo acompanhar toda semana, né, de tá ali todo o retorno, pra quê que o senhor acha que é o tratamento? O quê que o senhor imagina que é esse tratamento?

G.: Ah, o tratamento é... eu tenho a esperança de que ele seja pra curar ela, pra realmente curar, não só pra vir aí e ficar o resto da vida nessa coisa. E quanto ao tratamento, já deu pra ela uma coisa muito boa, né, não vejo problema. Ela... o problema da alimentação ainda dá um pouquinho de trabalho, mas muito pouquinho.

A pesquisadora já posiciona o pai de determinada maneira na conversa, quando diz: “O senhor falou que a sua esposa é quem mais acompanha aí a Graziela aí no tratamento, né” e “E o senhor aí, nesse tratamento? Por quê que o senhor não tá acompanhando

*agora?”*. A construção de sentido aí presente contribui para uma descrição de Gustavo como um pai que deixa apenas para a mãe o cuidado da filha, ou como alguém desinteressado pelo tratamento. Isso é retomado novamente quando é perguntado sobre o porquê de ele não estar acompanhando naquele momento, utilizando inclusive certo tom de cobrança em termos da sua participação no ambulatório. A fala da pesquisadora se mostra alinhada à da equipe do serviço, entendendo esse pai como um ausente no tratamento. Nesse momento, ela limita o diálogo da participação, uma vez que seu enunciado acaba por gerar no pai a sensação de *erro*, de *falta*, contribuindo para uma *culpabilização* desse membro familiar, que é uma forma menos generativa de negociação.

Gustavo tem uma fala, em resposta a esse discurso, que converge no sentido de valorizar a esposa, dizendo que confia nela no que se refere ao cuidado da filha (*“Eu não tenho tempo pra isso, entendeu? Porque eu confio na minha esposa, porque eu sei que ela vai resolver o problema, ela corre atrás, ela se dedica”*). Nesse mesmo trecho, ele procura justificar inclusive os momentos em que não pode estar no grupo de apoio aos familiares, do qual participava raras vezes (*“E eu não posso toda vez que ela vem, eu venho, eu fico lá na reunião”*), buscando até enfatizar que, quando lhe era possível, entrava e participava do grupo de família.

O fluxo conversacional prossegue e Gustavo argumenta que o principal motivo de não comparecer aos atendimentos do ambulatório é o seu emprego. Ele reitera que, se não tivesse que trabalhar para sustentar a família, poderia pensar em participar mais das atividades dessa assistência. Nesse ponto, acaba trazendo para o diálogo um discurso alternativo para a sua participação como pai no tratamento, como descrito no excerto: *“Às vezes eu tinha que ir lá, tinha que levar. Ali ficava duas, três horas. Dali ia para outro lugar, então quer dizer, porque tinha marcado certo, eu vinha trazer”*. Ou seja, Gustavo compreende que participa sim do tratamento da filha, não ao vir no grupo de apoio familiar ou nas reuniões da equipe multiprofissional com a família, mas nas tarefas cotidianas de cuidado com a filha, principalmente quando a leva e busca, assim como à esposa, nos seguimentos que realizam.

Provavelmente pelo clima de cobrança presente na negociação, ele reforça a sua postura ativa no tratamento da filha: *“Então a gente segue assim, não que eu deixe de... abandone o barco. Jamais”*. Carolina, então, compreende esse sentido alternativo, respondendo: *“O senhor participa, mas de uma outra forma, né”*. Assim, os sentidos

cristalizados que a pesquisadora apresentava acerca do que é uma participação “efetiva” do pai no tratamento delimitaram, a princípio, as possibilidades de atuação desse pai na conversa, restringindo-as à vinda ao serviço e às suas propostas consideradas como terapêuticas. Entretanto, utilizando a perspectiva construcionista social, é possível relativizar a descrição dessa participação como verdade, sendo apenas uma das formas possíveis de descrição do lugar do pai no contexto dos transtornos alimentares.

No momento seguinte, é retomada a co-construção do lugar do pai como o provedor financeiro da família, um motivo forte que restringiria sua vinda ao contexto hospitalar. A pesquisadora emenda a esse tema a questão do tratamento, perguntando como Gustavo poderia descrevê-lo, e ele o conceitua como um meio para obter a cura da filha: *“Ah, o tratamento é... eu tenho a esperança de que ele seja pra curar ela, pra realmente curar, não só pra vir aí e ficar o resto da vida nessa coisa”*. Essas construções dão espaço para que o transtorno alimentar seja entendido como uma patologia crônica, de longo período de cuidados médicos e, frente a tal noção, o pai se constrói como alguém que não pode ou não aguenta um período tão extenso de tratamento.

A partir dessa conversação, é possível pensar que geralmente, nos serviços de saúde, a situação vivenciada pelas pessoas atendidas é narrada em termos de problema, ou de patologia, encerrando noções como a de falta, a de desvio (da normalidade), enfim, como algo que é do indivíduo, portanto, como individual e não-relacional. Assim, há uma tendência em compreender que a “solução do problema” depende em parte da “vontade” da pessoa diagnosticada (conceito individualizante), e que, portanto, lidar com a pessoa diagnosticada com um transtorno alimentar e o próprio transtorno sejam considerados como situações igualmente difíceis, complexas e demoradas. Considerando que a forma como descrevemos as realidades regula as ações criadas para enfrentá-las, talvez seja válido problematizar essas concepções, abandonando o discurso da patologia para migrar para o das potencialidades, mais focado no que essas pessoas podem fazer em relação ao que estão vivendo, especialmente como recurso para o trabalho na área da saúde (McNamee, 2002).

#### **4.8. A PARTICIPAÇÃO DO PAI CONSTRUÍDA COM HÉLCIO**

Nas conversas com Hélcio, uma descrição possível é a de um pai de 49 anos, casado, também proveniente de outra cidade. Tinha vindo ao serviço em poucas ocasiões, e

mantinha uma relação com a esposa mais distanciada. Era uma pessoa bastante reservada, que não procurava se apresentar como a mais falante ou a mais expressiva, sobretudo no grupo de apoio aos familiares. Na relação com a filha, talvez por estarem chegando ao serviço, ainda relatava estar tomado pelas novas informações sobre o transtorno alimentar e o tratamento.

No trecho selecionado, pesquisadora e colaborador se engajam em uma interessante negociação sobre o tratamento:

P.: Tá certo. É...e seu H. quando ela tava lá no tratamento o senhor acompanhava esse processo?

H.: Não.

P.: Não?

H.: Não...Eu acompanhava assim né, bem de longe...

P.: O senhor não ia na consulta...essa parte assim, o senhor não...?

H.: Não.

P.: E como que o senhor participava então?

H.: Do?

P.: Desse processo. O senhor não ia lá na consulta...

H.: É...a mulher... a gente...já chega em casa já vai...se abre comigo né...minha mulher.

P.: Uhum...Então ia passando as...

H.: Ela me passava as...

P.: Uhum, entendi. E o que que o senhor acha que é feito nesse tratamento? Que que o senhor imagina... que é oferecido, como que ele pode ajudar?

H.: Uai...Eu acho...que é psiquiatra né...é mais...como que é...é mais...conversa.

P.: Que que o senhor imagina?

H.: Eu acho mais conversa né? Porque...ela...eu acho que ela toma uns remedinhos lá...mas o tratamento de psiquiatra é...eu num...

P.: É pra ouvir assim um pouco de como o senhor constrói o tratamento né, como que é o tratamento pro senhor...É só a parte psiquiátrica ou o senhor acha que tem mais coisas também que são trabalhadas?

H.: Eu acho que é só psiquiatra né.

P.: É...E...o senhor tinha vontade de é...acompanhar um pouco mais de perto o que tava acontecendo...ou hoje né se o senhor não acompanhou antes, hoje o senhor tem vontade de tá mais próximo, de acompanhar mais?

H.: Tenho.

P.: Tem?

H.: Tenho.

P.: E como que o senhor acha que a participação do pai agora pensando no pai né como que o senhor acha seu H. que o pai participando isso ajuda no tratamento?

H.: É...com é...Ajuda bem né...eu acho que...ixe...ainda mais ela, que ela é muito insegura, ixé. (risos) Eu hoje...tá nós dois aqui pelo amor de Deus é a coisa mais boa do mundo.

P.: É...O senhor percebe que pra ela é um motivo de segurança?

H.: Nossa senhora, vê nós dois junto não tem coisa mió no mundo.

P.: Então a presença do pai é importante?

H.: Vixe...

P.: Né...Não só da mãe né seu H.?

H.: Ela é mais ligada na mãe né...

P.: E pensando na mãe também, nos pais né, o que que eles podem ajudar na melhora do filho, que ta passando por uma situação dessa...?

H.: Que que pode ajudar...que que pode ajudar hein...que eu vou te falar...acompanhamento né, acompanhamento e...pra te falar né, mulher ela faz uma força danada pra ela come né...

P.: Mas acho que esse apoio né, essa companhia, se sentir mais seguro né...

H.: É...Iguar eu te falava, nós dois ai juntos pra ela não tem coisa melhor.

P.: É...E a relação de vocês dois como que é? De você com a filha, né?

H.: Ótima.

P.: É? Vocês conversam, como que é?

H.: Nós não conversa muito não, mas assim a gente se dá bem...mas conversa pouco...mas se dá muito bem.

P.: Não é muito de se abrir...

H.: Não, não, ela se abre mais com a mãe.

Nas falas iniciais desse trecho, Carolina pergunta a Hécio se ele acompanhou desde o início as consultas e procedimentos na ocasião do diagnóstico do transtorno alimentar da filha. A isso, ele responde que não acompanhava. Quase que imediatamente, a pesquisadora coloca: “E como que o senhor participava então?”. Utilizando um tom até mesmo de confrontação, Carolina acaba por posicioná-lo como alguém que não participava do tratamento “principal”, dando a noção de que outras formas de inclusão desse pai na vida da filha não poderiam ser consideradas como participação. Entretanto, o pai Hécio abre as possibilidades na conversação para o sentido de que, ao conversar com a mulher em casa após sua ida com a filha aos atendimentos do GRATA, ele participava, sim, desse contexto, mostrando-se interessado e presente na relação com a condição de saúde da filha.

A seguir, ambos começam a construir uma descrição possível sobre o tratamento oferecido, e Hécio tende a restringir os atendimentos ao nível psiquiátrico. Respondendo a esse sentido mais restrito, a pesquisadora procura ampliar os significados sobre o tratamento, tentando construir com o pai outras possibilidades (até mesmo tomando, situacionalmente, seu lugar como psicóloga/profissional da equipe, dentro de um serviço que sustenta a necessidade de várias frentes terapêuticas), mas ele acaba priorizando o transtorno alimentar como uma *desordem psiquiátrica*. É importante ressaltar que, desde as primeiras versões explicativas dessa condição até os dias de hoje, o viés psicológico e o

psiquiátrico foram, e ainda são, bastante legitimados para a compreensão do quadro, creditando a *conflitos da mente* ou *emocionais* a origem dos sintomas considerados característicos.

Ainda em relação ao tratamento, o diálogo continua com a pergunta de Carolina sobre se Hélcio, que não havia acompanhado os primeiros passos do tratamento da filha, gostaria então de mudar, de participar mais desse momento (*“Se o senhor não acompanhou antes, hoje o senhor tem vontade de tá mais próximo, de acompanhar mais?”*). Essa fala constrói um convite para que esse pai venha ao ambulatório, considerando a vinda ao serviço como a “melhor” participação, e o pai aceita esse convite, dizendo que sim. O jogo de posicionamentos que se dá nessa relação é o de um pai que está conversando com uma psicóloga do serviço que, além de coordenar um grupo de familiares, também realiza uma pesquisa sobre o tema! Isso contribui para que o pai corrobore alguns dos sentidos propostos por ela, buscando respeitar uma determinada hierarquia estabelecida entre quem atende e quem é atendido.

Ao final desse momento interativo, eles discutem especificamente o tema da participação do pai, iniciado pela pergunta da pesquisadora: *“Como que o senhor acha, seu H., que o pai participando, isso ajuda no tratamento?”*. Descrevendo a filha como uma pessoa insegura, Hélcio despontou como o pai “porto-seguro”, como alguém que pode oferecer à filha Helena segurança como forma de apoio (*“ela é muito insegura, ixé. (risos) Eu hoje...tá nós dois aqui pelo amor de Deus é a coisa mais boa do mundo”*). A sua participação é compreendida, assim, como auxílio para a estabilidade emocional da paciente.

#### **4.9. A PARTICIPAÇÃO DO PAI CONSTRUÍDA COM ÍTALO**

Ítalo tinha 55 anos, era casado e residia em uma cidade mais distante. Do contato com a pesquisadora, foi possível construir um pai atencioso, amoroso, que tinha uma descrição de si como alguém muito próximo da filha. Durante a entrevista realizada, ficou emocionado em muitos momentos, principalmente quando descrevia os passos iniciais pela busca do tratamento para Idália. Com relação às atividades do ambulatório, pela distância entre as cidades e porque a filha fazia faculdade e já morava com o namorado, essa presença no hospital ficava limitada a alguns retornos.

Após relatar não ter acompanhado a mãe e a filha no momento inicial de busca pelo diagnóstico e de uma forma de tratamento, Ítalo é questionado pela pesquisadora se,



naquele momento, gostaria de estar acompanhando mais esse processo, e ele justifica sua ausência no tratamento não por não se interessar pela vivência da filha, mas por conta do trabalho:

P.: E o senhor, né, pensando assim... o senhor gostaria de acompanhar mais, de ter acompanhado, de ter participado?

I.: Ah, a gente sempre quer tá próximo, tudo, dela, tenta tudo... eu cheguei aqui cedo. Mas a gente trabalha, então não consegue... é duro pra você... e como motorista, não tem como fazer: vou lá, fico uma hora e volto aqui pra trabalhar de novo. É vai e volta a noite, ce entendeu?

P.: Ahã.

I.: Não é igual a você ter um consultório aqui, eu ir lá e daqui a uma hora, retornar de novo.

P.: Tem a dificuldade de tá se locomovendo...

I.: É, ou eu páro de trabalhar ou eu não paro. Eu perco um dia, eu perco tudo, cê entendeu?

P.: Ahã.

I.: Se eu parar um dia eu perco, cê entendeu? Se eu não viajar, eu perco. Ou eu viajo, eu não viajo. E geralmente eu... fica tudo pendente quando eu chego lá: mão-de-obra, carga, essas coisas assim.

P.: É.

I.: Então às vezes não dá. Cê fala: "Eu vou ali e volto", não volta. Se dá mais um problema, se dá alguma coisa assim...

P.: Fica por conta, né.

I.: É, cê acaba... não consegue vir. Eu também não choro, cê fica dentro de casa, cê fica triste também, tem que puxar o trem também.

P.: É um limitador. A questão do trabalho parece que limita um pouco essa participação no tratamento.

I.: É, e você tem a precisão. O trabalho, no momento, a gente não pode abrir mão.

P.: E se o senhor, assim, não tivesse trabalhando no momento, né, seu Ítalo, assim, de repente se o senhor... quê que o senhor imagina? O senhor imagina que daria pra participar mais? Como que seria?

I.: Aqui? Com certeza.

P.: O senhor tem esse desejo?

I.: Se eu fosse um autônomo, assim, tudo, né, eu ia ter a consistência de ???, ficaria feliz de participar.

P.: Tá certo.

I.: Com certeza.

P.: Tudo bem. E o senhor acha importante... agora a gente tá falando mais da questão do pai, né, dessa participação do pai, né, o senhor acha importante o pai tá participando do tratamento?

I.: É, tem... é sempre importante, né. Mas tem algum momento que é mais importante, entendeu?

P.: É?

*I.: Tem um momento que é mais importante. Então... na época, eu não pude, já falo pra você. Hoje, hoje eu... falei que era importante, mas hoje aquele namorado dela, aquele menino lá...*

*P.: Ele veio também, né, seu Ítalo?*

*I.: É, ele é interessado sabe? Vamo ver se vai dar certo.*

*P.: Ahã.*

*I.: No retorno passado ele veio também, então to falando no carro com ele hoje, pra ver se...*

*P.: Construir aí...*

*I.: É. Eu acho que é melhor ainda, porque eu vejo que a minha filha fica feliz.*

*P.: Ahã.*

*I.: Mas o trem é complicado! (Risos). Cê pensa que é fácil, mas não é assim.*

*P.: Entendi. (Risos). Pra ele participar também, né?*

*I.: É, sabe? Pra ele assumir a...*

Ítalo relata, como outros pais entrevistados, a vontade de estar próximo da filha, elegendo, entretanto, a questão do trabalho como um entrave para uma maior participação no ambulatório (“Ah, a gente sempre quer tá próximo, tudo, dela, tenta tudo... eu cheguei aqui cedo. Mas a gente trabalha, então não consegue... é duro pra você... e como motorista, não tem como fazer: vou lá, fico uma hora e volto aqui pra trabalhar de novo. É vai e volta a noite, ce entendeu?”). A jornada de trabalho extensa e fora de sua cidade circunscreve sua participação no hospital. Carolina, então, responde a esse sentido, legitimando-o: “É um limitador. A questão do trabalho parece que limita um pouco essa participação no tratamento”. Nesse momento, busca se aproximar da situação de dificuldade do pai, reconhecendo o sofrimento presente e procurando acolher a impossibilidade que às vezes se dá dele não pode estar nesse contexto. Mais uma vez, a questão do trabalho é descrita como uma obrigação financeira do pai no sustento familiar, que não pode ser mudada, que não pode faltar (“É, e você tem a precisão. O trabalho, no momento, a gente não pode abrir mão”).

Na sequência, a pesquisadora busca ampliar os sentidos sobre a participação desse pai no contexto de tratamento, questionando: “E se o senhor, assim, não tivesse trabalhando no momento, né, seu Ítalo, assim, de repente se o senhor... quê que o senhor imagina? O senhor imagina que daria pra participar mais? Como que seria?”. Pode-se pensar que essa tentativa de conversação aproxima-se das perguntas do tipo apreciativa referentes à prática da pesquisa de cunho construcionista, na qual o objetivo é o de sair das descrições saturadas de problema, dando ênfase a diferentes possibilidades de sentidos que possam

emergir em uma conversação. Para isso, são utilizadas perguntas não voltadas para o passado, como forma de buscar as causas de um problema, mas direcionadas ao presente e ao futuro, para estimular o exercício conjunto de criar outros sentidos para aquilo que se vive nos relacionamentos (Cooperrider, 2003). Ao mesmo tempo, tal pergunta se relaciona ao lugar no grupo de família assumido por Carolina, que sempre buscou estimular a participação desse pai e de outros familiares no tratamento.

Na interação seguinte, a pesquisadora convida Ítalo a pensar se ele considerava a participação do pai importante para o tratamento, e ele traz que já foi mais importante que ele tivesse acompanhando de perto esse processo do que atualmente (*“Tem um momento que é mais importante. Então... na época, eu não pude, já falo pra você. Hoje, hoje eu... falei que era importante, mas hoje aquele namorado dela, aquele menino lá...”*). O pai se refere ao momento mais inicial da busca pelo tratamento, quando a filha estava no final da adolescência e recebeu o diagnóstico. Nessa fase de sua vida, Ítalo diz que não pôde acompanhá-la. Idália tinha 26 anos no momento da pesquisa, tendo acabado de terminar a faculdade e um namorando há cerca de dois anos com um rapaz, citado por ele e pela pesquisadora como novo participante no grupo: *“Ele veio também, né, seu Ítalo?”*, *“É, ele é interessado sabe? Vamo ver se vai dar certo”*. Assim, é esperado que esse pai construísse seu lugar como o de um cuidador mais distante de Idália, visto que, naquele momento, já morava sozinha e tinha um relacionamento estável com o namorado, então definido como o cuidador principal da paciente.

A participação do pai é então investigada:

*P.: Tá certo. E pensando aí na participação dos pais aí, o quê que o senhor acha que os pais podem contribuir, seu Ítalo, pra recuperação dos filhos? Pra melhora, né? No quê que eles podem ajudar e no quê que eles podem dificultar?*

*I.: Ué... é complicado. Você chamar... você tem que colocar... ter uma mesma opinião e você bate de frente, porque elas medem o que a gente falou, né. Tem que aceitar por um lado, num lado, e do outro lado, tem que também impor, alguma hora cê tem que impor também, né. Tem que ter muita... muita perseguição pra conseguir saber a hora de impor e de recuar, entendeu?*

*P.: Ahã.*

*I.: Porque onde nós tentamos, não encontramos. Deve-se achar afinal! São manipuladores, tentando ser... tem uma... como que fala... uma criatividade que cê não acredita! Eles são criativo demais! Cada dia eles evoluem.*

*P.: Então os pais tem que tá atentos até pra não... dificultar mais, vamo dizer assim?*

*I.: É, porque tem hora que é difícil, né. A gente fica meio perdido, não é? Tem que colocar contra, normalmente... mas também não pode deixar que eles dominem, sabe? O que eu te falei mesmo. Porque é importante, né.*

*P.: Chegando num meio termo, parece, né.*

*I.: É, aquele termo de você tá perto, mas... é bem difícil.*

Falando da contribuição dos pais para o tratamento, Carolina introduz a pergunta: “E pensando aí na participação dos pais aí, o quê que o senhor acha que os pais podem contribuir, seu Ítalo, pra recuperação dos filhos? Pra melhora, né? No quê que eles podem ajudar e no quê que eles podem dificultar?”. Descrevendo sua relação com a filha, Ítalo destaca a necessidade de colocação dos limites: “Ué... é complicado. Você chamar... você tem que colocar... ter uma mesma opinião e você bate de frente, porque elas medem o que a gente falou, né. Tem que aceitar por um lado, num lado, e do outro lado, tem que também impor, alguma hora cê tem que impor também, né. Tem que ter muita... muita perseguição pra conseguir saber a hora de impor e de recuar, entendeu?”. Essa negociação continua: “Porque onde nós tentamos, não encontramos. Deve-se achar afinal! São manipuladores, tentando ser... tem uma... como que fala... uma criatividade que cê não acredita! Eles são criativo demais! Cada dia eles evoluem”.

Aqui, aparece o sentido de que o paciente possui determinadas características pessoais que determinariam a forma como reagem às situações, como trazido por Ítalo pelo uso do termo *manipuladores*. Tal discurso remete a algumas explicações comuns no campo da Psicologia, especialmente nos estudos de orientação psicodinâmica, os quais descrevem modos particulares de funcionamento da mente de pessoas com o diagnóstico de transtorno alimentar. Ser manipulador seria, nessa compreensão, uma característica própria do paciente, interna, como algo que ele possui e determinaria suas relações interpessoais, descrição que também convida os pais a participarem de determinada maneira nesse tratamento (sua importância estaria, por exemplo, em vigiar o comportamento dos filhos).

Por fim, no trecho recortado, pesquisadora e colaborador falam da necessidade da negociação desses limites no convívio com a filha (“Então os pais tem que tá atentos até pra não... dificultar mais, vamo dizer assim?”), ao que Ítalo entende como um processo difícil, pois os pais devem estar próximos, mas não permitindo que o filho lhes domine (“É, porque tem hora que é difícil, né. A gente fica meio perdido, não é? Tem que colocar contra, normalmente... mas também não pode deixar que eles dominem, sabe? O que eu te falei

*mesmo. Porque é importante, né”). Carolina evidencia, nessa fala, as aproximações e recuos na construção conjunta do que é possível nesse contexto relacional, como pode ser visto no exemplo: “Chegando num meio termo, parece, né”. O pai legitima o discurso trazido por ela, mas acrescenta que fazer essa negociação constitui-se como um grande desafio (“É, aquele termo de você tá perto, mas... é bem difícil”).*

#### **4.10. A PARTICIPAÇÃO DO PAI CONSTRUÍDA COM JULIANO**

O pai Juliano tinha 52 anos de idade, era casado e morava na cidade. Ele já não frequentava o ambulatório, assim como sua filha já não era mais acompanhada pelo serviço, tendo recebido alta há alguns anos do GRATA. Entretanto, a escolha por convidar esse pai para a pesquisa se justifica por dois motivos principais: um deles é de que Juliano era um pai que frequentava assiduamente o serviço durante o tratamento da filha, vindo mais do que a mãe, tanto para as consultas quanto para o grupo de apoio à família; e o outro motivo reside no fato de trazer uma experiência de “cura”, descrita por muitos pais como útil para a criação de estratégias de atenção aos familiares. Ouvir esse pai pareceu-nos uma oportunidade rica para abarcar diferentes sentidos sobre a participação do pai no contexto estudado, pois enriqueceria a produção de sentidos sobre o tema.

Ao retomar a história de Juliano nas diferentes modalidades em que participava, é possível descrevê-lo como uma pessoa bastante religiosa, que era muito empenhado em construir com o grupo formas de lidar com a dificuldade alimentar da filha. Sua profissão é a de cabeleireiro e, como profissional liberal, ele fazia questão de reservar as sextas-feiras para poder comparecer ao grupo. Nele, priorizava falas de encorajamento aos demais familiares, fazendo uma construção de que todos os participantes “construíam juntos” o caminho para a recuperação das pacientes. Um ponto que chamava atenção é que, até mesmo por essa sua religiosidade, tinha um discurso marcado por falas longas, organizadas em uma narrativa bem estruturada, que buscava convidar os outros participantes a um envolvimento maior no cuidado com as filhas. Dessa forma, parecia ocupar, em alguns momentos, um lugar de co-coordenador no grupo. Segundo ele, se os pais estivessem fortalecidos, estariam mais aptos a lidarem com os altos e baixos do transtorno alimentar e conseguir uma espécie de “cura”.

O recorte realizado aponta como Juliano descreve o que lhe foi motivador e/ou convidativo para que começasse a acompanhar as atividades oferecidas no hospital:

*P.: E o senhor falou que o senhor começou a acompanhar assim quase ao mesmo tempo que a sua esposa...o senhor passou a vir, a participar do tratamento né, o que que motivou seu J., o senhor a participar?*

*J.: É...a primeira coisa assim que...que motiva a gente, é a gente saber que tem um problema e que depende da participação da pessoa pra pessoa entender pra ver como que é que tem que atuar. Agora, pra isso a pessoa precisa carregar um manual de como se diz, de esperança, de fé, de coragem pra que você a cada dia mesmo tendo a princípio se não vê tanta melhora conforme vai acontecendo o tratamento porque é demorado e é de longo prazo a pessoa não desanimar então essa esperança que a pessoa tem motiva a pessoa, essa fé de que você acredita no tratamento ou no seu Deus na sua religião que te move também soma, e ali a esperança também você tratar seu filho e sair saudável né que é isso que todo mundo, todo pai toda mãe, quer, as vezes nem o próprio paciente a própria pessoa que ta com problema não quer tanto quanto aquele que veio e que ta lá.*

*P.: Quanto esse familiar né. Então o senhor teve fé no tratamento né?*

*J.: Ah sim, acredito.*

*P.: Legal. E seu J. assim pensando assim nessa questão do tratamento né, o senhor acha que é importante a família participar...que que o senhor...o senhor acha que ajuda...O que que os pais podem ajudar na melhora do TA né...e eles podem também dificultar, de repente? O que que o senhor acha?*

*J.: Eu acho que, acho não... tenho certeza absoluta disso, pelo pouco que eu participei porque eu também tenho minhas dificuldade também de participação, mas fiz o possível, no meu limite. É...o mais importante é a pessoa é...ela se interessar por aquilo, se entendeu? E a medida que você se interessar você vai aprendendo, e só você aprendendo é muito importante, mas se a esposa, o irmão, o tio, a madrinha, o padrinho, ou vizinho ou sei lá quem quer se seja que tem interesse e queira vir eu acho de extrema importância por quê? Porque você também vai partilhar junto aquilo que é muito forte que é você querer de início resolver o problema e não tem como resolver num piscar de olhos, é uma questão de longo prazo, ai você tendo assim a participação de mais pessoas que se interesse e isso eu vejo como também um remédio, certo? Além lógico em primeiro lugar o remédio do profissional que vai dar pra ele...dos profissionais que vão dar pra ela, que existe né. Agora, eu tenho certeza também de que é possível as pessoas que vem e que não queiram assim não se abram como se diz de coração de mente de corpo de alma pra viver aquilo ele vem por vir e ele não dá uma sequência isso vai fazer diferença porque vai fazer, ele vai desanimar ele vai retornar as vezes pode não querer vir e ele vai criticar vai dizer que não resolve nada porque ele não tem entendimento e não se abriu praquilo de corpo e alma vamo dizer assim, com fé, com esperança, com coragem acreditando no tratamento, nos profissionais, dando as mãos fazendo aquela corrente, com o tempo prolongado ai ele vai querer um milagre isso daí...esse negócio de milagre é meio complicado, praticamente dependendo daquilo não existe, essa pessoa por mais fé que tenha seja no Deus e tudo o milagre é o conjunto das coisas que tem que ser dada as mãos de quem tem que se juntar e fazer acontecer, então eu vejo que poderá ter bastante confusão também.*

*P.: Então o senhor ta falando que a não participação no grupo né ou a não participação até no tratamento, vamo ampliar um pouco mais, ela pode até dificultar, os pais podem até dificultar por não entender a questão né seu J.?*

*J.: Pode, pode, pode.*

*P.: Tá, tudo bem.*

*J.: E ao contrário, de participarem no maior número possível de pessoas com vontade mesmo, com entendimento, como ele sempre tivesse por exemplo com fome chega na hora do almoço ou da janta ele tem vontade de se alimentar se ele for assim eu tenho certeza que isso é como se fosse um remédio.*

*P.: Que barato né essa...se alimentar de informação né seu J., legal, de conhecimento né. E seu J., pensando lá né hoje a gente tá fazendo um flashback assim né de lembrar da sua trajetória, da trajetória da família, como que o senhor é.. descreve né, a sua participação no tratamento? Como que foi?*

*J.: Ah eu...eu infelizmente minha mulher não pôde vir nem à metade das reuniões que eu vim, mas isso por questão de sobrevivência porque o serviço dela não permitiu também que ela viesse. Ai como eu trabalho por conta ai então eu digo seja o que Deus quiser mas eu sei o que que eu quero ai eu praticamente abandonava o serviço e vinha...e, com isso...é...a gente...é...percebeu que quanto mais participar mais importante, ai a gente fez a opção de participar o máximo possível e foi isso que eu fiz, dentro do meu limite.*

É curiosa a maneira como constrói o transtorno alimentar, definindo-o como um “problema”. Em sua opinião, tal “problema” depende da participação do familiar para ser “solucionado”, já que o familiar necessitaria adquirir informações suficientes para saber com o *quê* estaria lidando (“*é a gente saber que tem um problema e que depende da participação da pessoa pra pessoa entender pra ver como que é que tem que atuar*”). Mais uma vez, emerge o discurso de demanda por um espaço no qual os pais possam receber informação e orientação dos profissionais, ou seja, para que adquiram o saber ofertado pelo especialista. Esse sentido permeia a sua fala seguinte, onde há a valorização do tratamento oferecido, como ferramenta em se pode confiar para obter-se a cura: “*Agora, pra isso a pessoa precisa carregar um manual de como se diz, de esperança, de fé, de coragem pra que você a cada dia mesmo tendo a princípio se não vê tanta melhora conforme vai acontecendo o tratamento*”. Pode-se dizer que a noção que embasa o tratamento, pautada em um viés biomédico, acaba sendo fortemente legitimada por Juliano, que compartilha das descrições utilizadas por essa comunidade discursiva ao dizer que a pessoa precisa carregar um *manual* de fé, esperança e coragem, realizando uma aproximação entre sua participação e os típicos manuais escritos que dão acesso a esse tipo de conhecimento.

Juliano também destaca a religião e a crença em Deus como recursos terapêuticos, pelo fortalecimento que promove. No próprio uso da linguagem que faz (“... *no seu Deus que te move, na sua religião*” e em “... *ou sei lá quem quer se seja que tem interesse e queira vir*”

*eu acho de extrema importância por quê? Porque você também vai partilhar junto aquilo que é muito forte que é você querer de início resolver o problema”...),* priorizando a voz direta, o você, por exemplo, ele estrutura seu discurso em uma narrativa extensa, mas coerente e bastante fundamentada em valores religiosos, o que tende a aproximá-lo, inclusive, de uma forma de falar próxima a de pastores de algumas igrejas. Isso possivelmente é usado no sentido de convencer os interlocutores da importância dessa participação, e de se engajarem na solução do problema, criando um movimento de responsabilização destes.

Quando a pesquisadora conversa sobre como a participação do pai pode ajudar ou se limita o cuidado à paciente de alguma forma, ele tenta ampliar essa participação a outros membros familiares, como tios, irmãos, enfim, a todos aqueles que quisessem saber mais do tratamento. Nesse ponto, participar do tratamento é construído de duas maneiras: como um aprendizado (*“E a medida que você se interessar você vai aprendendo, e só você aprendendo é muito importante, mas se a esposa, o irmão, o tio, a madrinha, o padrinho, ou vizinho ou sei lá quem quer se seja que tem interesse e queira vir eu acho de extrema importância por quê? Porque você também vai partilhar junto aquilo que é muito forte que é você querer de início resolver o problema e não tem como resolver num piscar de olhos, é uma questão de longo prazo, aí você tendo assim a participação de mais pessoas que se interesse e isso eu vejo como também um remédio, certo?”*), e como um remédio. Este sentido designa, portanto, que a participação desses personagens é central para alcançar a “cura” dos pacientes.

Em seguida, ele faz um movimento de valorizar o conhecimento especializado, ao afirmar: *“Além, lógico, em primeiro lugar o remédio do profissional que vai dar pra ele” e “e ele não dá uma sequência isso vai fazer diferença porque vai fazer, ele vai desanimar ele vai retornar às vezes pode não querer vir e ele vai criticar vai dizer que não resolve nada porque ele não tem entendimento e não se abriu praquilo de corpo e alma vamos dizer assim, com fé, com esperança, com coragem acreditando no tratamento, nos profissionais”*. Ambas as falas posicionam a equipe e as ações recomendadas por ela como representações da verdade, transformando a palavra do profissional na última palavra. Essa descrição favorece, por um lado, a confiança e a construção do vínculo entre aqueles que atendem e os que são atendidos nos serviços de saúde, mas pode também contribuir, dependendo de seu uso nas conversas, para uma noção de que os pais não possuem o conhecimento adequado de como



lidar com a filha com um transtorno alimentar, posicionando-os muitas vezes em um lugar de impotência.

Nesse sentido, Carolina, em sua fala seguinte, acaba legitimando essa noção de que a não-participação no grupo e no tratamento como um todo pode levar a um não-entendimento do problema (*“Então o senhor ta falando que a não participação no grupo né ou a não participação até no tratamento, vamo ampliar um pouco mais, ela pode até dificultar, os pais podem até dificultar por não entender a questão né seu J.?”*), e Juliano corrobora esse sentido: *“Pode, pode, pode”*. A partir de seu lugar como coordenadora do grupo de apoio, sempre buscando a maior participação possível, ela deixa de compreender a possibilidade de que outros sentidos sobre a participação possam ser construídos pelos pais fora do contexto de tratamento. Pensando que, a partir dos pressupostos do Construcionismo Social, a forma como descrevemos algo regula as ações tomadas a partir dessa prática, isso pode trazer limitações nos relacionamentos criados, e um preconceito com os pais que não comparecem ao ambulatório.

Na sequência interacional, a pesquisadora busca retomar a trajetória de Juliano e sua família no GRATA: *“Pensando lá né hoje a gente ta fazendo um flashback assim né de lembrar da sua trajetória, da trajetória da família, como que o senhor é.. descreve né, a sua participação no tratamento? Como que foi?”*. Ele imediatamente responde falando da ausência da mulher, que não pôde participar com tanta frequência quanto a sua dos atendimentos ofertados. O mais interessante é que, pela primeira vez, o marido é quem justifica as faltas da esposa e, além disso, baseia sua justificativa no formato como essa atividade era estruturada (*“Ah eu... eu infelizmente minha mulher não pôde vir nem à metade das reuniões que eu vim, mas isso por questão de sobrevivência porque o serviço dela não permitiu também que ela viesse. Ai como eu trabalho por conta ai então eu digo seja o que Deus quiser mas eu sei o que que eu quero ai eu praticamente abandonava o serviço e vinha...e, com isso...é...a gente...é...percebeu que quanto mais participar mais importante, ai a gente fez a opção de participar o máximo possível e foi isso que eu fiz, dentro do meu limite”*). Há, nesse momento, uma construção de sentidos que reforça, por um lado, a noção de que o trabalho restringe as possibilidades de participação no serviço, mas, por outro, destaca um sentido alternativo para a construção de que essa restrição não é exclusiva dos pais, de homens, mas delimita também a participação dessa mãe em alguns casos.

#### 4.11. A PARTICIPAÇÃO DO PAI CONSTRUÍDA COM LEANDRO

O pai Leandro tinha 48 anos, era casado, morava na cidade em que se oferecia o atendimento. Sua filha tinha entrado no serviço por encaminhamento de um hospital menor da cidade, chegando ao Hospital das Clínicas e já ficado em regime de internação, devido à debilidade de seu estado de saúde aventada pela equipe. Com pouco tempo no contexto de tratamento, o pai Leandro chegou a ir uma única vez ao grupo de apoio aos familiares e à primeira consulta com a equipe do GRATA, o que justificou depois, no encontro com a pesquisadora, dizendo que, naquele momento, era um espaço de conversação no qual não se sentiu confortável, pois via pais com as mesmas dificuldades conversando, ou até piores. Assim, não construiu essa intervenção como apoio, como um recurso terapêutico.

A construção das estratégias ofertadas no hospital como algo que não lhe ajudava naquele momento, foi estendida ao acompanhamento da filha pela família durante a internação:

*P.: E seu Leandro assim, agora eu vou passar um pouquinho pra família, como...no geral né, como que o senhor acha...o senhor acha que é importante assim a família participar do tratamento?*

*L.: Eu acho, com certeza.*

*P.: É? Como?*

*L.: Ah...não sei ué, tem que vim, animar né, dar uma força isso aquilo. Eu não sei se é viável que nem, igual eu tava te falando pra você, o que é certo, assim, que nem a minha esposa vim todo dia...não sei...ficar bajulando todo dia*

*P.: O senhor tá pensando sobre isso né?*

*L.: Tô. Porque a família é importante em participar, mas será que se... intercalasse essa visita ai pra ela sentir um pouco mais que a família tá lá fora e não aqui dentro com ela, que ela precisa tá lá fora e não a família, a família que precisa tá aqui dentro com ela...*

*P.: Aham...*

*L.: Não sei, não sei...*

*P.: Ter um meio termo ai né...*

*L.: É...ter um meio termo, que nem a minha esposa querer vim todo dia...vim um dia sim um dia não...dar umas falhadinha...pra ver que que ela pensa...que eu vejo muitos paciente ai que a família não vem, vem no final de semana que não pode...a esposa vem todo dia, quando não vem, a gente vem vem minha menina...vem...*

*P.: E o senhor consegue conversar isso na família... essas ideias?*

*L.: Converso, mas a minha esposa não aceita...*

*P.: É? É difícil.*

*L.: Ela...se ela não vim ai...vixe Maria...é problema...*

No trecho recortado acima, o sentido construído com Leandro traz uma concepção diferente de participação: a presença muito frequente da família seria, nesse contexto, prejudicial à recuperação da filha (*“Porque a família é importante em participar, mas será que se... intercalasse essa visita aí pra ela sentir um pouco mais que a família tá lá fora e não aqui dentro com ela, que ela precisa tá lá fora e não a família”*). Aqui, Leandro questiona se a proximidade da família com o paciente seria a melhor forma de tratar o transtorno alimentar. Para ele, talvez fosse mais útil que os pais estivessem mais distanciados da filha, colaborando para que ela buscasse avanços mais rápidos para voltar o mais cedo possível para casa. Principalmente, questiona o comportamento da esposa, mãe de Laura, que vai todos os dias ao hospital para vê-la. A pesquisadora busca ampliar os sentidos sobre o tema, perguntando se ele se sentia confortável para discutir o assunto com a esposa, mas ele diz que esta não aceita sua versão para a participação familiar.

Em seguida, Leandro traz o sentido de que prefere não visitar a filha, porque seu estado o deixa “sem paciência” e “triste”:

*P.: Não é fácil né...é o que a gente tava falando...tem um tempo né?*

*L.: É...e eu já tando...com o serviço e eu sei que a minha esposa vem...então a gente né...eu fico mais tranquilo...mas eu fiquei uns dia fora aí...eu já não posso vim muito porque... tem hora que eu perco a paciência, e pra mim se eu perco a paciência com ela vai ser pior, que o dia que eu chego ela tá boa é uma maravilha, mas o dia que eu chego ela tá triste, aí eu já assim...nossa...que nem falo tem altos e baixos, mesmo que eu sei que é do problema mas sei lá...*

*P.: É difícil compreender né?*

*L.: É difícil compreender que ela não tá se vendo que ela tá magra, que...chequei no sábado beleza, chequei ontem ela nossa que meu pé tá desse tamanho, que eu to gorda, hoje eu levantei mal, não hoje eu levantei mal...eu to um monstro to gorda e isso aquilo, aí nós fomo embora. A minha menina veio a C. já não tinha mais nada disso, não sei, tem hora que parece que tá fazendo assim pra...pra mexer com a gente, parece que ela...ela fala, ela fala que ela é mentirosa...não sei se ela tá mentindo...é verdade, eu sinto isso. Ela fala pra minha esposa que ela é mentirosa...se vai entender uma coisa dessas?*

*P.: É...então tem uns comportamentos aí...tão envolvidos né seu Leandro?*

*L.: Nossa...muita coisa...muita coisa.*

*P.: Acho que pra família também né...é...aguentar tudo isso né, todas essas questões é difícil né...*

*L.: A minha esposa ela...ela não demonstra, mas ela vixe, ela tá arrasada, tá arrasada.*

*P.: E seu Leandro, pensando até nisso que a gente tá falando né, o que que o senhor acha que a participação do pai...aí to falando do pai e da mãe né, mais da família assim, o que que o senhor acha que pode ajudar?*

L.: Ah, a paciente fica mais contente né, sente amparado eu acho né, eu vi uma visita lá tem uma menina lá da...a alegria é outra né...a minha menina se ficar dois dias sem vim aí, a saudade dela vai dobrar, agora não sei se isso faz mal ou se faz bem, não sei, é isso que eu queria saber do tratamento. Se ela sentir saudade vai fazer bem ou vai fazer mal. Porque é pior que aquele filho que faz arte, se você, ele fez arte, você passa a mão na cabecinha dele, amanhã vai fazer de novo, amanhã vai fazer de novo, se você ficar bravo ele não vai fazer, né, igual com gente novo...criação isso...

P.: Coisa de limite né... \_\_\_\_\_

L.: Não assim, bater...se entendeu, se falar assim ó, isso não tá certo, entendeu.

P.: Aham...

Na negociação engendrada, denotam-se o discurso do impacto do surgimento de um transtorno alimentar na família e o da doença como algo individual, algo que a paciente deve se esforçar para transformar (“*Tem hora que parece que ta fazendo assim pra... pra mexer com a gente, parece que ela...ela fala, ela fala que ela é mentirosa...não sei se ela tá mentindo...é verdade, eu sinto isso*”). Esse discurso produz uma realidade na qual a paciente é quem possui determinados comportamentos ou estados que, por sua vez, têm efeitos danosos à família. Essa forma de compreender o sintoma leva a uma culpabilização do indivíduo, deixando de lado o aspecto relacional dessa condição. Outro ponto relevante é que Leandro negocia, a todo o momento na interação com a pesquisadora, se essas noções são certas ou erradas, quase que requisitando uma confirmação (“*agora não sei se isso faz mal ou se faz bem, não sei, é isso que eu queria saber do tratamento. Se ela sentir saudade vai fazer bem ou vai fazer mal. Porque é pior que aquele filho que faz arte, se você, ele fez arte, você passa a mão na cabecinha dele, amanhã vai fazer de novo*”). De certa forma, há um convite para que a psicóloga do serviço – uma especialista – lhe dê a resposta definitiva.

A próxima questão da pesquisadora tratava de como a participação do pai pode ajudar ou não no tratamento das filhas, e Leandro responde a isso colocando que o fato de estar desempregado se constituía enquanto uma informação considerada prejudicial, naquele momento, para o estado de Laura, pois isso traria um “desequilíbrio emocional” que pensava ser desnecessário. Por isso, decidira não lhe contar até que ela saísse do hospital. Subjaz aqui a noção de saúde como dependente de um equilíbrio emocional, explicação que é bastante disseminada nas práticas discursivas cotidianas, e compartilhada não apenas pelas comunidades médicas e psicológicas, mas também pelo público em geral, que legitima essa crença ao longo do tempo.

Encerrando tal momento interativo, pesquisadora e colaborador conversam sobre a avaliação do pai em relação à própria participação no tratamento, ao que ele responde:

*P.: Entendi, tá certo seu Leandro E deixa eu perguntar né, é...pensando assim na sua participação no tratamento seu Leandro, o que que o senhor acha, como que o senhor vê a sua própria participação?*

*L.: A minha própria participação não é muito boa não.*

*P.: Não seu Leandro?*

*L.: Não...não vim visitar ela...por causa desses altos e baixos, quando ela tá com...assim, ela tá bem, eu to bem, se ela chegar não tá bem, eu não vo tá, eu acho que isso prejudica ela...*

*P.: Então o senhor sente que tá com dificuldade ainda de...de aderir...?*

*L.: De aderir...agora que nem, que nem a minha esposa não, tá bem ou tá mal ela chega ela...sabe...eu não sei lidar muito com...hora que chegar ela tá mal...pra mim acho que tinha que tá bem, amanhã melhorzinha...tanta ansiedade dela ir embora, então eu choro...tem dia que eu choro, começo conversar com você eu choro.*

*P.: É?*

*L.: Choro...fico triste...*

*P.: O senhor é humano né...? (risos)*

*L.: É a minha filhinha né...*

*P.: É...*

Ao descrever sua participação, o pai avalia que esta não é boa, pois acredita que não está muito preparado para lidar com os “altos e baixos da doença”, descrevendo-se como alguém que, ao ver que a filha não está bem, sente-se mal por isso, o que poderia prejudicar o *seu estado*, deixando-lhe ainda pior. Tanto ele quanto Carolina acabam construindo isso enquanto uma dificuldade de adesão, pautando-se no estado emocional do familiar que, estando mal, não conseguiria dar o apoio necessário à paciente (“Então o senhor sente que tá com dificuldade ainda de...de aderir...?”, “De aderir...agora que nem, que nem a minha esposa não, tá bem ou tá mal ela chega ela...sabe...eu não sei lidar muito com...hora que chegar ela tá mal...pra mim acho que tinha que tá bem, amanhã melhorzinha...tanta ansiedade dela ir embora, então eu choro...tem dia que eu choro, começo conversar com você eu choro”). A produção desse sentido pode ser relacionada, principalmente, aos discursos do impacto emocional do transtorno alimentar para a família e de que o pai deve estar bem para poder ajudar a filha, ambos enraizados na questão emocional do transtorno, justificando inclusive a participação em estratégias norteadas por esse foco.

#### 4.12. A PARTICIPAÇÃO DO PAI CONSTRUÍDA COM MARCELO

Marcelo era um pai de 55 anos, casado, que chegara recentemente ao ambulatório. Trabalhava em casa como massoterapeuta, e a esposa também uma profissional da área da saúde. Em suas participações nos grupos de apoio e nas consultas do ambulatório, era uma pessoa bem falante e muito preocupada com a filha. Essa preocupação era vista, inclusive pelos profissionais da equipe, como um comportamento por vezes “superprotetor”, uma vez que não permitia que Maria saísse com os colegas de sua idade. No contato com a pesquisadora, teve de início uma postura tímida, mas aos poucos foi se sentindo mais confortável e mostrou-se bastante disponível ao convite conversacional realizado.

O diálogo em destaque se inicia com a questão a respeito das pessoas que já teriam participado do tratamento até então, pensando no contexto familiar mais amplo:

*P.: E quem mais, seu Marcelo, participa do tratamento, além de vocês assim? Tem alguém que já manifestou interesse de participar?*

*M.: Não, não. Contando já com os familiares, mas não porque eu e a minha esposa já támo na área. Já cuida da minha mãe, cuidou do meu falecido pai, então a gente já tem um conhecimento a mais, que a gente já estudou, né. A esposa trabalha na área como auxiliar, tá terminando o técnico, e eu fiz o auxiliar, mas não cheguei a completar. Parei também. Então a gente já tem mais conhecimento e eles já não entendem...*

*P.: Fica mesmo atrás do senhor.*

*M.: Exato.*

Utilizando-se desse discurso, de uma formação especializada, Marcelo acaba posicionado a si e à esposa como pais diferentes dos outros familiares que frequentavam o grupo, ou seja, como pessoas com maior conhecimento na área, o que limitaria, para ele, a possibilidade de participação de outras pessoas da família no tratamento. Vale considerar que o discurso da especialidade como um conhecimento superior é muito valorizado em nosso contexto atual, e a adoção desse discurso faz com que Marcelo faça uma descrição de si que se aproxima ao máximo dessa construção social. Ao atribuir, então, certo *status* a essa condição, acaba se posicionando na relação com a pesquisadora como alguém *que fala do mesmo lugar*.

A conversação segue, agora focalizando o tema da importância da participação do pai no tratamento:

*P.: No quê que o pai pode contribuir?*

*M.: Eu... sim, os pais podiam contribuir bastante, mas não são todos os pais que aceitam. Deixa mais a cargo a mãe.*

P.: E por quê que o senhor acha que isso acontece, seu Marcelo?

M.: Acontece porque hoje a maioria dos pais, eles não tem uma orientação adequada pra saber o quê que é que o filho passa. Eu, como amigo da escola, eu fazia palestra sobre os animais peçonhentos e doenças sexualmente transmissíveis. Levava os material, mostrava, tudo na... fazia demonstração na sala de aula. Então quer dizer que... eu achava que os pais tinha que ter mais um preparo. A filha chega pra mim: “Olha, pai, hoje eu não to boa. A minha regra veio muito... tá muito forte”. E não são todas as filhas que conversam com os pais.

P.: Ahã.

M.: Então nesse sentido, eu me sinto orgulhoso porque ela já me desabafa.

P.: Ela consegue conversar com o senhor.

M.: Isso, então ela fala até o que tá acontecendo com ela, o que surgiu aqui, o que houve, que ela sentiu melhor, o que tá sendo útil pra ela. Então eu achava que os pais tinham que amadurecer mais nessa área.

P.: O senhor acha... o quê que ajudaria eles a ficarem mais próximos da filha, dos filhos, né. O pai, né.

M.: É, porque o pai, ele mais trabalha. Ele quase não tem tempo. Ele quer educar o filho como ele foi educado. Ele acha que aquele jeito dele, ele vai cuidar. Não! Sim, ele pode, ao mesmo tempo, do jeito dele, educar: “Não, meu pai é duro comigo, mas ele compra isso, ele vai aqui, ele deixa sair, então eu vou acompanhar essa regra do meu pai”. Mas tem muitos que não vê essa regra própria de si e já parte pra outra ignorância, vai bater, dá castigo, “Eu vou deixar você fazer essa viagem? Não!”. Não, não leva por isso. Isso daí é uma enganação. “Então eu vou ser bonzinho pro meu pai deixar eu fazer aquilo”. Não, aí tá enganando o próprio filho, entendeu?

P.: Ahã. O senhor acha que tem a ver assim com uma questão de ser homem? Ou não?

M.: Não, não.

P.: Independe do gênero.

M.: Não, não depende do gênero, não depende do sexo. Pai tem que ser pai na hora e mãe tem que ser mãe na hora. Não importa.

P.: É a função...

M.: É a função.

P.: Legal o senhor trazer essa outra concepção um pouco mais ampla do que é ser pai, né.

M.: Ahã.

Estabelece-se, nesse trecho, uma negociação que culmina no sentido de que alguns pais não participam das atividades oferecidas pelo fato de relegarem à mãe esse lugar: o de ser a pessoa mais próxima do filho, especialmente quando se trata das questões sentimentais. A pesquisadora questiona, então, o porquê disso, e ele completa: “Acontece porque hoje a maioria dos pais, eles não tem uma orientação adequada pra saber o quê que é que o filho passa. Eu, como amigo da escola, eu fazia palestra sobre os animais peçonhentos e doenças sexualmente transmissíveis. Levava os material, mostrava, tudo na...

*fazia demonstração na sala de aula. Então quer dizer que... eu achava que os pais tinha que ter mais um preparo*". Marcelo, então, corrobora o sentido de que a informação é um dos recursos mais úteis para que os pais possam lidar com a filha diagnosticada com um transtorno alimentar, assemelhando essa participação à sua inserção no programa do governo "Amigos da escola", no qual pais de alunos que queiram colaborar com as atividades escolares podem realizar algumas atividades com os estudantes, que ocorrem geralmente aos finais de semana (*"Eu, como amigo da escola, eu fazia palestra sobre os animais peçonhentos e doenças sexualmente transmissíveis. Levava os material, mostrava, tudo na... fazia demonstração na sala de aula"*).

Essa construção de sentido traz uma maior aproximação desse pai com a filha, abrindo um espaço relacional inclusive de maior intimidade, no qual podiam ser compartilhados os sentimentos dessa jovem, o que esse pai traz como uma conquista positiva do relacionamento entre eles: *"A filha chega pra mim: 'Olha, pai, hoje eu não to boa. A minha regra veio muito... tá muito forte"*. Considerando o contexto ampliado, no qual a mãe é geralmente construída como a pessoa com quem os filhos têm esse tipo de intimidade, o pai desnaturaliza concepções como a do amor materno, muitas vezes concebido como um amor incondicional, como o mais forte, e traz um sentido diferente para a relação pai-filha.

A pesquisadora, então, legitima o discurso de Marcelo como um pai "com quem Maria consegue conversar", e o sentido de que o pai pode ser mais próximo dos filhos e, especialmente, das filhas, vai sendo construído: *"Isso, então ela fala até o que tá acontecendo com ela, o que surgiu aqui, o que houve, que ela sentiu melhor, o que tá sendo útil pra ela. Então eu achava que os pais tinham que amadurecer mais nessa área"*. Essa fala é complementada por Carolina: *"O senhor acha... o quê que ajudaria eles a ficarem mais próximos da filha, dos filhos, né"*. Marcelo então reitera o pai nesse lugar: *"O pai, né"*.

Na sequência, o foco recai na negociação sobre o ser pai. Marcelo, convidado a pensar no tema, diz que a forma como os filhos eram educados no passado precisa mudar, sobretudo em relação à postura do pai. Assim, ajuda a construir um pai menos autoritário e fechado, que migra para um familiar mais companheiro, que deve dar atenção não apenas ao trabalho, mas também aos relacionamentos: *"É, porque o pai, ele mais trabalha. Ele quase não tem tempo. Ele quer educar o filho como ele foi educado. Ele acha que aquele jeito dele, ele vai cuidar. Não! Sim, ele pode, ao mesmo tempo, do jeito dele, educar: 'Não, meu*



*pai é duro comigo, mas ele compra isso, ele vai aqui, ele deixa sair, então eu vou acompanhar essa regra do meu pai”*. Tal descrição do ser pai tem correspondência com os estudos relacionados à paternidade que apontam mudanças com relação ao lugar do pai na sociedade, especialmente na cultura ocidental. Para alguns autores, o pai deixou de ser exclusivamente o provedor financeiro da família, abandonando uma antiga postura autoritária e emocionalmente distante dos filhos, para se constituir, nos dias de hoje, um ator muito mais presente e participativo na vida dos filhos, envolvendo-se, por exemplo, no período de gravidez da mulher, bem como nos cuidados iniciais ao bebê (Piccinini et al., 2004).



## 5. DISCUSSÃO

A partir da análise empreendida, é possível discutir alguns aspectos da produção de sentidos sobre a participação do pai no contexto dos transtornos alimentares. As histórias que puderam ser construídas com cada um dos pais entrevistados trouxeram novas possibilidades relacionais com esses interlocutores, desde suas esposas e filhas, mas, especialmente, pensando na relação com a equipe que assiste às pessoas diagnosticadas com um transtorno alimentar.

O processo conversacional foi analisado buscando evidenciar como os sentidos sobre essa participação foram sendo construídos, considerando os seguintes aspectos: o conteúdo das conversas, ou seja, os temas que fizeram parte das negociações engendradas; o contexto social mais amplo, em que as descrições produzidas estão inseridas; e o contexto específico da entrevista, ou seja, os momentos interativos, que delimitam a construção situacional dos sentidos. Outro ponto importante é que, ao longo das 12 entrevistas, foi possível reconhecer alguns sentidos que eram comuns a todas elas e, ao mesmo tempo, outros sentidos que trouxeram concepções alternativas para a realidade estudada.

Em relação ao transtorno alimentar, muitos pais destacaram o uso prioritário do discurso das questões emocionais como raiz do problema. O equilíbrio emocional foi descrito como um elemento importante tanto para o não-aparecimento do transtorno como para uma recuperação mais eficaz das pessoas diagnosticadas. O pai Leandro deixa de contar à filha sobre sua situação de desemprego, temendo que isso a deixasse ainda mais “abalada”, e prejudicasse seu estado durante a internação. Essa forma de explicar o transtorno alimentar corrobora com as primeiras descrições dessa condição, fundamentadas na compreensão psiquiátrica e psicológica do transtorno (Souza, 2011). Entretanto, partindo de uma perspectiva construcionista, essa é uma das maneiras disponíveis em nosso repertório interpretativo de explicar o que quer que esteja sendo considerado como um transtorno alimentar, e a seguinte questão se apresenta: que outras possibilidades de sentido não estão sendo consideradas e que poderiam ampliar a compreensão dessa condição, da pessoa diagnosticada?

Outro discurso que atravessou as entrevistas sobre esse tema foi a noção de transtorno alimentar como um comportamento do indivíduo, do paciente, que deve ter uma espécie de “força de vontade” para modificar seu comportamento inadequado, de modo a

alcançar a cura. Norteadas por descrições de si cristalizadas, nas quais a pessoa é descrita em termos do que ela possui e não em termos relacionais, certas características são vistas como próprias desse tipo de paciente, como dito por Ítalo sobre a manipulação que as filhas tentam ter sobre seus pais. Em seu relato, ele ressalta a importância de os pais darem limites na relação com as filhas. Encarada dessa maneira, a responsabilidade é destinada apenas às pacientes, retirando o caráter relacional dessa condição, o que contribui, geralmente para sua culpabilização e também estigmatização frente a condição que enfrentam.

Pode-se dizer que tal entendimento tem sua base em uma tradição *individualista* que sustenta as teorias psicológicas desenvolvidas para compreender o ser humano. Conforme já descrito em Sampson (1993), a pessoa é vista como uma espécie de contêiner, sendo concebida como alguém que possui determinadas características de comportamento e de relacionamento. No caso específico do campo dos transtornos alimentares, os estudos psicodinâmicos tendem a sustentar versões que listam uma série de características que seriam *próprias* do paciente que desenvolve um transtorno alimentar (Oliveira & Santos, 2006). Ao examinar esses discursos, Gergen e Gergen (2010) colocam que o efeito dessas construções é que a maioria das pessoas vê seus problemas como algo que “mora em sua mente” e sentem-se, conseqüentemente, “disfuncionais”, incapazes enquanto pessoa. Contudo, os autores argumentam: “o que costuma ser considerado disfunção pessoal, como a depressão, por exemplo, poderia ser ‘reescrito’ de forma tal que permita a alguém ver que está atravessando momentos políticos ou econômicos estressantes” (p.57). O discurso construcionista social nos convida, assim, a entender o transtorno alimentar como algo que é construído de determinadas formas, dependendo do contexto relacional em que essa noção está sendo discutida. A cada negociação, é possível abrir espaço para que outras possibilidades sejam consideradas para dizer sobre essa condição, talvez menos engessadas e mais amplas.

Outra noção que surgiu no diálogo é a do transtorno alimentar enquanto problema grave e crônico. Por um lado, a cronicidade dessa condição gera nos pais um sofrimento intenso, por sentirem que não há uma cura ou uma recuperação rápida, o que é vivenciado como algo insuportável, já que relatam não suportar períodos extensos de tratamento (como mencionado nas conversas com Carlos e com Gustavo). Por outro lado, quando é referenciado como algo grave, com risco à vida, como descrito pelo pai Fernando, por exemplo, têm-se duas concepções principais: o transtorno alimentar enquanto uma doença

complexa, que exige um tratamento igualmente complexo, que deve ser composto por um conjunto de especialistas para ser eficientemente tratado (Silva & Santos, 2006); e a necessidade da participação de toda a família no tratamento, com participação em todas as frentes diagnósticas e terapêuticas, sendo considerada como meio primordial para o alcance da recuperação desejada. Em seu relato, Fernando inclusive aponta que os pais que não compareciam aos atendimentos o faziam por não saberem o *quão grave* era o transtorno alimentar, ou seja, o discurso da gravidade do quadro sustentando a vinda da família ao tratamento.

Da análise desses sentidos, percebe-se que as explicações advindas do discurso biomédico ainda são bastante legitimadas nos contextos conversacionais sobre o tema, regulando as principais descrições do que é um transtorno alimentar, assim como ajudando a construir a participação da família nas atividades ambulatoriais como crítica para a melhora das pacientes. Ao descrever o transtorno alimentar como um problema causado por fatores sociais, psicológicos e culturais, com sintomas físicos e emocionais (APA, 2008; Borges et al., 2006), há uma tendência em se considerar essa situação como estática, delimitando que uma pessoa com transtorno alimentar é *deste* jeito, fazendo com que sejam entendidas, muitas vezes, pelo viés do *problema* a ser resolvido e de *sintomas* a serem tratados. Contudo, problematizando essas “verdades” e levando em conta a vertente construcionista social, que tipo de abertura poderia acontecer ao entendermos a questão da construção social dessa dificuldade?

McNamee (2002), citada anteriormente, responde à reflexão feita por esse convite. Ela discute as implicações que o uso de um discurso focado no problema traz para as pessoas engajadas na conversa. Ela afirma que as descrições saturadas de problema acabam limitadas à noção de *défict*, ou seja, daquilo que as pessoas não conseguem alcançar ou resolver. Nesse sentido, as ações coordenadas giram em torno de como sanar o problema daquele indivíduo, sendo que se perde o caráter relacional da construção das realidades em que vivemos. Mais preocupante é o fato de que, ao invés de pensarmos nas potencialidades, no poder de ação e transformação que as pessoas têm, às vezes optamos por um discurso que engessa nossas ações como profissionais, em vez de buscar contextos mais generativos de relação com os usuários dos sistemas de saúde, colaborando para que se construam e se engendrem, conjuntamente, novas possibilidades de vida.

Em relação aos discursos que tratam da participação da família no tratamento, pode-se apontar que as descrições se mostraram centralizadas, principalmente, nos discursos da família estruturada e da importância dos pais para a saúde emocional e desenvolvimento dos filhos. Tais noções se relacionam com certos discursos psicológicos que postulam o casal parental como estruturante para o desenvolvimento de uma personalidade saudável dos filhos. Mais relacionado ao contexto do transtorno alimentar, essas descrições retomam o *discurso da psicopatogênese familiar*, discutido por Souza e Santos (2009), que diz respeito à construção dos ambientes familiares conflituosos como um dos principais fatores predisponentes ao aparecimento do transtorno alimentar. A literatura pesquisada revela a prevalência desse discurso nesse campo do conhecimento (Dallos & Denford, 2008; De Cicco et al., 2006; McDermott et al., 2002; Neumark-Sztainer et al., 2003), assim como a relação disfuncional entre mãe e filha, que traria uma vulnerabilidade ao transtorno (Cooley et al., 2008; Dancyger et al., 2006; Francis & Birch, 2005; Hanna & Bond, 2006).

Assim, esses discursos sobre o transtorno alimentar fazem com que a família seja compreendida como uma exigência nos atendimentos dos serviços especializados nessa temática, inclusive, com sua ausência no hospital sendo significada como prejuízo para a melhora da filha, já que a família também precisa ser *tratada*. Somente intervindo no ambiente familiar é que os conflitos emocionais associados à etiologia e a manutenção do transtorno poderão ser trabalhados segundo essa opção discursiva. Treasure et al. (2008) e Turkiewicz et al. (2010) destacaram a eficácia da terapia familiar, reforçando-a como a modalidade mais indicada de inserção da família no tratamento de pessoas com diagnóstico de transtornos alimentares. Em contraposição a esse sentido, o estudo de Oliveira e Hutz (2008) mostra que os padrões de interação familiar de pacientes com diagnóstico de anorexia do tipo restritiva e com diagnóstico de bulimia mostraram diferenças importantes, ressaltando que não há um comportamento único da família, prioritariamente com caráter “disfuncional”, das pessoas que vivem com um transtorno alimentar, relativizando essas explicações tidas como verdades.

Dentro das estratégias de atenção à família, no GRATA o grupo de apoio psicológico ao familiar é o principal convite feito para inclusão desses participantes. Os pais resgataram, em alguns momentos das entrevistas, os sentidos construídos sobre ele, ora legitimando-o como espaço terapêutico, por existir a troca de experiências e o aprendizado com outros familiares, como descrito por Benedito e Fernando, ora descrevendo-os como espaços que

não se apresentavam enquanto conversas úteis para o pai, conforme foi relatado por Carlos e Leandro. No caso de Carlos, o formato do grupo deveria adquirir uma nova configuração para ser um lugar de ajuda, configuração essa que contaria com a presença de um pai cuja filha tivesse recebido alta, ou, em suas palavras, que tivesse sido curada. Para ele, essa oportunidade ajudava porque o percurso percorrido pelos familiares dessa paciente poderia ser dividido com os outros pais, enquanto que o conversar com pessoas que conviviam com o problema em fases similares à sua não era válida. Esse pai traz ainda uma concepção interessante para esse espaço, dizendo que uma conversa com os pais, para ser útil, deveria tratar de futebol, promovendo o relaxamento dos participantes, sendo que o falar sobre o transtorno alimentar não teria o mesmo efeito, ou teria até o efeito contrário.

Também o pai Leandro ressalta esse sentido, dizendo que ouvir outros pais que estão como ele, aprendendo ainda a lidar com a condição dos filhos, trazia-lhe angústia e sofrimento. Em uma de suas falas, ele ainda aponta não concordar com a presença maciça da família na internação da filha Maria, por sentir que, naquele momento, ela deveria ser afastada da atenção de seus cuidadores, para ser capaz de encontrar os próprios recursos em direção à melhora.

Ao pensar sobre essas colocações, pode-se dizer que tais relatos trazem novos sentidos sobre o grupo de apoio construído como útil ou não para esses pais. Examinando o conhecimento produzido na literatura sobre grupos, diversas teorias psicológicas postulam que o grupo é uma maneira boa e eficaz de se tratar a família, oferecendo um espaço de troca de experiência, conforto emocional e apoio nas situações de crise. Entretanto, para esses dois pais, esse espaço ou trazia mais sofrimento (pelos outros pais estarem no mesmo momento que eles ou por trazerem casos piores), ou deveriam assumir outro formato para serem úteis (tendo pais que já tivessem tido a cura, por exemplo). Assim, torna-se relevante destacar que a maior parte das produções sobre grupos atualmente traz uma noção de *essência grupal*, que seriam um conjunto de características que os definiriam, dentre elas a de que são terapêuticos em si mesmos. São estipulados em termos de seu funcionamento, sendo que o alcance dos objetivos propostos de apoio e ajuda se dariam por meio de determinadas falas do terapeuta, técnicas empregadas, formato (grupos abertos ou fechados), etc.. Supõe-se que os participantes obterão, inevitavelmente, crescimento pessoal e emocional ao participarem dos mesmos. Contudo, Guanaes (2006), utilizando o enfoque construcionista social, nos oferece outra versão para esse espaço, ao compreendê-

lo como um *recurso conversacional*. Ou seja, segundo a autora, ele é apenas uma forma em que apostamos para que se construam novas possibilidades de vida e de relacionamento entre as pessoas, mas isso vai depender das trocas que poderão ser feitas no contexto específico de cada encontro: “o grupo se constrói como recurso terapêutico no próprio momento interativo, nas negociações e trocas discursivas entre seus participantes” (p.85). Assim, o grupo para Carlos e Marcelo, naquele contexto e formato específico, não se configurava como espaço de ajuda. Aliás, outros espaços foram designados como recursos de ajuda: um grupo de pais em que só se falasse de futebol (Carlos) e a fé em Deus (Alberto e Juliano).

Outro sentido que é negociado nas interações é a participação do pai nas atividades oferecidas no espaço hospitalar. Nessa situação, a vinda dos pais ao ambulatório favoreceria que seus integrantes recebessem as informações da equipe para poder lidar melhor com o problema, concedendo ao conhecimento especializado um valor maior, ou um *status* de verdade. Isso aparece, especialmente, nas entrevistas com Alberto, Diego, Emílio e Juliano, uma vez que suas falas, em conjunção às da pesquisadora, valorizavam as atividades oferecidas pelo serviço e ajudaram a sustentar o saber profissional como o mais *correto*. O uso dessa descrição pode contribuir para que as estratégias adotadas no serviço de atendimento a essa população permaneçam iguais, *exigindo* a participação da família, assim como do pai no ambiente hospitalar, reiterando também a importância da *transmissão* dos conhecimentos da equipe *para* os pais. Como o saber do especialista é tido como a melhor forma de tratar o problema, isso pode gerar uma compreensão de que o conhecimento desses cuidadores, construído no convívio diário com as filhas, poderia ser insuficiente ou menos eficaz.

Mais especificamente, com relação às construções sobre o lugar do pai nesse contexto, uma das concepções presentes nos diálogos foi a noção do pai como alguém com um papel diferenciado do da mãe, possuidor de uma “função” marcada pela imposição de limites, enquanto a mãe foi concebida como responsável direta do cuidado aos filhos (como apontado nas falas de Benedito, Carlos, Emílio, Fernando, Gustavo e Ítalo). Nesse ponto, especialmente as vertentes psicodinâmicas fazem uma distinção entre as funções que seriam próprias do pai e aquelas que seriam da mãe (Borges, 2005), e reforçam a função interdutora do pai na dinâmica mãe-filho, como pressuposto para um desenvolvimento psíquico saudável da criança (Nodin & Leal, 2005). Oferecendo versões alternativas para essa



noção considerada como verdade, os discursos de Alberto e Diego atribuíram a mesma importância a ambos, pai e mãe, na criação e no cuidado dos filhos, destinado-lhes a mesma responsabilidade relacional. Dessa forma, abriu-se a oportunidade no diálogo para que os lugares do pai e da mãe fossem construídos como mais equivalentes, mais próximos, mostrando que essa relação com os filhos não é natural e fixa, mas pode ganhar novos contornos, sendo possível que o pai também seja capaz de oferecer esse tipo de cuidado aos filhos.

Nesse sentido, em alguns momentos interativos, os pais Benedito, Diego, Emílio, Juliano e Marcelo corroboraram com o discurso da mudança no lugar do pai nos tempos atuais, em que este abandona o posto na família de figura distante e autoritária do passado e se apresenta como um pai que deseja fazer parte da vida e acompanhar o crescimento dos filhos, inclusive desde o momento da gravidez (Dantas et al., 2004; Gomes & Resende, 2004; Jablonski, 1999; Nodin & Leal, 2005; Piccinini et al., 2004). Nas conversas engendradas, houve a ampliação do cuidado aos filhos como algo não apenas possível para o lugar materno. Mesmo quando se tratou da questão da intimidade, uma característica geralmente considerada *naturalmente maior* entre a mãe e os filhos, sobretudo no caso de filhas do sexo feminino, puderam ser negociadas outras possibilidades de relacionamento destas com seus pais. Marcelo desconstrói a noção cristalizada de que a filha tem maior intimidade com a mãe, justificada inclusive como um dos fatores para a baixa frequência do pai no tratamento, relatando que conversava com Maria sobre suas “regras”, expandindo os sentidos produzidos sobre a relação pai-filha, onde também se pode falar sobre temas tidos como *femininos*. A partir disso, vale lembrar que muitas linhas de entendimento psicológico apostam na relação disfuncional entre mãe-filha como origem do transtorno, devendo o que quer que esteja sendo convencionado como intimidade ser relativizado e/ou problematizado, e entendendo seus efeitos para a construção do lugar da mãe e do pai no contexto de tratamento.

No campo das ações em saúde, a participação do pai vem sendo bastante discutida. May (1996) referiu-se aos pais como os “cuidadores esquecidos”, afirmando que acabam por ser negligenciados nos serviços de saúde. O estudo de Turkiewicz et al. (2010) corrobora esse sentido, destacando que o suporte social fornecido pelos serviços aos familiares que convivem com a anorexia em suas casas foi avaliado e era voltado principalmente para as mães. Tais estratégias de assistência em saúde acabariam por reforçar os sentimentos de

impotência e solidão que os pais dizem sentir ao conviver com a dificuldade alimentar do filho. Mesmo do ponto de vista do suporte social recebido pelas pacientes, Quiles Marcos e Terol Cantero (2009) afirmam que mais de 80% desse apoio era recebido das mães e cerca de 70% dos parceiros. Essas investigações denotam que o lugar do pai parece ser construído como o de alguém pouco capacitado a propiciar o apoio necessário às pessoas que apresentam dificuldades alimentares. Talvez por isso, o pai ainda aparece como um elemento pouco referendado na literatura produzida sobre os transtornos alimentares.

McMaster et al. (2004), ao investigarem a relação do pai com a equipe de saúde, destacam uma “invisibilidade” do pai nos tratamentos realizados na área da saúde. A partir das entrevistas conduzidas com esses personagens, foram compiladas as categorias: “sentindo-se excluído”, “envolvimento”, “imagens pré-concebidas” e “pais que não estão preparados para desistir”. Pensando em tais categorias, é possível suscitar a reflexão de que a maioria dos pais descreveu querer participar do processo de cura da filha diagnosticada com um problema de saúde, ansiando poder oferecer o cuidado a ela. Essa atenção e disposição em ajudar no tratamento foram representadas por meio da categoria “pais que não estão preparados para desistir”. Entretanto, muitas vezes, denota-se que a reação da equipe ao pai, quando ele vai ao hospital, encontra-se permeada por uma concepção de que ele é *ausente no cuidado*, o que pode gerar determinados preconceitos que levam à diferença entre ele e a mãe (“imagens pré-concebidas”, “sentindo-se excluído”), considerada nessa vertente como a mais “disposta” para esse acompanhamento (“envolvimento”), o que é referido também nos estudos sobre a atenção primária (Gomes et al., 2011).

Além de se construírem como cuidadores possíveis das filhas, alguns pais definiram a sua participação como sendo atravessada pelo fato de que a relevância dessa ação reside mais no apoio prestado às filhas e à esposa, do que como algo benéfico para si próprio. Sobretudo nas conversas com Diego, Emílio, Gustavo e Hélcio, legitimou-se que, estando no hospital, o pai serviria de apoio para ambas, oferecendo-lhes o suporte emocional necessário para um melhor enfrentamento da doença. Nesse ponto, é válido apontar que, de uma perspectiva construcionista social, essa descrição desnaturaliza o princípio de que os grupos psicológicos e outras formas de assistência como forma de apoio aos familiares são imprescindíveis, incluindo o pai, levando em conta o discurso do grande impacto emocional que a emergência desse transtorno causaria não só no paciente, mas em todos os membros familiares (Bernardi et al., 2005; Bruch, 1978; Kyriacou et al., 2008; Oliveira & Santos, 2006;

Santos, 2006; Zabala et al., 2009). Diversos trabalhos confirmaram o alto nível de estresse dos familiares cuidadores dos pacientes com transtornos alimentares, ao mesmo tempo que outros estudos buscavam apontar as necessidades que esses cuidadores apresentam quando convivem diariamente com a problemática (Taneyoshi, 2008; Treasure et al., 2008; Whitney et al., 2007; Winn et al., 2004).

A questão do trabalho também foi muito relevante para a produção de sentidos sobre a participação do pai no tratamento. De acordo com os pais, o fato de trabalharem circunscrevia as possibilidades de participação no hospital. Muitos deles, inclusive, trabalhavam viajando, não podendo organizar seus horários para estar nas atividades promovidas pelo serviço, como os grupos e as consultas com os familiares. O pai Emílio justifica que não pode deixar de ganhar o sustento da casa para acompanhar a filha nos atendimentos. Esse discurso remete, de um lado, ao papel socialmente atribuído ao pai de provedor financeiro da família, mas abre possibilidades para a descrição do “novo pai” apontado pela literatura, desejoso por acompanhar mais de perto a vida dos filhos (Gomes & Rezende, 2004; Silva & Piccinini, 2007). Na perspectiva construcionista social, o sentido é construído de acordo com as vicissitudes dos processos sociais, sendo que tais sentidos são negociados, transformados e sustentados pelas pessoas de forma coletiva, ajudando a organizar seus modos de vida. Mas esse movimento é bastante dinâmico e fluido, e os sentidos “antigos” ou relativos à tradição coexistem com os “novos” ou os sentidos alternativos.

O aspecto da limitação pelo trabalho não se restringia aos pais. No caso de Marcelo, a esposa era quem tinha dificuldade em comparecer ao serviço. Isso faz pensar que não é apenas o pai que não pode estar no contexto hospitalar de tratamento, mas toda a pessoa que tenha um trabalho com determinada configuração, como aqueles delimitados pelo horário comercial, por exemplo.

Assim, coloca-se uma reflexão importante sobre essa participação: será que esta só pode ocorrer assim? Há outras formas possíveis de que o pai participe do tratamento e da vida da filha com diagnóstico de transtorno alimentar? De acordo com o que foi negociado entre a pesquisadora e os colaboradores, a participação do pai não se refere apenas a ida ao hospital, mas reside em uma atuação mais ampla nesse contexto, consistindo no levar e buscar nos atendimentos, na conversa com a esposa quando ela chega em casa, no interesse em saber sobre o estado da filha, principalmente. Nesse sentido, foi possível, nas interações,

construir coletivamente realidades alternativas de participação, diferentes daquelas que a equipe preconizaria como válidas, mas ampliadas para a relação com a esposa e a filha em outros contextos.

Ao mesmo tempo, é útil pensarmos que o não poder participar da forma como a equipe gostaria traz sofrimento para esses pais, por não atingirem as expectativas de participação sustentadas pelos profissionais. A adoção ao discurso biomédico, ainda tão fundante na idealização do tratamento no campo dos transtornos alimentares, acaba determinando como *imprescindível* a participação da família e, conseqüentemente, do pai nos atendimentos disponibilizados, o que pode contribuir para que não se possam considerar quaisquer outras formas de relacionamento entre a equipe e esses atores, que também precisam lidar com a situação das filhas. Por parte dos profissionais, pode haver um movimento de afastamento desses pais, que não adeririam às propostas de tratamento, segundo esse paradigma. Assim, contribuiriam para a construção do pai como elemento “ausente”, “desinteressado”, estigmatizando-o.

## 6. CONSTRUINDO NOVAS INTELIGIBILIDADES

*Eis aí um grande mistério. Para vocês, que também amam o pequeno príncipe, como para mim, todo o universo fica diferente se, em algum lugar que não sabemos onde, um carneiro que não conhecemos comeu ou não uma rosa...*

*Olhem o céu. Perguntem a si mesmos: o carneiro terá ou não comido a flor? E verão como tudo fica diferente...*

**(O Pequeno Príncipe, Antoine de Saint-Exupéry)**

Algumas considerações podem ser feitas a partir do trabalho empreendido. Acreditamos que esta dissertação trouxe algumas contribuições úteis para o contexto de tratamento dos transtornos alimentares, especialmente no que tange à participação do pai.

Ao analisar os principais discursos que sustentam as explicações sobre os transtornos alimentares e o tratamento, utilizamo-nos do discurso construcionista social como ferramenta crítica, e buscamos relativizar essas estratégias e esses sentidos dominantes encarando-os como realidades conversacionais possíveis, mas considerando que outras podem existir para que as pessoas diagnosticadas e suas famílias lidem com essa vivência, mostrando também os efeitos que determinadas formas de descrevê-los têm para a coordenação de nossas ações. Nesse sentido, foi problematizada, por exemplo, a descrição sobre transtorno alimentar enquanto uma patologia psiquiátrica, proveniente principalmente do campo biomédico de conhecimento.

Também foram discutidos os discursos explicativos da Psicologia que delimitam essa participação, destacando algumas noções que primam por uma descrição individualista de pessoa, legitimada por uma noção de *self individual*, que pode ter como efeito principal a culpabilização do paciente e/ou da família. Além disso, examinou-se o discurso da família como *locus* da doença e de sua manutenção, entendendo que um dos efeitos de seu uso é o de estimular a participação da família e, conseqüentemente, do pai, como parceiros fundamentais nas estratégias de assistência. Discutimos também as limitações que alguns discursos, como os de compreensão psicodinâmica do paciente e da dinâmica familiar, podem trazer para esse contexto, cristalizando a noção de relação conflituosa entre pais e filhos como predisponente ao desenvolvimento de sintomas, a relação disfuncional entre mãe-filha, e a descrição das pacientes em termos de aspectos psicológicos internos, que estariam na base de alguns de seus comportamentos. Sampson (1993) problematiza a ideia de pessoa como um contêiner, carregando diversas características que se encontram

encerradas no corpo do indivíduo, dentro do enfoque do Construcionismo social. A Teoria relacional do sentido proposta por Gergen (1997) oferece, nesse sentido, a noção de *self relacional* como uma possibilidade mais útil para o gerenciamento dos relacionamentos e das ações que produzimos em nossas trocas sociais, na linguagem em uso, pela compreensão de que o que vai ser descrito como pessoa se dá no *entre* das relações, sendo que diferentes descrições de si podem ser produzidas dependendo do contexto histórico e situado no qual está inserida essa negociação.

Além disso, pode-se considerar aqui a discussão proposta por McNamee (2002) sobre a tendência que é sustentada na atualidade de descrever a dificuldade de saúde como problema, como patologia, e que esse discurso traz sérias implicações para a forma como encaramos essa realidade, frente ao qual ela disponibiliza como ferramenta conversacional o discurso das potencialidades, no qual se possa falar das coisas que dão certo, que as pessoas são capazes de realizar, evitando o uso dos discursos saturados de problema.

Pensando no lugar do pai na atualidade, procuramos analisar os discursos privilegiados sobre o tema, como o de seu papel estruturante para o desenvolvimento psíquico saudável dos filhos, bem como o que afirma que ele vem se configurando como um componente familiar ausente ou negligenciado nos tratamentos em saúde, visto, inclusive por alguns autores, como “o cuidador esquecido”. Além disso, as possibilidades de mudanças contemporâneas do lugar do pai na família também foram apontadas, circunscrevendo em que momentos interativos essa versão pode ser validada ou não pelos pais e pela pesquisadora.

Um fator relevante para a compreensão de como esse sentido foi construído nas entrevistas foi o fato de que os pais colaboradores tinham idade entre 47 e 55 anos. Essa faixa etária denota um pai mais velho, que talvez não tenha acessado esses discursos relacionados à mudança no lugar do pai na atualidade, que passaria de alguém autoritário, responsável pelo sustento financeiro da família e de pouca intimidade, especialmente com as filhas, para um pai mais ativo no cuidado inicial dos filhos. Outro ponto a ser discutido é que todas as pacientes eram mulheres, o que pode ter contribuído para manter esse primeiro lugar do pai na relação com a filha. Outra ressalva que deve ser feita refere-se ao fato de que as pacientes, filhas dos pais entrevistados, tinham idade entre 17 e 31 anos, o que também constitui uma explicação possível para que o pai tenha uma frequência mais

reduzida às atividades realizadas no hospital, visto que já moravam fora de casa e, às vezes, com o namorado.

Com relação a essa participação do pai como um familiar, foram apontadas as construções que priorizam o impacto emocional que o surgimento do transtorno alimentar causa na família, nos cuidadores, assim como o discurso que, sustentando-o como uma condição complexa de saúde, implica na participação desse pai nas diversas frentes de tratamento disponíveis. A proposta de tratamento é construída nesse formato por estar relacionada a uma noção bastante comum no viés biomédico, a da origem multifatorial dos transtornos alimentares. Isso faz com que a pessoa seja assistida nos diferentes domínios ou necessidades pessoais, o que cria a demanda por um atendimento multidisciplinar, especializado em cada uma dessas frentes, realizado por uma equipe profissional.

Analisando essas versões explicativas, torna-se importante compreender como as explicações sobre o transtorno alimentar e sobre a participação no tratamento delimitam o lugar que pode ser construído para o pai nesse contexto. O que está sendo considerado como participação? No decorrer das análises, como pesquisadora, pude perceber o quanto o lugar de onde eu falava tinha implicações para a conversação com cada pai. Como psicóloga do serviço e coordenadora do grupo de apoio aos familiares, havia um sentido de que o pai só estava participando do tratamento *se estivesse comparecendo às atividades oferecidas no ambulatório*. Mas, como foi negociado nos momentos interacionais selecionados, o pai muitas vezes acaba participando do tratamento quando leva e traz a filha e a esposa, ou quando cuida do casal, apoiando a esposa, ou quando garante a estabilidade financeira da família, sendo que o que poderia ser entendido como descaso, desinteresse, agora pode ser compreendido como cuidado.

Por isso, tornou-se tão relevante mostrar, a cada interação, o jogo de posicionamentos dado, pois os pais não estavam falando apenas com a pesquisadora de um estudo sobre a participação do pai, mas também com uma psicóloga do serviço e coordenadora do grupo, e vice-versa. Tal hierarquia na conversação foi responsável pela construção de determinadas possibilidades de sentido e não de outras, pois, a partir desse lugar, Carolina em muitos momentos incentivava a vinda dos pais ao hospital, aos grupos, como sentido privilegiado de participação no tratamento.

Isto posto, é preciso o cuidado em considerá-lo, assim, como ausente na vida das(os) filhas(os) e no tratamento. Tal forma de descrevê-lo pode construí-lo como uma pessoa que

não se interessa pelo bem-estar dos filhos, mas o material produzido no contexto das entrevistas contribuiu para compreender a sua participação para além das estratégias de atendimento oferecidas no hospital, muitas vezes compreendidas como os melhores recursos - ou os recursos mais terapêuticos - de atendimento para os pacientes e suas famílias.



## 7. CONSIDERAÇÕES NÃO-FINAIS

*E voltou, então, à raposa:  
 \_ Adeus... \_ disse ele.  
 \_ Adeus \_ disse a raposa. Eis o meu segredo. É muito simples: só se vê bem com o coração. O essencial é invisível aos olhos.  
 \_ O essencial é invisível aos olhos – repetiu o príncipezinho, para não errar.  
 \_ Foi o tempo que perdeste com a tua rosa que a fez tão importante.  
 \_ Foi o tempo que eu perdi com a minha rosa... \_ repetiu ele, para não esquecer.  
 \_ Os homens esqueceram essa verdade \_ disse ainda a raposa. Mas tu não a deves esquecer. Tu te tornas eternamente responsável por aquilo que cativas. Tu és responsável pela tua rosa...  
 \_ Eu sou responsável pela minha rosa... \_ repetiu o príncipezinho, para não se esquecer.  
**(O Pequeno Príncipe, Antoine de Saint Exupéry)***

Considerando a seção anterior, algumas reflexões puderam ser suscitadas. Uma delas foi pensar em quem ganha e quem perde com as descrições que criamos em nossos relacionamentos. Pensando em minha posição dupla de pesquisadora e membro da equipe, se destacou para mim o quanto os sentidos que construí tiveram relevância para o que pôde ou não ser construído com os pais participantes. O trecho do livro *O Pequeno Príncipe*, reproduzido acima, destaca essa responsabilidade adquirida quando nos engajamos relacionalmente em uma conversa.

Em muitos momentos, a voz de Carolina psicóloga e coordenadora do grupo de família acabou emergindo mais nas conversações, trazendo em si o sentido de que a participação da qual poderíamos falar consistia naquela preconizada pela equipe, pelo serviço, que significava a presença física do pai no hospital. Entretanto, à medida que fui escrevendo esta dissertação, guiada pelas reflexões construcionistas, pude problematizar essa minha inserção no contexto interativo, buscando evidenciar quais seus efeitos em cada diálogo. Por algumas vezes, adotando o discurso do profissional, acabei por ter uma postura de cobrança e contribuí para a existência de momentos de confrontação com os pais. Entendo que isso significava, naquele momento, *reforçar a importância do pai* para a construção conjunta da melhora das pacientes, como se fosse minha *função* estimular a sua presença no hospital. Em outras situações, felizmente, pude estar mais aberta a sentidos alternativos de participação para os pais, colaborando para que essa compreensão pudesse ser ampliada.

O Construcionismo social me ofereceu as ferramentas para fazer essa crítica: fez-me pensar no uso daquela linguagem para as ações, para o relacionamento, enfim, seus efeitos,

permitindo-me construí-las como *opções discursivas*, ou seja, como escolhas. Nesse sentido, fez-me questionar o que estava sendo chamado de participação, que concepções cristalizadas acabavam por delimitar o que poderia ser considerado como válido naquela conversação. Inclusive cabe aqui a ressalva de que, quando foram utilizadas as palavras “transtorno”, “doença” e “problema”, estávamos nos remetendo a como a dificuldade alimentar é descrita em nossa atualidade, sempre enfatizando os efeitos da escolha por esses tipos de nomeação.

A pesquisa empreendida é compreendida, portanto, como linguagem-ação. Ao conversar com o outro, nos engajamos relacionalmente, co-construímos as possibilidades de sentido que facilmente se transformarão em ações coordenadas para darmos sentido e organização às nossas vidas. Assim, ser construcionista é participar de cada uma dessas mudanças sociais, as mudanças sociais que cada momento interativo pode oferecer. É por isso que o termo *responsabilidade relacional* se destaca nesse ponto, como um recurso que nos ajuda a entender que, como pesquisadores ou profissionais de um serviço de saúde, temos um lugar muito significativo no que vai ser legitimado como possível no relacionamento com as pessoas que atendemos. Por isso, o conceito proposto por McNamee (2002), vem sendo apontado como rica ferramenta conversacional para a criação de contextos mais generativos de assistência, ou seja, que contribuam para que sejam abandonados atendimentos individualizantes (focados na noção de problema) para a alternativa de soluções coletivas (focadas nas possibilidades) (Camargo-Borges & Mishima, 2009).

Por isso, algumas limitações de sentido ocorreram em determinadas sequências interativas situadas no contexto das entrevistas. A partir de minha dupla inserção como pesquisadora e psicóloga do serviço me posicionei, no diálogo com esses pais, de modo a construir como “única” verdade a sua participação como a *presença* no ambulatório e no hospital. Nesse ponto, não consegui ficar atenta ao processo conjunto da produção de sentidos *na pesquisa*, para que houvesse um espaço maior para as descrições alternativas sobre o lugar do pai nesse contexto. A curiosidade pelo que o outro tem a dizer, tão incentivada em uma perspectiva construcionista social, e a postura de não-saber, proposta por Anderson e Goolishian (1998), advinda do campo da terapia, ajuda-me a pensar em outras portas conversacionais que poderiam ter sido abertas. Aqui, retomo uma reflexão ética que Corradi-Webster (2009) fez em seu trabalho com mulheres com consumo

problemático de álcool e drogas, que julgo importante para a ampliação dos sentidos neste trabalho: “que rumos essa conversa tomaria se eu tivesse perguntado dessa ou de outra forma?”.

Entretanto, podemos destacar a busca pela reflexividade como um dos compromissos éticos desta pesquisa. Considerando esses posicionamentos tiveram como efeitos na conversação e para os sentidos que puderam ser produzidos com os pais. Para Souza e Santos (2011), “o conceito de autoreflexividade torna-se um importante instrumento para o exercício de uma ética relacional”, dando a atenção devida ao “processo de relacionar-se, refletindo sobre sempre sobre as decisões da pesquisa a partir das realidades construídas por esta” (p.50).

Outra decisão pautada nesse compromisso foi a da escolha em oferecer aos pais outro contexto conversacional, diferente do propiciado pela entrevista em grupo. A escolha por essa mudança foi desafiadora, mas, desejosos por ouvir esses pais e acreditando na possibilidade de haver outros formatos que lhes fossem mais convidativos, oferecemos a entrevista individual como contexto relacional alternativo, no qual outros sentidos pudessem emergir. Dessa maneira, buscamos ser responsivos aos acontecimentos da pesquisa de modo a ser inclusivos com os pais, mudando a forma de “coleta de dados” para que mais pais se sentissem convidados a participar.

A partir dessa experiência se pode, inclusive, pensar que algumas formas, inclusive as consideradas pela equipe como as mais *eficientes*, podem não ser entendidas pelos pais como espaços convidativos, de colaboração. Apesar de os encontros grupais serem geralmente descritos na literatura como espaços ricos de conversação, de intensa troca dialógica, no qual podem ser reconstruídos diversos sentidos e engendradas novas ações frente a vida, na relação com os pais, o espaço oferecido nas entrevistas individuais parece ter tido mais sentido do que a situação grupal. Estas talvez possam ser entendidas como um formato mais convidativo para conversar com essa plateia do que o formato de grupo.

Isso ajuda a pensar que as estratégias de assistência oferecidas ou os convites realizados a esses pais deveriam ser reformulados nos serviços de saúde, buscando uma elaboração mais contextualizada dessas propostas de atendimento, a partir de uma construção conjunta entre equipe e usuários, com vistas a definir o que é útil para essa população. Além de o contexto individual ter sido mais legitimado pelos colaboradores da pesquisa, outro ponto valorizado é que espaços nos quais a informação e a orientação,

principalmente, possam ser trocadas entre os profissionais e as pessoas e famílias atendidas, são descritos como úteis para a vivência com a pessoa diagnosticada com um transtorno alimentar.

Apesar de algumas limitações discutidas, a participação do pai pode ser negociada e reescrita comigo, contribuindo para a construção de um pai que pode cuidar de seus filhos, mas de forma diferente. Nas conversas engendradas, o lugar do cuidado não é mais descrito como exclusividade das mães, mas é legitimado como uma possibilidade relacional de um pai para com seus filhos. Além disso, esse cuidado não fica circunscrito à presença do pai nos ambientes institucionais de atendimento em saúde, mas faz parte de outras ações que compõe sua participação, sendo um elemento familiar que pode ser descrito como bastante *presente*.

Compreendendo, dentro de uma perspectiva construcionista, que os sentidos aqui construídos não se esgotam na confecção dessa dissertação, mas serão a cada leitura, renegociados, dando espaço para a construção de outras possibilidades de sentido com cada leitor, pretendeu-se apenas apontar como se deu o processo de produção de sentidos situado na relação entre a pesquisadora e os pais entrevistados, assim como do contato da pesquisadora com o material que constituiu *corpus* da pesquisa. Nesse sentido, autores como Pearce e Pearce (2000) reafirmam o caráter complementar e não-finalizado do sentido: este não está sob controle do ator que o performa e nem termina quando é performado por ele. Nossos atos movem o sentido de atos prévios para uma complementação, e nós participamos do que já foi construído e vice-versa, bem como em relação aos atos futuros. É o que Shotter (1997) descreve como processo responsivo-retórico.

De acordo com Frank (2005), o caráter ético da pesquisa dialógica reside nessa noção: na consideração de que este texto não é argumento final sobre o assunto estudado, ou sobre quem são os participantes da pesquisa, mas se constitui em um processo dialógico que começa, mas não termina aqui. Através do conhecimento produzido aqui, outros sentidos poderão ser tecidos, enriquecendo a discussão sobre o lugar do pai no campo dos transtornos alimentares.

Assim, dou uma pausa nessa conversa, destacando a concepção de Gergen e Gergen (2010) de que, em um estudo construcionista, não se trata de apontar a verdade, mas avançar na criação de espaços em que seja possível dialogar tanto com a tradição quanto

com o que emerge de novo e alternativo no diálogo. Assim, *“Ao conversar, ouça novas vozes, levante questões, avalie metáforas alternativas e brinque nas fronteiras da razão porque, assim, atravessaremos o limiar dos novos mundos de significados. O futuro é nosso para que o criemos... juntos”*. (Gergen & Gergen, 2010, p.22).

Ao procurar entender a legitimação de alguns discursos e a consequente marginalização de outros, espera-se ter contribuído para e ampliar as possibilidades de participação do pai no tratamento de filhas com diagnóstico de transtorno alimentar e construção de formas mais convidativas para esses personagens.



---

## REFERÊNCIAS<sup>2</sup>

- Abreu, S. P., & Magalhães, E. N. (2009). Aspectos da relação mãe-filha: Influência na ingestão alimentar compulsiva e na recusa determinada. *E-Scientia*, 2(1), 1-18.
- Anderson, H., & Goolishian, (1998). O cliente é o especialista: A abordagem terapêutica do não-saber. In S. McNamee & K. J. Gergen (Orgs.), *A terapia como construção social* (Trad. Cláudia Oliveira Dornelles, pp. 34-50). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Associação Americana de Psiquiatria (2002). *DSM-IV-TR - Manual Diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: Texto revisado* (Trad. Cláudia Oliveira Dornelles, 4a ed. rev.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Barriguete, J. A., Lebovici, S., Salinas, J. L., Moro, M. R., Solis, L., Botbol, M., et al. (2004). A função do pai na consulta terapêutica pais-bebês e no tratamento do transtorno alimentar na criança. In M. C. Pereira da Silva (Org.), *Ser pai, ser mãe – parentalidade: Um desafio para o terceiro milênio* (pp. 57-65). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Barros, J. D. (2011). Um ensaio sobre o culto ao corpo na contemporaneidade. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 11(3), 898-912.
- Berger, P. L., & Luckmann, T. (2003). *A construção social da realidade*. Petrópolis: Vozes.
- Bernardi, F., Cechelero, C., & Vitolo, M. R. (2005). Comportamento de restrição alimentar e obesidade. *Revista de Nutrição*, 8(1), 85-93.
- Billig, M. (1988). Social representation, objectivation and anchoring: A rhetorical analysis. *Social Behavior*, 3, 1-16.
- Borges, M. L. S. F. (2005). *Função materna e função paterna, suas vivências na atualidade*. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade Federal de Uberlândia. Recuperado em 10 fevereiro 2011, de [http://www.bdtu.ufu.br/tde\\_arquivos/21/TDE-2005-12-21T145321Z-63/Publico/MBorgesDISSPRT.pdf](http://www.bdtu.ufu.br/tde_arquivos/21/TDE-2005-12-21T145321Z-63/Publico/MBorgesDISSPRT.pdf)
- Borges, N. J. B. G., Sicchieri, J. M. F., Ribeiro, R. P. P., Marchini, J. S., & Santos, J. E. (2006). Transtornos alimentares-quadro clínico. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 39(3), 340-348.

---

<sup>2</sup> Segundo as Normas da ABNT

- Bouchereau, D., & Corcos, M. (2008). The role of fathers in eating disorders. *Revue du Praticien*, 58(2), 150.
- Bowlby, J. (1989). As origens do apego. In: *Uma base segura: Aplicações clínicas da teoria do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Brasil, Ministério da Saúde (1996). *Resolução n.º 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde.
- Bruch, H. (1978). *The golden cage: The enigma of anorexia nervosa*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bruner, J. S. (1979). *On Knowing: Essays for the left hand*. Cambridge, MA: Belknap Press.
- Camargo-Borges, C., & Mishima, S. M. (2009). A responsabilidade relacional como ferramenta útil para a participação comunitária na atenção básica. *Saúde e sociedade*, 18(1), 29-41.
- Cobelo, A. W., Saikali, M. O., & Schomer, E. Z. (2004). A abordagem familiar no tratamento da anorexia e bulimia nervosa. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31(4), 184-187.
- Cooley, E., Toray, T., Wang, M. C., & Valdez, N. N. (2008). Maternal effects on daughters' eating pathology and body image. *Eating Behaviors*, 9(1), 52-61.
- Corradi-Webster, C. M. (2009). *Consumo problemático de bebidas alcoólicas por mulheres: Discursos e histórias*. Tese de doutorado não publicada, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.
- Dallos, R., & Denford, S. (2008). A qualitative exploration of relationship and attachment themes in families with an eating disorder. *Clinical Child Psychology and Psychiatric*, 13(2), 305-322.
- Dancyger, I., Fornari, V., & Sunday, S. (2006). What may underlie differing perceptions of family functioning between mothers and their adolescent daughters with eating disorders? *International Journal of Adolescent Medical Health*, 18(2), 281-286.
- Dantas, C., Jablonski, B., & Féres-Carneiro, T. (2004). Paternidade: Considerações sobre relação pais-filhos após a separação conjugal. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 14(29), 347-357.



- De Cicco, M. F., Santos, N. O, Silva, M. M., Laham, C., Garrido Junior, A., & Lucia, M. C. S. (2006). Imagem corporal, práticas de dietas e crenças alimentares em adolescentes e adultas. *Psicologia hospitalar*, 4(1), pp. 0-0.
- Francis, L. A., & Birch, L. L. (2005). Maternal influences on daughters' restrained eating behavior. *Health Psychology*, 24(6), 548-554.
- Frank, A. (2005). What is dialogical research and why should we do it? *Qualitative Health Research*, 15, 964-974.
- Gala, C. M., & Santos, M. A. (2007). *Sentidos produzidos e negociados em um grupo de apoio psicológico oferecido aos familiares de pessoas com transtornos alimentares*. Projeto de Iniciação científica não-publicado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.
- Gergen, K. J. (1985). The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist*, 40, 266-275.
- Gergen, K. J. (1997). *Realities and relationships*. Cambridge: Harvard University Press.
- Gergen, K. J. (2004). *Realities and relationships: Soundings in social construction*. Cambridge: Harvard University Press.
- Gergen, K. J., & Gergen, M. (2010). Da crítica à reconstrução. In *Construcionismo social: Um convite ao diálogo* (pp. 35-53). Rio de Janeiro, RJ: Instituto Noos.
- Gomes, A. J. S., & Resende, V. R. (2004). O pai presente: O desvelar da paternidade em uma família contemporânea. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(2), 1-14.
- Gomes, R., Moreira, M. C. N., Nascimento, E. F., Rebello, L. E. F. S., Couto, M. T., & Schriber, L. B. (2011). Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16(1), 983-992.
- Guaaes, C. (2006). *A construção da mudança em terapia de grupo: Um enfoque construcionista social*. São Paulo: Vetor.
- Hanna, A. C., & Bond, M. J. (2006). Relationships between family conflict, perceived maternal verbal messages, and daughters' disturbed eating symptomatology. *Appetite*, 47(2), 205-211.

- Harré, R., & Van Langenhove, L. (1999). *Positioning theory*. Oxford: Blackwell.
- Henn, C. G., & Sifuentes, M. (2012). Parentalidade no contexto das necessidades especiais: Revisão sistemática da literatura. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 22(51), 131-139.
- Ibãñez, T. (2001) Como se puede no ser construcccionista hoy em dia? In T. Ibãñez, *Psicologia social construcccionista* (pp. 245-257). México: Universidad de Guadalajara.
- Jablonski, B. (1999). Identidade masculina e o exercício da paternidade: De onde viemos e para onde vamos. In T. Féres-Carneiro (Org.), *Casal e família: Entre a tradição e a transformação* (pp. 55-67). Rio de Janeiro: Nau.
- Kyriacou, O., Treasure, J., & Schmidt, U. (2008). Understanding how parents cope with living with someone with anorexia nervosa: Modelling the factors that are associated with career distress. *International Journal of Eating Disorders*, 41(3), 233-242.
- Lannaman, J. W., & McNamee, S. (2011). Narratives of the interactive moment. *Narrative Inquiry*, 21(2), 382-390.
- May, J. (1996). Father: The forgotten parent. *Pediatric Nursing*, 22(3), 243-245.
- McDermont, B. M., Batik, M., Roberts, L., & Gibbon, P. (2002). Parent and child report of family functioning in a clinical child and adolescent eating disorders sample. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36(4), 509-514.
- McMaster, R., Beale, B., Hillege, S., & Nagy, S. (2004). The parent experience of eating disorders: Interactions with health professionals. *International Journal of Mental Health Nursing*, 13(1), 67-73.
- McNamee, S. (2002). The social construction of disorder: From pathology to potential. In *Studies in meaning: constructivist psychology*. New York: Pace University Press.
- Moschetta, M. S. (2011). *Responsividade como recurso relacional para a qualificação da assistência à saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais*. Tese de doutorado não publicada, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.
- Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Story, M., & Perry, C. L. (2003). Correlates of unhealthy weight-control behaviors among adolescents: Implications for prevention programs. *Health Psychology*, 22(1), 88-98.

- Nodin, N., & Leal, I. P. (2005). Representações paternas na anorexia nervosa. *Análise Psicológica*, 23(2), 201-208.
- Oliveira, E. A., & Santos, M. A. (2006). Perfil psicológico de pacientes com anorexia e bulimia nervosas: A ótica do Psicodiagnóstico. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 39(3), 353-360.
- Oliveira, L. L., & Hutz, C. S. (2008). Padrões de interação em famílias de adolescentes com anorexia nervosa restritiva e bulímica: Semelhanças e diferenças. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 8(3), 712-743.
- Oliveira, L. L., & Hutz, C. S. (2010). Transtornos alimentares: O papel dos aspectos culturais no mundo contemporâneo. *Psicologia em Estudo*, 15(3), 575-582.
- Pearce, W. B., & Pearce, K. A. (2000). Extending the theory of the Coordinated Management of Meaning (CMM) through a community dialogue process. *Communication Theory*, 10, 405-423.
- Peres, R. S., & Santos, M. A. (2011). Técnicas projetivas na avaliação de aspectos psicopatológicos da anorexia e bulimia. *Psico USF*, 16(2), 185-192.
- Piccinini, C. A., Silva, M. R., Gonçalves, T. R., & Lopes, R. S. (2004). O envolvimento paterno durante a gestação. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17(3), 303-314.
- Pinheiro, O. G. (2000). Entrevista: Uma prática discursiva. In M. J. Spink (Org.), *Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano: Aproximações teóricas e metodológicas* (pp. 183-214). São Paulo: Cortez.
- Quiles Marcos, Y., & Terol Cantero, M. C. (2009). Assessment of social support dimensions in patients with eating disorders. *Spanish Journal of Psychology*, 12(1), 226-235.
- Rasera, E. F. (2004). *O grupo como construção social: Aproximações entre o construcionismo social e terapia de grupo*. Tese de doutorado não publicada, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.
- Rasera, E. F. & Japur, M. (2007). *Grupo como construção social: Aproximação entre construcionismo social e terapia de grupo*. São Paulo: Vetor.
- Romanelli, G. (2006). O significado da alimentação na família: Uma visão antropológica. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 39(3), 333-339.

- Rosa, B. P., & Santos, M. A. (2011). Comorbidade entre bulimia e transtorno de personalidade *borderline*: implicações para o tratamento. *Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental*, 14(2), 268-282.
- Sampson, E. E. (1993). Possessive individualism and the self-contained ideal. In: *Celebrating the other: A dialogic account of human nature*. New York: Harverst Wheatsheaf.
- Santos, M. A. (2006). Sofrimento e esperança: grupo de pacientes com anorexia e bulimia nervosas. *Revista Medicina (Ribeirão Preto)*, 39(3), 386-401.
- Schmidt, E. & Matta, G. F. (2008). Anorexia nervosa: uma revisão. *Fractal: Revista de Psicologia*, 20(2), 387-400.
- 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.
- Shotter, J. (1997). The social construction of four inner selves. *Journal of Constructivist Psychology*, 10(1), 7-24.
- Silva, L. M., & Santos, M. A. (2006). Construindo pontes: Relato de experiência de uma equipe multidisciplinar em transtornos alimentares. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 39(3), 415-424.
- Silva, M. R., & Piccinini, C. A. (2007). Sentimentos sobre a paternidade e o envolvimento paterno: Um estudo qualitativo. *Estudos de Psicologia*, 24(4), 561-573.
- Sopezky, D., & Vaz, C. E. (2008). O impacto da relação mãe-filha no desenvolvimento da autoestima e nos transtornos alimentares. *Interação em Psicologia*, 12(2), 267-275.
- 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. (2007). *Anorexia e bulimia: Conversando com as famílias*. São Paulo: Vetor.
- Souza, L. V., & Santos, M. A. (2009). 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. (2010). A participação da família no tratamento dos transtornos alimentares. *Psicologia em Estudo (Maringá)*, 15(2), 285-294.
- Souza, L. V., Santos, M. A., & Scorsolini-Comin, F. (2009). Percepções da família sobre a anorexia e bulimia nervosa. *Vínculo*, 6(1), 26-38.
- Souza, L. V. (2011). *Construindo cuidado: A relação com profissionais da saúde nas práticas discursivas de pessoas diagnosticadas com transtornos alimentares*. Tese de doutorado não publicada, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.
- Spanos, A., Klump, K. L., Burt, S. A., McGue, M., & Iacono, W. G. (2010). A longitudinal investigation of the relationship between disordered eating attitudes and behaviors and parent/child conflict: A monozygotic twin differences design. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(2), 293-299.
- Spink, M. J., & Frezza, R. M. (2000). Práticas discursivas e produção de sentidos: A perspectiva da psicologia social. In M. J. Spink (Org.), *Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano: Aproximações teóricas e metodológicas* (pp. 7-39). São Paulo: Cortez.
- Spink, M. J., & Lima, L. (2000). Rigor e visibilidade: A explicitação dos passos da interpretação. In M. J. Spink (Org.), *Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano: Aproximações teóricas e metodológicas* (pp. 93-122). São Paulo: Cortez.
- Spink, M. J., & Medrado, B. (2000). Produção de sentidos no cotidiano: Uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In M. J. Spink (Org.), *Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano: Aproximações teóricas e metodológicas* (pp. 63-92). São Paulo: Cortez.
- Steward, J., & Zediger, K. (2002). Dialogue as tensional, ethical practice. *Southern Communication Journal*, 65(2/3), 224-242.
- Taneyoshi, K. (2008). Adaptation process among parents of children with eating disorders. *Journal of Japan Academy of Nursing Science*, 28(2), 3-11.
- Treasure, J., Sepulveda, A. R., MacDonald, P., Whitaker, W., Lopez, C., Zabala, M., et al. (2008). The assessment of the family of people with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 16(4), 247-255.

- Turkiewicz, G., Pinzon, V., Lock, J., & Fleitlich-Bilyk, B. (2010). Feasibility, acceptability, and effectiveness of family-based treatment for adolescent anorexia nervosa: An observational study conducted in Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32(2), 169-172.
- Whitney, J., Haigh, R., Weinman, J., & Treasure, J. (2007). Caring for people with eating disorders: Factors associated with psychological distress and negative caregiving appraisals in carers of people with eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 46(4), 413-428.
- Winn, S., Perkins, S., Murray, J., Murphy, R., & Schmdit, U. (2004). A qualitative study of the experience of caring for a person with bulimia nervosa. Part 2: carers' needs and experiences of services and other support. *International Journal of Eating Disorders*, 36(3), 269-279.
- Zabala, M. J., MacDonald, P., & Treasure, J. (2009). Appraisal of caregiving burden, expressed emotion and psychological distress in families of people with eating disorders: A systematic review. *European Eating Disorders Review*, 17(5), 338-349.

**ANEXOS****ANEXO 1**

www.hcrp.fmrp.usp.br

COPIA

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

Processo nº: 4128/2009

Título do Projeto: “Construção de sentidos sobre a participação do Pai no tratamento de filhos com diagnóstico de Transtornos alimentares”

Pesquisadores: Carolina Mota Gala e Prof. Dr. Manoel Antonio dos Santos

Instituição: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto

Ref. Análise de solicitação de adendo, folhas 64 a 68

**PARECER**

O projeto de pesquisa deu entrada no CEP em 29/04/2009 e, após análise, foi considerado APROVADO na 293ª Reunião Ordinária realizada em 17/08/2009.

Em carta datada de 19 de setembro de 2011, os pesquisadores encaminharam para apreciação do CEP o relatório parcial do estudo, assim como uma solicitação de adendo. Trata-se da solicitação de autorização para inclusão de um instrumento de coleta de dados (entrevista individual) complementar aos grupos focais inicialmente previstos no projeto. Esta entrevista é composta por um questionário semi-estruturado, também apresentado ao CEP para apreciação.

Segundo informações dos pesquisadores, esta decisão se sustenta na observação de que, à medida que os grupos focais foram sendo realizados, percebeu-se necessidade de abordar os pais também em um contexto individual, a fim de aprofundar assuntos que emergiram nos grupos focais.

Os pesquisadores também encaminharam para apreciação deste CEP uma nova versão do TCLE - versão 2.0, abordando esta nova informação.

**Parecer:** O CEP analisou e aprovou o adendo supracitado, assim como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, versão 2.0.

## ANEXO 2

AUTORIZAÇÃO

Autorizo o(a) Sr.(a) Carolina Mota Gala  
Janioli, que exerce a função de psicóloga,  
do curso de PPG (Mestrado), a ter acesso aos prontuários médicos  
na Sala de Pesquisa da Seção de Arquivo Médico, no período de 01 / 11 / 2010 a  
01 / 06 / 2011, com a finalidade de realização da pesquisa, cuja cópia da  
aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa segue anexa.

Ribeirão Preto, 25 / 10 / 2010

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Janioli', written over a horizontal line.

Carimbo e assinatura do Docente da FMRP-USP



## APÊNDICES

## APÊNDICE A

**Tabela 2** - Caracterização dos pacientes em seguimento segundo idade, estado civil, escolaridade, profissão/ocupação, diagnóstico, IMC de admissão, IMC atual e tempo de tratamento no serviço.

Pacientes (P)	Idade (anos)	Estado Marital	Escolaridade	Profissão/Ocupação	Diagnóstico	IMC* de admissão (kg/m <sup>2</sup> )	IMC atual (kg/m <sup>2</sup> )	Tempo de tratamento no serviço (meses)
P1	43	Solteira	Ensino médio completo	Educadora	AN do tipo restritivo	17,6	25,1	276
P2	18	Solteira	Ensino médio completo	Estudante	AN do tipo restritivo	12,1	17,8	22
P3	18	Solteira	Ensino médio completo	Estudante	TA não-especificado	19,2	29,2	7
P4	19	Solteira	Ensino superior incompleto	Estudante	AN do tipo restritivo	13,4	21,8	43
P5	23	Solteira	Ensino superior incompleto	Estudante	AN do tipo restritivo	15,8	17,6	44
P6	18	Solteira	Ensino médio incompleto	Estudante	TA não-especificado	19,4	19,1	26
P7	15	Solteira	Ensino médio incompleto	Estudante	AN do tipo restritivo	18,5	21,7	15
P8	49	Solteira	Ensino superior completo	Enfermeira (aposentada)	AN do tipo restritivo	11,8	13,4	185
P9	34	Casada	Ensino superior incompleto	Massagista	TA não-especificado	18,5	18,6	3

\*I.M.C.: Índice de Massa Corporal, parâmetro clínico-nutricional utilizado para o diagnóstico.

## APÊNDICE B

**Quadro 1.** Questões norteadoras para a primeira entrevista em grupo, realizada com os familiares (incluindo mães e pais) que frequentavam o seguimento ambulatorial e seus objetivos.

<b>Tema</b>	<b>Descrição</b>	<b>Objetivo</b>
1	Quando você foi convidado para participar dos atendimentos, que elementos favoreceram a sua vinda?	Reconhecer quais os sentidos atribuídos às razões que motivaram a chegada dos pais ao serviço.
2	Quem lhe falou sobre o serviço? Você se interessou em participar?	Colher informações sobre os sentidos construídos a respeito do serviço oferecido.
3	Imagine uma situação na qual você foi recebido de uma forma convidativa. Conte como foi.	Sentidos que ajudam na participação dos familiares no tratamento.
4	O que é para você ser pai de uma pessoa diagnosticada com transtorno alimentar?	Reconhecer quais os sentidos que os familiares atribuem à “doença” e, especialmente, à paternidade.
5	O que é para você ter um filho com transtorno alimentar?	Reconhecer quais os sentidos de “doença” e as consequências dessas descrições para a sua relação com os filhos e com a equipe profissional.
6	Se vocês pudessem imaginar um cenário convidativo para a participação no tratamento, como seriam: a) o convite; b) a chegada e c) o atendimento?	Promover a abertura de espaços na conversação para a co-construção de estratégias mais convidativas de participação para esses pais.
7	O que vocês consideram que seria uma boa estratégia para conversar com os pais que não estão podendo vir aos atendimentos?	Promover o diálogo com as vozes que não estão presentificadas, mas que são importantes para a conversa.
8	O que vocês imaginam que os pais que não estão aqui diriam sobre não poderem vir aos atendimentos?	Ampliação dos sentidos sobre a não-participação de alguns pais.
9	Que perguntas vocês consideram importantes de serem feitas aos pais que não estão podendo vir?	Estimular a construção conjunta dos sentidos relacionados à participação dos pais no tratamento.

## APÊNDICE C

**Quadro 2.** Questões norteadoras para a entrevista em grupo realizada apenas com os pais (incluindo os que acompanhavam o seguimento ambulatorial e aqueles que não o seguiam com frequência).

<b>Tema</b>	<b>Descrição</b>	<b>Objetivo</b>
1	Desde que você foi convidado a participar dos atendimentos, que elementos facilitaram ou dificultaram a sua vinda?	Reconhecer quais os sentidos que os pais atribuem ao comparecimento ao serviço.
2	Quem te falou sobre o serviço? Você se interessou em participar?	Colher informações sobre os sentidos construídos a respeito do serviço oferecido.
3	Imagine uma situação na qual você foi recebido de uma forma convidativa. Conte como foi.	Sentidos que ajudam na participação dos familiares no tratamento.
4	O que é para você ser pai de uma pessoa diagnosticada com transtorno alimentar?	Reconhecer quais os sentidos atribuídos pelos familiares à “doença” e, especialmente, à paternidade.
5	O que é para você ter um filho com transtorno alimentar?	Reconhecer quais os sentidos de “doença” e as consequências dessas descrições para a sua relação com os filhos e com a equipe profissional.
6	Se vocês pudessem imaginar um cenário convidativo para a participação no tratamento, como seriam: a) o convite; b) a chegada e c) o atendimento?	Promover a abertura de espaços na conversação para a co-construção de estratégias mais convidativas de participação para esses pais.
7	Imagine que você venha a um dia do ambulatório e considere a experiência bastante produtiva e bem-sucedida. O que você deveria acontecer para ser assim?	Promover a abertura de espaços para novas possibilidades de assistência mais adequadas às necessidades dos pais.
8	Se daqui a cinco anos esse serviço fosse considerado o melhor na região onde você vive, como ele seria?	Ampliação das possibilidades de participação, promovida na ação conjunta estabelecida.
9	Se isso se tornasse realidade, o que vocês poderiam fazer a partir desse momento? O que teriam que parar de fazer? E o que teriam que continuar fazendo?	Estimular a construção conjunta dos sentidos relacionados à participação no tratamento
10	Tem alguma pergunta que eu não fiz e que vocês gostariam que eu tivesse feito, porque a julgam importante?	Estimular a construção conjunta dos sentidos relacionados à participação no tratamento

## APÊNDICE D

**Quadro 3.** Roteiro da entrevista semiestruturada, realizada apenas com os pais, com descrição de cada questão e seus objetivos.

<b>Tema</b>	<b>Descrição</b>	<b>Objetivo</b>
1	Quando o senhor ouviu falar de TA, anorexia ou bulimia pela primeira vez?	Reconhecer os sentidos explicativos dos transtornos alimentares
2	O que o senhor pensou a respeito, o que sentiu em relação ao assunto?	Reconhecer quais os sentidos construídos a partir do diagnóstico
3	Quando e como o senhor começou a perceber que algo não estava bem (estava diferente) com a sua filha?	Compreender como construíam a mudança no estado de saúde da filha
4	Nesse momento, o que o senhor fez?	Reconhecer como esses pais lidaram com o transtorno alimentar das filhas
5	O senhor contou com que apoios para enfrentar essa “problemática”?	Reconhecer a rede social desses pais e fontes de apoio
6	O que, na opinião do senhor, contribuiu para que seu(sua) filho(a) desenvolvesse o TA?	Buscar pelas principais descrições relacionadas ao surgimento de um transtorno alimentar
7	Como esse problema afetou a família? [No início e atualmente]	Reconhecer os discursos sobre o impacto da doença para a dinâmica familiar
8	O que as pessoas falavam para o senhor sobre esse problema?	Explorar outras descrições, principalmente familiares, sobre o TA
9	Desde o início, onde procurou ajuda? De quem partiu a iniciativa?	Construir sentidos sobre a responsabilidade pelo cuidado na família
10	O senhor acompanhava? Por quê? Se não, teve vontade de acompanhar? Quem acompanha atualmente sua(seu) filha(o)?	Compreender como o lugar do pai é construído no contexto de cuidado
11	O que o senhor sabe sobre o tratamento?	Identificar a produção de sentidos sobre o tratamento
12	E a família, participa do tratamento? Como? O senhor acha importante a participação da família? Em que os pais podem ajudar na melhora da(o) filha(o) com TA? Os pais podem também dificultar?	Buscar os sentidos produzidos sobre a participação da família no tratamento, baseando-se na origem e manutenção do TA
13	E como pai, como o senhor vê a sua participação no tratamento?	Compreender as descrições privilegiadas sobre a participação do pai nesse contexto
14	O que é ser pai para você? E ser pai da pessoa X?	Compreender se a forma de se descrever como pai está relacionada às ações de participação no tratamento

## APÊNDICE E

<b>Momentos</b>	<b>Tema</b>	<b>Breve descrição do que foi conversado a cada momento</b>
<b>Momento 1</b>	<b>Problema alimentar</b>	Questionado sobre a primeira vez que havia ouvido falar em anorexia nervosa e bulimia nervosa, Alberto conta que começou a conhecer mais sobre o assunto quando a esposa, pela queda no desempenho escolar e pelas dificuldades alimentares apresentadas pela filha, incentivou a procura por um médico da cidade. Foi quando ele ouviu falar dos termos pela primeira vez. O pai fala que o momento de “descoberta” do diagnóstico foi muito difícil para ele, para a esposa e para a filha. Emociona-se ao contar essa história.
<b>Momento 2</b>	<b>Relacionamento familiar</b>	O pai fala de sua ligação com a esposa, de como sempre foram muito unidos e que acompanharam todos os momentos da vida dos filhos. Ressalta ainda a relação estreita entre Amália e a mãe, relatando que esta a acompanhava na escola, e que eram muito próximas e confidentes.
<b>Momento 3</b>	<b>Tratamento</b>	Alberto descreve o processo pela busca de atendimento para a filha, dizendo que teve início com uma profissional na sua cidade e que só depois vieram para o serviço no HC. Nesse ponto, relata que a participação nos grupos destinados aos familiares, sobretudo pela informação recebida, foi útil para que ele e a esposa compreendessem melhor o <i>transtorno</i> .
<b>Momento 4</b>	<b>Fontes de apoio</b>	Quando questionado sobre onde havia buscado apoio para enfrentar a situação, ele diz que procurou força primeiramente na fé, referindo-se ao fato de ter construído uma família bastante religiosa, pautada em valores cristãos. Além disso, aponta a esposa como uma fonte importante de apoio, significando a relação do casal como útil nesse sentido.
<b>Momento 5</b>	<b>Problema Alimentar</b>	Questionado sobre o que poderia causar um transtorno alimentar, Alberto associa a determinadas características da filha como predisponentes ao quadro. Diz que desde pequena, a filha era muito sensível, não podiam ser mais rígidos que ela já chorava.
<b>Momento 6</b>	<b>Relacionamento familiar</b>	Ao ser perguntado sobre se havia algum impacto do diagnóstico para a família, o pai coloca que o problema alimentar de Amália trouxe sofrimento para toda a família, inclusive para o irmão. Na época, segundo ele, nenhum deles sabia como lidar com suas dificuldades, o que hoje ele traz como grande mudança, pois diz conseguir entender mais a filha.
<b>Momento 7</b>	<b>Relacionamento com pessoas de fora da família</b>	Falando sobre como as pessoas de fora da família reagem ao problema, coloca que a maioria das pessoas diz que é “frescura”, o que justifica por elas não conhecerem bem o que é um transtorno alimentar. Diz que apenas aqueles que vêm ao tratamento é que sabem, efetivamente, que não é frescura, mas algo que envolve o aspecto físico, mas também questões de ordem emocional.
<b>Momento 8</b>	<b>Tratamento</b>	Conversando sobre o tratamento, o pai traz como importante a participação dos pais (mãe e pai) nos atendimentos oferecidos, afirmando que o fato de estarem presentes constitui-se como fonte de apoio à filha. Segundo ele, quando o casal participa, o filho sente maior segurança e pode avançar no tratamento, ao ver certa estrutura familiar.

Continua

*Conclusão*

<b>Momento 9</b>	<b>Participação do pai</b>	Convidado a pensar sobre o lugar do pai nesse contexto, ele coloca que considera que este deve estar mais próximo da filha, demonstrar curiosidade a respeito do que está vivendo, para assim oferecer apoio. Destaca ainda que, em momentos diferentes, a filha busca conversar mais com a mãe, e em outros, com ele.
<b>Momento 10</b>	<b>Sentidos de ser pai</b>	Seu Alberto descreve o ser pai como uma bênção, como uma troca para a vida inteira. Ao dizer de si mesmo enquanto pai, conta a história de seu próprio pai, dizendo que procura ser tão presente na vida de Amália quanto seu pai foi na sua vida.

QUADRO 1. Delimitações temático-sequenciais produzidas a partir da entrevista com Alberto, com breve descrição do conteúdo conversado a cada momento.

<b>Momento</b>	<b>Tema</b>	<b>Breve descrição do que foi conversado a cada momento</b>
<b>Momento 1</b>	<b>Problema alimentar</b>	Contando sobre quando ouviu falar sobre anorexia e/ou bulimia pela primeira vez, o pai traz que foi com o médico do posto de saúde que atendeu à filha em estado crítico quem lhe apresentou o termo. Foi por uma fala da irmã de Beatriz que ele começou a perceber que ela com dificuldades de se alimentar e realizar as atividades diárias.
<b>Momento 2</b>	<b>Relacionamento familiar</b>	Quando questionado sobre o impacto do diagnóstico na família, Benedito aponta que, do lado negativo, o problema alimentar da filha causa um estresse, pelo fato de os pais não saberem como lidar; por outro, diz que isso promoveu uma aproximação maior entre ele e a filha.
<b>Momento 3</b>	<b>Tratamento</b>	Nesse momento, Benedito aponta que o tratamento foi um recurso útil para que ele e a esposa compreendessem melhor a situação vivida por Beatriz e melhorassem o relacionamento familiar como um todo.
<b>Momento 4</b>	<b>Fontes de apoio</b>	Como principais fontes de apoio, são destacadas a crença em Deus e a fé religiosa e a participação nos grupos de apoio ao familiar. Segundo ele, a maneira acolhedora com que foi recebido e informado pelos profissionais se constituiu em um recurso importante de apoio.
<b>Momento 5</b>	<b>Problema Alimentar</b>	Convidado a falar sobre o que daria origem a um transtorno alimentar, o pai acredita que a preocupação extremada da filha com vistas a um corpo muito magro, como o das revistas de moda, tenha sido motivo para o desenvolvimento de sua dificuldade alimentar. Chega a descrever esse empenho em emagrecer como um vício.
<b>Momento 6</b>	<b>Família no tratamento</b>	Ao falar do papel da família nesse contexto, Benedito não associa como algo que predisponha ao transtorno alimentar, mas relata que ela deve participar do tratamento, pois senão os pais não saberão lidar “corretamente” com tal condição.
<b>Momento 7</b>	<b>Relacionamento com pessoas de fora da família</b>	Quanto a contar para pessoas fora da família sobre o problema alimentar da filha, seu Benedito coloca que ele e a esposa não costumavam comentar o assunto. Diz que os vizinhos, especialmente, por residirem em um conjunto de prédios e verem muito pouco Beatriz, perguntavam: “O que que ela tem?”, mais no sentido de seu jeito de ser retraído.
<b>Momento 8</b>	<b>Tratamento</b>	Sobre o momento inicial de busca pelo tratamento, ele diz que foi a esposa quem levou a filha em um posto de saúde e que de lá a encaminharam para um hospital de regime de semi-internação da cidade, justificado pelo estado de saúde agravado.
<b>Momento 9</b>	<b>Participação dos familiares</b>	Benedito conta que a família deve participar sempre, pois pais que não procuram saber sobre o estado da filha tendem a atrapalhar inclusive sua recuperação, pois discutem e brigam, o que deixaria a paciente ainda mais fragilizada.
<b>Momento 10</b>	<b>Participação do pai</b>	Conversando a respeito da participação do pai no tratamento, ele coloca que o pai geralmente fica responsável por levar e buscar no hospital, mas que a sua presença com a esposa e para a filha nos atendimentos seria mais positiva.
<b>Momento 11</b>	<b>Sentidos de ser pai</b>	Benedito traz que ser pai é um orgulho, mas também uma obrigação. Por isso, acredita que quanto mais próximo o pai puder estar de seus filhos, melhor. Traz a sua criação, dizendo que havia certo machismo em relação ao pai, dele ser durão em casa, mas que hoje essa situação está mudada.

QUADRO 2. Delimitações temático-sequenciais produzidas a partir da entrevista com Benedito, com breve descrição do conteúdo conversado a cada momento.

<b>Momento</b>	<b>Tema</b>	<b>Breve descrição do que foi conversado a cada momento</b>
<b>Momento 1</b>	<b>Problema alimentar</b>	Quando questionado sobre o transtorno alimentar da filha, Carlos diz que achava que Camila sofria de algum problema estomacal, físico, o que explicaria seus vômitos. Diz que nunca tinha ouvido falar em bulimia antes, não sabia o que era.
<b>Momento 2</b>	<b>Sentidos sobre os transtornos alimentares</b>	Conversando sobre o diagnóstico de bulimia da filha, traz que nunca imaginava que isso seria uma doença. E, construindo-a dessa maneira, entende a necessidade de um cuidado maior. A entrevistadora traz a noção do transtorno alimentar como frescura, e ele responde que essa dificuldade é emocional.
<b>Momento 2</b>	<b>Relacionamento familiar</b>	Na sequência interativa, Carlos aponta o convívio familiar como possível <i>lócus</i> para a origem do problema. Nessa descrição, ele relata que se a família tem bom relacionamento, ela pode assegurar o bem-estar psicológico das pacientes, auxiliando-as a se recuperar.
<b>Momento 3</b>	<b>Diagnóstico</b>	Contando do percurso até o tratamento, Carlos conta que começou a perceber as mudanças no comportamento da filha por conta do irmão, que percebeu que ela estava vomitando e alertou os pais. Em seguida, foi a esposa quem a levou à primeira consulta com o médico, buscando por um diagnóstico. Ele diz ter tomado conhecimento apenas depois.
<b>Momento 4</b>	<b>Fontes de apoio</b>	Quando foi questionado pela entrevistadora acerca das fontes de apoio recebidas na ocasião do diagnóstico, o pai diz que não procurou qualquer ajuda, pois não construía aquela situação como um choque emocional. Diz, inclusive, que tratou com naturalidade a dificuldade alimentar da filha.
<b>Momento 5</b>	<b>Relacionamento com pessoas de fora da família</b>	A respeito de comentar com pessoas fora da família sobre a situação da filha, ele diz que não via necessidade em contar para qualquer pessoa de fora e nem em pedir ajuda a alguém, pois entende que é um assunto particular que deve ser tratado apenas no domínio familiar, com a maior naturalidade possível.
<b>Momento 6</b>	<b>Tratamento</b>	Carlos relata que quem acompanhou mais o início do tratamento foi a esposa, que convivia mais de perto com Camila. Ele e a entrevistadora conversam sobre a participação nas atividades oferecidas no ambulatório, e então ele coloca que iria tentar estar mais presente assim como o filho, irmão de Camila. Reforça o sentido de participação da família toda.
<b>Momento 7</b>	<b>Participação do pai</b>	Em seguida, a pesquisadora convida o pai a pensar nos motivos para a maior participação das mães e às vezes menor participação dos pais no ambulatório, e Carlos responde que principalmente o trabalho, o sustento financeiro da casa, faz com que o pai fique mais longe de casa. Ele constrói o pai como o “cabeça” da família, mas acrescenta que ele hoje ele pode “até trocar fralda” dos filhos.

*Continua*



<i>Conclusão</i>		
<b>Momento 8</b>	<b>Lugar do pai no tratamento</b>	No momento seguinte, Carlos descreve como a participação do pai no tratamento poderia ser útil para a melhora dos filhos, dizendo que o pai deve buscar mais informações sobre as causas desses transtornos e orientação para saber lidar com as filhas em tratamento. Ressalta, como recurso extremamente útil, a participação de um pai que possa contar uma experiência bem-sucedida, de cura, para os pais em seguimento, pois assim seria possível aprender um caminho possível de melhora.
<b>Momento 9</b>	<b>Construindo espaços de ajuda</b>	Ao final do encontro, ao ser convidado pela entrevistadora a participar de um grupo com outros pais, Carlos remete-se às conversas sobre futebol que tem com os amigos ou com os colegas de trabalho, como conversas úteis e que ajudam, não sustentando os convites psicológicos como os mais válidos.

QUADRO 3. Delimitações temático-sequenciais produzidas a partir da entrevista com Carlos, com breve descrição do conteúdo conversado a cada momento.

<b>Momento</b>	<b>Tema</b>	<b>Breve descrição do que foi conversado a cada momento</b>
<b>Momento 1</b>	<b>Problema alimentar</b>	Falando da primeira vez que ouvira sobre a anorexia ou a bulimia, Diego traz que só passou a conhecer o tema quando a enteada Denise recebeu o diagnóstico. Conta que já tinha ouvido antes nos meios de comunicação, mas só buscou mais informações quando chegaram ao serviço. Ao falar do diagnóstico recebido, diz que o mais difícil de lidar foi ver que a pessoa precisava comer e não conseguia, e assim ia “definindo”, o que fazia ele e a esposa insistir para que se alimentasse, o que hoje entende como algo que piora a condição da pessoa diagnosticada. Em seguida, convidado a pensar no momento em que surgiram essas dificuldades alimentares, relata que ainda quando seus pais eram vivos, Denise começou a restringir alguns alimentos, emagrecendo bastante nesse período. Logo depois, um olheiro de uma agência de modelos convidou-a para trabalhar em desfiles, o que, segundo ele, acabou agravando sua preocupação com o peso corporal e desencadeando o transtorno.
<b>Momento 2</b>	<b>Tratamento</b>	Descrevendo a busca pelo tratamento, Diego diz que após o falecimento dos pais da enteada e assim que notaram essa mudança em seu comportamento, ele e a esposa conversaram com um psiquiatra em uma cidade vizinha que os orientou a procurar o serviço em Ribeirão Preto, por ser um atendimento mais especializado.
<b>Momento 3</b>	<b>Fontes de apoio</b>	Ao ser questionado pela pesquisadora a respeito do apoio recebido pela família, Diego afirma que não tiveram muito apoio nesse momento não. Apesar de alguns tios e avós terem incentivado o cuidado à Denise, muitos diziam que ela precisava de um corretivo, pois havia a noção de que ela estava dessa forma por sua “própria vontade”. Esses comentários são construídos como prejudiciais.
<b>Momento 4</b>	<b>Problema Alimentar</b>	Tratando das possíveis causas de um transtorno alimentar, ele descreve o que pode ter causado o transtorno alimentar de Denise eram experiências anteriores negativas, que mexeriam muito com seu lado emocional, resultando no adoecimento da pessoa. Relaciona a perda consecutiva dos pais como principal predisponente dessa condição, tendo influenciado também seu desempenho escolar.
<b>Momento 6</b>	<b>Relacionamento familiar</b>	Diego fala que a dificuldade alimentar da enteada teve um impacto muito grande para toda a família, inclusive para seu irmão mais novo. Entretanto, confere a ele e à esposa o maior peso, uma vez que precisaram unir recursos para cuidar de ambos em uma situação tão nova e difícil.
<b>Momento 7</b>	<b>Tratamento</b>	Quando questionado sobre o momento atual de Denise no tratamento, ele traz que sente ela bastante diferente do início, pois conseguiu recuperar peso. Por outro lado, mostra-se preocupado com seu aspecto emocional, dizendo que ela ainda precisa de acompanhamento para não ter recaídas. Refere-se a uma recaída recente, ao que ele denomina de “altos e baixos da doença”, que conseguiu reverter e se recuperar.

*Continua*

*Conclusão*

<b>Momento 8</b>	<b>Relacionamento com pessoas de fora da família</b>	A entrevistadora convida seu Diego para falar sobre como ele explicava o transtorno alimentar para uma pessoa que lhe perguntasse sobre o assunto, e ele diz que buscava explicá-la como uma doença, na qual a pessoa deixava de se alimentar gradativamente e tem muitos altos e baixos, com risco para sua vida. A esse sentido, relata que muitas pessoas de sua cidade, um local com poucos habitantes, reagiam de forma assustada, sustentando a seriedade do caso.
<b>Momento 9</b>	<b>Participação do pai</b>	No momento seguinte, a pesquisadora fala sobre a participação frequente de Diego nos grupos de apoio aos familiares, ao que ele diz ser muito importante estar presente, especialmente como forma de apoio para a esposa e para Denise. Na descrição que faz dessa participação, diz que o emocional de ambas fica muito “abalado”, o que faz com que construa sua participação como essencial para o bom progresso do tratamento. Destaca também que, quando precisam de um “motorista”, ele sempre se dispõe a vir, pois tem um trabalho que permite essa adequação do tempo.
<b>Momento 10</b>	<b>Participação dos familiares</b>	Remetendo ao grupo de apoio oferecido aos familiares pelo serviço, Diego diz que ter a possibilidade de conversar com outros cuidadores sobre o problema tem sido muito útil para lidar a situação da enteada, pois sente “que não está sozinho nesse barco”.
<b>Momento 11</b>	<b>Sentidos de participação</b>	Nos momentos finais da conversa, o pai constrói sua participação em função da relação com sua esposa, pensando no casal, que unido constrói força e recursos de enfrentamento para o problema de Denise. Convidado a participar do grupo só com pais, ele retoma que muitas mulheres vêm sem os maridos aos atendimentos, o que ele pensa que poderia ser diferente, com maior participação dos homens.

QUADRO 4. Delimitações temático-sequenciais produzidas a partir da entrevista com Diego, com breve descrição do conteúdo conversado a cada momento.

<b>Momento</b>	<b>Tema</b>	<b>Breve descrição do que foi conversado a cada momento</b>
<b>Momento 1</b>	<b>Problema alimentar</b>	O pai conta que a primeira vez que ouviu o termo anorexia foi quando a mãe de Estela procurou um médico, que deu o diagnóstico. Diz que ficou assustado e que não imaginava as razões para que a filha desenvolvesse esse problema alimentar. Em seguida, Emílio traz que uma provável causa para isso tenha sido a sua saída de casa, muito sentida por Estela, por conta da separação do casal.
<b>Momento 2</b>	<b>Relacionamento familiar</b>	Quando questionado pela entrevistadora sobre se havia influência dessa questão, ele não associa a ocorrência do transtorno alimentar de Estela à separação dos pais. Atribui ao jeito da filha – mais “introverso” e “por ficar no seu mundinho” – certa predisposição ao transtorno, por ficar isolada, o que levaria a depressão e pensamento fixo na perda de peso.
<b>Momento 3</b>	<b>Tratamento</b>	Ao falar do tratamento, Emílio conta que o itinerário começou na cidade em que a filha e a mãe moravam, onde consultaram um clínico geral que indicou a procura pelo serviço em Ribeirão, por ser especializado, o que garantiria o tratamento adequado.
<b>Momento 4</b>	<b>O que foi útil no tratamento</b>	Continuando o discurso sobre o tratamento, Emílio destaca que a sua participação é importante na medida em que é um apoio para a filha, mais até do que para ele mesmo. Ao ser convidado pela pesquisadora a pensar no que era útil para si no tratamento, ele coloca o grupo de apoio aos familiares como recurso, assim como a maneira como ele e a família foram bem recebidos pela equipe, construindo que a informação, a orientação dada pelos profissionais nesse momento como uma ajuda importantíssima.
<b>Momento 5</b>	<b>Relacionamento familiar</b>	Quando conversam sobre se o diagnóstico tem efeitos para a família, o pai traz que, no início, não entendia o problema que a filha estava passando e por isso, não tinha muita paciência e ficava bravo. Com o tempo, entretanto, ele considera que o maior conhecimento sobre a “doença” ajudou a compreender melhor a filha, trazendo, inclusive, maior proximidade entre eles.
<b>Momento 6</b>	<b>Relacionamento com pessoas de fora da família</b>	Emílio conta que a família não comentou sobre o problema de Estela com tios, parentes ou vizinhos, respeitando a vontade da filha, que não se mostrava confortável em fazê-lo. Contudo diz que alguns vizinhos da filha notavam que estava muito emagrecida, e sempre perguntavam à mãe o que havia de errado com ela. O pai retoma o sentido de não “expor” a filha, o que construiu como algo prejudicial à sua melhora.
<b>Momento 7</b>	<b>Fontes de apoio</b>	A entrevistadora pergunta então sobre possíveis recursos de enfrentamento buscados pela família, e ele traz que a fé em Deus e a luta para que a filha se recuperasse foram os principais recursos. Mais uma vez, o pai retoma a participação de ambos os pais como fonte de apoio essencial para que a pessoa diagnosticada tenha adesão ao tratamento.

*Continua*

*Conclusão*

<b>Momento 8</b>	<b>Tratamento</b>	Sobre o que é esse tratamento, Emílio descreve-o como algo muito bom, pois informa a família e a paciente sobre o que está acontecendo com sua saúde. Destaca como cada profissional contribui para o tratamento, descrevendo as possíveis ações de cada um: o que faz a nutricionista, o psicólogo, o psiquiatra, etc., o que ele descreve como um trabalho conjunto que resultará no cuidado àquela pessoa e em sua “cura”.
<b>Momento 9</b>	<b>Participação da família</b>	Ao tratar do lugar da família nesse contexto, ele diz que é importante essa participação, pois os pais têm a oportunidade de ouvirem outras histórias e maneiras diferentes de lidar com o problema, ajudando-os com estratégias para o convívio com a filha. Para ele, o grupo de pais e as consultas individuais com os profissionais são espaços que têm oferecido essa possibilidade.
<b>Momento 10</b>	<b>Participação do pai</b>	Quando conversa sobre a participação específica do pai no tratamento, Emílio traz a noção de que o pai geralmente não vem aos retornos por conta de seu trabalho, mas que seria relevante que participasse da assistência porque isso tem importância para a filha, como um apoio.
<b>Momento 11</b>	<b>Sentidos de ser pai</b>	A paternidade é descrita como algo bom, que traz muitas alegrias. Coloca que o pai deve ser alguém atento às necessidades da filha, tentando ajudar o máximo possível no seu desenvolvimento enquanto pessoa.

QUADRO 5. Delimitações temático-sequenciais produzidas a partir da entrevista com Emílio, com breve descrição do conteúdo conversado a cada momento.

<b>Momento</b>	<b>Tema</b>	<b>Breve descrição do que foi conversado a cada momento</b>
<b>Momento 1</b>	<b>Problema alimentar</b>	Quando ouviu falar pela primeira vez sobre os transtornos alimentares, Fernando achava que era um problema de saúde que ocorria principalmente com modelos, que restringiam a alimentação para ficar muito magras. Como o diagnóstico de Flávia foi feito há 13 anos, ele relata que não havia muita informação a respeito e, sobretudo, para eles, que não conseguiam entender a razão para que sua filha desenvolvesse tal dificuldade alimentar.
<b>Momento 2</b>	<b>Recebendo o diagnóstico</b>	Falando sobre a questão do diagnóstico da filha, o pai diz que ouviu primeiramente de dois profissionais do serviço o nome bulimia nervosa, sendo uma nutricionista e um médico. Conta que no início foi muito difícil “digerir” essa informação, pois não sabiam como lidar com as crises da filha, ao que ele refere momentos de vômitos constantes e isolamento. Diz que a esposa estava sempre ao lado da filha, mas que ele teve muita dificuldade de aceitar sua condição. Associa o início da dificuldade da filha ao fato de ter sido “gordinha” na escola, o que a fez sentir-se excluída nos grupos.
<b>Momento 3</b>	<b>Problema alimentar</b>	Ao ser questionado a respeito do que poderia contribuir para o desenvolvimento de um transtorno alimentar, Fernando descreve diversos fatores. Entretanto, dá à mídia um lugar determinante para isso, por ter estabelecido um padrão corporal muito magro, que tende a influenciar os jovens em formação, inclusive de forma prejudicial para a saúde.
<b>Momento 4</b>	<b>Relacionamento com pessoas de fora da família</b>	Em seguida, a conversa gira em torno do compartilhar com pessoas fora do convívio familiar, e Fernando diz que falou sobre o problema da filha apenas com pessoas bem próximas, como parentes ou colegas de trabalho. Coloca que a maioria das pessoas não entende essa situação. Mas, ao mesmo tempo, diz que é duro quando alguém que está passando por isso com um filho vem pedir sua opinião, pois ressalta a seriedade do quadro, a dificuldade na recuperação (altos e baixos, processo mais lento) e a exigência que vê de os pais acompanharem de perto os atendimentos.
<b>Momento 5</b>	<b>Relacionamento familiar</b>	A pesquisadora, então, pergunta ao pai sobre os efeitos ou não-efeitos do diagnóstico para a família, e seu Fernando coloca que essa descrição afeta sim a família. Aponta que o relacionamento entre o casal parental deve ser bom para que o filho não fique confuso, sem saber qual caminho seguir. De acordo com ele, deve haver um consenso na postura, na forma de lidar com o filho por parte dos pais.
<b>Momento 6</b>	<b>Fontes de apoio</b>	Ele diz que essa noção foi construída por ele e a esposa a partir da participação no grupo de familiares, no qual aprenderam que essa “união” seria mais benéfica para os pacientes. Constrói o espaço grupal como fonte de informações, aprendizado e fortalecimento, dizendo que sempre que vem leva algo novo para lidar com sua realidade com a filha. Traz o lugar importante que a crença em Deus oferece em termos de apoio, assim como a relação com a esposa como fonte de apoio mútuo.
<b>Momento 7</b>	<b>Tratamento</b>	Fernando fala do itinerário de tratamento, trazendo que a esposa foi quem procurou inicialmente ajuda, e que apenas depois chegaram ao serviço. A entrevista pergunta sobre sua participação nesse processo, e o pai diz que sempre esteve próximo das duas, esposa e filha, e que avalia como positiva essa participação.

*Continua*

*Conclusão*

<b>Momento 8</b>	<b>Relacionamento familiar</b>	Ele traz, na sequência, que tem um relacionamento muito bom com Flávia. Faz então uma distinção entre o relacionamento dela com a mãe, marcado mais por carinho e cumplicidade e, com ele, que seria mais de orientação, discussões sobre qual é o melhor caminho a seguir.
<b>Momento 9</b>	<b>Participação da família</b>	Fernando coloca a presença da família nos atendimentos como uma das questões principais para o tratamento. De um lado, pelo relacionamento familiar representar, junto da mídia, cerca de “oitenta por cento” das possíveis causas para o surgimento de um transtorno alimentar e, por outro, porque a filha saber que os pais estão ali ajudaria, por si só, na sua recuperação. Por fim, quando questionado sobre a utilidade dessa participação para os próprios pais, ele coloca que é útil no sentido de esclarecimento sobre a doença.
<b>Momento 10</b>	<b>Participação do pai</b>	Com relação à participação do pai, o pai diz que hoje ele deve estar mais próximo dos filhos, acompanhando sua vida mais de perto. Traz a noção de pai de outros tempos, quando ele era mais “sisudo” e com quem os filhos tinham que ter uma relação de respeito.
<b>Momento 11</b>	<b>Menor frequência do pai nos atendimentos</b>	Apresenta-se então uma discussão sobre os pais que não frequentavam o ambulatório, em que a entrevistadora questiona-o sobre as possíveis razões para isso. Fernando diz acreditar em falta de informação sobre o problema, que contribuiria para a menor compreensão da condição enfrentada pela filha e, principalmente, dos riscos envolvidos. A entrevistadora traz para a conversação a questão do trabalho referida por outros pais como limitadora dessa participação, mas ele diz que não é impedimento para essa vinda. Traz que os pais têm que levar mais a sério os prejuízos que o transtorno alimentar pode causar, e fazer o possível para comparecer ao tratamento.
<b>Momento 12</b>	<b>Sentidos de ser pai</b>	Por fim, ao tratar do sentido atribuído ao ser pai, o pai diz que é algo muito gratificante, mas que exige responsabilidade grande, visto que é preciso formar um ser humano. No momento em que fala da filha, mostra-se emocionado, destacando a relação muito próxima que têm e descrevendo-a como uma pessoa atenciosa, dedicada ao trabalho e à família.

QUADRO 6. Delimitações temático-sequenciais produzidas a partir da entrevista com Fernando, com breve descrição do conteúdo conversado a cada momento.

<b>Momento</b>	<b>Tema</b>	<b>Breve descrição do que foi conversado a cada momento</b>
<b>Momento 1</b>	<b>Problema alimentar</b>	O pai relata que ouviu falar sobre anorexia nervosa pela primeira vez no próprio serviço, tendo chegado ao GRATA recentemente. Foi através de uma conversa (que ele denominou palestra) que teve com uma psicóloga. A partir desse contato é que foi dada uma explicação para o problema alimentar de Graziela, e o encontro com outros casos, através dos pais no grupo, deu uma sensação para ele de que seu caso não era um dos mais graves.
<b>Momento 2</b>	<b>Busca pelo tratamento</b>	Na sequência, Gustavo conta que, de início, achava que a dificuldade alimentar da filha era uma “frescura”, mas com o tempo começou a descrever como um problema mental. Diz que a esposa foi quem buscou ajuda para a filha em um primeiro momento.
<b>Momento 3</b>	<b>Participação dos pais no tratamento</b>	Nesse ponto da conversação, ele faz a distinção entre os lugares do pai e da mãe no relacionamento com Graziela. Traz que a mãe seria a pessoa “que corre atrás”, a responsável pelo cuidado, e o levar e buscar nos atendimentos seriam uma responsabilidade do pai. Reforça o sentido de que o pai tem que trabalhar para dar o sustento da casa, o que seria a sua forma de participar, de apoiar a filha diagnosticada.
<b>Momento 4</b>	<b>Problema alimentar</b>	Questionado pela entrevistadora sobre o início da dificuldade alimentar de Graziela, ele conta que começou a notar uma preocupação exagerada da filha com o peso quando esta tinha treze, catorze anos, e estava em tratamento para rinite. Como parte desse tratamento, uma nutricionista indicou um esquema alimentar, que, segundo ele, foi tomado por Graziela com muita rigidez, sendo um dos fatores que contribuíram para o desenvolvimento da anorexia.
<b>Momento 5</b>	<b>Tratamento</b>	A partir daí, ela começou a ser atendida por psicóloga e psiquiatra particulares, o que Gustavo considerava um gasto que pesava no orçamento familiar. Assim, por intermédio de uma amiga da família, buscaram encaminhamento para o Hospital das Clínicas, garantindo a assistência gratuita à filha. Traz a figura dessa psiquiatra como alguém que ajudou muito Graziela e a família, pois deu um suporte importante até a chegada ao serviço no hospital.
<b>Momento 6</b>	<b>Fontes de apoio</b>	Convidado a falar sobre as fontes de apoio diante desse diagnóstico, o pai afirma que quem convive com a problemática são os três: Graziela, a esposa e ele. Apesar de ter outro filho, ele ressalta que seu principal apoio é a mulher, com quem construiu os recursos para o enfrentamento do problema. Além disso, descreve Deus como fonte de apoio essencial para eles.
<b>Momento 7</b>	<b>Tratamento</b>	Em seguida, Gustavo fala de dois tipos de tratamento que foram acessados por ele e a esposa antes da vinda ao serviço, sendo um válido e outro não. O primeiro foi a psiquiatra mencionada anteriormente, com quem construíram uma relação de confiança; o segundo foi com um psiquiatra que era gratuito, mas ele relata que não gostou do atendimento. Questionado sobre o porquê dessa insatisfação, traz que o médico mandou fazer uma série de exames que demandariam muito tempo, e sua filha precisava de assistência imediata, o que foi entendido como desatenção. Comenta que no HC, percebia que havia interesse dos profissionais em cuidar das pessoas, o que avaliou como bastante útil.

*Continua*



*Conclusão*

<b>Momento 8</b>	<b>Problema alimentar</b>	A respeito das possíveis causas de um transtorno alimentar, inicia-se uma negociação entre o pai e a pesquisadora. Ele começa dizendo que não sabe dizer o que causa o problema. Diz apenas que relaciona seu início ao tratamento contra a rinite de Graziela. Em seguida, pergunta à entrevistadora se ela vai dar essa resposta para ele, ao que é respondido que cada pessoa com dificuldade alimentar tem uma história diferente. A partir dessa colocação, ele começa a dizer que não poderia ser frescura ou falta de atenção, descrevendo que a filha sempre teve um ótimo cuidado na família, talvez até demais.
<b>Momento 9</b>	<b>Relacionamento familiar</b>	A entrevistadora pergunta, então, sobre os possíveis impactos do diagnóstico para a família, ao que Gustavo responde ter afetado a família por trazer preocupação e tristeza à mãe, a ele e ao irmão. Entretanto, quando convidado a pensar se algo havia mudado no relacionamento com a filha, ele diz que não, trazendo que sempre se deram muito bem, sempre foram próximos. Fala que, se houve alguma mudança, foi para melhor, mas não acredita nisso.
<b>Momento 10</b>	<b>Relacionamento com pessoas de fora da família</b>	Falando sobre a reação das pessoas de fora da família sobre o problema, ele coloca que apenas pessoas muito próximas ficaram sabendo da condição de Graziela, como, por exemplo, uma amiga da família que a tinha visto nascer. Ele começa a dizer então que esse assunto não deve ser trocado com pessoas leigas, que não conhecem o problema, referindo-se a uma mãe, cuja filha tinha um transtorno alimentar e já havia sido internada em instituição psiquiátrica, que disse no grupo que a situação de sua filha era igual à dela. Isso teve um efeito negativo para Gustavo, que não entende o problema alimentar como circunscrito por uma doença mental.
<b>Momento 11</b>	<b>Participação do pai</b>	Retomando a trajetória de tratamento, a entrevistadora diz que a mãe foi quem acompanhou primeiramente a filha e pergunta se o pai não gostaria de participar mais das atividades oferecidas no hospital. Ele coloca que, por conta do trabalho e da necessidade de manter financeiramente a casa, não pode largar as responsabilidades para vir, afirmando que sua participação ocorre de outras maneiras: quando ele leva e busca a esposa e a filha, acompanhando sim o estado da filha.
<b>Momento 12</b>	<b>Tratamento</b>	Com relação ao tratamento, Gustavo o descreve como a possibilidade de cura para a filha. Coloca que não quer ficar a vida inteira com esse problema, por isso tem esperança de que a filha se recupere e possa ter uma vida “normal”. Na negociação sobre o tema, a entrevistadora discute o sentido da cura como algo gradual, ao que ele responde dizendo que não acredita haver algo na família ou no ambiente que piore a sua condição.
<b>Momento 13</b>	<b>Participação do pai</b>	Ao ser convidado para pensar em sua própria participação no contexto de tratamento, o pai diz que busca fazer o melhor e que, apenas o fato de não atrapalhar, já considera uma grande contribuição. Procura não prejudicar seu desenvolvimento, fazendo cobranças e comentário negativos.
<b>Momento 14</b>	<b>Sentidos sobre o ser pai</b>	No final da entrevista, ao falar do que é ser pai, Gustavo diz não saber dizer em palavras uma definição. Valorizando suas palavras, a entrevistadora coloca que poderia se expressar como quisesse, e ele então traz que é um sentimento muito bom, que adora os filhos. Traz que tenta dar tudo o que está a seu alcance para agradar, para cuidar bem dos filhos.

QUADRO 7. Delimitações temático-sequenciais produzidas a partir da entrevista com Gustavo, com breve descrição do conteúdo conversado a cada momento.

<b>Momento</b>	<b>Tema</b>	<b>Breve descrição do que foi conversado a cada momento</b>
<b>Momento 1</b>	<b>Problema alimentar</b>	Hélcio conta que a primeira vez que ouviu falar sobre um transtorno alimentar foi através de reportagens na televisão sobre o assunto, e que nelas pode conhecer casos que resultaram na morte da pessoa diagnosticada. Diz que isso o fazia sentir medo de que aquilo pudesse acontecer em sua família. Coloca que não percebeu nenhuma mudança no comportamento da filha em relação à alimentação, pois quem “ficava em cima” era a mãe, que ele descreve como uma pessoa preocupada e que era a pessoa que tomava conta da filha. Ao ser perguntado pela entrevistadora sobre quando foi procurada ajuda para Helena, o pai sugere que isso seja perguntado à mãe, por ela ter sido a que mais acompanhou o diagnóstico e a procura pelo tratamento, dizendo que achava apenas que a filha era quieta e comia pouco.
<b>Momento 2</b>	<b>Relacionamento familiar</b>	Falando sobre o diagnóstico, o pai relata que ficou preocupado com o estado da filha, mas não apavorado. Entretanto, afirma que saber que a filha tinha uma dificuldade alimentar tida como tão grave trouxe um “baque” para a família, pois no início não sabiam como lidar com a questão. Em seguida, convidado a pensar se haviam ocorrido mudanças desse momento inicial até o momento atual do tratamento, Hélcio diz que ela engordou, mas que não pode dizer isso porque teme que esta possa piorar.
<b>Momento 3</b>	<b>Fontes de apoio</b>	A entrevistadora questiona, então, que tipos de apoio ele recebeu frente ao impacto na família, e ele coloca que recebeu apoio do filho, irmão de Helena, da cunhada e da equipe que a atendeu primeiramente em sua cidade de origem.
<b>Momento 4</b>	<b>Relacionamento com pessoas de fora da família</b>	Seguindo a questão do apoio recebido, Hélcio é questionado pela pesquisadora sobre o relacionamento com pessoas fora da família, ao que ele responde não ter falado sobre o que vinha passando, tendo comentado e buscado mais suporte na própria família mesmo.
<b>Momento 5</b>	<b>Problema Alimentar</b>	No momento interacional seguinte, fala-se sobre o que poderia contribuir, em sua opinião, para o aparecimento de um transtorno alimentar. O pai descreve o problema alimentar como alguém que não pode ver “gente gorda”, que já fica “transtornada”, não associando qualquer outro evento que possa predispor a isso. A entrevistadora responde que, dessa forma, seria como uma característica pessoal de Helena, um jeito de ser, que o pai já havia mencionado no início da conversa.
<b>Momento 6</b>	<b>Relacionamento com pessoas de fora da família</b>	Hélcio é convidado a pensar na maneira como outras pessoas reagiram quando a família dizia sobre o problema alimentar da filha, e ele traz a reação de uma tia de Helena que tinha ficado muito triste ao saber disso, que não acreditava que ela estava com um problema tão “gravíssimo”. O pai conta que ficava até constrangido, não sabendo explicar o porquê de a filha não querer se alimentar. A entrevistadora pergunta se já tinha ouvido alguma noção sobre o assunto, como a de frescura, e o pai diz que nunca tinha ouvido falar do problema dessa forma.

*Continua*

*Conclusão*

<b>Momento 7</b>	<b>Tratamento</b>	Tratando do percurso de tratamento, ele fala que a filha havia sido atendida por psicólogo e psiquiatra em sua cidade, mas que não sabia ao certo por quanto tempo, pois quem estava fazendo isso era a mãe de Helena. Diz que não ia às consultas ou nos hospitais, mas participava quando a esposa chegava a casa e dividia com ele tudo o que tinha acontecido. Quando perguntado sobre o que imaginava ser o tratamento, ele circunscreve-o ao atendimento com o psiquiatra, que para ele “é mais conversa”, mas que também conta com alguns medicamentos.
<b>Momento 8</b>	<b>Participação do pai</b>	Em seguida, referindo-se a um menor acompanhamento do pai nos atendimentos do que o da mãe, a pesquisadora pergunta se ele gostaria de participar mais do tratamento, ao que o pai diz que sim. Negociam o porquê da participação do pai ser útil, e Hécio diz que o importante é que ele pode estar junto da filha, passando-lhe maior segurança.
<b>Momento 9</b>	<b>Relacionamento com a filha</b>	O senhor Hécio traz para a conversa que tem um relacionamento ótimo com a filha, apesar de não conversarem muito. A entrevistadora associa a questão de maior intimidade com a mãe, e ele diz que é com ela que Helena costuma discutir “esse tipo de assunto”. Mas diz que a relação deles “é dez”, pois nunca discutiram, e que nunca brigou com ela.
<b>Momento 10</b>	<b>Participação do pai</b>	Quando questionado sobre uma maior participação nos atendimentos oferecidos, ele traz que, se tivesse que vir, viria ao hospital. Complementa dizendo que essa participação ajuda na melhora da filha.
<b>Momento 11</b>	<b>Sentidos de ser pai</b>	Por fim, fala que ser pai é “padecer no paraíso”, e que “filho criado, trabalho dobrado”, construindo o sentido de que dá trabalho ser pai, mas que é bom ao mesmo tempo, trazendo que, fora o transtorno alimentar, Helena é uma filha muito responsável, que não tem vício, etc..

QUADRO 8. Delimitações temático-sequenciais produzidas a partir da entrevista com Hécio, com breve descrição do conteúdo conversado a cada momento.

<b>Momento</b>	<b>Tema</b>	<b>Breve descrição do que foi conversado a cada momento</b>
<b>Momento 1</b>	<b>Problema alimentar</b>	De acordo com Ítalo, a primeira vez que ouviu falar sobre transtornos alimentares foi pela televisão. Quando aconteceu com sua filha, ele já sabia do que se tratava, mas começou a se “inteirar” mais a respeito. Relata que ficou incomodado com a situação, que foi uma luta, mas que aos poucos foi conhecendo mais sobre o problema com a ajuda de psicólogos e psiquiatras que atenderam Idália.
<b>Momento 2</b>	<b>Fontes de apoio</b>	O pai conta que a primeira psiquiatra que atendeu à filha deu muito apoio para ele e a família nessa época, descrevendo esse contato como positivo, de ajuda. Em contraste, conta de uma experiência com um médico, cujo objetivo era que Idália “engordasse” ou recuperasse o peso, mas ele e a esposa decidiram desistir, pois o efeito estava sendo o contrário. Traz que essa experiência não ajudou a família, e que não aceitava essa postura do profissional.
<b>Momento 3</b>	<b>Relacionamento com pessoas fora da família</b>	Na sequência desse tema, Ítalo conta que muitos parentes também não entendiam a dificuldade alimentar da filha. Coloca que estes falavam que faltava uma postura mais firme dos pais, ao que ele entendia como uma forma de “achar culpados” pelo problema e que atrapalhava.
<b>Momento 4</b>	<b>Problema alimentar</b>	Quando perguntado sobre o momento em que percebeu que algo diferente estava acontecendo com sua filha, o pai conta que foi quando voltou de uma viagem com o pai, o irmão e o tio, e que ela “comia mal”. Lembra-se dessa fase como muito triste, pois seu estado estava apenas piorando. A pesquisadora pergunta como a família reagiu a isso, e Ítalo comenta que sentaram e conversaram sobre possíveis atitudes, que resultaram na busca por diversos profissionais, como médicos e psiquiatras.
<b>Momento 5</b>	<b>Fontes de apoio</b>	A conversação segue sobre a dificuldade do diagnóstico tanto para os pais quanto para a paciente. Ítalo traz que a filha tinha costume de sair e beber com os amigos, comportamento que ele significava como “tudo errado”. Contudo, diz que ela buscava apoio na igreja, mais especificamente em conversas com o padre, e que isso a ajudava. Para ele houve vários apoios, mas destaca Deus como o principal recurso.
<b>Momento 6</b>	<b>Relacionamento familiar</b>	O pai, então, afirma que ao contar para outras pessoas da família sobre a dificuldade de Idália, ouvia muitas críticas, como a do próprio avô dela. Ressalta que essa foi uma relação conflituosa dentro da família, pois ela quis numa ocasião agredir o avô, mas foi impedida pela mãe. A entrevistadora pergunta se tiveram algum apoio psicológico ou terapia familiar, e diz que posteriormente fizeram esse tipo de tratamento.
<b>Momento 7</b>	<b>Problema Alimentar</b>	Sobre possíveis fatores que pudessem contribuir para o desenvolvimento do transtorno alimentar, ele afirma categoricamente que a origem da anorexia da filha foi a mudança de escola, quando ela estava na sétima série do ensino fundamental, com a qual teve dificuldade em se adaptar. Segundo Ítalo, a partir disso seu desempenho escolar foi prejudicado e passou a beber exageradamente, além de começar com os “sintomas” da doença.

*Continua*

*Conclusão*

<b>Momento 8</b>	<b>Relacionamento familiar</b>	A entrevistadora busca compreender se houve ou não impacto do diagnóstico na dinâmica familiar, e o pai diz que a condição de Idália abalou a todos na família. Por um lado, ele e a mãe, que tinham que ter paciência e suportar os episódios de choro, mas também os irmãos, que não compreendiam sua condição, chegando a ser agressivos, a querer bater nela.
<b>Momento 9</b>	<b>Participação do pai</b>	Na sequência, convidado pela pesquisadora a pensar na sua participação no tratamento, Ítalo coloca que é difícil para o pai estar presente nos atendimentos ofertados pelo serviço, sobretudo pela questão do trabalho. Inicia-se uma negociação sobre a maior participação da mãe nesse acompanhamento, e o pai coloca que muitas vezes nos próprios serviços há uma tendência em se priorizar a mãe no cuidado do filho, como em internações, por exemplo, o que ele entende como natural, reforçando o lugar da mãe para essas questões.
<b>Momento 10</b>	<b>Relacionamento com pessoas de fora da família</b>	Ao tratar da forma como as pessoas reagiam ao diagnóstico de Idália, ele aponta que apenas alguns amigos entendiam sua condição como frescura, ao que ele nomeava como “complicado”, como algo que não era útil.
<b>Momento 11</b>	<b>Tratamento</b>	Começa então a falar sobre a busca pelo tratamento, dizendo que a esposa foi a pessoa que cuidou disso inicialmente. Passa a descrever o médico, o psiquiatra e o psicólogo como as ajudas principais, mas coloca que achava o psicólogo mais útil, enquanto que o psiquiatra “era coisa de louco”, trazendo os sentidos construídos acerca de cada profissional.
<b>Momento 12</b>	<b>Participação do pai</b>	No momento interacional seguinte, dá-se uma negociação sobre a participação do pai. Convidado pela pesquisadora a pensar na sua participação, Ítalo diz que até gostaria de estar mais no hospital, mas que não pode perder seus dias de trabalho, pois não é autônomo. Para ele, é importante que os pais participem na medida em que podem criar um meio termo na relação com a pessoa diagnosticada: nem recuar demais, nem imporá demais. Ele cita o namorado da filha que veio ao grupo de familiares, afirmando que sua vinda é útil para que possa aprender a lidar bem com Idália.
<b>Momento 13</b>	<b>Sentidos de ser pai</b>	O pai fala do ser pai como “a melhor coisa do mundo”, e descreve que ser pai de Idália é muito gratificante, pois é uma filha muito participativa, que busca ajudar a todos e que é uma lutadora. Continuando essa negociação, constrói o lugar do pai como o de um espelho, um exemplo para os filhos, uma forma de orientação. Para ele, esse seria o seu lugar na família.

QUADRO 9. Delimitações temático-sequenciais produzidas a partir da entrevista com Ítalo, com breve descrição do conteúdo conversado a cada momento.

<b>Momento</b>	<b>Tema</b>	<b>Breve descrição do que foi conversado a cada momento</b>
<b>Momento 1</b>	<b>Problema alimentar</b>	Juliano diz que ouviu pela primeira vez o termo anorexia nervosa no próprio serviço, quando a filha iniciou o tratamento, por meio de um médico. Antes, contudo, já havia ouvido a respeito dessa condição através da televisão, mas ressalta que o interesse surgiu depois, na época do diagnóstico. Convidado a pensar em como recebeu a notícia, ele coloca que percebeu que era algo profundo e sério, que necessitava do envolvimento da família para a recuperação.
<b>Momento 2</b>	<b>Fontes de apoio</b>	Falando sobre a chegada ao serviço, Juliano descreve positivamente a acolhida no serviço como um todo, ressaltando que teve “portas abertas” para que participassem do tratamento. Constrói que as pessoas souberam respeitar o lugar do pai enquanto trabalhador e que, no grupo de apoio aos familiares, sentiu-se apoiado e obteve uma troca de experiências significativa para ele.
<b>Momento 3</b>	<b>Problema alimentar</b>	No momento seguinte, o pai traz em que momento começou a perceber que algo estava diferente com Júlia e descreve que a filha sempre foi gordinha e, de repente, começou a emagrecer drasticamente. Com isso, procuraram avaliar seu estado de saúde, chegando ao diagnóstico de anorexia nervosa. Segundo ele, as “dietas malucas” veiculadas na mídia foram essenciais para o aparecimento do transtorno alimentar.
<b>Momento 4</b>	<b>Fontes de apoio</b>	A pesquisadora, então, pergunta sobre as fontes de apoio que puderam ser acessadas nessa fase, e Juliano coloca que primeiramente foram as pessoas da própria família que se apoiaram, além de três cunhadas que trabalhavam no HC e ajudaram na busca pelo tratamento. Na sequência, aponta os profissionais da equipe como principais fontes de apoio, pois ajudaram todos na família a se conscientizarem do problema que teriam que enfrentar e, por fim, a crença em Deus.
<b>Momento 5</b>	<b>Tratamento</b>	Juliano fala do percurso até a chegada ao serviço, que começou em um posto de saúde da cidade e, por meio de um encaminhamento feito pelo médico desse posto, que indicou o atendimento no Hospital das Clínicas. Fala que a iniciativa partiu da esposa, mas que logo ele se interou do que era necessário, buscando se envolver nesse processo.
<b>Momento 6</b>	<b>Relacionamento familiar</b>	A entrevistadora convida a pensar se havia algum impacto do diagnóstico para a família, e Juliano diz que dentro da própria família muitas pessoas não compreendem a condição da pessoa diagnosticada, assim como a própria pessoa acometida. Para ele, isso resulta em confusão e desespero, até que possam conhecer mais sobre o problema e ajudar mais. Na conversa estabelecida, constrói-se que informação e conhecimento sobre a doença são importantes para enfrentá-la.
<b>Momento 7</b>	<b>Relacionamento com pessoas de fora da família</b>	Com relação aos sentidos sobre a dificuldade alimentar de Júlia, ele conta que a maioria das pessoas de fora do convívio não consegue compreender essa condição, e acabam dizendo que é “manha”, que a paciente “não quer nada com nada” ou que “não bate bem”. Assim, coloca que ele e a esposa procuravam também não deixar que tais noções interferissem em sua opinião e convicção no tratamento.

*Continua*

*Conclusão*

<b>Momento 8</b>	<b>Participação do pai</b>	Questionado sobre o que motivou para participar do tratamento, o pai diz que foi a necessidade que ele percebeu de que as pessoas próximas possam conhecer mais sobre o problema, instruindo-se para lidar com ele da melhor forma. Dessa maneira, entende que essa busca por informação faz com que os pais compreendam que o tratamento teria longo prazo, que a família deveria estar incluída, dando esperança a eles e ajudando os profissionais a assistir ao paciente.
<b>Momento 9</b>	<b>Participação da família</b>	Juliano continua seu discurso dizendo que a família pode ajudar na medida em que se interessa pelo tratamento, buscando saber mais sobre o assunto e trabalhar junto da equipe para a melhora. Ele relata que mais pessoas da família deveriam comparecer aos grupos, como tios e irmãos, para entenderem mais o que acontece com Júlia, colocando essa participação como outro tipo de remédio, que auxilia na recuperação da filha.
<b>Momento 10</b>	<b>Participação do pai</b>	Ao falar sobre a própria participação, Juliano retoma que a esposa não pode participar em metade dos atendimentos oferecidos por conta do trabalho, do que ele pôde, por ter um horário de trabalho mais flexível. Fala que foi muito importante ter essa oportunidade, mas que realmente o trabalho tem seus limites para essa participação.
<b>Momento 11</b>	<b>Sentidos de ser pai</b>	Juliano define o ser pai como uma extensão de Deus, o Pai maior. Ressalta que, apesar da mãe carregar o filho nove meses no seu ventre, o pai também é responsável pela criação dos filhos, tendo que ouvir e orientar cada um deles por toda a vida.

QUADRO 10. Delimitações temático-sequenciais produzidas a partir da entrevista com Juliano, com breve descrição do conteúdo conversado a cada momento.

<b>Momento</b>	<b>Tema</b>	<b>Breve descrição do que foi conversado a cada momento</b>
<b>Momento 1</b>	<b>Problema alimentar</b>	Leandro conta que ouviu falar pela primeira vez sobre um transtorno alimentar quando via outras pessoas sofrendo com esse problema, mas que quando aconteceu com sua filha, não sabia como reverter tal situação. Compara a questão da filha a um vício, uma drogadição, uma condição difícil de conseguir a recuperação.
<b>Momento 2</b>	<b>Relacionamento familiar</b>	Em seguida, diz à pesquisadora que atualmente isso mudou, pois sabe mais sobre o problema de Laura. Relata que, em sua família, já houve casos de infarto, ou seja, doença física, mas que nunca uma condição como a da filha, inclusive citando as outras duas filhas, que não apresentaram qualquer sintoma relacionado às dificuldades de alimentação.
<b>Momento 3</b>	<b>Problema alimentar</b>	Ao tratar do surgimento do transtorno, Leandro fala que em sua cidade de origem, cidade do interior, as pessoas viviam na rua, se alimentavam na porta dos sítios, e que atualmente não é assim. Por isso, começa a associar o problema alimentar à necessidade que o jovem, em especial, tem de acompanhar a sociedade, principalmente sendo influenciado pelos meios de comunicação em geral como revistas, modelos. Apresenta a noção de que a pessoa “mais certinha” é a que se cobra mais, e conta que ele e a esposa perceberam a condição da filha no dia em que foram em um clube com as filhas. Além disso, diz que antes dessa ocasião, já discutia com a esposa sobre Laura ser vegetariana e restringir certos alimentos.
<b>Momento 4</b>	<b>Relacionamento familiar</b>	Dizendo na sequência sobre como a família compreende o problema, Leandro diz que hoje a irmã mais velha da filha já consegue entender mais o que ela passa, dando o suporte necessário. Com relação à esposa, descreve-a como uma pessoa muito positiva, que sempre acredita na recuperação rápida de Laura. Ele conta que gostaria de ser assim, mas que tem muitos altos e baixos frente a isso: ora está otimista, ora pessimista.
<b>Momento 5</b>	<b>Fontes de apoio</b>	Justificando a positividade da esposa, ele começa a falar que esta tem uma fé inabalável, sendo inclusive acessada por outros parentes em situações de crise, pois sabe como reconfortar e renovar as esperanças. Nesse momento, a entrevistadora pergunta qual, para ele, era uma fonte de apoio importante, ao que responde: a religião. Em seguida, diz que os diversos amigos também são muito presentes e que esse apoio os ajuda a lidar com a situação.
<b>Momento 6</b>	<b>Relacionamento com pessoas de fora da família</b>	Sobre comentar o assunto com outras pessoas fora da família, o senhor Leandro traz que muitas pessoas ligam para desejar a recuperação de sua filha, mas também que muitas pessoas próximas, como algumas tias, não compreendem bem essa condição.
<b>Momento 7</b>	<b>Tratamento</b>	Nesse sentido, o pai e a esposa vão explicando como é o tratamento, que não é como “um remedinho” que toma e “tá” curado, mas que precisa de atendimento com psicólogo, psiquiatra, nutricionista, retomando os sentidos sobre o tratamento construídos a partir do contato com o serviço.

*Continua*



*Conclusão*

<b>Momento 8</b>	<b>Problema alimentar</b>	A entrevistadora pergunta sobre o que poderiam ser as causas para o surgimento de um transtorno alimentar, e ele coloca que há uma questão pessoal de Laura que acredita ter contribuído para isso, que é a cobrança excessiva. Retoma, na conversa, o momento em que a filha começou a fazer faculdade e suas notas decaíram, por conta do formato diferente das provas, e que isso “mexeu” muito com ela. Ele coloca que acha que ela ainda não se encontrou em termos das amizades, também, nesse contexto.
<b>Momento 9</b>	<b>Tratamento</b>	Em seguida, Leandro traça o itinerário terapêutico até o serviço, dizendo que a filha foi atendida primeiramente em um posto de saúde, mas, devido a um desmaio, foi levada para um hospital particular. A partir dessa internação, muitas pessoas mobilizaram esforços para encaminhá-la para o HC, desde profissionais a familiares que trabalhavam na área da saúde.
<b>Momento 10</b>	<b>Participação do pai</b>	A entrevistadora pergunta, então, se acompanhava desde sempre o atendimento de Laura, e ele coloca que era a mãe quem tomava prioritariamente a iniciativa, como, por exemplo, na internação. Entretanto, descreve-se como um pai que sempre quis acompanhar todos os passos do tratamento, dizendo que agora busca muito mais informações para lidar com o problema.
<b>Momento 11</b>	<b>Tratamento</b>	Conversando sobre o tratamento, Leandro relata que uma forma de assistência útil para os familiares seria a presença nos grupos de apoio de um pai que já tivesse passado pelo problema e superado. Ele define o tratamento como “paciência”, referindo-se ao processo lento de recuperação das pacientes.
<b>Momento 12</b>	<b>Participação da família</b>	O pai fala que a participação da família no tratamento é útil, pois “dá uma força”, especialmente para os pais. Ele então traz para a conversa que tenta, ao mesmo tempo, negociar com a esposa as visitas à Laura na internação, que para ele não precisam ser constantes. Ele ressalta que as “falhas” seriam úteis para que a filha aprendesse a lidar mais independentemente com o tratamento.
<b>Momento 13</b>	<b>Participação do pai</b>	Nesse ponto, ele diz que o pai não deve atrapalhar o tratamento, contando que recentemente havia ficado desempregado e que não iria contar à filha, por acreditar que isso a deixaria mais nervosa, preocupada. Constrói a noção de que falar de coisas negativas têm um efeito também negativo na saúde dos filhos.
<b>Momento 14</b>	<b>Sentidos de ser pai</b>	Ao dizer sobre ser pai de Laura, ele usa o termo “é tudo”, que há muito amor e que, mesmo nas briguinhas que têm, gosta muito da filha. Sobre o lugar do pai, ele traz que ele deve ser um exemplo na casa, alguém que impõe mais os limites, diferenciando o lugar da mãe, que colocaria mais “a mãe na cabeça”.

QUADRO 11. Apresentação das delimitações temático-sequenciais da entrevista com Leandro, com breve descrição do conteúdo conversado a cada momento.

<b>Momento</b>	<b>Tema</b>	<b>Breve descrição do que foi conversado a cada momento</b>
<b>Momento 1</b>	<b>Problema alimentar</b>	A primeira vez que Marcelo ouviu falar sobre um transtorno alimentar foi por meio da televisão. Depois, com o diagnóstico da filha, começou a pesquisar mais sobre o assunto e traz que hoje, desde que iniciou o seguimento no serviço, ao receber orientação dos profissionais, está mais preparado para ajudar a filha. Quando perguntado pela entrevistadora sobre como recebeu o diagnóstico, coloca que não via que a filha tinha a necessidade de “desabafar” com algo, no caso, através de um transtorno alimentar. Acreditava que isso acontecia com pessoas com “problemas mentais”, “depressivas”, mas foi percebendo que não era assim que acontecia.
<b>Momento 2</b>	<b>Recebendo o diagnóstico</b>	Conta, então, que começou a notar, quando a filha fazia alguma atividade física, que se sentia mal, tendia a desmaiar, o que inicialmente ele associava ao “nervoso” de atuar. Entretanto, com o tempo, viu que era um mal estar físico, buscando conversar com Maria para saber o que estava ocorrendo. Nesse momento, ela contou aos pais que também vomitava, afirmando que isso se devia ao fato das colegas zombarem com ela, a humilharem, principalmente pelo fato de ser “mais gordinha”.
<b>Momento 3</b>	<b>Tratamento</b>	A partir dessa conversa, ele e a esposa, que trabalha na área da saúde, começaram a buscar o apoio de profissionais. No lugar onde ela trabalhava na época, Maria passou por médicos que sugeriram que tratasse com psicólogo, nutricionista e psiquiatra, ao que os pais prontamente buscaram.
<b>Momento 4</b>	<b>Fontes de apoio</b>	Nesse sentido, Marcelo aponta esses profissionais como primeira fonte de apoio para enfrentar a dificuldade da filha. Em seguida, respondendo à pergunta da pesquisadora sobre outros recursos, inclusive religiosos, coloca que o apoio religioso foi fundamental para a família, que um padre buscou dialogar com Maria, e que sua inclusão nesta comunidade foi um aspecto muito fortalecedor.
<b>Momento 5</b>	<b>Problema Alimentar</b>	Ao falar de possíveis causas para a bulimia nervosa, o pai coloca que a mudança na forma de viver da sociedade atual tem a tendência de predispor esse problema de saúde. Conta que, quando criança, brincava com coisas simples como peteca, por exemplo, e que isso os filhos de hoje não aceitam. Por isso, eles estariam “desabafando” em algo, o transtorno alimentar ou no comportamento de beber. Constrói a necessidade de fazer parte de um grupo social algo que influencia esses comportamentos por parte dos jovens, e não acredita que algo na família possa predispor ao transtorno alimentar.
<b>Momento 6</b>	<b>Relacionamento com pessoas de fora da família</b>	Marcelo traz que o diagnóstico afetou a família porque os tios de Maria perguntavam “o que estava acontecendo com ela”, ou “por que ela vomitava” e “o quê, como pais, ele e a esposa estavam fazendo para resolver o problema”. Ele diz que a ação de ambos foi sempre de explicar como era a dificuldade da filha, e que procuravam não estressá-la ainda mais com cobranças, para que não houvesse uma piora.

*Continua*

*Conclusão*

<b>Momento 7</b>	<b>Relacionamento familiar</b>	Nesse momento, a pesquisadora convida o pai a pensar na família mais próxima de Maria, no contexto de sua casa, e ele aponta que o problema da filha os afetou muito, sobretudo financeiramente. Contudo, fala que pessoas como a avó e um irmão seu, que tem uma deficiência, que moram também na casa, têm compreendido bem o problema.
<b>Momento 8</b>	<b>Relacionamento com pessoas de fora da família</b>	Ao tratar da reação das pessoas em relação ao diagnóstico, Marcelo comenta que elas ficavam surpresas com o fato disso ter acontecido com Maria, e geralmente creditavam a alguma rigidez dos pais em sua criação como um motivo possível para o desenvolvimento do transtorno alimentar. Nesse sentido, a entrevistadora busca entender se o pai já havia ouvido o termo “frescura” como descrição para a situação da filha, e ele não legitima tal sentido, dizendo que nenhuma pessoa tinha dito algo dessa forma.
<b>Momento 9</b>	<b>Problema alimentar</b>	Convidado a pensar nessa rigidez no cuidado da filha, Marcelo responde que deixa a filha sair para a casa dos tios, passear com a família, mas não permitiam que saísse “com más companhias”. Com relação a namorar, o pai diz ter a mesma posição. Em seguida, fala sobre a alimentação na casa, que foi modificada a partir do diagnóstico “para melhor”, pois passaram a comprar alimentos mais saudáveis, como frutas, legumes e verduras. Coloca que atualmente, come melhor, deixando de evitar a comida, como no início do tratamento.
<b>Momento 10</b>	<b>Tratamento</b>	O pai traz que a busca por ajuda começou na cidade de origem, conforme a sequência: psicólogo, nutricionista e psiquiatra. Todos profissionais de saúde que trabalhavam no mesmo local que sua esposa, também profissional da área (técnica em enfermagem). Quando questionado sobre quem havia acompanhado esse primeiro momento do tratamento, ele responde que os dois, dizendo: “os dois pais coruja tá acompanhando tudo”. Nesse sentido, traz que sempre ia levar e buscar Maria na escola, então desde que ela era pequena procurou participar de todas as atividades. Dá então uma definição para o tratamento, dizendo que é um cuidado, realizado por profissionais que estudaram para fazer isso.
<b>Momento 11</b>	<b>Participação do pai</b>	Sobre a participação dos pais no tratamento, ele coloca que acha importante essa participação como forma de preparar os pais a acompanharem os filhos dentro de casa, observando se estão com alguma “depressão”, por exemplo, tendo também o cuidado de não ofendê-los ou maltratá-los. Convidado a pensar especificamente no lugar do pai nesse contexto, ele diz que sua participação é útil, mas que não são todos que aceitam, deixando essas atividades mais a cargo das mães. Nesse sentido, resgata sua inserção com pai do programa “Amigos da Escola”, no qual fazia palestras sobre doenças sexualmente transmissíveis e alertas sobre animais peçonhentos para alunos na idade de Maria. Afirma que essa atitude não tem a ver com o gênero; traz que muitos pais, pelo fato de trabalharem, não se envolvem tanto nessa parte da criação dos filhos ou partem para violências físicas, o que compreende como uma reação errônea de enfrentamento do problema. Para ele, é muito bom ter proximidade com os filhos, pois isso ajuda a compreendê-los melhor.

*Continua*

<b>Momento 12</b>	<b>Sentidos de ser pai</b>	<i>Conclusão</i> Por fim, Marcelo fala que ser pai é um motivo de orgulho para ele, já que não pensava em se casar. Remete-se à história de seu relacionamento com a esposa, desde que se conheceram no trabalho e começaram a namorar, estando juntos até hoje, o que não vê em outros relacionamentos. Fala, por outro lado, da dificuldade em ser pai nos dias atuais, em razão dos diversos “perigos” que cercam os filhos: más companhias, drogas e bebidas. Traz que ser pai é saber dizer sim na hora certa e não na hora certa também, sabendo como disciplinar e, ao mesmo tempo, ouvir os filhos em suas necessidades.
-----------------------	--------------------------------	---

QUADRO 12. Delimitações temático-sequenciais produzidas a partir da entrevista com Marcelo, com breve descrição do conteúdo conversado a cada momento.

## APÊNDICE F. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido<sup>3</sup>

Meu nome é Carolina Mota Gala Saviolli, sou pesquisadora-responsável de um estudo que tem por objetivo compreender como os pais entendem a sua participação no tratamento da anorexia nervosa e bulimia nervosa. Essa pesquisa é orientada pelo Prof. Dr. Manoel Antônio dos Santos, psicólogo e docente da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e membro do GRATA.

Faz parte do estudo conhecer um pouco da história de cada um em duas situações: um encontro grupal com os familiares e acompanhantes que participam do tratamento, comparecendo nos retornos no ambulatório, compreendendo aí as mães, os pais, os irmãos, com duração média de 60 minutos, para que a pesquisadora possa investigar, principalmente, as maneiras mais válidas de assistência para que os pais se sintam convidados a participar do tratamento. E, por fim, um encontro grupal apenas com os pais das pessoas seguidas no ambulatório, incluindo os que participam regularmente dos atendimentos oferecidos e aqueles que não participam com tanta regularidade, buscando entender de que maneira essa assistência deveria se configurar para que fosse a mais convidativa e confortável possível para pudessem participar mais ativamente do tratamento (duração média de 60 minutos).

***Além disso, alguns pais serão convidados a participar de uma entrevista individual, em um momento posterior aos grupos focais. O objetivo desse segundo momento é conversar sobre a participação paterna no tratamento, aprofundando alguns temas que surgiram nos grupos e que possam contribuir para compreender a vivência do pai nesse contexto.***

Ao aceitar participar desse estudo, você estará contribuindo para que se saiba mais sobre o que as famílias e acompanhantes consideram importante no tratamento a partir de sua experiência, assim como o que os pais consideram relevante para uma maior participação nesse contexto.

Você faz parte do grupo de familiares e/ou pais com os quais pretendemos realizar os grupos focais e ***as entrevistas individuais***, e gostaríamos de poder contar com a sua participação. Sua participação é voluntária e uma recusa em colaborar não trará qualquer prejuízo para a continuidade do tratamento de seu/sua filho(a) no serviço.

Eu gravarei as conversas realizadas, se isso for permitido pelo grupo todo e por você. Você não será identificado no final do trabalho, uma vez que seu nome será omitido. As informações que você fornecer serão utilizadas exclusivamente em trabalhos científicos.

Mesmo depois de começarmos os grupos ***e entrevistas*** você poderá desistir a qualquer momento, caso não concorde ou não se sinta mais à vontade para participar do estudo. Se isso acontecer, de modo algum você será prejudicado.

Você terá a oportunidade de conhecer o material produzido pela pesquisadora e de opinar sobre o que gostaria que fosse informado sobre sua pessoa no relato dos resultados da pesquisa. Todas as sugestões feitas pelos demais participantes e por você sobre o que poderá ser dito ou publicado do que foi conversado nos encontros serão acatadas pela pesquisadora.

O primeiro grupo deverá acontecer até março de 2010, e o segundo grupo focal deverá ocorrer até julho de 2010. Caso você não esteja mais participando dos atendimentos oferecidos nesse serviço em algum momento dentro desse período, mas continue interessado em participar do estudo, a pesquisadora entrará em contato por telefone para convidá-lo a participar dos grupos focais. ***Também no caso das entrevistas, o convite será feito por telefone, e o local e data serão combinados com a pesquisadora.***

Se você tiver alguma despesa-extra para participar da pesquisa, tais como transportes e refeições, será reembolsado pelo pesquisador. Caso algum conteúdo abordado pela pesquisa traga algum tipo de desconforto psicológico, será oferecida a possibilidade de usufruir de atendimento psicológico com a pesquisadora, que é psicóloga do próprio serviço.

Caso queira falar com a pesquisadora, pode encontrá-la no horário comercial, no telefone (16) 3441.8180 e celular (16) 9229.5340. Se quiser entrar em contato com o seu orientador, ele pode ser encontrado em sua sala, no Bloco 5 da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da USP, em Ribeirão Preto, ou no fone: (16) 3602 3645, de segunda a sexta-feira, das 8 às 17 horas.

---

<sup>3</sup> TCLE, versão 2.0.

Após ter tomado conhecimento destes fatos e de aceitar participar da pesquisa, assumindo não ter sofrido nenhuma pressão para tanto:

Eu, \_\_\_\_\_, aceito participar deste estudo, sendo que a minha participação é voluntária e estou livre para em qualquer momento desistir de colaborar com este estudo, sem que isso me acarrete nenhum tipo de prejuízo.

Eu recebi uma cópia deste termo e a possibilidade de poder lê-lo.

Ribeirão Preto, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador-responsável: \_\_\_\_\_