

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

“Produção e negociação de sentidos em um grupo de apoio aos familiares de pessoas diagnosticadas com anorexia nervosa e bulimia nervosa”

Laura Vilela e Souza

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

2006

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

“Produção e negociação de sentidos em um grupo de apoio aos familiares de pessoas diagnosticadas com anorexia nervosa e bulimia nervosa”

Laura Vilela e Souza

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

2006

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

“Produção e negociação de sentidos em um grupo de apoio aos familiares de pessoas diagnosticadas com anorexia nervosa e bulimia nervosa”

Laura Vilela e Souza

Manoel Antônio dos Santos

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

2006

FICHA CATALOGRÁFICA

Souza, Laura Vilela

Produção e negociação de sentidos em um grupo de apoio aos familiares de pessoas diagnosticadas com anorexia nervosa e bulimia nervosa. Ribeirão Preto, 2006.

173f. : il. ; 30 cm

Dissertação, apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto / USP – Dep. de Psicologia e Educação.

Orientador: Santos, Manoel

1. Grupo de apoio familiar 2. Construcionismo social 3. Transtornos alimentares.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Laura Vilela e Souza

Produção e negociação de sentidos em um grupo de apoio aos familiares de pessoas diagnosticadas com anorexia nervosa e bulimia nervosa

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 25 / 06/2006

Banca Examinadora

Prof.Dr _____

Instituição _____ Assinatura _____

Prof.Dr _____

Instituição _____ Assinatura _____

Prof.Dr _____

Instituição _____ Assinatura _____

DEDICATÓRIA

A todos os familiares que estiveram presentes no grupo de apoio estudado, pela generosidade de compartilharem comigo sua arte de tecerem sempre novos sentidos.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Agradeço ao Professor Doutor Manoel Antônio dos Santos pelo seu convite em percorrermos juntos esse caminho, por sua confiança em minhas possibilidades profissionais e de pesquisa, por abrir portas e janelas ao longo desse tempo de parceria e por continuar acreditando em meus sonhos e invenções.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Ignácio Eduardo dos Santos e Souza e Maria Andréia Rossi Vilela e Souza pelo apoio, incentivo e investimento nessa empreitada. Pelo carinho e respeito com que se dispuseram a enfrentar comigo todos os percalços desse caminho e, especialmente, pela ajuda fundamental nos momentos finais do feitiço desse trabalho, em sua revisão e impressão, imprimindo também nele a sua marca.

À Paula Vilela e Souza, irmã torcedora e à minha família ourofinense, que de longe vibra com minhas conquistas.

Ao Heitor Parenti Junior por apostar em mim, incentivar meu crescimento e sempre oferecer a sua ajuda para o que for preciso. Em especial, pelo seu amor que torna mais sereno todos os desafios de minha caminhada.

À Fabiana E. Goulart de Andrade Moura, pela especial colaboração na resolução dos entraves de meu trabalho, pela companhia nos questionamentos sobre os "mistérios do ser humano" e especialmente pela parceria nas minhas reflexões e práticas profissionais.

Ao Murilo Moscheta, pelo exemplo de trabalho sério com pitadas de muita criatividade e pela confiança em mim depositada em muitos momentos de nosso caminhar juntos.

À Tatiane Neme Campos-Brustelo pela imensa ajuda nessa dissertação, pela disponibilidade em sentar e refletir comigo sobre as possibilidades de sua construção e em especial por sua torcida e incentivo.

Às amigas da faculdade pelo crescimento adquirido ao seu lado, em especial à Fernanda Kimie Tavares Mishima, Cristiane Martins Bueno e Maria Berenice Moraes.

Às amigas de Bebedouro pelo apoio, em especial à Raquel Paschoal Sampaio e Carolina Brunelli Alvares da Silva e Lívia Maria Benetti.

E à amiga de coração Liana Papapietro Galvão Montemor.

Ao professor Doutor José Ernesto dos Santos por permitir a minha entrada no GRATA e apoiar essa pesquisa.

À professora Doutora Rosane Pilot Pessa Ribeiro por me acolher no serviço, por ser modelo de trabalho empenhado e por ter aceitado o convite de debater meu trabalho mais de perto.

À Felícia Bigueti por estar sempre aberta em compartilhar suas práticas e conhecimentos.

Às demais pessoas do GRATA que fazem parte da equipe ou passaram por ela. Em especial à Érika Arantes de Oliveira, Juliana Maria Faccioli Sicchieri, Luciana Maria da Silva, Denise Zanin, Paula, Thaís e às estagiárias Marita Iglesias, Cecília Saconato e Carolina Mota Gala que colaboraram mais de perto na elaboração desse trabalho.

Ao Professor Doutor Emerson Fernando Raserá pelas valiosas e fundamentais contribuições em minha pesquisa em diversos momentos de seu feito, por me ensinar muito sobre o construcionismo social e por posicionar-se de maneira tão humana frente aos desafios da construção do conhecimento.

À Professora Doutora Maria Aparecida Crepaldi pela generosidade em partilhar sua companhia e conhecimento.

À Professora Doutora Marina Massimi pelo rico e precioso aprendizado de pesquisa oferecido ao longo de minha iniciação ao seu lado e pelo constante incentivo ao meu crescimento.

À Professora Doutora Ana Paula Soares da Silva por ser exemplo de pesquisadora e pela constante abertura a conversas.

À Isilda Marisa Faim Mattiusso Alves e Robson Falchetti Peixoto, pela mostra da humanidade presente em suas ações e pela grande disponibilidade na ajuda "a qualquer hora".

À CAPES pelo apoio financeiro.

"O nomezinho disso: vida. É sempre uma incógnita, portanto não vale a pena tentar fugir das decepções ou dos êxtases, eles nos assaltarão onde estivermos". MARTHA MEDEIROS, O cartão, p.14.

RESUMO

SOUZA, L. V. **Produção e negociação de sentidos em um grupo de apoio aos familiares de pessoas diagnosticadas com anorexia e bulimia nervosas.** 2006.173f.– Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

O presente estudo tem por finalidade apreender a construção dos sentidos que são produzidos e negociados no processo de um grupo de apoio a familiares de pessoas diagnosticadas com Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa atendidos em contexto ambulatorial. Mais especificamente, objetiva delinear os sentidos construídos pelos familiares sobre a sua participação no grupo. Acreditamos que o grupo de apoio oferece um contexto fecundo para investigar (e desconstruir) a maneira como as idéias e os valores são constituídos pela tradição da comunidade discursiva e que adquirem uma aparência de “realidade” para as pessoas que pertencem àquela comunidade. Espera-se que, além de permitir a sistematização de conhecimento na área, os dados oriundos do presente estudo possam trazer benefícios para os usuários desse e de outros serviços com características semelhantes. Nosso objeto de estudo, o grupo de apoio psicológico aos familiares, da maneira como se configura hoje tem cerca de cinco anos de funcionamento. Desde o início é um grupo de “portas abertas”, isto é, aberto aos parentes e acompanhantes dos pacientes atendidos. Não tem número definido de vagas e todos os familiares dos pacientes atualmente atendidos estão convidados a participar dos encontros. A frequência é semanal, com uma hora de duração. Foram audio-gravadas e transcritas 10 sessões consecutivas do grupo, no qual 37 familiares estiveram presentes. Após a leitura exaustiva das sessões foram realçadas as falas dos participantes relacionadas à temática da participação grupal. Percebendo-se a pregnância dessa temática e a riqueza na presença de múltiplos sentidos para a participação grupal nas 3 primeiras sessões consecutivas gravadas, optou-se pelo seu recorte para a análise, sendo que a primeira sessão foi analisada em toda sua extensão e as outras 2 sessões foram recortadas em seus trechos mais significativos. A análise dessas sessões foi empreendida dentro do referencial teórico do construcionismo social e utilizando-se do recurso metodológico de delimitações temático-seqüenciais. Os diferentes momentos da sessão delimitados tematicamente foram: os diferentes sentidos para o estar no grupo; a construção da diferença no grupo; o reconhecimento das semelhanças e desigualdades entre os participantes; a construção dos diferentes lugares no grupo; a compreensão dos sentidos para o espaço grupal; a construção da possibilidade de continuarem juntos; as indicações para a participação grupal e a possibilidade de um novo sentido para a diferença. Ao negociarem esses sentidos, os participantes constroem a si-mesmos, a doença e o grupo. Os julgamentos construídos no grupo podem ser tomados como verdades, cristalizando determinadas maneiras descrições e valores, que podem promover movimentos de segregação e afastamento no grupo. Todavia, esses sentidos podem ser revisitados e reconfigurados, em uma constante teia que enlaça novos significados a cada nova interação (CAPES).

Palavras-chave: Grupo de apoio familiar; construcionismo social; transtornos alimentares.

ABSTRACT

SOUZA, L. V. The production and the negotiation of meanings in a familiar support group of people diagnosed with anorexia nervosa e bulimia 2006.173f.– Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

The aim of this study is the comprehension of the meanings produced and negotiated in the process of a family support group of people diagnosed with anorexia nervosa and bulimia nervosa taken care of in an ambulatory context. More specifically, this study aims to delineate the meanings that these families give about their participation in the group. Support groups are believed to offer a valuable context for the investigation (deconstruction) of the ways that the discursive traditional communities construct their ideas and values and how those ideas gain the status of reality for the people in those communities. The results of this study are hoped to help the users of this and other services with current characteristics. The study object, the family support group, in its actual configuration, has been functioning for five years. Since its beginning, the group has been open to the families and companions of the people taken care of at the service. It does not have a definitive number of participants that can take part in it, and all the families are invited to participate. 10 sessions of this group have been taped and transcript. 37 participants were present in those sessions. After the exhaustive reading of this material, the participants' sayings referred to the families' participation were highlighted. Once the presence of this thematic was noticed in the first tree sessions, these were chosen to constitute the corpus of the analysis. The analysis was based on the social constructionist perspective and in the use of the methodological and theoretical resource of analysis called sequential and thematic delimitations. The different moments of these sessions delimited by these themes were: the different meanings for the group participation; the construction of the difference in the group; the recognition of the similarities and differences among the participants; the different positions taken in the group; the comprehension of the different group's meanings; the construction of the possibilities for being together; the indications for the group's participation; and the possibilities for the appearance of new meanings for the difference. When negotiating these meanings, the participants construct themselves, the disease and the group. The judgment that emerges from the group can be taken as true, crystallized and promote segregation movements in the group. However, these meanings can be revisited and reconfigured in a constant art of enlacing new meanings as new relationships and interactions begin (CAPES).

Key-words: familiar support group; social constructionism; eating disorders.

SUMÁRIO

PRÓLOGO.....	XIX
1 INTRODUÇÃO.....	21
1.1 O construcionismo social.....	21
1.2 A construção da doença.....	26
1.3 A família no contexto de tratamento.....	35
1.4 Os sentidos sobre o grupo.....	46
1.4.1 O grupo de apoio.....	52
1.4.2 O grupo homogêneo.....	55
1.4.3 O grupo aberto.....	57
1.4.4 O grupo multifamiliar.....	58
1.4.5 A co-terapia.....	60
1.4.6 O grupo segundo o construcionismo social.....	63
2 OBJETIVOS.....	69
3 DELINEAMENTO METODOLÓGICO.....	70
3.1 A abordagem teórica.....	70
3.2 O contexto de realização do estudo.....	74
3.3 A descrição do grupo de apoio.....	75
3.4 Aspectos éticos.....	76
3.5 Estratégias de sistematização e análise dos dados.....	78
4. A DESCRIÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	82
5. A CONSTRUÇÃO DA TEIA DE SENTIDOS NA INTERAÇÃO GRUPAL.....	86
6 REFLEXÕES FINAIS.....	159
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	163
8 APÊNDICE	
9 ANEXOS	

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Distribuição do número de participantes em cada uma das 10 sessões..... 78

Quadro 2 - Caracterização dos participantes quanto ao seu sexo, idade, escolaridade, profissão atual, estado civil, número de filhos, renda familiar e cidade de origem..... 85

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	176
APÊNDICE B - Caracterização dos participantes quanto ao seu sexo, idade, escolaridade e profissão.....	177
APÊNDICE C - Caracterização dos participantes quanto ao seu estado civil, número de filhos, renda familiar e cidade de origem.....	179

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1 – Normas para transcrição das sessões grupais..... 181

PRÓLOGO

Alice: - Poderia me dizer, por favor, que caminho devo tomar para sair daqui?

Gato: - Isso depende bastante de onde você quer chegar.

Alice: - O lugar não me importa muito...

Gato: - Então não importa que caminho você vai tomar.

Alice: ...desde que eu chegue a algum lugar.

Gato: Oh, você vai certamente chegar a algum lugar...se caminhar bastante.

CARROL, Alice no país das maravilhas, p.84.

Para, seguindo o alerta da lebre de março na história de Alice, saber para onde queria ir nesse estudo, tive que lidar muitas vezes com a angústia de me sentir bastante perdida. Porém, não saber onde iria chegar pareceu ser um ingrediente interessante, ainda que dificultoso, dentro da postura que busquei adotar nessa caminhada. Uma postura de constante abertura ao novo, de ruptura com o pensamento pré-concebido e com noções cristalizadas sobre as pessoas e sobre o mundo.

O ponto de partida foi o encantamento despertado em mim pelo contato com o grupo de apoio a familiares de pessoas com transtornos alimentares (anorexia e bulimia nervosa) realizado em um hospital universitário. O convite para a participação nesse grupo, como observadora, partiu de meu orientador, e tinha como intenção a escolha de meu objeto de estudo para o projeto de mestrado. Meu objetivo de pesquisa era o estudo das conversações nos diversos contextos grupais da área da saúde, paixão antiga trazida da graduação.

Durante 6 meses fui observadora desse grupo, e ao longo desse tempo pude me vincular aos seus coordenadores (um psicólogo e uma psicóloga) e à equipe interdisciplinar responsável pelo serviço. Essa experiência também permitiu uma aproximação com os participantes do grupo, um grupo aberto e de alta rotatividade, e o (re)conhecimento de meu objetivo mais específico nessa pesquisa, que é o estudo da produção e negociação de sentidos

dos familiares para a sua participação no grupo. Buscando reconhecer de que maneira essas pessoas entendiam sua presença no grupo e como significavam o grupo no contexto do tratamento.

Foi no encontro com a abordagem construcionista social que pude direcionar meu estudo de maneira que conseguisse abarcar, meus desejos dessa compreensão, e que fizesse sentido dentro de minha crença sobre o fazer ciência e o produzir conhecimento.

Desde o início da coleta de dados, no segundo semestre de 2004, até o momento, minha relação com o material analisado e com a literatura na área foi modificando-se. Após a coleta, tornei-me coordenadora do grupo de apoio que aqui estudo, saindo da posição de observadora e pesquisadora e aumentando meu contato com esses familiares.

Essa dissertação é fruto das mudanças de posições vividas por mim como profissional, pesquisadora e ser humano. Mudanças provocadas pela própria reflexão que o pesquisar promove.

O detalhamento dessa caminhada realizada é a produção de sentidos que toma forma neste texto. Início apresentando a abordagem que embasou meu olhar, o construcionismo social e introduzo a maneira através da qual construí e organizei minha escrita.

1. INTRODUÇÃO

1.1 O construcionismo social

Alice: “Meu Deus, meu Deus! Como tudo é esquisito hoje! E ontem tudo era exatamente como de costume. Será que fui eu que mudei à noite? (...) Mas se eu não sou a mesma, a próxima pergunta é: ‘Quem é que eu sou?’ Ah, essa é a grande charada!” CARROL, (idem). p.26.

Em meados de 1960 e 1970, ocorreu um movimento nas ciências humanas e sociais nomeado "giro lingüístico", que promoveu uma grande mudança nos paradigmas do fazer em pesquisa. Os fatores mais importantes presentes nessa mudança foram a ênfase que passou a ser dada à linguagem na construção da realidade e as modificações marcantes nas teorias e métodos utilizados até então. Antes disso, a linguagem era considerada importante apenas por ser o "veículo" através do qual as pessoas manifestavam suas idéias e pensamentos. A partir do debate sobre como as pessoas adquirem conhecimento, passou-se a questionar a noção de realidade como algo externo ao sujeito (GRACIA, 2004).

Influenciado pelos estudos de Wittgenstein (1999) sobre a linguagem comum, John Austin (1911-1960), estudioso da Universidade de Oxford, mostrou as propriedades "performáticas" da linguagem, que seriam as suas propriedades produtoras de ação. Quando uma pessoa enuncia algo ela modifica ou cria um "estado de coisas", que está intrinsecamente ligado à sua enunciação. A palavra é, portanto, construtora de realidade. Austin contribuiu para o que depois foi chamado, nas ciências sociais, de "pragmática", a compreensão da linguagem como produtora dos fenômenos que essas ciências estudam (GRACIA, 2004).

No livro "A Construção social da realidade", de 1966, de Peter Berger e Thomas Luckmann, um clássico na área da Sociologia do Conhecimento, os autores refletem sobre o

conhecimento da vida cotidiana. Esse conhecimento, ao contrário do teórico, traria os elementos para a compreensão de como as pessoas vivem, como entendem o mundo e dão significados a ele. Apenas a partir desse conhecimento seria possível entender o ser humano e a sociedade.

A linguagem considerada em termos de atividade, e não como representação do mundo, é a base da perspectiva construcionista social que é utilizada nesse trabalho.

O Construcionismo Social é resultante de três movimentos: a reação contrária às correntes representacionistas do conhecimento presente na Filosofia; a crítica à retórica da verdade feita pela Sociologia do Conhecimento; e, a reação dos grupos sociais marginalizados na sociedade no âmbito da Política (SPINK; FREZZA, 2000).

É considerado um referencial epistemológico pós-moderno que entende a realidade como socialmente construída, contrapondo-se à visão moderna da existência de um mundo real que pode ser objetivamente percebido. Em outras palavras, o construcionismo enfatiza que a realidade nunca nos é acessível, nem de maneira direta, nem através dos óculos de nossa subjetividade; mas é sempre uma construção que acontece na relação entre as pessoas através da linguagem. A crença na possibilidade de se ter uma visão da realidade, acessá-la, é questionada pelo construcionismo.

Gonçalves e Gonçalves (2001) afirmam que a caracterização do construcionismo social é dificultada pela sua diversidade, e pela “sua recusa de posições únicas ou privilegiadas de acesso ao real”, o que tornaria impossível dizer que “o construcionismo na *realidade*¹ se caracteriza por...” (p. 9). Todavia, esses autores citam três pressupostos que consideram comuns entre os autores que se intitulam construcionistas: o poder constitutivo da linguagem, a construção relacional do significado e o posicionamento histórico e cultural das descrições e teorizações sobre o mundo.

¹ Grifo dos autores.

Gergen (1994), um dos principais autores construcionistas sociais, afirma que a principal preocupação do pensamento construcionista é entender como as pessoas geram e sustentam seus significados, sendo que o ato de significar é construtor de realidades. Segundo Gergen (idem), as suposições centrais dessa perspectiva são as seguintes:

- Os termos através dos quais nos descrevemos e descrevemos o mundo não são impostos pelos objetos de nossa descrição. As descrições e explicações feitas pelas pessoas não são dirigidas pelas características desse mundo, nem pelas tendências genéticas ou estruturais do indivíduo, porém são produtos da coordenação da ação humana.

- Esses termos são, ainda, artefatos sociais, produto das trocas entre as pessoas dentro de determinado contexto cultural e histórico. Só fazem sentido dentro do contexto de relacionamento no qual foram produzidos.

- O grau em que determinada descrição do mundo ou de si - mesmo será sustentada pelo tempo não depende da validade dessa descrição, mas sim das vicissitudes do próprio processo social. Essas descrições não são verdades inerentes do mundo, mas possíveis maneiras de construí-lo, que podem ser abandonadas dependendo das mudanças que ocorrerem na sociedade.

- O significado da linguagem é derivado da sua funcionalidade nas relações. Gergen afirma que essa concepção do significado concorda com o pensamento de Wittgenstein (1999) do significado como derivativo do seu uso social. Dessa maneira, o construcionismo está interessado na crítica da maneira através da qual a linguagem é usada na cultura, inclusive a linguagem científica.

As descrições consideradas verdades sobre a realidade são questionadas em seus aspectos de funcionalidade, buscando saber em que conversações essas verdades aparecem, que atividades são facilitadas e limitadas por elas, quem ganha e quem perde com essas

descrições. Gergen e Warhuus (2001) criticam a noção de verdade absoluta, afirmando que também a verdade é um produto das relações sociais.

Muitas das polêmicas que envolvem os debates na ciência atual sobre o que é verdadeiro ou não decorrem do fato de que as pressuposições implícitas nas discussões a esse respeito não são percebidas. Como, por exemplo, a pressuposição implícita da existência da verdade, que seria a descrição exata do fenômeno tal como ele é (GONÇALVES; GONÇALVES, 2001).

As verdades que pautam as ações das pessoas são versões possíveis sobre o ser humano e o mundo, e o desafio é reconhecer as conseqüências provocadas pelas escolhas de determinadas verdades.

Segundo Grandesso (2000), o construcionismo considera que os acontecimentos no mundo não são objetivos (como a ciência moderna os vê), mas são circunscritos pelo contexto cultural, social e histórico, ou seja, “o próprio processo de identificar categorias teóricas e atributos observacionais depende das categorias que a pessoa já possui” (p. 83).

A definição do que é adequado ou inadequado, com relação às descrições, crenças e definições de si, requer sempre uma referência a um contexto discursivo específico (McNAMEE, 1998).

O projeto do construcionismo, nesse sentido, é examinar como os contextos de interação específicos privilegiam determinados discursos, compreender os meios pelos quais as interações são coordenadas, e perceber quais sentidos sobre as pessoas são legitimados nos diversos contextos culturais e sociais. É, também, avançar nas raízes do conhecimento e verificar suas bases epistemológicas de produção. É sair da posição confortável de validar nossas atitudes através do fato de que elas remetem à realidade, para considerar que as verdades que escolhemos para embasar nossa prática de pesquisa e nossa prática profissional não são "a verdade", mas uma verdade possível, frente a tantas outras verdades alternativas e

igualmente válidas, uma vez que nosso conhecimento da realidade é uma construção dela e não o seu retrato.

Compreendendo que não existem momentos separados para a coleta e a interpretação dos dados (SPINK; LIMA, 2000), optamos por trazer, junto à contextualização da literatura na área, uma reflexão crítica da literatura sob o olhar do construcionismo social. Consideramos essa crítica fundamental para evidenciar o caráter construído do conhecimento científico, além de buscarmos problematizar os seus aspectos funcionais, morais e ideológicos.

Ou seja, reconhecer que o grupo, a família e os transtornos alimentares são construções sociais; que não possuem características essenciais ou universais. São descrições possíveis sobre determinados fenômenos.

Consideramos que as teorias científicas disponibilizam discursos e sentidos para o repertório de falas e negociações dos participantes no grupo. Elas podem contextualizar e circunscrever as práticas discursivas produzidas nesse espaço.

Iniciamos essa contextualização (capítulo 1.2) com o histórico da construção da anorexia e bulimia nervosa como categorias médico-diagnósticas, entendendo que essas categorias são uma descrição possível para o fenômeno que já foi visto e descrito de maneira distinta em outros contextos. Consideramos que esse histórico possa também ajudar no entendimento de algumas descrições sobre a doença trazidas pelos familiares no grupo.

Na seqüência (capítulo 1.3), apresentamos a contextualização da família no tratamento dos transtornos alimentares e os discursos presentes na literatura científica sobre a relação da família com a doença. A exploração desses discursos, em especial o discurso da psicopatogênese familiar, relaciona-se a sua presença nas sessões grupais analisadas.

Ao final dessa introdução (capítulo 1.4), apresentamos a caracterização do grupo de apoio, aberto, homogêneo e multifamiliar, para o posterior diálogo dos sentidos produzidos na

literatura da área e a análise das sessões estudadas. Essa caracterização refere-se à nomeação utilizada pelo serviço e pelos coordenadores para descreverem o grupo realizado. Enfatizamos, todavia, o caráter construído e negociado dessas descrições sobre o grupo, compreendendo-as como possíveis formas de racionalidade sobre esse espaço dentro de determinados paradigmas de pensamento.

1.2 A construção da doença

A **Anorexia Nervosa**, descrita como uma categoria diagnóstica, é definida como

“um transtorno do comportamento alimentar caracterizado por limitações dietéticas auto-impostas, padrões bizarros de alimentação com acentuada perda de peso induzida e mantida pelo paciente, associada a um temor intenso de tornar-se obeso” (BUSSE; SILVA, 2004).

Os critérios diagnósticos para a Anorexia Nervosa (AN) são, de acordo com o CID 10²:

- ◆ peso corporal 15% abaixo do adequado para a idade e altura.
- ◆ perda de peso auto-induzida e um ou mais dos seguintes comportamentos: vômitos auto-induzidos, purgação auto-induzida, exercício físico em excesso e uso de anorexígenos ou diuréticos.
- ◆ distorção da imagem corporal (percepção irreal do próprio corpo).
- ◆ amenorréia nas mulheres e perda de interesse sexual nos homens.
- ◆ paralisação do crescimento físico e dos caracteres sexuais em adolescentes.

O critério principal para o reconhecimento da AN são a perda de peso e a recusa da alimentação sem qualquer condição orgânica outra que as justifique. Todavia, para que seja diagnosticada a AN todos os critérios acima mencionados devem estar presentes.

² CID: Código Internacional de Doenças.

Flaherty estabeleceu a distinção diagnóstica da AN em dois subtipos: a anorexia nervosa do “tipo restritiva”, com o controle do peso, pouca ingestão alimentar e excesso de exercícios; e a anorexia do “tipo bulímica”, com episódios de grande ingestão alimentar e indução de vômitos ou uso de laxantes e diuréticos (BUSSE; SILVA, 2004).

A categorização do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV Revised* (DSMIV-R) define os tipos específicos de AN como: anorexia do “tipo restritiva” e anorexia do “tipo purgativa” (APA, 1994)³.

Bruch (1973) chama "anorexia atípica" os casos nos quais não há a presença do medo mórbido de engordar, mas os demais sintomas são apresentados.

As características físicas e clínicas desses pacientes são, segundo Busse e Silva (2004), pele amarelada, cabelos finos e quebradiços, presença de lanugo (penugem na pele), e distúrbios nas taxas de eletrólitos no metabolismo. Sendo que a hipocalcemia, que é a baixa taxa de potássio, pode levar à morte, osteoporose entre outros.

Segundo os autores, a AN inicia-se, de maneira mais freqüente, na puberdade entre 10 e 30 anos, sendo seu diagnóstico mais complicado fora dessa faixa etária; tem média de idade entre 12 a 16 anos; atinge quase exclusivamente mulheres, com incidência 8 a 10 vezes maior nessa população e apresenta alta taxa de mortalidade (entre 4% e 30%).

A **Bulimia Nervosa** (BN) é categorizada na literatura médica, através da presença de episódios de alimentação excessiva e comportamentos purgativos como uso de laxantes, diuréticos, indução de vômitos, jejuns e excesso de exercícios físicos (GABBARD, 1998).

Seriam os traços marcantes da doença as orgias alimentares, com a ingestão compulsiva de alimentos hipercalóricos, como doces e salgados, seguida por um sentimento de culpa pela ingestão e por comportamentos purgativos, o que provocaria bastante alívio nessas pessoas (BUSSE; SILVA, 2004).

³ Definição que utilizaremos na descrição do diagnóstico das pessoas atendidas pelo serviço.

Seu diagnóstico dá-se pela observação dos seguintes critérios, baseado no DSM IV (BUSSE; SILVA, 2004):

- ◆ Presença de ataques de hiperfagia e excessiva preocupação com o controle do peso corporal;
- ◆ Tentativa de neutralização do ganho de peso através dos comportamentos purgativos;
- ◆ Pavor mórbido de engordar.

As características físicas decorrentes da doença, segundo Bryant-Waugh e Lask (1995), são a face em formato de lua cheia (em função dos vômitos constantes); lesão na pele do dorso da mão (pelo estímulo do vômito); desgaste dentário e cáries (pela presença do suco gástrico na boca); aumento das glândulas salivares e fraqueza muscular. Podem ocorrer irregularidades no ciclo menstrual pelo excesso de vômitos e distúrbios hormonais. O mais preocupante seria o distúrbio eletrolítico e gastro-intestinal assim como sangramento da mucosa estomacal.

Os fatores de risco para seu aparecimento, citados por Stice (1999), são: 1) Peso exagerado (aumenta a possibilidade de pressões sociais); 2) Pressão sócio-cultural para ser magro (que vem da família, do grupo de pares e da mídia); 3) Internalização do ideal de magreza 4) Insatisfação com a imagem corporal; 5) Prática de dietas e 6) Presença de afeto negativo, por exemplo, causado por um distúrbio afetivo.

A pesquisadora Julie Hepworth (1999) no livro "The social construction of anorexia nervosa" posiciona os "transtornos alimentares" como um produto da ciência médica e, através de sua crítica, podemos perceber de que maneira, os variados discursos sobre os transtornos alimentares vão privilegiando determinadas formas de explicação do fenômeno, dentro de um contexto social, cultural e político específico.

Dentro de uma perspectiva de contextualização do controle de apetite na história e cultura, a autora busca as interpretações sobre a relação da mulher com a comida ao longo dos tempos.

Segundo Hepworth (1999), as primeiras construções sobre o fenômeno datam dos séculos XII e XIII. Nesse período, as mulheres que jejuavam eram muito estimadas, através de interpretações religiosas que associavam o jejum à santidade das mulheres, uma forma de asceticismo. Catharine de Siena (1347-1380) seria um exemplo dessa vivência do jejuar sendo uma prática valorizada na sociedade da época. Aos 15 anos, Catharine consumia apenas pães, vegetais e água, e aos 25 anos consumia ervas e se recusava até a tomar água. Aos 30 anos morreu de inanição. Para a autora, essas práticas de jejum se aproximam da anorexia nervosa do século XX, e podem ser chamadas de "anorexia sagrada". A autora salienta, com esse resgate histórico, o significado dessas idéias para a interpretação da não ingestão de alimentos, culminando com o descobrimento médico dos transtornos alimentares.

A primeira descrição do quadro de Anorexia Nervosa foi feita em 1691, por Richard Morton, um médico inglês que atendeu uma moça de 17 anos que se recusava a alimentar-se, mostrando-se bastante emagrecida, com lanugo no lugar dos pêlos do corpo, com braquicardia, hipotermia e hipotensão, sem nenhuma disfunção orgânica que justificasse o quadro clínico (BUSSE; SILVA, 2004).

Na década seguinte, em 1970, Robert Willian, também um médico inglês, escreve um estudo sobre uma paciente com características semelhantes à atendida por Morton, intitulado seu trabalho de "Um caso marcante de abstinência" (BUSSE; SILVA, 2004).

L. V. Marcé, em 1859, descreve, por ocasião do encontro da *Société Médico-Psychologique* em Paris, o atendimento de duas jovens com distúrbios na alimentação, representando um marco no histórico dessa doença. Marcé publicou um livro sobre o assunto, porém não teve grande reconhecimento, o que poderia ser creditado à sua morte precoce e

pouca ascensão no meio científico na época. Foi pelo fato de não ter sido reconhecido como o primeiro a descrever a doença que Lasègue e Gull são considerados os descobridores da AN (BUSSE; SILVA, 2004).

Willian Withey Gull (1816-1890) costuma ser considerado o ganhador desse título. Gull estudou medicina no Hospital de Londres e entre 1850 e 1880 estava interessado no estudo das disfunções do sistema gástrico. Em 1868 fez a primeira referência a uma condição de severa perda de apetite e descreveu a paciente como uma mulher jovem com "*aepsia hysterica*". Em sua publicação de 1874 "*Transactions of the Clinical Society*", Gull corrigiu o nome da patologia para anorexia nervosa; atribuindo a perda de peso a um estado mental mórbido. A importância dessa definição seria o reconhecimento na população da anorexia nervosa como uma condição psicossomática, com o seu apossamento pela ciência médica e mais atualmente pela psiquiatria (HEPWORTH, 1999).

Charles Lasègue descreveu um quadro semelhante, em 1873, na França, nomeando-o "anorexia histérica". Sollier, também na França, em 1895, usou a terminologia "anorexia mental" que é até hoje utilizada nesse país. Em 1924, Sante de Sanctis hipotetizou que a anorexia nervosa seria um quadro psicótico de cunho histórico.

Hilde Bruch, em 1975, descreveu as anoréxicas como psicóticas (BUSSE; SILVA, 2004). Bruch (1973) contribuiu para a compreensão dessa patologia observando que a preocupação com a comida era posterior a um grave distúrbio no autoconceito dessas meninas, que se sentiam fracas e incapazes. Também afirmou que essas doenças eram predominantes em garotas com grande preocupação em agradar a seus pais. A necessidade de ser uma garota boazinha e perfeita esconderia um profundo sentimento de não servir para nada (GABBARD, 1998).

A AN seria uma tentativa de autocura e de possibilidade de desenvolver, através do controle do corpo, uma noção de si - mesmo, transformando os problemas psicológicos

através da manipulação da ingestão alimentar. A autora relacionou as origens da doença com um distúrbio no relacionamento do bebê com sua mãe, com a mãe guiando seu filho de acordo com suas próprias necessidades, não respeitando a individualidade da criança (GABBARD, 1998).

As dificuldades na relação mãe-filho e a idéia de sua implicação no aparecimento da doença seria uma temática bastante explorada por muitos autores, inclusive fazendo parte do arcabouço teórico atual para a compreensão do fenômeno por parte dos profissionais.

As primeiras descrições da Bulimia Nervosa remetem ao tempo babilônico, entre 400 e 500 anos a.C. (BUSSE; SILVA, 2004). Na Antiguidade grega era nomeada "cinorexia", um quadro descrito como episódios de hiperfagia seguidos de vômitos (COUVREUR, 2003).

Blankaart foi o primeiro autor anglo-saxão a descrever detalhadamente o transtorno, em 1708, com a descrição de um estado de "fraqueza de espírito" posterior ao episódio de ingestão alimentar exagerada. Couvreur (2003) relaciona o trabalho de Blankaart ao início da relação entre BN e sintomas depressivos.

Em 1743, R. James citou o médico grego Galiano como tendo analisado as causas de tal condição, relacionando-a a uma disfunção digestiva (COUVREUR, 2003).

A partir do século XVIII, aumentaram as referências à doença nos escritos médicos, e a BN apareceu etiológicamente relacionada a distúrbios somáticos. Nos tratados de psiquiatria do século XIX, o comportamento bulímico foi incluído entre as perversões do instinto alimentar com um paralelo da BN com a ninfomania e da AN com a frigidez. Até o início do século XX, não eram comuns relatos de casos de homens com a doença. A partir da segunda metade do século XIX, diminuiu o interesse pela doença nos Estados Unidos, mas na Europa os estudos sobre sua etiologia continuaram. Charles Lasègue relaciona o apetite exigente à presença de uma vivência de angústia nesses pacientes. P Janet, em 1903, definiu a BN como

um sintoma neurótico, com a descrição de vivências de incompletude e fraqueza em suas pacientes estudadas (COUVREUR, 2003).

Em 1970, Bruch percebeu que grande parte de suas pacientes apresentavam sintomas bulímicos. Relatou em 1970 que 25% de suas pacientes anoréxicas eram bulímicas, chegando a 50% em 1980. Foi Gerald Russel quem primeiro nomeou a condição médica de bulimia nervosa, e em 1980 a síndrome foi incluída no DSM III (BUSSE; SILVA, 2004).

Essas primeiras construções sobre o fenômeno mostram que, inicialmente, a anorexia nervosa não estava ligada a uma característica iminente à psique feminina, como um aspecto de sua personalidade em desajuste. Apenas mais tarde isso aconteceria, com a mudança da visão do clero sobre as mulheres, passando a vê-las como possuindo uma moralidade inferior aos homens, como manipuladoras e perniciosas.

Essa mudança ocorreu com o sentimento de ameaça da Igreja em razão do poder e Então, todos os comportamentos das mulheres passavam a ser vistos pela ótica do bem e do mal, tudo o que era diferente dos hábitos da Igreja era interpretado como ruim, resultando no período conhecido como "caça às bruxas". A mulher sentida como perigosa levou a prática do jejum a ser vista com ressalvas (HEPWORTH, 1999).

A interpretação atual da anorexia e bulimia como decorrentes, entre outros fatores, de dificuldades emocionais e psíquicas relaciona-se ao movimento histórico de construção da loucura como característica dos grupos desviantes (diferentes) na sociedade.

Através das técnicas de segregação, utilizadas pelo Cristianismo, e das ideologias sociais presentes, tem-se a categorização dos diferentes comportamentos entre normais e anormais. Através das técnicas de segregação, utilizadas pelo Cristianismo, e das ideologias sociais presentes, tem-se a categorização dos diferentes comportamentos entre normais e anormais. Para a autora, a ligação entre esse período da Idade Média e a interpretação

moderna da anorexia nervosa pode ser vista através da noção de histeria na interpretação atual da doença.

Com a passagem da autoridade religiosa para a autoridade médica tivemos novos movimentos de segregação das populações, como descrito por Michael Foucault (2005; 1987), com a colocação dos leprosos em sanatórios (leprosários) na Europa, por exemplo. Essa seria a primeira forma de divisão de práticas entre grupos, o que levaria à regulação da ordem social.

Nos séculos XVII e XVIII, ocorreu a segregação de todas as pessoas pobres e criminosas da sociedade, que foram colocadas nos antigos leprosários. A separação entre sãos e insanos, com a insanidade antes vista em seu valor criativo, iniciou-se na Idade Média, tendo como marco a abertura do *Hôpital Général*, em 1656. Nesses séculos, a insanidade era vista na pessoa incapaz de controlar sua bestialidade interna, que seria uma parte da natureza humana (FOUCAULT, 2003).

A loucura passou a ser aceita como um problema médico, com todas as suas formas e categorias construídas no século seguinte.

Uma vez que o modelo de explicação teórica de uma dada doença leva a proposição de determinados paradigmas de tratamento, devem-se considerar os riscos e as vantagens de acreditarmos que o que se sabe sobre o problema são metáforas possíveis de compreensão, que são infinitamente relativas e negociáveis (SPEED, 1995).

Autores que se apresentam dentro de algumas correntes do pensamento pós-moderno têm buscado uma visão alternativa sobre a anorexia nervosa e a bulimia nervosa, evitando uma visão essencialista do fenômeno (BAERVELDT; VOESTERMANS, 1998; DURAN et al., 2000; HEPWORTH, 1999; LESTER, 1997; MALSON, 1998).

Para Hepworth (1999) o conceito dominante da investigação científica mantém a antiga tradição de que haveria apenas uma interpretação possível sobre o objeto, que seria a

verdade válida e acabada sobre ele. Não é intenção da autora negar que exista uma forma de sofrimento relacionado à alimentação, mas mostrar que a classificação desse sofrimento como uma categoria patológica é questionável.

Para o construcionismo social, a nomeação de uma doença tem menos a ver com aquilo que pode ser observado no indivíduo, do que com a bagagem cultural de linguagem e vocabulários de quem assim a nomeia. Ou seja, ao identificar-se determinado comportamento ou fenômeno como problemático colocam-se em uso os "códigos" e "pré-estruturas de entendimento", adquiridos nas situações passadas de experiências e conversações, para a distinção do "problemático e do perfeito" (GERGEN; McNAMEE, 2000).

As descrições patológicas estão fundamentadas em pressupostos sobre o mundo que trazem a noção da pessoa com alguma inadequação, fora dos padrões normais ditados pelos especialistas. A origem da maior parte dessas inadequações está na compreensão do indivíduo incapaz de funcionar de uma maneira ideal (GERGEN; McNAMEE, 2000).

Essas descrições são frutos de processos sociais e históricos, que indicam as forças ideológicas presentes na sociedade. Como por exemplo, a destituição do conhecimento sobre o si-mesmo, que passa a ser privilégio do "especialista" que teria a condição de nomeá-la como "normal" ou "adoecida", construindo relações de poder e movimentos de segregação social (SPINK, 2003).

Para o construcionismo, a maneira como se compreende determinado fenômeno está sempre baseada no conhecimento embutido na história do uso da linguagem e de seus significados.

Realizamos um levantamento bibliográfico em busca de descrições alternativas para a compreensão do problema alimentar, saindo de uma classificação psicopatológica.

Encontramos poucos estudos que tragam uma forma diferente de abordar o problema⁴. Esse dado colabora no entendimento do uso freqüente feito pelos familiares, participantes da pesquisa, do discurso da doença como forma de nomear o fenômeno. Levando-se em conta, também, que essa é a descrição predominante entre os profissionais no ambiente hospitalar de tratamento desses transtornos.

1.3 A família no contexto dos transtornos alimentares

O funcionamento dos indivíduos e das famílias é compreendido, na abordagem construcionista social, como descrições do pesquisador e fruto dos sentidos atribuídos a si e ao outro pelos seus membros em relação, e não características dos sujeitos e das famílias. A família, nesse sentido, é vista como uma construção mutável ao longo dos tempos e sem fundamentos naturalizantes (FRUGGERI, 1998). A perspectiva pós-moderna traz uma visão hermenêutica da família que não a concebe como unidade com estrutura hierárquica e com um padrão normal e universal de funcionamento, mas uma entidade composta por pessoas

⁴ Utilizamos a Internet para a pesquisa através das bases de dados *PsychInfo* e *Medline*, relacionando os transtornos alimentares e a abordagem teórica construcionista. Com o campo de busca *words anywhere*, considerando os descritores *constructionism and bulimia*, encontramos apenas 2 referências, na base de dados *PsychInfo*, e nenhuma referência na base de dados *Medline*. Realizamos também o levantamento relacionando a anorexia nervosa e o construcionismo social com os descritores *constructionism and anorexia*, encontrando 5 referências na base de dados *PsychInfo* (2 referências que se repetem na pesquisa anterior) e nenhuma referência na *Medline*. Das 5 referências diferentes encontradas, 2 delas tratam especificamente dos transtornos alimentares; as demais se referem aos livros cujas temáticas abrangem as discussões de gênero e as teorias da terapia feminista. O estudo de Duran et al. (2000) explora os relatos históricos dos “chamados” transtornos alimentares, contrastando a conceituação moderna de anorexia e bulimia, com a sua perspectiva histórica e social de construção. Os autores afirmam que a aplicação da terapia pós-moderna representa um território novo e ainda não mapeado; e apresentam exemplos de sua utilização, como o uso da terapia narrativa em pessoas com TA por Michael White e David Epston. A segunda referência encontrada é um capítulo de livro de Baerveldt e Voestermans (1998), no qual é enfatizada a importância do construcionismo social para o entendimento do corpo, não como um aparato fisiológico, mas como produtor de significados sobre o si mesmo, um “*selfing device*”. O autor enfatiza a comunicação corporal como um contínuo fluxo de interação, no qual, certos sentidos, são “grudados” ao corpo nos processos interacionais. Assim, o processo de construção do *self* envolve o desenvolvimento de múltiplas habilidades corporais, que garantiriam a possibilidade da pessoa de se sentir integrada ao mundo. Nesse sentido, a anorexia nervosa pode ser entendida como uma perturbação dessas habilidades.

com sentidos em comum (JORGENSEN apud LAX, 1998⁵), entendida a partir dos diálogos e conversações promovidos entre seus membros (HOFFMAN, 1998, LAX, 1998).

Como afirma Krusky (2002), isso não significa admitir que qualquer definição sobre a família seja adequada, mas que a nossa descrição de que as pessoas e o mundo são construções compartilhadas sobre essa realidade seja considerada; e não a verdade sobre ela.

A ênfase no resgate dos estudos sobre a família no contexto dos transtornos alimentares objetiva o conhecimento dos discursos presentes no meio científico, para, posteriormente, reconhecermos seu uso no grupo estudado.

Entendemos, todavia, que as descrições sobre as famílias presentes nesses trabalhos são construções históricas e sociais específicas de entendimento do fenômeno, indicando uma maneira de pensar o ser humano e o fazer ciência. A própria noção do fenômeno como uma doença é uma construção, como já debatido. Portanto, a ênfase dada nessas pesquisas à busca de correlações e etiologia obedece à noção de causalidade presente no modelo do estudo das patologias na ciência médica moderna.

Pode-se perceber nesses estudos um grande enfoque na busca de características no funcionamento familiar que levassem ao aparecimento do transtorno alimentar. Esse interesse parece estar relacionado à observação de que, famílias com filhas com AN e BN, teriam características de funcionamento semelhantes, hipotetizando sua relação com a doença.

O histórico dos estudos na área iniciou-se na década de 70, com o interesse pela compreensão do fenômeno da AN através do modelo, criado por Salvador Minuchin et al. (1975), das "famílias psicossomáticas". Esse modelo preconiza que algumas características do funcionamento familiar influenciam no aparecimento de determinadas patologias.

Salvador Minuchin, inicialmente psicanalista e passando para o campo da terapia familiar, definiu a configuração da família psicossomática como tendo as seguintes

⁵ JORGENSEN, J. How families are constructed. **Unpublished doctoral dissertation**, University of Pennsylvania, 1991.

características presentes: alianças entre as gerações na família, impedimento de conflitos entre todos os seus membros, repertório familiar não flexível e com pouca capacidade de resolução de problemas (DARE et al., 1995).

Esse modelo inspirou a concepção do que se chamou de "famílias anorexigênicas", ou seja, a família sendo a origem da patologia de seus filhos (GOWERS; BRYANT-WAUGH, 2004).

Outra terapeuta familiar, também saída do paradigma psicanalítico e iniciando na abordagem sistêmica, que teve um grande interesse pelo estudo dos transtornos alimentares (TA), foi Mara Selvini Palazzoli, assim como seus colegas do grupo da escola de Terapia Familiar Sistêmica de Milão. Palazzoli se impressionou com essas famílias ao perceber características muito semelhantes entre as alianças intergeracionais presentes (DARE et al., 1995).

Segundo Palazzoli (1974), a AN seria a resposta da filha (lembrando-se que no início essa era uma patologia predominante em mulheres e adolescentes) aos conflitos do processo intraconjugal de seus pais, e a doença seria a resposta a padrões de interação familiar próprios dessas famílias.

Do histórico da literatura na área, temos a constatação do grande número de autores interessados nos fatores familiares específicos na predição da BN (McNAMARA; LOVEMAN, 1990; LALIBERTÉ; BOLAND; LEICHER, 1999) e da AN (BRYANT-WAUGH; LASK, 1995; MA, 2005).

Strober et al. (2000) afirmaram ter realizado o mais amplo estudo na área, formulando as seguintes hipóteses: 1) que a AN e BN seriam doenças familiares; 2) que os parentes de pessoas portadoras da doença teriam maiores riscos de desenvolverem o transtorno e 3) que a AN ou BN estaria mais presente entre familiares de pessoas com AN do que entre as pessoas ditas saudáveis.

Bryant-Waugh e Lask (1995) destacam a desarmonia familiar, a separação do casal, a falta de consistência na resposta dos pais à doença e a disfunção familiar como fatores perpetuadores da doença.

McNamara e Loveman (1990) foram em busca de um arcabouço teórico para a compreensão da dinâmica interativa disfuncional nas famílias com pacientes bulímicas. Os autores afirmam que as meninas com BN percebem suas famílias como mais disfuncionais do que as pessoas do grupo controle, sem nenhum quadro patológico presente. Elas descrevem suas famílias como possuindo pouco afeto entre seus membros, pouca comunicação e pouca habilidade para a resolução de conflitos.

Nessa mesma linha de investigação, Laliberté, Boland e Leichner (1999) evidenciam o clima familiar como o fator mais fortemente preditor dos transtornos alimentares. Esses autores se propuseram a investigar o conteúdo do que é expresso, valorado e modelado no ambiente familiar e que poderia estar fortemente relacionado ao conteúdo do sintoma que emerge no membro da família. Nos resultados desse estudo, tem-se a observação nessas famílias de grande ênfase na aparência, na reputação familiar e nas conquistas pessoais, e a dieta do indivíduo refletiria a tentativa da família de se adequar aos padrões sociais de exigência de uma boa aparência e sucesso.

A presença de relacionamentos maritais conflituosos levando a atitudes familiares de falsa solidariedade é um achado referido por Gensicke (1979) acerca da relação da socialização familiar com a anorexia nervosa. Segundo o autor, seus resultados corroboram outros estudos que sustentam que uma estrutura familiar complexa fomenta condições que propiciariam uma crise adolescente que estaria subjacente ao desencadeamento da enfermidade.

Latzer et al. (2002) identificaram pouco encorajamento familiar para o crescimento pessoal entre pessoas com transtornos alimentares.

Em um estudo realizado na China, Chan e Ma (2002) afirmam que os resultados de sua pesquisa seriam semelhantes aos das pesquisas realizadas no Ocidente; ou seja, a recusa da comida simbolizaria a disciplina aplicada ao corpo e a punição dirigida à família; seria uma forma de vingança pelo aprisionamento vivenciado pela paciente anoréxica dentro da família. A anorexia apareceria como forma de protesto e mostra de descontentamento frente à falta de autonomia da filha com relação aos pais.

As dificuldades da família de apoiar a criança durante seu processo de separação, individuação e de exploração do mundo externo são evidenciadas por Lane (2002). Ela aponta a existência de laços de dependência da pessoa com AN com a mãe, que não encorajaria tentativas de emancipação. Esse estudo defende, ainda, que indivíduos com transtornos alimentares viriam de lares disfuncionais, com mães controladoras e pais ausentes, além de freqüentes histórias de traumas permeando os enredos familiares. Os sintomas os manteriam como crianças pequenas que rejeitam os marcos – tais como a menstruação – que evidenciam a maturidade sexual, o curso contínuo do desenvolvimento e a emergência da feminilidade no corpo em transição.

Em um estudo da transmissão transgeracional da imagem corporal na família, Bonsch et al. (1993) afirmam que os aspectos negativos da experiência com o corpo parecem ter um papel importante na relação mãe e filha; ou seja, a mãe expressaria mais esses aspectos ou a filha seria mais suscetível a eles.

No trabalho de Doerr-Zegers et al. (1988) temos a descrição da presença de um *mito familiar* que não poderia ser revelado, o que causaria intenso estresse familiar. Outras características por eles destacadas são a valorização excessiva das realizações escolares e profissionais e a rejeição da sexualidade dos filhos.

Segundo Polivy e Herman (2002), seriam centrais nesses transtornos os problemas de identidade e controle pessoal. A família contribuiria diretamente na exacerbação desses problemas, podendo transmitir preocupações alimentares.

Dentre os estudos levantados, vários sugerem a importância da inclusão da percepção dos familiares nas pesquisas, e não só das pessoas adoecidas, o que colaboraria para uma melhor compreensão do fenômeno complexo e multifacetado da dinâmica familiar encontrada nesses transtornos (CHATTOOR et al., 2000; GUTTMAN; LAPORTE, 2002; McNAMARA; LOVEMAN, 1990).

Nesse resgate da literatura sobre a família e sua relação com os transtornos alimentares, pode-se perceber o discurso científico da psicopatogênese familiar, ou seja, das relações familiares como produtoras ou mantenedoras da patologia.

Eisler (2005), um autor pós-moderno, critica a base teórica da qual derivam muitas teorias sobre a dinâmica nas famílias com pessoas com transtornos alimentares. Para esse autor, a maior limitação dos estudos anteriores na área era o foco na sua etiologia, ao invés de compreender como essas famílias se organizam em torno de um problema grave como a anorexia e bulimia. Para ele, o quadro que aparece quando fazemos uma análise crítica do histórico dos transtornos alimentares mostra que não existe um padrão consistente de estrutura familiar ou funcionamento nessas famílias.

Segundo o autor supracitado, o suporte empírico para a conceitualização de Minuchin é "inconvincente". Não seria possível saber se um impedimento de conflitos nessas famílias ocorreria devido ao próprio aparecimento da doença ou à luta da família contra essa condição difícil. A evidência desse impedimento não mostraria a razão pela qual a anorexia apareceu naquela família. Para que se pudesse comprovar esse modelo teórico, todos os componentes da correlação patologia-disfunção familiar deveriam aparecer em todas as famílias.

A principal crítica a esses estudos relaciona-se ao fato de serem tomados como as verdades sobre o fenômeno, como a realidade única de compreensão da dinâmica familiar nessas doenças; generalizando e se tornando o modelo elucidativo da AN e BN.

Para Eisler (2005), o que faz esse modelo ser tão persuasivo, é que de alguma maneira é oferecida uma forma de entendimento a um fenômeno tão incompreensível.

Partindo da crença de que os diferentes discursos sobre o papel da família no contexto dos transtornos alimentares promovem práticas sociais diversas, consideramos fundamental reconhecer os diferentes enfoques adotados para o reconhecimento dessas famílias. Compreendendo, dessa forma, como as intervenções propostas ao longo desses anos refletem as ideologias dos profissionais sobre a família e o tratamento da AN e BN, a seguir fazemos o resgate da literatura na área da inserção da família no tratamento.

Os estudos da relação familiar no desenvolvimento dos transtornos alimentares levaram, no início de sua descoberta, à crença de que a família deveria ser excluída do tratamento, pois alguns de seus comportamentos serviriam para a manutenção dos sintomas dos pacientes. Sua influência seria negativa sobre a recuperação dos adoentados.

Nessa época, existia a idéia de que o paciente com qualquer psicopatologia, e em especial nos casos dos esquizofrênicos, deveria ser retirado de seu ambiente familiar e levado para o tratamento hospitalar (HALEY, 1971).

William Gull, o "descobridor" desses transtornos, já afirmava que os familiares eram os piores cuidadores para esses pacientes. Jean-Martin Charcot, em 1883 aproximadamente, anunciava que o tratamento moral da anorexia nervosa deveria ser feito utilizando a "influência curativa do isolamento", retirando a pessoa com AN de seu círculo familiar e de amigos e colocando-a no ambiente de cuidado médico.

Essa crença na influência negativa da família no tratamento embasou a escolha da internação do paciente como prática prioritária para a melhora dos sintomas ao longo das

últimas décadas. Ainda hoje, a internação é a medida mais utilizada para o tratamento dos TA na França; e a culpabilização da família pelos transtornos está presente, atualmente, na maior parte dos contextos de atendimento a essa população.

O modelo de Minuchin estimulou, a partir de 1970, o interesse em intervenções familiares no tratamento, principalmente, com a Terapia familiar, que foi e ainda é muito utilizada. Essas intervenções teriam como objetivo não mais excluir a família do tratamento, mas trazê-la para ser tratada, uma vez que partiam da crença da presença de interações patológicas na família que seriam um fator etiológico para a doença (RUSSELL et al., 1987).

O desenvolvimento da terapia familiar no contexto de tratamento dos TA sofreu influências práticas e teóricas de diversos campos, como a psicologia do desenvolvimento, a Gestalt, a psicologia social, a psicanálise, a cibernética e a ecologia (DARE et al, 1995).

A entrada da família no tratamento serviu, muitas vezes, para a culpabilização desta pela doença de seus filhos. O que acabou gerando dificuldades do vínculo da família com os profissionais ao longo do tempo.

Para evitar que o sentimento de culpa aparecesse na família, algumas estratégias foram sendo utilizadas, como lhe comunicar que ela não causa o transtorno, mas que existiriam múltiplos fatores em conexão com o seu aparecimento. Ou seja, ao invés de culpar a si mesmos, culpariam o problema.

O terapeuta focaria quase que exclusivamente os comportamentos bulímicos e anoréxicos, mostrando para os pais a seriedade da doença e que suas filhas não teriam controle sobre a impulsividade de seus sintomas, uma vez que muitos pais achavam que os sintomas da filha seriam uma afronta direta a eles (DODGE et al., 1995).

Speed (1995) cita o exemplo de uma profissional que buscou tirar o foco do sintoma, querendo olhar para os sistemas culturais a eles relacionados. Observando que em alguns momentos de sua prática clínica os sintomas pareciam ficar autônomos com relação aos

relacionamentos familiares, começou a atender os pacientes separadamente de suas famílias. Uma alternativa de atendimento que parecia mais interessante em alguns casos, mas que colocava a terapeuta familiar em uma situação de sentir-se contrária aos preceitos de sua técnica aprendida.

Pesquisadores e profissionais do *Maudsley Hospital* em Londres vêm, ao longo dos últimos anos, buscando novas formas de compreensão da família no tratamento. Os resultados de seu primeiro estudo realizado em 1985 com pacientes internados teriam evidenciado a inter-relação do uso da terapia familiar com a idade do aparecimento e duração do transtorno, ou seja, os melhores resultados foram encontrados entre as pessoas com a doença iniciada antes dos 19 anos e com pouco tempo desde o seu aparecimento. As pessoas com a doença iniciada após os 18 anos teriam mostrado melhores resultados com o uso de tratamentos individuais (DARE et al., 1995).

Essas pesquisas sobre as intervenções no tratamento dos transtornos alimentares focaram os seus resultados em termos das modificações proporcionadas nas interações familiares.

Dodge et al. (1995), por exemplo, utilizaram, como medida para essa avaliação, as mudanças nos comportamentos sintomáticos e medidas gerais da interação familiar. A avaliação de um bom resultado se daria pela ausência de sintomas bulímicos e anoréxicos, e o peso saudável mantido. Um resultado ruim apresentaria sintomas mais frequentes que uma vez por semana, e o peso abaixo do normal.

Todavia, algumas mudanças na maneira de conceber a família, seu papel no tratamento e a avaliação das propostas de intervenção familiares foram acontecendo; principalmente através da introdução de um posicionamento mais próximo do profissional com o paciente e sua família. Dentro dessas mudanças, é pedida à família sua cooperação na

recuperação de seus filhos, o que ajudaria na redução dos sentimentos de culpa desses familiares.

Na Holanda, por exemplo, é proposto que os membros da família estejam ativamente presentes no encaminhamento do próprio tratamento. Um dos problemas era a perda de peso após a alta, quando a pressão para a internação tanto dos profissionais como da família era maciça. Os pais depositariam todas as expectativas do trabalho nos profissionais, levando a altas prematuras e abandono (FLEMINGER, 2005).

Lock et al. (2001) produziram um manual da abordagem familiar no tratamento da anorexia nervosa, no qual os pais são colocados como a fonte de recurso principal no tratamento. Com o encorajamento da família para tomar controle sobre a alimentação dos filhos, uma vez que essa tarefa teria sido falha por parte dos profissionais.

Frente a uma tendência de patologização da relação mãe-filha na AN, as terapeutas feministas criticam essa interpretação como se a autonomia e dependência não fossem fatores que pudessem existir ao mesmo tempo. Andersson (1995) convida a ver essa relação como potencialmente produtora de melhora na doença, com uma função importante dentro da família. A mãe estaria na melhor posição para facilitar a recuperação da filha, e a dependência desta com relação à mãe poderia ser fonte de apoio para a filha durante o tratamento.

O foco central da abordagem familiar proposta por Eisler (2005) é fazer uso dos mecanismos adaptativos presentes nessas famílias, através do reconhecimento das percepções que os familiares possuem sobre o problema e o seu desenvolvimento e discutir os efeitos da doença na família. O objetivo seria mostrar que o fato de serem convidados a participar dos atendimentos não implicaria em serem vistos como a fonte do problema, e sim que eles seriam fundamentais na recuperação de seus familiares adoecidos. Os focos são o problema e a seriedade da doença e de seus sintomas secundários

O novo manual NICE (*National Collaborating Centre for Mental Health*, 2004) recomenda aos profissionais trabalharem junto às famílias no tratamento de pacientes com anorexia e bulimia de todas as idades, dando informações apropriadas sobre a doença e os riscos.

Outros relatos de experiência da inclusão da família ativamente no tratamento foram feitos nos últimos anos na literatura e congressos na área, adotando-se medidas como a hospedagem dos pais próximo ao Hospital quando os filhos estão sendo tratados em uma cidade de origem diferente da sua.

Em 1999, no Conselho Europeu dos Transtornos Alimentares, em Estocolmo, ocorreram reflexões importantes sobre o tratamento desses transtornos, e pela primeira vez mencionou-se o uso da abordagem multifamiliar nesse contexto por Michael Scholz, com o *team's multi-family day treatment approach*. Na mesma data, Ivan Eisler, membro da equipe do *Maudsley Hospital* de Londres relatou ter iniciado experiência similar. Ambos foram inspirados por Eia Asen e sua equipe no seu trabalho multi-familiar (FLEMINGER, 2005).

Essa abordagem foi utilizada por Fleminger (2005) e sua equipe com pacientes mais graves, com a internação dos pacientes, ao contrário de outros autores que falam dos malefícios da internação e de como deve ser evitada. As enfermeiras eram treinadas com técnicas e teorias da terapia familiar e a equipe pedia aos pais que ajudassem nas dificuldades de controlar os vômitos dos filhos.

Eisler (2005) afirma que a abordagem multifamiliar tem bons resultados pela troca de experiência entre famílias (mais do que no trabalho só com uma família). Essa troca favoreceria uma coesão grupal junto com uma atmosfera de apoio. Novos sentidos poderiam surgir, saindo da paralisação do medo da mudança frente a tantas dificuldades encontradas. Além disso, no grupo multifamiliar seria possível observar as diferentes fases em que estão as

outras famílias, e ouvir como outras famílias superaram os problemas, ajudando a pensar em novas maneiras para si.

Ainda que pareça revolucionário colocar várias famílias juntas no tratamento de variadas patologias, esta é uma estratégia de mais de 40 anos (inicialmente realizada com psicóticos nos EUA). Um grande projeto de pesquisa sobre essa intervenção está sendo realizado; um projeto multinacional com duração aproximada de 5 anos com o objetivo de identificar como essa intervenção colabora na melhora da doença e compará-la com as demais intervenções familiares (SCHMIDT; ASEN, 2005).

Pode-se perceber um esforço dos profissionais envolvidos no trabalho com as famílias de saírem da posição, muitas vezes cristalizada, de especialistas sobre o "problema" dessas famílias, passando para uma posição de escuta dos sentidos que elas produzem sobre a sua própria experiência. E principalmente para a escuta dos sentidos do que para elas é problemático, que pode diferir das teorias que embasam as crenças desses profissionais sobre as relações familiares.

As intervenções familiares dentro da perspectiva pós-moderna consideram as famílias como sistemas sociais que possibilitam a geração de sentidos, "nos quais os problemas existem e são mediados pela linguagem" (LAX, 1998, p.88).

É dentro dessa perspectiva que buscamos compreender os diálogos presentes no grupo de apoio validando todas as descrições oferecidas sobre o que é família e o que é a doença, e buscando os argumentos utilizados para a explicação de cada uma dessas construções no grupo.

A seguir trazemos a descrição do grupo nosso objeto de estudo segundo a literatura na área.

1.4 Os sentidos sobre grupo presentes na literatura da área

Trazemos aqui a contextualização da utilização do grupo enquanto recurso terapêutico, e são apresentadas as definições do grupo de apoio, homogêneo, aberto e multifamiliar, e também as características da equipe de co-coordenação grupal. Seguida pela reflexão da práxis grupal entendida a partir dos pressupostos construcionistas sociais.

Zimerman (2000), e Zimerman e Osório (1997), grupoterapeutas brasileiros contemporâneos, em suas obras referentes aos fundamentos e ao trabalho com grupos (respectivamente) definem o grupo *como um conjunto de pessoas*, o que incluiria uma família, uma sala de aula, uma fila de ônibus etc.

Porém, o grupo, de maneira específica, seria uma "nova entidade, com leis e mecanismos próprios e específicos" (ZIMERMAN, 1997a, p. 28). Para o autor citado, o conceito de grupo pressupõe a existência de interações afetivas entre seus membros e uma distribuição hierárquica de papéis e posições dentro do grupo.

A dinâmica de grupo tem seus fundamentos derivados da sociologia, psicologia social, e conceitos advindos das teorias da psicologia individual.

Na linha sociológica, Robert Bates descreveu o grupo como um sistema de interação cujas partes individuais agiriam para atingir o objetivo grupal, buscando gratificação e a manutenção do grupo. Na psicologia social, William McDougall descreve um princípio grupal derivado de um grau de continuidade na existência do grupo, uma idéia do grupo presente na mente de seus membros, que levaria à importância da definição no grupo de seus limites e estruturas, das funções de cada participante, da criação de hábitos e costumes para que dessa maneira estivessem fixadas e claras as relações entre seus membros (MUNICH, 1996).

De maneira geral, a psicologia social interessou-se pelas interações presentes nos grupos e sua relação com as forças sociais; como exemplo dessa busca tem-se a ênfase de

Durkheim na importância dos laços grupais no controle social e pessoal, e a colaboração da sociologia para a elucidação dos efeitos do grupo na vida emocional das pessoas.

Kurt Lewin, considerado “o pai da dinâmica de grupo”, introduz uma abordagem “científica sócio-psicológica” à dinâmica de grupo, delineando, através da observação e manipulação de fatores grupais, os aspectos do efeito do grupo sobre um membro isolado. Ele cria uma “teoria de campo” que tem o seu foco na coesão grupal e na interdependência entre seus membros como os fatores responsáveis pela permanência do indivíduo no grupo. (idem).

Métodos empíricos do trabalho com grupos foram realizados pelo *National Training Laboratories* em Maine e no Instituto Tavistock em Londres, e mostram aspectos da vida de grupo que seriam fundamentais para todos os tipos de grupo, tais como: as modificações que ocorrem no grupo devido ao desenvolvimento de maior confiança e proximidade entre seus participantes e diferentes experiências com relações de autoridade dentro do grupo.

Bion, que trabalhou na clínica de Tavistock e mostrou os processos ambivalentes presentes nas relações entre indivíduo no grupo e com o seu líder, aponta que o grupo pode funcionar como um “grupo de trabalho”, ou seja, de maneira consciente e voltado para a realização de seus objetivos, ou como um “grupo de pressuposto básico”, que teria como característica principal a não realização da tarefa grupal e seria uma vivência fantasiosa dos indivíduos.

Ainda que seja um movimento não adaptativo no grupo, estando contrário à realização da tarefa grupal, o grupo trabalhando em pressuposto básico também poderia ser considerado um momento de trégua e reposição de energias para a realização de seus objetivos, e mostra, segundo Bion, a ambivalência do indivíduo frente a sua necessidade de autonomia e o seu desejo de ser parte do grupo (idem).

A terapia de grupo com objetivos de mudança de personalidade nasceu nos Estados Unidos no século XX, tendo como um dos pioneiros nessa prática Joseph Pratt, que em 1905

reconheceu os benefícios psicológicos adquiridos pelo agrupamento de pacientes crônicos tuberculosos (SHEIDLINGER, 1996).

Pratt iniciava com uma aula sobre práticas de higiene e sobre tuberculose e abria a discussão com perguntas livres dos pacientes. Os resultados positivos dessa prática foram relacionados à identificação dos pacientes com o médico, que formava uma "estrutura familiar-fraternal" (ZIMERMAN, 1997).

A partir da experiência bem-sucedida, a utilização da terapia de grupo foi ganhando novas formas. Em 1930 com Louis Wender, com pacientes internados e a utilização de conceitos da psicologia de grupo de Freud; com Paul Schilder, iniciando a terapia analítica de grupo; também Jacob L. Moreno, com técnicas do psicodrama; somado a Samuel R. Slavson, que observou que crianças introspectivas eram beneficiadas pela interação grupal e ampliou seu trabalho também para adolescentes e adultos; ainda Fritz Redl, que introduziu os grupos diagnósticos e colaborou na aceitação da prática grupal no meio psicanalítico; e por fim, Alexander Wolf, que iniciou a prática de sessões de grupo sem a condução de um terapeuta (SHEIDLINGER, 1996).

O crescimento na utilização da psicoterapia de grupo aconteceu com a II Guerra Mundial, pelo baixo número de psiquiatras nos hospitais militares na Europa e na América (idem).

A princípio era teoricamente embasada em conceitos psicanalíticos e posteriormente, em meados da década de 50, novas e divergentes teorias entraram no cenário, como por exemplo, a análise transacional, a terapia centrada na pessoa, a Gestalt e a terapia existencial, entre outras. É nessa década que podemos ver a grande ampliação de contextos nos quais a prática grupal é utilizada, a sua aceitação como forma válida de tratamento psicológico e a sistematização da teoria de grupos (idem).

Os autores vêem dificuldades nas distinções entre os tipos de grupo presentes na literatura, dada a variedade de funções que um mesmo grupo pode ter. Consideram importante o reconhecimento claro dos objetivos de determinado grupo, das técnicas a serem aplicadas para alcançar esse objetivo e a sua composição (ZIMERMAN, 1997b).

Em uma revisão dos procedimentos da psicoterapia de grupo, Bechelli e Santos (2001) salientam que uma das primeiras tarefas do terapeuta ao planejar um grupo seria considerar os possíveis benefícios que se propõe a oferecer, levando-se em conta o estado de saúde, a condição psíquica e os problemas e dificuldades apresentados pelas pessoas a serem assistidas.

Nesse sentido, o grupo poderia ter como objetivo desde uma proposta de reabilitação psicossocial, de apoio, educação e resolução de conflitos decorrentes de diversas doenças (orgânicas ou psíquicas), até o alívio de sintomas, a resolução de conflitos familiares, sociais e profissionais e de dificuldades interpessoais em geral. Nesse amplo espectro de possibilidades de aplicação, poder-se-ia almejar a mudança de comportamento ou, mesmo, de estrutura de personalidade.

Bechelli e Santos (2001) afirmam que um grupo não é formado ao acaso ou conduzido sem critério metodológico.

As variáveis presentes em um bom desempenho do grupo estariam relacionadas com a habilidade do coordenador do grupo, com os objetivos propostos, com a composição de seus participantes, com as circunstâncias e o contexto de sua realização e com a capacidade do terapeuta e dos demais membros de trabalhar em grupo (WEINER, 1996).

Com relação aos critérios de composição de grupos vários autores buscaram reconhecer critérios mais funcionais em termos de psicodinâmica da população a ser atendida, diagnóstico, idade, gênero, classe social etc. Acredita-se que uma seleção de participantes

mais criteriosa evite a alta taxa de atritos presentes em alguns grupos, possa prever alguns comportamentos grupais e diminuir enormemente o abandono do grupo (SALVENDY, 1996).

O efeito do abandono de um dos participantes do grupo é visto como negativo afetando sua coesão (YALOM 1966).

Roback e Smith (1987) acreditam que os abandonos devem ser creditados a fatores presentes no paciente, como dificuldades com intimidade, auto-revelação, desconfiança e hostilidade, fatores presentes no terapeuta, por exemplo, distanciamento, falta de apoio e antipatia pelo membro do grupo, e fatores que podem estar presentes no próprio grupo, a saber, a falta de coesão e o membro que abandona por ter sido utilizado como bode expiatório das angústias vivenciadas pelo grupo.

Quanto ao ambiente físico adequado para a realização do grupo, Salvendy (1996) afirma ser necessária uma sala tranqüila na qual seja possível evitar interrupções durante a sessão grupal, uma sala bem iluminada, com os participantes dispostos em formato de um círculo ou no formato da letra U. Grupos ambulatoriais, segundo esse mesmo autor, têm em média 90 minutos de duração e frequência de uma vez por semana.

O número de participantes, referente, então, ao tamanho do grupo, varia de 4 a 15 participantes, sendo 8 participantes o número ideal para muitos terapeutas.

Para Zimerman (1997a) um grupo deve ter tantos membros quanto lhe seja possível uma comunicação clara entre eles, deve ter um enquadre com regras fixas (horário, local, férias etc) e um contrato do grupo (quanto ao seu início, término do grupo, número de faltas possíveis, sigilo etc).

A duração do grupo dependeria do tipo de grupo e seu objetivo, em geral a média é de 45 minutos (KLEIN, 1996) com no máximo duas horas de duração (BECHELLI; SANTOS, 2001).

Na busca pela análise mais sistemática das mudanças terapêuticas proporcionadas pelos grupos temos a metodologia dos fatores terapêuticos, que estariam presentes (de maneira diferenciada) em todos os grupos. São eles: Catarse, Auto-revelação, Aprendizagem através da ação interpessoal, Universalidade, Aceitação, Altruísmo, Orientação, Auto-entendimento, Aprendizagem vicária e Instilação de esperança (BLOCK et al., 1979).

A intensidade, ocorrência e frequência dos fatores terapêuticos dependeriam do tipo de grupo, dos seus participantes, estágio de desenvolvimento grupal e modelo teórico utilizado (BECHELLI; SANTOS, 2001).

Como é possível perceber, através desse levantamento na área das práticas grupais, existem vários tipos de grupos com objetivos, estruturações e teorias de embasamento diferentes.

1.4.1 O grupo de apoio

No ano de 1999 o grupo de apoio mútuo foi considerado o método mais utilizado para a promoção de conforto psicológico nos Estados Unidos, com o aumento de profissionais optando por sua utilização em detrimento de técnicas tradicionais de atendimento. A maior parte desses grupos são *grupos de auto-ajuda* que são coordenados por pessoas na mesma condição dos demais participantes do grupo (ZIMERMAN, 2000). Todavia, a participação de profissionais na coordenação frequente ou esporádica do grupo tem aumentado. Acredita-se que em 2010 esse seja o tratamento de escolha prioritária para a maior parte das psicopatologias (FUHRIMAN; BURLINGAME, 1994).

Encontra-se na literatura que alguns grupos podem ter procedimentos de auto-ajuda, caracterizados pela presença dos seguintes mecanismos terapêuticos entre os membros do grupo: aceitação do outro e de si mesmo, identificação, envolvimento, socialização, confronto

com a realidade, continência e estímulo às capacidades positivas (ZUKERFELD, 1997), não sendo grupos de auto-ajuda propriamente ditos que possuem características específicas (BARROS, 1997).

Esse é o caso do grupo de apoio que surge dentro desse movimento social de apropriação das técnicas psicoterápicas individuais e de grupo para os contextos institucionais e de atendimento de populações específicas, como o grupo em escolas, hospitais, comunidades, asilos, programas de saúde preventivos ou de tratamento (BECHELLI; SANTOS, 2001).

A utilização dos grupos de apoio cresceu enormemente a partir dos anos 90, como parte desse movimento social das organizações de auto-ajuda (BARROS, 1997). Essa modalidade grupal teria como características principais o encorajamento para promoção de melhor funcionamento psíquico, confiança mútua, fortalecimento de defesas, aconselhamento, processos grupais de teste da realidade, incentivo da socialização dos participantes fora do grupo e objetivo de melhor adaptação ambiental (KAPLAN; SADOCK, 1996).

O terapeuta de um grupo com o objetivo de apoio deve trabalhar, segundo Klein (1996), com os fenômenos conscientes presentes no grupo, enfocando as funções egóicas, os recursos de crescimento e enfrentamento evitando o aparecimento de revelações pessoais prematuras e níveis de funcionamento grupal muito regredidos. O foco não deveria ser os aspectos inconscientes e transferenciais, e sim o favorecimento de novos modelos de comportamento mais adaptáveis, trocas entre os participantes em formas de conselho, sugestão, apoio, ensinamento.

Nessa perspectiva, o terapeuta pode fazer uso de técnicas diretivas e informativas e recomendar estratégias de ação fora do grupo, além de incentivar os participantes a reconhecerem e a fazerem uso dos recursos sociais presentes na comunidade de cada um e que possam aumentar a sua rede social de apoio. Na literatura encontramos que essa postura mais

diretiva por parte do terapeuta deveria ser utilizada principalmente em grupos de apoio de curta duração.

Zukerfeld (1997) afirma que três princípios podem ser encontrados em grupos homogêneos com procedimentos de auto-ajuda: *princípio da semelhança*, baseado no desenvolvimento de identificações entre os participantes a partir dos fatores: coesão, universalidade, esperança, altruísmo e imitação; *princípio da modelização*, baseado nos fatores de informação, ressocialização e fatores existenciais como responsabilidade pela própria vida e pelas escolhas pessoais; e por fim, *princípio de confrontação*, que daria a condição para o grupo enfrentar a realidade a partir dos fatores catarse e aprendizagem interpessoal.

Para o autor, quanto maior a presença desses fatores dos três princípios apresentados, maiores os benefícios oferecidos pelo grupo em um crescente desenvolvimento que irá evoluir até um ponto crítico no qual serão necessários novos recursos para o grupo iniciar um novo ciclo de desenvolvimento. Um novo recurso poderia ser a entrada de um novo integrante, mudança de coordenadores ou alterações nas técnicas utilizadas.

Para Mackenzie (1997) os fatores terapêuticos de *apoio* são: a universalidade, a aceitação, o altruísmo e a instilação de esperança. Esses fatores emergiriam no grupo já nos seus primeiros encontros.

Quando o grupo de apoio ocorre dentro de uma instituição, o grupo sofreria influências do âmbito institucional, chamadas macrossistema; portanto, a avaliação dos pequenos grupos (microssistema) presentes na instituição deverá levar em conta sempre o contexto institucional. As mudanças institucionais seriam sentidas como ameaçadoras e potencializariam defesas primitivas em seus variados sistemas. Quanto maior a abertura da instituição para sua autocrítica e mudança, maiores são os benefícios obtidos pelos grupos nela presentes (SCHNEIDER, 1997).

Usualmente um grupo de apoio é considerado um grupo homogêneo (a ser descrito a seguir), e a presença de pessoas em condições semelhantes seria um movimento social importante para populações socialmente excluídas, que teriam um espaço de reflexão e fortalecimento (BECHELLI; SANTOS, 2001).

A definição do grupo de apoio encontra-se em processo de sistematização utilizando-se de conceitos presentes em outras modalidades de grupo que lhe deram origem, algumas características relatadas são de grupos de apoio específicos, existindo diferenças se considerarmos um grupo aberto, fechado, de longo prazo etc. É difícil a definição exata de quais seriam os seus objetivos e qual o papel do terapeuta e dos participantes.

1.4.2 O grupo Homogêneo

Quanto a sua composição, um grupo pode ser composto por características semelhantes quanto a algum parâmetro escolhido, sendo nomeado *grupo homogêneo* (BECHELLI; SANTOS, 2001).

O grupo pode ser homogêneo quanto à idade, aos sintomas, à patologia, ao sexo, ao grau cultural, ao nível sócio-econômico, a eventos psicossociais, à orientação sexual, ao nível de formação e qualificação profissional, dependendo de seus objetivos (ZIMERMAN, 1997c; WONG, 1995). São também denominados “grupos especiais” (ZIMERMAN, 1997d).

Zimerman (1997d; 2000) ressalta que a conceituação entre grupo homogêneo e heterogêneo⁶ é bastante relativa, pois um grupo pode ser homogêneo quanto ao diagnóstico ou sintoma, mas será heterogêneo em muitas, senão todas, as demais características dos participantes.

⁶ Grupos heterogêneos: quando os participantes não compartilham mesmos sintomas ou características.

Seu objetivo principal seria o da melhora da condição específica partilhada por todos os participantes, a característica que os uniu no grupo (KLEIN, 1996).

O terapeuta em um grupo homogêneo deveria evitar as interpretações psicológicas profundas favorecendo o reconhecimento de modelos de identificação dentro do grupo e proporcionando um ambiente de trocas, aconselhamento e aprendizagem (KLEIN, 1996).

Existem poucos estudos sistemáticos sobre a composição de grupos e a diferença de seus resultados dependendo do tipo de grupo escolhido, se homogêneo ou heterogêneo (YALOM, 1995).

Salvendy (1996) faz um levantamento do uso do parâmetro da homogeneidade na composição dos grupos, citando experiências com grupos com pessoas alcoolistas, ansiosas, violentas, fóbicas, obesas, idosas, e outras populações com homogeneidade nos sintomas e diagnósticos apresentados. A homogeneidade seria vantajosa quando o objetivo é o de apoio e alívio dos sintomas, ao contrário dos grupos heterogêneos que seriam recomendados para os objetivos de promoção de interação e para grupos a longo prazo (SALVENDY, 1996; YALOM, 1995).

Klein (1996) afirma que os grupos homogêneos são vistos como trabalhando em um nível menos profundo que os grupos heterogêneos, porém fornecendo mais apoio imediato e desenvolvendo-se mais rapidamente que esses últimos. Por trabalhar em um nível mais superficial, o grupo homogêneo não deveria ter objetivo de mudanças na estrutura da personalidade de seus membros (YALOM, 1995).

O grupo homogêneo teria mais flexibilidade para “amoldar-se” aos objetivos grupais, tem frequência maior dos participantes, maior coesão, menos conflitos e rápido alívio dos sintomas (SALVENDY, 1996; KUTASH; WOLF, 1996). Além disso, proporcionaria importantes redes estruturadas de apoio e socialização (KLEIN, 1996).

Yalom (1995) afirma que dada a grande coesão presente nesses grupos, os participantes têm maior possibilidade de expressar e tolerar a hostilidade e de influenciar uns aos outros de maneira também mais acentuada. Pacientes com menos compatibilidade com os membros do grupo tendem a abandoná-lo precocemente.

Com relação à composição de grupos terapêuticos, Zimmerman (1997d) afirma que heterogeneidade grupal é importante para a complementaridade de funções entre os participantes, porém, a homogeneidade é necessária, pois é a característica que proporciona o entrosamento, o idioma de comunicação comum e o ritmo do grupo.

E Yalom (1995) completa afirmando que o grupo terapêutico deve ser heterogêneo quanto aos conflitos das pessoas e homogêneo quanto às forças egóicas.

As diferenças presentes no grupo quanto ao nível sócio-econômico e cultural teriam influência diferente no grupo dependendo do seu objetivo, sendo que a colocação de minorias sociais, raciais e étnicas em grupos heterogêneos e homogêneos deveria ser pensada em função da possibilidade de o grupo lidar com as diferenças presentes (SALVENDY, 1996).

1.4.3 O grupo aberto

Um grupo é denominado *aberto* ou *fechado* quanto à admissão de novos participantes, sendo que o grupo aberto permite a entrada de novos membros (ZIMERMAN, 1997c) e seus participantes podem interromper o seu tratamento, sendo substituídos por outros (BECHELLI; SANTOS, 2001).

Também é chamado de grupo *de final em aberto* com relação ao fato de que não se há no contrato uma estimativa de quando será o seu término. Seria um grupo no qual as pessoas podem abandonar o grupo à medida que estiverem prontas a fazê-lo, uma prontidão individual e não do grupo como um todo (KUTASH; WOLF, 1996).

Também chamado de grupo a longo prazo, o grupo aberto usualmente é utilizado com objetivo de obtenção de *insights* (SALVENDY, 1996).

A duração de um grupo pode ser *limitada* ou *ilimitada*. O tempo limitado possui um número de sessões definidas e costuma ser indicado no caso de grupos homogêneos (BEHELLI; SANTOS, 2001).

Já o grupo de tempo ilimitado não teria previsão de término e seria indicado para grupos heterogêneos e abertos (PIPER; McCALLUM, 1994).

1.4.4 O grupo multifamiliar

Segundo Slipp (1996), a proposta de uma terapia familiar ou de terapia multifamiliar (com várias famílias nucleares reunidas) justifica-se dentro da compreensão de que a pessoa sintomática ou com condutas perturbadoras deve ser vista no seu contexto familiar, uma vez que se acredita que a família é responsável pela gênese ou pela manutenção da psicopatologia dessa pessoa, que seria o paciente identificado. Para o autor, a família inteira é vista como paciente.

Peter Laqueur seria o responsável pela origem da terapia múltipla grupal, em 1951, ao iniciar o atendimento separado dos familiares dos pacientes esquizofrênicos em tratamento em um Hospital de Nova Iorque (SLIPP, 1996). Com a desconfiança dos pacientes quanto a essas reuniões, das quais eram excluídos, Laqueur iniciou o atendimento das famílias e pacientes todos juntos, mantendo também os grupos apenas com os pacientes, e optou por fazer pequenos grupos com no máximo cinco famílias.

Esse profissional observou alguns benefícios nessa técnica: a aprendizagem através da analogia, a oferta de novos modelos de comportamento na observação de outras famílias com a mesma problemática, a não diretividade do terapeuta e o aprendizado indireto a partir das

trocas com outros membros do grupo, entre outros. Laqueur fazia a recomendação de que as terapias multifamiliares fossem dirigidas por dois terapeutas, de preferência um homem e uma mulher, e que ambos se reunissem ao final das sessões, junto com os observadores do grupo, para discutirem o ocorrido. Esses grupos eram de final em aberto com entrada e saída de familiares durante seu curso. Dessa estratégia de atendimento foi percebida uma grande diminuição na readmissão desses pacientes no Hospital (idem).

As terapias multifamiliares possuiriam três fases: a fase inicial, com as famílias sentindo alívio e esperança por estarem em movimento e na busca das melhoras observadas em outras famílias; a fase intermediária, na qual as famílias resistem às mudanças e utilizam-se da culpabilização de outrem como tentativa de não terem que se responsabilizar por mudanças necessárias em suas próprias atitudes e a fase final, quando as famílias percebem a necessidade dessa mudança, tornando-se mais solícitos uns com os outros (idem).

Harrow et al. (1967⁷ apud SLIPP, 1996) realizaram a primeira pesquisa controlada com o objetivo de comparar a terapia convencional grupal e a terapia multifamiliar, concluindo que a terapia multifamiliar proporcionava mais interações entre os participantes que podiam reconhecer-se no outro, e assim, a transferência direta com o terapeuta podia ser diluída entre todos os membros do grupo (SLIPP, 1996).

Esse tipo de terapia se estendeu para os mais variados contextos e indicações, proporcionando, segundo Slipp (1996), espaços de apoio social, desabafo e ganho de *insights* e maior compreensão da doença, oferecendo as vantagens da terapia familiar e de grupo,

“sendo especialmente útil para famílias não sofisticadas e defensivas, que não são imediatamente confrontadas e podem, gradualmente, aprender com outras famílias e com o terapeuta, dentro de um meio-ambiente apoiador” (p. 235).

⁷ HARROW, M.; ASTRACHAN, B. M.; BECKER, R. E.; DETRE, T.; SCHWARTZ, A. H. An investigation into the nature of the patient-family therapy group. **American Journal of Orthopsychiatry**, v. 37, p. 888, 1967.

Outros profissionais incluíram nesses grupos parentes por afinidade e pessoas importantes para o paciente. (SLIPP, 1996).

Grupos com familiares são muito utilizados no contexto ambulatorial hospitalar para a promoção de um maior envolvimento das famílias de pessoas com doenças emocionais (JOHNSON, 1963).

O objetivo do grupo multifamiliar seria o de oferecimento de apoio a pais e pacientes oferecendo continência e compreensão da experiência que estão vivendo. Buscaria a remoção das resistências dos familiares e pacientes na vivência da doença, favorecendo a troca com outras famílias na mesma situação. Além disso, o grupo multifamiliar serviria como espaço de maior vinculação da equipe profissional com essas famílias, abrindo a instituição para a sua entrada em uma posição menos alienante e individualista. Esse movimento faria com que a equipe fosse coerente em sua postura e ações e passasse a socializar o conhecimento e a formulação de estratégias de tratamento com esses familiares (GUIMÓN, 2002).

1.4.5 A co-terapia

A co-terapia é uma prática terapêutica na qual dois ou mais terapeutas coordenam uma terapia de grupo, de casal, familiar ou até individual, sendo mais comum a utilização de dois e não mais terapeutas.

Alfred Adler foi o primeiro a utilizar-se da co-terapia, na década de 20, e posteriormente muitas tentativas foram feitas para descrever o desenvolvimento presente nessa relação e no processo da terapia com a presença de co-terapeutas (ROLLER; NELSON, 1996).

James Dugo e Ariadne Beck citam as fases presentes em uma equipe de co-terapia: 1) a criação de um contrato; 2) a formação de uma identidade; 3) a construção de uma equipe; 4)

a proximidade entre os terapeutas; 5) definição de seus pontos forte e limitações; 6) exploração das possibilidades da dupla; 7) apoio a autoconfrontação; 8) integração e implementação de mudanças e 9) encerramento do contrato da dupla. A partir da terceira fase a equipe já trabalha em cooperatividade, e o grupo irá se desenvolver tanto quanto for possível o desenvolvimento da dupla de terapeutas (idem).

A co-terapia não seria uma técnica, o que implicaria algo a ser aplicado por um tempo podendo ser trocado por outra técnica, mas sim:

“a co-terapia é um compromisso com um relacionamento com um par, no qual lucros terapêuticos significantes tornam-se possíveis para o paciente e consideráveis apoio e aprendizagem colegiais são possíveis para os terapeutas” (ROLLER; NELSON, 1996)

Pressuporia uma relação de igualdade de tarefas e autoridade entre os terapeutas sendo fundamental a fase inicial de construção da parceria e o posterior debate constante das dificuldades encontradas na relação da dupla. O equilíbrio de habilidades na condução da tarefa de coordenação seria fundamental para o andamento do grupo (ROLLER; NELSON, 1996).

Na co-terapia as tarefas dos coordenadores seriam semelhantes às tarefas da terapia individual, devendo existir o cuidado para a coerência entre as atitudes dos terapeutas, evitando contradição que favorece a cisão dentro do grupo. Colaborariam nesse sentido as conversas pós-grupo, nas quais os coordenadores podem trocar impressões sobre a sessão realizada. Os terapeutas deveriam ter respeito mútuo, aceitação das diferenças pessoais e de abordagens (SALVENDY, 1996).

De maneira geral, seria função do terapeuta, enquanto líder do grupo, o estabelecimento de seus objetivos, a seleção e o contato com seus membros e a proteção dos participantes quanto a qualquer dano que pudessem sofrer. Um terapeuta de grupo apropriado seria um profissional da área da saúde mental com treinamento apropriado e consciente dos critérios para a utilização da estratégia terapêutica do grupo (WEINER, 1996).

Quanto a sua formação especializada em terapias grupais não existiria um consenso sobre quais os critérios para um terapeuta estar preparado para esse papel, porém é esperado que ele conheça de maneira ampla as psicopatologias e técnicas de psicoterapia individual. Seria indicado um supervisor mais experiente para os iniciantes (idem).

Outra função do terapeuta mencionada é a clareza na exposição das normas e objetivos do grupo, principalmente em suas sessões iniciais, evitando assim grande ansiedade nos participantes e movimentos de regressão emocional.

O terapeuta deveria ser empático, favorecendo uma atmosfera de aceitação e não de julgamento, sabendo que uma boa relação com o terapeuta favorece o processo da terapia. Deveria manter um ambiente seguro, sendo capaz de reconhecer e desencorajar atitudes não terapêuticas e ter regras bem definidas (SALVENDY, 1996).

Deveria, também, buscar encorajar a expressão de sentimentos dos participantes e cuidar para que a auto-revelação não seja excessiva, caminhando de acordo com as possibilidades de suporte do próprio grupo com relação às emoções de seus participantes. Além de evidenciar a importância das preocupações de todos os membros de maneira equivalente, encorajando os mais tímidos e dando continência e contenção aos indivíduos mais impulsivos ou exaltados e ainda enfatizar a honestidade, a aceitação do próximo, o desejo de conhecimento de si-mesmo e a vontade de mudança (idem).

Para Zimerman (1997c), são necessários ao grupoterapeuta: senso de ética, a partir do qual o coordenador não imporá seus valores e expectativas; respeito, principalmente deixando de lado os rótulos e preconceitos sociais; paciência, traduzida em uma atitude ativa de espera de um tempo necessário para o outro ter confiança e ser capaz de receber a fala do terapeuta; cuidado na maneira de se comunicar, observando atentamente para quem se está falando e os limites e possibilidades dessa escuta; e discriminação, que permite separar claramente aquilo que é meu e o que é do outro.

Ainda, segundo o mesmo autor, o terapeuta deveria ter: capacidade de empatia, capacidade de integração e síntese das mensagens trazidas pelo grupo, crença nas possibilidades terapêuticas do grupo, amor às verdades, senso de humor, coerência, além de servir como um novo modelo de identificação para os participantes.

Para Yalom (1995), o uso da co-terapia possui vantagens com relação à coordenação individual, como o apoio mútuo entre os terapeutas, mais estratégias de ação pela soma de suas práticas, possibilidade de vivências transferenciais pelos participantes do grupo, diminuição da ansiedade do terapeuta, que pode contar com a participação do outro membro da equipe de co-terapia e desenvolvimento da equipe e do grupo pela troca de impressões e experiências.

A discordância entre os coordenadores, todavia, poderia ser prejudicial ao grupo, principalmente em seus primeiros encontros. Para esse autor, ainda que existam poucos estudos sistemáticos sobre os benefícios da co-terapia, seria possível perceber que os bons resultados aparecem mais freqüentemente em equipes nas quais os terapeutas estão confortáveis com essa situação, têm liberdade de comunicação, têm linguagens profissionais semelhantes e conseguem explorar e valorizar os pontos fortes de cada um.

Segundo Salvendy (1996) a “equipe co-terapêutica” formada por um homem e uma mulher é o ideal, para que dessa forma possam vir à tona “as transferências genitoriais ou de casal e também para servir de modelo” (p. 71). O grupo se beneficiaria do modelo de casal de terapeutas em um trabalho cooperativo, com respeito e sem competição ou preconceito sexual.

1.4.6 O grupo segundo o construcionismo social

Para o construcionismo social, o grupo, tal qual o concebemos, não é uma entidade abstrata, nem tampouco um aglomerado de pessoas reunidas em torno de um objetivo comum,

mas um processo conversacional situado, no qual as pessoas se engajam para coordenarem suas ações estando juntas e, desse modo, produzirem sentidos a partir da “interanimação dialógica” (SPINK; MEDRADO, 2000).

De modo coerente com essa postura co-participativa, o construcionismo social não propõe uma técnica de manejo de grupos, mas uma prática discursiva e uma “postura filosófica” (McNAMEE, 1998), na medida em que dá uma atenção particular ao próprio processo de nos relacionarmos com o outro.

Através dos relacionamentos em que se encontram engajadas, as pessoas criam sentidos para o mundo e as experiências de dor e sofrimento que vivem no enfrentamento cotidiano da doença, e a partir desses sentidos de doença, constroem o que consideram bom e válido no percurso do tratamento.

Olhar para esses sentidos desse modo relacional é pensar que eles têm um caráter histórico, situado e local; é levar em consideração que eles têm a ver com o contexto em que esses relacionamentos são produzidos; é admitir que as pessoas engajadas nesses relacionamentos utilizam os recursos conversacionais que trazem de suas tradições e interações.

Bezerra Junior (1994) busca problematizar a prática grupal entendendo suas origens, valores implícitos, ideologias presentes, a sua construção histórica, sua pertinência, alcance e limites, dentro de uma explosão desordenada de sua utilização.

Ele aponta que o ideário do fenômeno do "grupalismo" insere-se dentro dos valores psicológicos modernos: a autonomia do indivíduo, a liberação da palavra e das emoções, a valorização da espontaneidade, a exploração das experiências pessoais e da intimidade, a psicologização dos conflitos e o domínio do saber técnico e científico sobre os demais saberes.

Para o autor existem dois pressupostos presentes nas teorias de grupo: "o universalismo da representação individualista", e "o grupo como essência".

A representação individualista é a noção dos participantes do grupo como indivíduos autocontidos e acabados, com seus conflitos e anseios internos à sua mente. É uma crença psicológica presente em muitas teorias, uma maneira de entender o processo do conhecimento como resultante do funcionamento mental.

Para o construcionismo a mente é uma construção, e a crença na representação individualista acaba sendo a única referência para o terapeuta ou coordenador de grupo, que poderia inclusive não conseguir dialogar com populações com processos de socialização discrepantes ao seu e que não partilhem dessas crenças psicológicas apontadas.

Outro pressuposto seria o do "grupo como essência", a concepção ontológica do grupo como um indivíduo coletivo, uma entidade. O grupo visto como uma essência repetiria em si os mecanismos e estruturas presentes na dinâmica individual.

Rasera (2004) faz uma crítica às perspectivas tradicionais sobre grupo, questionando o uso das metáforas individualizantes utilizadas na maior parte dessas práticas e propõe como alternativa o grupo sendo visto a partir de suas características relacionais e de promoção de conversações.

Ele busca reescrever o grupo a partir de alguns conceitos derivados da perspectiva construcionista social, colaborando para a construção de um arcabouço teórico do grupo entendido como uma construção social. O autor refuta uma compreensão essencialista e totalizante do grupo para compreendê-lo como uma prática cotidiana com significados distintos dependendo do seu contexto, situação e histórico, e não como uma entidade. É a redescritção do "grupo como uma prática discursiva":

“Considerar o grupo como uma prática discursiva, é entendê-lo como uma forma de criar realidades relacionais. O foco, portanto, está na linguagem, na forma como ela constrói mundos () Trata-se do grupo do qual se fala, do objeto construído relacionalmente, e que se impõe de diferentes formas a partir das regras do contrato grupal” (RASERA, 2004, p. 66).

Nessa perspectiva, acredita-se que as negociações de sentido presentes no grupo acontecem através das conversações e das possibilidades ali construídas na linguagem e através dos discursos presentes. As possibilidades e limites para essas negociações, e para o aparecimento de novos sentidos, estão relacionados aos participantes do grupo e às suas interações. O grupo pode ficar na repetição de discursos institucionalizados e cristalizados em nossa sociedade, impedindo o surgimento de novos sentidos e discursos, mas também pode movimentar-se na direção de novos sentidos e conversações (RASERA, 1999; 2004; RASERA; JAPUR, 2001).

Para Japur (2004), a potencialidade do processo grupal está no uso, por seus participantes, dos repertórios interpretativos, presentes na cultura e sociedade, utilizando-se deles para posicionarem-se e relacionarem-se uns com os outros:

“O potencial dessa co-construção, sendo dependente do conjunto de relacionamentos em que as pessoas estão inseridas e das condições relacionais da sociedade como um todo, constitui o grupo como contexto potencial tanto de processos que favorecem a (re)produção de sentidos hegemônicos que cristalizam determinadas versões de si e do mundo como de processos que instauram rupturas com o habitual, polissemia, diversidade e multiplicidade, na produção de novos sentidos” (JAPUR, 2004, p. 165).

É a compreensão do grupo como um espaço de produção e negociação de sentidos, que justifica a nossa escolha das sessões do grupo de apoio aos familiares de pessoas com anorexia e bulimia nervosas como material de análise da produção de sentidos de seus participantes.

Aplicando essa conceituação no contexto da saúde, entende-se que nessa visão relacional que o construcionismo social propõe ocorre uma mudança na posição do profissional, que deixa de ocupar uma posição de especialista e se desloca para uma posição de convidar o outro a se engajar em uma atitude colaborativa no processo de busca de construção de sentidos para seu sofrimento. O coordenador/terapeuta ajuda a construir

ativamente o grupo como um contexto propício para que as conversações ocorram, a partir do convite ao diálogo e à abertura.

Desse modo, um grupo de apoio na área da saúde, orientado por esses pressupostos construcionistas, representa um espaço no qual se privilegiam os modos pelos quais as pessoas (participantes) interagem e coordenam suas ações e atividades de maneira a prosseguirem juntas, coexistindo e mantendo a conversação a despeito de sua multiplicidade de visões.

Acreditamos que o grupo de apoio oferece um contexto fecundo para investigar (e desconstruir) a maneira como idéias, valores e crenças são constituídas pela tradição da comunidade discursiva da qual provém seus membros e que adquirem uma aparência de “realidade” para as pessoas que pertencem àquela comunidade. Por “desconstruir” entendemos: problematizar como aquilo chegou a ser o que é, em determinado momento histórico, enquanto uma realidade local e situada – já que o que é construído como “realidade” para uma comunidade não o é para outra.

O grupo se constitui, portanto, como um espaço que favorece a exploração de algumas possibilidades e também algumas limitações, especialmente em um contexto como o de grupos abertos e de apoio a familiares de pacientes submetidos a tratamento de saúde.

Espera-se que, além de permitir a sistematização de conhecimento na área, os dados oriundos do presente estudo possam trazer benefícios para os usuários desse e de outros serviços com características semelhantes. A compreensão do modo como os significados são gerados e negociados no contexto grupal pode trazer subsídios valiosos para o planejamento da intervenção e a elaboração de estratégias de atendimento mais condizentes com as necessidades emocionais dos familiares assistidos pelo ambulatório, contribuindo para a implementação de programas de assistência psicológica mais contextualizados em relação à realidade dessas famílias.

Enfim, dar voz às narrativas dessas pessoas, enfatizar alguns dos recursos da intervenção psicológica proposta e estudar os benefícios da troca de experiências em contextos grupais e de apoio.

A seguir apresento o objetivo da pesquisa, seu delineamento metodológico, e os sentidos produzidos e negociados nas sessões analisadas.

2 OBJETIVO

De maneira geral, buscamos compreender os processos de negociação de sentidos presentes em um grupo de apoio a familiares de pessoas diagnosticadas com anorexia nervosa e bulimia nervosa. Mais especificamente, objetivamos entender como, a partir dos sentidos produzidos e negociados, são construídos os diferentes sentidos sobre a participação do familiar no grupo.

3 DELINEAMENTO METODOLÓGICO

Alice: “Se algum deles conseguir explicar esses versos (...) eu lhe darei meio xelim. Acho que não há nenhum átomo de sentido neles”

Rei: “Se não há sentidos neles isso nos poupa um mundo de trabalho, sabem, pois assim não precisamos tentar encontrar um sentido. Ainda assim, não sei.”CAROLL, (idem). p.166.

3.1 A abordagem teórica

A abordagem construcionista social nos convida a ver a pesquisa como uma prática social e a ciência como um discurso institucionalizado, com normas validadas por uma comunidade lingüística. Nesse sentido, o critério de cientificidade e suas estratégias de validação estão ligados às definições do que é ciência ao longo da história.

Segundo Spink e Frezza (2000), a investigação proposta dessa maneira não se interessa mais pela explicação dos fenômenos mentais, mas sim pelo estudo dos processos da interação humana. Além disso, abandona o dogma da ciência tradicional, que relacionava o bom resultado da pesquisa com a maior correspondência da mesma com a realidade, e vê a interpretação como uma prática social de negociação de sentidos dentro de uma determinada comunidade discursiva. O rigor na análise dos dados, dentro dessa perspectiva, relaciona-se à clareza da descrição dos passos metodológicos adotados e à explicitação das razões por nossas escolhas (SPINK; LIMA, 2000).

Dentre os autores atuais representativos desse pensamento, Sheila McNamee (2004a) afirma que o construcionismo social não é uma teoria com técnicas e métodos específicos, mas um tipo de linguagem e sensibilidade a determinados pressupostos sobre o fazer ciência e sobre o ser humano, com um vocabulário particular para a ação. Nesse sentido, o

construcionismo é, além de uma teoria sobre o sentido, uma "teoria sobre teorias", que mostra que as próprias teorias são práticas relacionais.

De maneira prática, o construcionismo é o estudo da maneira através da qual as pessoas se engajam umas com as outras na construção de sentidos em um constante diálogo com o mundo. A produção de sentidos⁸ é multideterminada pelas diferentes vozes que fazem parte das conversações das pessoas (McNAMEE, 2004a).

Os sentidos, objetivo de compreensão de nosso trabalho, são entendidos como construídos na relação dentro das diversas inteligibilidades possíveis. Sendo assim, eles nunca são fixos ou estáveis, mas mudam dependendo da situação. Nessa mudança, alteram-se também os valores, a linguagem e a moralidade que os sustentam (McNAMEE, 2004a).

Para Anderson e Goolishian (1998), os sentidos são gerados a partir dos sistemas humanos através do diálogo e do discurso e não existem *a priori*, isto é, antes da investigação a ser feita, mas se constituem "à medida que são criados e vivenciados pelos indivíduos nas conversações" (p. 36).

Para Gergen e McNamee (2000), o foco do processo terapêutico deve ser na linguagem em uso, e na observação das maneiras através das quais as falas das pessoas limitam ou potencializam diferentes formas de ação e de construção da realidade. A ênfase deve estar na ação conjunta e no diálogo, entendendo os problemas, as situações e as relações sempre dentro do contexto das conversações que as constroem.

A partir dessa visão, a conversação terapêutica pode ser entendida como a "busca e exploração mútua pelo diálogo" (ANDERSON; GOOLISHIAN, 1998, p. 37), na qual os sentidos evoluem na direção da dissolução de problemas. Os problemas existem na linguagem, e a conversação propicia a criação de novos sentidos, novas realidades e novas narrativas, em um processo constante e inesgotável.

⁸ Utilizou-se nessa pesquisa as palavras sentido e significado como sinônimos.

A arena conversacional é o espaço no qual múltiplas lógicas, coerências e realidades podem ser coordenadas (McNAMEE, 2004b).

Segundo Gergen (1994), autor representante desse pensamento e teórico expoente na área, apenas na ação conjunta com outras pessoas é que podemos entender a função dos sentidos construídos dentro de cada relacionamento. Portanto, os significados são vistos como o produto da co-coordenação de ações entre pessoas. Sendo assim, cada pessoa pode criar uma racionalidade diferente sobre um mesmo fenômeno (McNAMEE, 2004a; GERGEN, 1994).

Essa maneira de entender a produção dos sentidos convida à busca das diversas formas através das quais a transformação social ocorre, não se interessando pelo que há de melhor ou pior nessas transformações, mas entendendo-as como inteligibilidades possíveis dentro de determinadas comunidades discursivas. Esse posicionamento abre espaço para a curiosidade e questionamento da racionalidade do outro, das leis que regem sua maneira de conceber a realidade e a si mesmo (McNAMEE, 2004a).

O uso desse referencial nessa pesquisa relaciona-se principalmente ao seu potencial questionador de novos recursos para a ação, além de sua abertura a novas compreensões de mundo e sua disponibilidade para contemplação e aceitação da multiplicidade.

Dentro dessa compreensão teórica da produção e negociação de sentidos segundo o construcionismo social, utilizaremos também os conceitos de posicionamento e de narrativa como elementos para análise das sessões grupais.

O conceito do posicionamento refere-se a um conjunto complexo de atributos pessoais através dos quais as pessoas são identificadas, por exemplo, uma pessoa pode ser posicionada ou posicionar-se como poderoso, incapaz, sábio, etc. Esse conceito refere-se à tomada de posição da própria pessoa e também às posições impostas por outrem nas relações sociais.

Essas posições são estruturadas através do contexto mais amplo de direitos, deveres e obrigações de um determinado grupo social (HARRÉ; VAN LANGENHOVE, 1999).

O posicionamento pode ser visto como uma construção de histórias feita pela pessoa em seu discurso que dá inteligibilidade às suas ações. Ou seja, remete às histórias sobre o lugar específico de cada pessoa na conversação, considerando as relações sociais e culturais ali engendradas. As posições podem mudar ao longo de uma mesma conversa, como no caso da sessão grupal e implicam aspectos morais e pessoais presentes em sua ação (idem).

Para Davies e Harré (1999), o posicionamento é um processo discursivo no qual as palavras escolhidas pelas pessoas em suas conversas contêm "imagens e metáforas" que apresentam "as maneiras de ser" que elas acreditam estarem envolvidas.

Tan e Moghaddam (1999) discutem a importância do conceito de posicionamento na análise das relações grupais, defendendo que tal conceito também se relaciona à construção da maneira dos participantes se verem enquanto membros de um grupo. Para esses autores o posicionamento "envolve o processo da contínua construção do self através da fala, principalmente através das construções discursivas das histórias pessoais" (p.183).

As narrativas podem ser entendidas como descrições de si (autonarrativas) e do mundo, que conferem sentido e organização à experiência (ANDERSON; GOOLISHIAN, 1998). São construídas através dos diálogos a partir do contexto cultural, político, econômico e social em que as pessoas vivem.

O eu é uma narrativa, segundo Lax (1998), e a definição de quem somos ocorre na interação com o outro através do desenvolvimento de narrativas. Elas são estruturas de linguagem e não verdades. Sendo assim, cada versão de si encoraja determinadas ações e desencoraja outras, sendo mais ou menos funcionais nos diversos contextos (GERGEN; KAYE, 1998).

Entendemos que a compreensão de algumas narrativas presentes no grupo possa colaborar no reconhecimento dos sentidos existentes por trás dessas narrativas. Torna-se importante, por essa razão, o conhecimento do contexto de sua construção e dos significados que elas enredam (LAX, 1998).

3.2 O contexto de realização do estudo

O atendimento às pessoas diagnosticadas com anorexia nervosa e bulimia nervosa encaminhados pelos diversos serviços públicos de Saúde de Ribeirão Preto e outras cidades da região é feito pelo Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares (GRATA) ligado ao Ambulatório de Nutrologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP.

O GRATA conta com uma equipe interdisciplinar de profissionais médicos, psicólogos e nutricionistas e oferece atendimentos médicos e nutricionais, grupos de apoio aos pacientes e familiares, avaliação psicológica e psicoterapia individual.

Atualmente, estão em atendimento 65 pessoas, em sua maioria mulheres com idades entre 15 e 25 anos. A maior parte desses pacientes encontra-se, portanto, na fase da adolescência, requerendo obrigatoriamente o acompanhamento de seus pais ou responsáveis legais durante os atendimentos.

3.3 A descrição do grupo de apoio

O espaço de atendimento grupal aos familiares e acompanhantes dos pacientes com anorexia e bulimia, atendidos no Hospital das Clínicas da FMRP-USP, existe há cerca de 10

anos. A sua coordenação, os objetivos e a sua maneira de funcionamento foram mudando ao longo do tempo.

Aos familiares são oferecidos 2 grupos: um com objetivo de troca de informações clínicas e nutricionais, coordenado por um médico e por uma nutricionista (que desempenha essa função há três anos); e um grupo de apoio psicológico coordenado por 2 psicólogos voluntários, um homem (que, na época da coleta de dados estava há um 1 na coordenação) e uma mulher (na coordenação há 6 meses).

O objeto de estudo desta pesquisa, o grupo de apoio psicológico aos familiares é um grupo de “portas abertas”, isto é, aberto aos parentes e acompanhantes dos pacientes atendidos. Não tem número definido de vagas e todos os familiares dos pacientes, atualmente atendidos, estão convidados a participar dos encontros. A frequência é semanal, com uma hora de duração.

Esse grupo tem como objetivos principais, segundo seus coordenadores, a inclusão dos participantes no tratamento, a promoção de um espaço de conversação e apoio para o enfrentamento da doença e a compreensão dos fatores emocionais envolvidos, além de fomentar a reflexão e o intercâmbio de experiências entre pessoas que vivenciam a situação de ter um membro familiar acometido por anorexia ou bulimia (SANTOS et al., 2004).

O convite para a participação no grupo acontece em todo início de tratamento e é reforçado ao longo do mesmo, sempre que a equipe percebe que a família está ausente. A aderência tem sido significativa, ainda que em algumas famílias apenas um membro participe do grupo. A assiduidade tem sido diferente em cada família, sendo que, na época da coleta de dados, a média de participantes nas reuniões foi de 6 a 8 integrantes. Apesar do contínuo estímulo à presença sistemática, alguns familiares participam apenas nas datas de retorno ambulatorial dos pacientes.

3.4 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa conta com a anuência do médico responsável pelo Ambulatório de Nutrologia do HC-FMRP-USP e foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da referida instituição em 25 de outubro de 2004, de acordo com o processo número 10823/2004. A participação dos familiares no estudo foi voluntária, de modo que, antes do início da coleta dos dados, e antes do início de cada grupo, todas as pessoas formalizaram sua anuência mediante a assinatura do termo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

Além disso, a coleta dos dados foi efetuada em conformidade com a disponibilidade e motivação dos pacientes, não sendo utilizadas técnicas de persuasão de qualquer espécie no sentido de tentar convencê-los a mudar de idéia, pois acreditamos que o respeito à opinião dos voluntários e à instituição deve ser a principal diretriz de estudos científicos conduzidos com seres humanos.

Todos os participantes dos grupos selecionados concordaram em participar voluntariamente da pesquisa, todavia, caso tivesse ocorrido de algum dos participantes não concordar em participar, o grupo daquele dia não seria utilizado para fins de pesquisa, respeitando-se o direito à autonomia do familiar e à preservação de seu espaço de atendimento.

3.5 As estratégias de coleta de dados

Com o aceite da participação na pesquisa pelos familiares presentes nos grupos, formalizando sua anuência mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, as sessões foram audio-gravadas na íntegra por meio de um gravador K-7 colocado no centro do círculo de cadeiras.

A coleta foi interrompida quando se completou um conjunto de 10 sessões consecutivas do grupo. Assegurou-se que o tema relacionado ao nosso objetivo nesse estudo estivesse presente nesse intervalo temporal.

A postura epistemológica proposta pelo construcionismo social considera o pesquisador implicado no processo de produção de conhecimento e sentidos (SILVA, 2003), sendo fundamental o fornecimento de suas características e impressões sobre o objeto estudado. Portanto, foram registradas as conversas que aconteceram antes e depois do início da sessão grupal, assim como os incidentes ao longo das sessões, os comportamentos, gestos e expressões dos participantes e as impressões da pesquisadora sobre esses aspectos. Essas anotações foram colocadas junto à análise das sessões.

Os prontuários do serviço foram consultados para a obtenção das descrições dos profissionais quanto aos chamados "pacientes"⁹. Essas informações colaboraram na compreensão das narrativas dos participantes com relação à seu familiar atendido no serviço.

Participaram das 10 sessões 37 participantes, sendo que a média de participação foi de 8 pessoas por grupo. Com relação ao parentesco com a pessoa atendida no serviço estiveram presentes: 20 mães, 7 pais, 1 padrasto, 2 irmãos, 1 irmã, 1 tio, 3 tias, 1 namorado e 1 marido.

Nos apêndices desse trabalho encontram-se os quadros com a caracterização dos 37 participantes quanto ao seu sexo, idade, escolaridade, profissão, estado civil, número de filhos, renda familiar e cidade de origem (APÊNDICE B e C).

No quadro a seguir temos a distribuição do número de participantes em cada uma das 10 sessões:

Quadro 1: Distribuição do número de participantes em cada uma das 10 sessões.

⁹ Lembrando que essa nomeação é uma forma de descrição do fenômeno recorrente no ambiente hospitalar.

Grupo (G)	G1	G2	G3	G4	G5	G6	G7	G8	G9	G10
	7	5	10	9	8	7	10	15	10	6

3.6 Estratégias de sistematização e análise dos dados

As estratégias de sistematização e análise dos dados contaram com os seguintes passos:

1) Transcrição das sessões

Inicialmente realizou-se a transcrição integral e literal das 10 sessões, segundo as normas de transcrição elaboradas por Preti (1993), que se encontram reproduzidas em anexo (ANEXO A), como forma de padronização desses dados para a análise posterior.

2) Leitura exhaustiva das sessões transcritas

Após o primeiro contato com o conteúdo das sessões, através de sua transcrição, foram realizadas releituras desse material, buscando aprofundar o reconhecimento de seus conteúdos, temas, processos de produção e negociação de sentidos e formas de interação engendradas.

3) Reconhecimento da presença da temática da participação grupal nas sessões

As variadas leituras do material possibilitaram a aproximação da pesquisadora ao universo que essas sessões representam.

Uma vez que o objetivo desse estudo foi o estudo da produção e negociação de sentidos dos familiares para a sua participação no grupo, o passo seguinte, dentro desse momento de pré-análise dos dados, foi o realce das falas nas quais essa temática estivesse presente. Esse tema podia aparecer na fala dos familiares ou dos coordenadores do grupo.

4) A seleção das sessões para a análise

Ao término dessa demarcação temática, pôde-se perceber que os sentidos sobre a participação grupal apareciam de maneira predominante nas 3 primeiras sessões consecutivas dentre as 10 selecionadas. Essa pregnância do tema nessas sessões foi devido, em grande parte, ao aparecimento de perguntas diretas sobre a participação grupal, feitas pelos familiares e pelos coordenadores. Por exemplo, na sessão 1 a coordenadora questiona os participantes sobre "como o grupo entra como parte do tratamento" (Luma, Sessão1); nessa mesma sessão, uma das participantes indaga se a participação no grupo "levaria à cura da filha" (Aurora, Sessão 1); na sessão 2, a coordenadora convida os participantes a falarem sobre como é o grupo para apresentarem seu funcionamento a um novo participante; e na sessão 3, o coordenador questiona os participantes como é "estar em um grupo com pessoas tão diferentes" (Felipe, sessão 3).

A abordagem teórica que embasou esta análise entende os sentidos como construções relacionais, fruto das conversações entre as pessoas. Sendo assim, seu estudo deveria levar em conta o seu contexto de produção e as ações coordenadas entre as pessoas em sua construção, portanto, a escolha das sessões a serem analisadas, em um recorte necessário frente ao seu vasto conteúdo, foi feita levando-se em conta não apenas a presença da temática que nos interessava estudar, mas considerando também os diferentes contextos nos quais esses sentidos apareceram.

Assim, foram selecionadas as 3 sessões grupais acima mencionadas pela presença de variadas negociações, construções e posicionamentos com relação aos diferentes sentidos construídos para a participação grupal, evidenciando sua riqueza polissêmica.

Após a leitura exaustiva das 3 sessões selecionadas, optou-se por utilizar a primeira sessão em sua totalidade e trechos recortados das sessões 2 e 3. Essa alternativa foi escolhida pela percepção de que os demais trechos nas duas últimas sessões tratavam de negociações distintas à da participação grupal e pelo entendimento de que esse recorte não influenciaria na compreensão do contexto da produção de sentidos nessas sessões.

Da sessão 2, selecionou-se um único fragmento contínuo da sessão, e na sessão 3 foram escolhidos 2 fragmentos para a análise. Nesse recorte foi tomado o cuidado de manter a seqüência de falas na sessão, assim como de contextualizar os acontecimentos entre um e outro momento.

5) Análise das sessões selecionadas

Para a análise das sessões utilizamos o recurso metodológico das delimitações temáticos-sequenciais empregada por Rasera e Japur (2001). Através desse recurso são recortados, ao longo da seqüência da sessão, as diferentes temáticas que vão delimitar diferentes momentos da interação grupal.

Segundo Rasera (2004), a seleção desses momentos acontecem

"(não apenas) pela duração da conversa ou pelo tema/conteúdo aí presente, mas de uma construção ativa do pesquisador, que associa o conteúdo da conversa à ação promovida pela mesma" (p. 85).

Cada momento delimitado foi nomeado com um título que contasse das ações promovidas no grupo pelos seus participantes. Em alguns desses títulos foram utilizadas as

frases dos familiares naquele contexto construindo metáforas para a conversação empreendida.

4. A DESCRIÇÃO DOS PARTICIPANTES

A seguir os participantes são descritos de acordo com as impressões da pesquisadora construídas ao longo do contato com os familiares nas sessões grupais:

Luma: Psicóloga, coordenadora do grupo de apoio. À época da coleta de dados, Luma coordenava o grupo há aproximadamente 6 meses e quando estava na co-coordenação com Felipe ficava mais em silêncio no grupo. Nas sessões em que esteve sozinha na coordenação, suas falas pareceram muito pertinentes ao que estava sendo dito pelos participantes. Ela buscava sempre uma possibilidade de mudança de posicionamentos no grupo.

Felipe: Psicólogo, coordenador do grupo de apoio. À época da coleta de dados, coordenava o grupo há aproximadamente 1 ano. Suas colocações no grupo provocavam a reflexão dos participantes, estando sempre muito sensível às vivências de cada uma das pessoas no grupo e suas falas pareciam favorecer o questionamento da função do grupo de apoio e do papel da família no tratamento.

Salvador: Trazia experiências de sua vida que expandiam sua auto-descrição de apenas um pai de uma paciente. Contava de suas atividades de lazer com a família e com os amigos. Quando Salvador se colocava no grupo, sua fala lembrava uma fala de evangelização, ele falava para as pessoas buscarem o equilíbrio, o controle, as atitudes vitoriosas e a reflexão e era extremamente educado.

Aurora: Colocava-se muito pouco no grupo de apoio, falando mais no grupo de orientação médica e nutricional, quando trazia questões bem concretas sobre a alimentação e os sintomas. Sua maneira de falar era mais tímida e pouco espontânea.

Valéria: As falas de Valéria eram bastante cansativas e repetitivas. Falava em tom deprimido e lamurioso. Contava de uma vivência de muita dificuldade com a filha, de uma

relação de sufocamento. Afirmava ir ao grupo buscando uma ajuda para se sentir com mais recursos para lidar com esse momento difícil.

Adélia: Mostrava-se quieta no grupo, falando apenas quando chamada. Descrevia as melhoras da filha com certa apreensão, como se o fato de nomear a melhora implicasse no perigo de perdê-la.

Magali: Bastante emotiva. Colocava no grupo suas vivências, sentimentos e dúvidas sobre a sua situação com a filha e parecia buscar novas maneiras de agir com a filha nos relatos das outras pessoas. Tinha uma narrativa de muita culpa com relação ao início da doença da filha, acreditando que foi o fato de tanto falar que a filha "estava gorda" que teria levado ao desenvolvimento dos sintomas da bulimia nervosa. Evitava, todavia, mencionar o nome da doença diagnosticada na filha, dizia apenas "isso que ela faz". Mostrava muita apreensão com relação aos perigos de morte que a doença acarreta.

Otávio: Já não era tão participativo no grupo como foi em alguns meses anteriores à coleta de dados, ficando mais silente. Suas falas eram de alguém que estava ali para oferecer ajuda aos outros participantes.

Vicente: Trazia uma experiência de grande melhora da filha para o grupo e valorizava a participação dos familiares no grupo, bem como as melhoras possibilitadas por esse espaço para ele e sua família.

Helena: Mostrava-se reticente em falar das dificuldades de saúde e relacionamento da filha. Em um momento muito delicado de chegada da filha ao serviço, com grande debilidade física e comportamentos de auto-risco, a mãe dizia estar "tudo bom" em sua família.

Marcos: Pessoa carismática no grupo. Participou poucas vezes, sempre enfatizando sua busca de fazer a sua mãe participar do grupo, por entender que seria mais seria mais produtivo para ela a participação uma vez que ela mora com a irmã adoecida e tem que lidar com seu comportamento rebelde.

Ronaldo: Vinha pouco ao grupo, e quando participava contava das melhoras da filha, enfatizando seu momento positivo no tratamento. Ronaldo falava da internação de sua filha como um dos eventos mais importantes para a família, foi, ao seu ver, uma oportunidade de todos repensarem juntos a sua relação.

O quadro a seguir mostra a caracterização dos participantes quanto ao seu sexo, idade, escolaridade, profissão atual, estado civil, número de filhos, renda familiar e cidade de origem.

Quadro 2: Caracterização dos participantes quanto ao seu sexo, idade, escolaridade, profissão atual, estado civil, número de filhos, renda familiar e cidade de origem.

Participantes	Sexo	Idade (anos)	Escolaridade	Profissão	Estado Civil	Filhos	Renda Familiar (em salários mínimos) ¹⁰	Cidade (Residência Atual)
Salvador (pai)	M	51	Ensino Básico (Completo)	Cabeleireiro	casado	1 filha	4,1	Ribeirão Preto
Aurora (mãe)	F	50	Ensino Básico (Completo)	Do lar	casada	1 filha	4,1	Ribeirão Preto
Valéria (mãe)	F	62	Ensino Médio (Completo)	Costureira	separada	2 filhas 1 filho	3,7	Ribeirão Preto
Vicente (pai)	M	54	Ensino Superior (Completo)	Supervisor de Vendas	casado	1 filha	20,8	Interior do Estado de São Paulo
Magali (mãe)	F	46	Ensino Básico (Completo)	Do lar	casada	3 filhas	5	Interior Estado de São Paulo
Otávio (pai)	M	65	Ensino Superior (Completo)	Professor Particular	casado	1 filho 1 filha	5	Ribeirão Preto
Adélia (mãe)	F	41	Ensino Básico (Incompleto)	Do lar	casada	2 filhas	12,5	Interior do Estado de São Paulo
Marcos	M	44	Ensino Médio (Incompleto)	Pecuarista	separado	2	3,3	Região de Ribeirão Preto
Ronaldo	M	44	Ensino Médio (Completo)	Serralheiro	casado	2 filhas	12,5	Interior do Estado de São Paulo
Helena	F	44	Ensino Superior (Completo)	Comerciante	viúva	1 filho 4 filhas	5	Interior do Estado de São Paulo

¹⁰ 1: O valor do salário mínimo na época era de R\$ 240,00 reais.

5. A CONSTRUÇÃO DA TEIA DE SENTIDOS NA INTERAÇÃO GRUPAL

Nosso foco de análise, como já discutido, foi a compreensão das realidades refletidas pelas falas dos participantes com relação aos sentidos de sua participação no grupo, articulando seu conteúdo às construções de mundo e pessoas que elas sugerem. Concentramo-nos também, na percepção de seus efeitos e conseqüências para a interação grupal, assim como para a construção de diferentes narrativas e posicionamentos. Enfatizamos a polissemia quanto às possíveis maneiras desses familiares de se perceberem no grupo e identificamos a emergência de sentidos alternativos e ampliados sobre essa participação, descrevendo esses momentos e notando o que os promove.

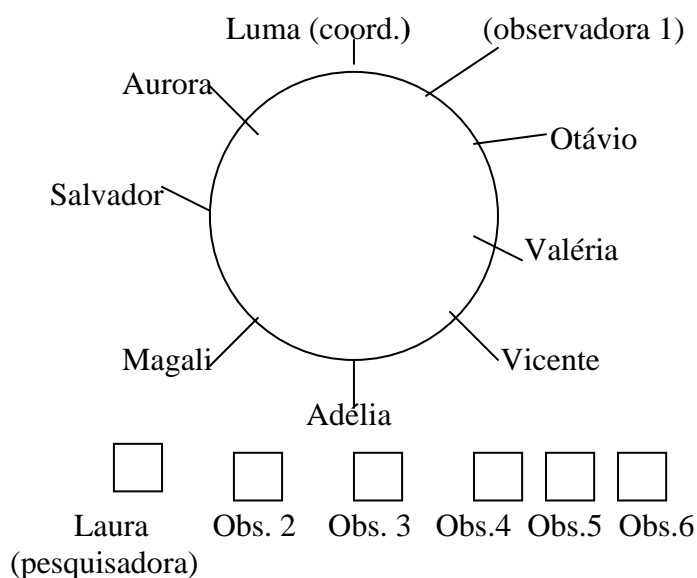
Os títulos dos diferentes momentos das sessões grupais referem-se, como já apontado, às diferentes temáticas e construções feitas ao longo do grupo somadas a minha compreensão da interação grupal naquele momento.

Ao final da apresentação de cada momento colocamos algumas reflexões sobre esse fragmento, buscando dialogar com a literatura apresentada.

Iniciamos com a apresentação da análise da primeira sessão grupal:

Primeira sessão selecionada do grupo de apoio psicológico

Diagrama da disposição dos participantes na sessão:



Participantes:

O casal Aurora e Salvador, Otávio, Valéria, Vicente, Adélia e Magali

Observadores:

Observador 1: mulher, estudante de psicologia, silente, sentada na roda dos participantes do grupo.

Observador 2: mulher, estudante de psicologia, silente, sentada fora da roda.

Laura (pesquisadora), silente, sentada fora da roda.

Observador 3: mulher, estudante de psicologia, silente, sentada fora da roda.

Observadores 4, 5 e 6: homens, estudantes de medicina, homens, sentados fora da roda.

Coordenadora:

Luma

Contexto da sessão:

No grupo de orientação clínico-nutricional, realizado anteriormente ao grupo de apoio psicológico, aconteceram várias interrupções de algumas pessoas chegaram atrasadas (Valéria, Aurora e Salvador), que bateram à porta durante o início do grupo. Havia um maior

número de observadores que o usual. Os estudantes de medicina, observadores do grupo, pareceram desinteressados e conversaram entre si. Em alguns momentos do grupo Otávio virava para trás para olhá-los.

Magali iniciou esse grupo com uma fala longa, ininterrupta e cansativa. A nutricionista a interrompeu para a apresentação dos integrantes do grupo. De maneira inédita para mim, ela mesma apresentou os observadores, falando seus nomes e seus papéis no grupo (observação silente). Antes desse grupo a apresentação dos observadores era feita por cada um deles. Fui apresentada como Laura, psicóloga e observadora.

Em um determinado momento a médica nutróloga disse a Valéria que a ficou esperando para a consulta. Valéria respondeu que uma vez que a filha estava "vendo coisas", achou melhor levá-la ao psiquiatra e não na nutróloga.

Valéria contou nesse primeiro grupo que o ex-marido entrou em contato com ela e a filha na semana anterior. Esse encontro, raro na relação delas com o pai, provocou emoções intensas nas duas. Valéria afirmou que a filha Antônia piorou com essa situação. Afirmou também, em um tom bastante magoado, que o psiquiatra não permitiu sua entrada na consulta. A nutricionista valorizou a presença de Valéria no grupo, assim como o esforço desta por buscar ajuda.

O grupo de apoio psicológico aconteceu com algumas interrupções de pessoas batendo na porta a toda hora. Uma das estagiárias de psicologia se levantava para verificar quem era. Nos minutos finais do grupo os observadores conversavam alto entre si atrapalhando a escuta dos participantes do grupo.

Título 1: A apresentação dos participantes: os sentidos de estar no grupo

A coordenadora Luma inicia o grupo justificando a ausência de Felipe, o outro coordenador. Afirma que eles fizeram um acordo no qual na semana anterior ela havia tirado uma "folga" e nessa semana a folga foi dele.

A seguir Luma se apresenta descrevendo-se como psicóloga e dizendo seu nome. Ela convida os demais participantes do grupo a se apresentarem. As pessoas vão dizendo seu nome e o seu parentesco com a pessoa atendida no serviço.

Logo em seguida à apresentação, a coordenadora afirma ter algumas pessoas que não participam “já faz um tempo”:

***Luma:** Tem algumas pessoas que já faz um tempo que não vinham... com retornos mais... espaçados... né?... (a Adélia) Seu Vicente... até do Otávio... né Otávio?*

Relaciona essa menor frequência ao fato de seus familiares, atendidos no serviço, estarem com os retornos de atendimento clínico e nutricional espaçados temporalmente.

Essa fala pode ser assim compreendida junto aos dados que possuímos sobre o serviço, de que os retornos aos quais a coordenadora se refere são os retornos dos chamados pacientes. Os familiares não possuem vínculo formal de atendimento com a instituição, apenas os pacientes possuem prontuários e cartão para a entrada no hospital.

Luma relaciona a falta do familiar no grupo ao espaçamento dos retornos de seus filhos e filhas (lembrando que nessa sessão do grupo têm-se apenas pais e mães). Percebe-se que neste momento, para a coordenadora, o sentido da participação no grupo é em função da pessoa adoecida. As pessoas que têm vindo menos ao grupo, citadas por Luma, são Otávio, Adélia e Vicente.

É em resposta a esse significado dado pela coordenadora que Otávio se coloca. Ele afirma que a esposa tirou “férias do grupo”. Conta que antes vinham juntos e agora vêm apenas de quinze em quinze dias. Otávio menciona a esposa para justificar sua menor frequência:

Otávio: É... a minha esposa tirou férias do grupo...

Valéria questiona Otávio se a esposa dele virou babá. Ela tem a informação, de outro contexto que não essa sessão grupal, que Otávio e a esposa estão ajudando a cuidar do netinho deles. Valéria pergunta a Otávio se não seria essa a razão da não vinda do casal.

A resposta de Otávio é uma tentativa de se posicionar frente aos sentidos dados pela coordenadora e por Valéria. Diz que sim, o motivo de ter se tornado babá é uma razão, mas que há muitos outros motivos também. Um deles é que a filha Manuela está melhorando muito.

Otávio: Menino... sim... sim... seis anos agora... mas...() por enquanto prefiro continuar assim... é... muitos motivos... mas o motivo principal... digamos assim... é que a Manuela está... melhorando muito... assim... assim... é::... e um pouco também... que... assim... se não viesse hoje talvez não me sentiria bem... Mas... mas... não tanto por causa... quer dizer... a Manuela está bem melhor.. .né?... não tem alta ainda não... mas está bem bem melhor... esse é o motivo principal

Esse sentido está em consonância com o sentido dado pela coordenadora, da participação no grupo em função da pessoa adoecida. Outro motivo dado por ele é que se não viesse “talvez não se sentiria bem”. Um novo sentido aparece, e parece estar ligado à participação do grupo em razão de si e não do outro, no caso, em razão da filha.

Inicia-se um momento tenso de negociação de sentidos sobre o participar e não mais participar do grupo. Os muitos motivos de Otávio contam dessa tensão. Otávio, posicionando-se frente aos outros sentidos dados para sua ausência, diz que o motivo principal de estar vindo menos é porque a filha está melhor. Uma posição de cuidado com o outro, com a pessoa adoecida.

O binômio de posições vir ao grupo para cuidar de si mesmo, ou vir ao grupo para cuidar do outro, sendo esse outro o paciente ou outro participante do grupo, vai ser negociado ao longo da sessão.

A coordenadora relaciona o fato de Otávio de "vir ao grupo, pois caso contrário não se sentiria bem", como um "compromisso com o grupo".

Nas falas de Valéria e de Vicente têm-se mais sentidos relacionados ao grupo como um compromisso. Como se pode ver na seqüência:

Valéria: *Mas aí seu Otávio o negócio é assim: então se sarou não pode... precisa vim... aí que precisa vim... não só quando tá doente... tá lá... um puxãozinho de orelha...*

Vicente: *Acho que precisa até vir mais né?*

Valéria: *É CLARO...*

Vicente: *() os que tão começando... ver o que sarou... o que é possível...*

Valéria: *É:::...*

Vicente: *O compromisso que o senhor tem ()...*

Otávio: *Não... é:::... é e não é né?... A gente assim... compromisso ()... a gente assim... meio... comprometido ((alguém tosse)) pra... comparecer aqui certo?... e:::...*

Valéria: *Então é assim?... eu assim... eu saio com o meu coração assim... terça feira já é o relóginho na cabeça... () (levantar) mais cedo... e assim... ah... hoje no grupo eu acho que eu vou encontrar uma palavra amiga... um... um... um motivo diferente para mim poder lidar com... com a Antônia... porque em casa eu vou te falar viu?... um dia... hoje...é um dia... amanhã já é outro... então é aquela roda vida né?... então aqui... eu acho assim... eu encontro amigos... eu não estou só...*

Luma: *Eu entendo a fala do Vicente... do Otávio como é:::... eles tão... trazendo a idéia de que o grupo não é só pra receber... que o grupo tem pra dar também... né?... que tem alguns*

momentos que a gente tem pra oferecer... alguns momentos a gente tem pra receber... esse grupo é um grupo de troca... ((pausa)) acho que isso faz a riqueza do grupo...

Valéria “puxa a orelha” de Otávio, como ela mesma afirma, chamando sua atenção sobre o fato de vir ao grupo apenas em função da filha. Ela diz que em razão da filha de Otávio estar melhor é que ele deveria vir mais. Junto às falas posteriores percebe-se que a vinda ao grupo das pessoas com os filhos melhores está relacionada à ajuda e ao ensinamento que esses participantes podem oferecer às demais pessoas.

A fala de Vicente, de que quando os filhos estão melhores os pais deveriam vir "até mais" do que antes, introduz e negocia esse sentido. Segundo ele, a participação desses pais é importante para que dessa forma as pessoas que estão iniciando possam ver o que é possível com relação à melhora da doença e para mostrar exemplos de pessoas que tiveram a cura.

A quarta fala de Valéria nesse fragmento acima reproduzido, mostra o seu confronto com o sentido de Otávio. Ele deveria estar no grupo para ofertar ajuda, uma vez que ela se levanta toda terça-feira para ir ao grupo encontrar uma palavra amiga.

Para Valéria, nesse momento, o grupo é construído como um espaço de recebimento de ajuda. Otávio é convidado a estar ali para oferecer ajuda a quem está precisando. Vicente afirma que esse seria o compromisso de Otávio. A resposta de Otávio sobre esse compromisso é a de que “é e não é”. Parece não concordar inteiramente com esse sentido.

A resposta de Valéria a Otávio parece ser outro "puxão de orelha". Ela parece ficar ofendida com o fato de Otávio não querer aceitar o compromisso de vir ao grupo pela oferta de ajuda aos outros participantes. Conta que toda terça-feira, dia do grupo, ela já sai de casa esperando encontrar "uma palavra amiga", buscando confrontar a posição de Otávio com a sua necessidade de ajuda.

Essa resposta parece trazer o conflito que se forma na interação grupal. A construção da participação no grupo, para quem está melhor, como um compromisso de oferta de ajuda

faz com que, para Otávio, manter a postura anterior, de não vir mais ao grupo, seja uma recusa de oferta de ajuda. Algo que parece ser difícil de ser assumido no contexto grupal nesse momento.

Para a coordenadora a soma dos diferentes sentidos para o grupo, a saber, o grupo como espaço de recebimento de ajuda, e o grupo como espaço de oferta de ajuda faz a riqueza do grupo e possibilitaria a troca entre seus participantes.

Algumas reflexões

Nesse primeiro momento da sessão os participantes se descrevem através do parentesco com a pessoa adoecida. Vê-se na definição dos grupos de apoio que são grupos nos quais seus participantes compartilham algum problema em comum (BECHELLI; SANTOS, 2001). Essa busca parece estar relacionada à possibilidade de dar sentido para a experiência de sofrimento pela qual estão passando, para não se sentirem sós. O que é comum e iguala a todos é o fato de terem na família uma pessoa diagnosticada com anorexia e bulimia nervosa.

O contexto no qual o grupo está inserido, o serviço hospitalar e o atendimento aos transtornos alimentares, parece delimitar nesse momento as possibilidades de descrição de si no grupo. São os familiares de pessoas diagnosticadas com esses transtornos que se apresentam.

O sentido da participação no grupo em função da pessoa atendida no serviço é uma construção que parece relacionar-se à compreensão do espaço grupal como lugar de resolução de problemas (ANDERSON; GOOLISHIAN, 1998). A participação seria para a dissolução da doença. Essa compreensão traz algumas implicações sobre o estar no grupo e sobre como participar para obter a melhora dos filhos e filhas.

Dentro do pensamento construcionista social, o problema é construído na linguagem e o contexto de tratamento se constrói na identificação e nomeação de um problema e na sua proposta de remissão (LAX, 1998). O convite para a participação da família no grupo pode trazer em si uma série de significados pré-estabelecidos sobre essa participação, como a necessidade de a família também ser tratada.

Uma vez que os chamados "pacientes" estão também em um grupo de apoio para o tratamento de sua patologia, qual seria o sentido da família no grupo à ela destinado? Essa parece ser a pergunta presente nas conversas presentes nas sessões.

O confronto de sentidos entre Valéria e Otávio mostra a diferença do significado do grupo para cada um. A "recusa" da ajuda de Otávio no grupo faz contraste com a racionalidade construída na troca dialógica do grupo como um espaço de apoio.

Otávio parece posicionar-se dentro da compreensão do espaço grupal como um sistema de resolução de problemas e, assim, tendo acabado o problema (no caso o diagnóstico de anorexia nervosa da filha) não faria mais sentido estar no grupo.

O diálogo com outras pessoas cria sentidos sobre quem somos e do que é válido quanto à nossas ações, e esses sentidos falam dos valores sociais e moralidades implicadas em nossas falas (McNAMEE, 2004a). O sentido do grupo visto como um compromisso de oferta de ajuda parece falar do valor social da importância da ajuda ao próximo.

No contexto de um grupo de apoio, tem-se a construção da racionalidade do apoio como um dos principais objetivos entre seus membros. No confronto de sentidos essa racionalidade é constantemente debatida através das diferentes posições, julgamentos e lógicas de análise das pessoas em conversação. Contudo esse confronto é limitado pelo próprio contexto, pelos outros significados dados a esse espaço e pelas demais pessoas que estão juntas na interação (GERGEN; KAYE, 1998). Sendo assim, a fala de Otávio reflete não

seu sentido individual, mas o sentido contextualizado, co-construído na interação e com uma função específica na conversa. Sentido que será melhor compreendido no decorrer da sessão.

Ao enfatizar o grupo como espaço de troca, a coordenadora busca a ampliação dos sentidos que estão sendo negociados e das ações por eles empreendidas.

Título 2: Os "desesperançados" e os "fortalecidos": a construção da diferença no grupo

A fala da coordenadora trouxe o grupo como espaço para todos receberem e ofertarem ajuda. Porém, os participantes negociam esse sentido. Enfatizam que, a existência de diferenças entre os participantes do grupo, faz com que a oferta ou o recebimento de ajuda seja possível apenas para determinadas pessoas em condições específicas.

Os retornos dos atendimentos médico e nutricional são espaçados quando os pacientes mostram melhoras no quadro sintomatológico da doença. Portanto, os participantes que estão com o seu familiar sendo atendido em intervalos maiores de tempo podem ser considerados como estando com o filho e filha (no caso dessa sessão) melhores clinicamente.

Vicente fala em seqüência à coordenadora. Conta que o início da participação no grupo é sentido como "momentos desesperadores", nos quais os pais estão "sem esperança", "sem nada". E que a presença de pessoas com "as filhas boas" ou "sarando" ajuda muito. Além disso, ele pôde perceber que essas pessoas se sentiam, assim como seus filhos, "melhores", "mais fortalecidas" e "mais habilitadas" a conduzir à situação.

Ele diz que essa foi uma experiência que ele viveu, tendo recebido a ajuda desses pais "melhores". O que faz com que ele, estando agora com a filha já melhor, se posicione como alguém que deve ir ao grupo ofertar ajuda. Mais do que isso, que sua ajuda deve ser expandida para outros contextos, nos quais ele possa ajudar outros pais e filhos a reconhecerem a doença e buscarem cuidado:

Vicente: *Eu coloquei isso porque isso aconteceu comigo entendeu?... no começo... apesar que eu não venho muitas vezes porque a Cíntia vem de quarenta cinquentas dias... eu moro fora também... eu trabalho fora... a dificuldade é muito grande... por isso né?... mas isso aconteceu comigo no começo... momentos mais desesperadores por exemplo... no grupo participava gente que as filhas – são mais as filhas né? – é::... tavam boas... tavam boas...tavam sarando... quer dizer... então esse tipo de coisa me ajudou muito... né?... porque você... você... você vai... vai sem esperança... sem nada participar de um grupo entendeu?... e você chega lá... você vê pessoas que participa lá... o caminho correto foi a participação do grupo... que as pessoas sentem melhores hoje.. sentem... digamos mais fortalecidas... mais... é::... adaptada à situação... mais habilitada... pra conduzir aquela situação... isso eu aprendi demais nesses anos todos entendeu?... por isso a importância dele tar colocando isso... que é muito importante para todo mundo... eu senti isso mais no começo... eu sinto isso ainda...*

Luma entende essa posição de Vicente como uma forma de responsabilização pelo grupo. A pessoa com histórias positivas a contar teria um compromisso de contá-las no grupo.

Na fala de Vicente reproduzida abaixo, pode-se entender que sua responsabilização pelo grupo é em razão dele acreditar que essa é a “sua luta”, aconselhar e ajudar os outros pais, retribuindo a aprendizagem que ele mesmo já obteve no grupo, de ser uma bandeira para ele, e todos as famílias, carregarem:

Vicente: *É... porque eu acho que... eu acho que... eu penso que a nossa luta né?... eu vejo pela própria Cíntia né?... a minha filha... ela... - eu não coloquei aquela hora por falta de tempo - mas ela se sente uma especialista na doença... hoje ela dá conselho para as meninas... que ela encontra... que tá começando - como vocês colocaram... o senhor colocou também né? - ela se sente especialista... menos para elas as vezes ((risos no grupo))...*

Valéria: ()

Vicente: ((em resposta a Valéria)) *É... ela sabe tudo... todas elas... mas isso... () um estágio entendeu?... mas isso é muito importante né?... (...) e com o grupo aqui... o que que acontece... a responsabilidade... por exemplo... não termina – nem a nossa nem deles... paciente – quando termina... acho que nós devemos continuar – quem pode – a vida toda...*

entendeu?... chegar aqui e falar: “olha... há dez anos atrás a minha filha aconteceu isso... isso... isso... assim...” acho que esse é o compromisso na rua com as pessoas... (...) uma bandeira que nós assumimos para vida toda... ((pausa)) porque o que a gente aprende... o que eu aprendi né?... acho que aqui... porque todo mundo... principalmente no começo... as pessoas ficam muito perdidas... ninguém sabe o que fazer... realmente não é uma ciência exata: “você faz isso... isso... isso... isso” ...no final () dia tá tudo bem... não é assim... por isso que eu acho que tem que tar conversando muito

Vicente traz a experiência da filha para descrever seu posicionamento, contando que ela agora é “especialista” na doença, sabe tudo sobre ela e dá conselhos para quem está começando a lidar com essa situação. A filha, na experiência do grupo de pacientes, fez um estágio para aprender e ter consciência que tem uma doença. O grupo de familiares seria um estágio semelhante.

A participação no grupo, para Vicente, está relacionada ao testemunho que ele possa oferecer de sua experiência. Ele se torna o especialista, detector de doenças. Vicente define a responsabilidade da participação da família através de dois momentos: um primeiro para obter o conhecimento para a melhora da filha e um segundo para a ajudar os participantes iniciantes.

Na seqüência da sessão, Aurora afirma ser importante para ela a ajuda dos pais com os filhos melhores, através de seus relatos de conquistas com relação à doença. Coloca-se no subgrupo dos participantes que buscam ajuda:

Aurora: *Até um tempo a gente comentou né () ((dirigindo ao Otávio)) de quem já tava bem melhor... os pais vim pra gente ficar sabendo... (...) mas que é bom pra gente () as pessoas que tão começando saber... é riquíssimo... mas ()*

Luma, em seguida, questiona Adélia tentando investigar qual a sua posição no grupo:

Luma: () ((fala bem baixo)) *nesse grupo... onde o Vicente tá se incluindo... o Otávio tá se incluindo assim... de que já fizeram um longo caminho... já tiveram alguns ganhos... cê também tá se incluindo nesse?* ((pergunta para Adélia))

Adélia: *Ah sim... eu ganhei bastante né?... () a gente ganhou bastante* ((fala bem baixo))... **SEI LÃ...** *é duro... é triste pra gente vir e saber que tem uns que tem recaída... num... num conseguiu... mas... ao mesmo tempo acho que é importante a gente vim pra ver que uns conseguem né?... () eu acho que a gente devia voltar sempre...* ((barulho)) *(alguém bate à porta e a observadora levanta-se para ver quem é).*

A coordenadora pontua em sua fala a construção de um subgrupo específico dentro do grupo, do qual fazem parte as pessoas que "já fizeram um longo caminho" e "já tiveram alguns ganhos".

Adélia afirma reconhecer os ganhos obtidos pelo grupo (característica do primeiro grupo), mas também sente que precisa vir ao grupo para ouvir os familiares de quem está melhor (característica do segundo grupo).

Algumas reflexões

Nesse momento da sessão são construídos diferentes lugares dentro do grupo. O ato de ajudar e receber ajuda relaciona-se às visões que se tem sobre quem assume cada uma dessas posições. Temos os pacientes que estão melhores e os que ainda estão doentes. Essas diferenças parecem posicionar, de maneiras diversas, os participantes no grupo, produzindo, ali também, diferenças entre os seus participantes.

Parece haver uma polarização sobre quem recebe ajuda (quem está iniciando, os "desesperançados", na fala de Vicente) e quem oferece ajuda (quem está com o familiar melhor, "os mais fortalecidos", idem). Essa polarização influi nas possibilidades de interação no grupo.

Segundo Gergen e Kaye (1998), cada versão de si encoraja determinadas ações e desencoraja outras. Portanto, descrever-se ou ser descrito como "aqueles que fizeram um longo caminho no grupo e tiveram alguns ganhos", implica no uso de um determinado repertório de ações, como a oferta de conhecimento aos demais participantes.

O sentido de responsabilização pelo grupo construído na fala de Vicente relaciona-se à sua visão do problema alimentar como uma doença difícil de ser reconhecida e tratada, precisando da busca de aprendizagem e habilitação da família sobre o assunto. Justificando a necessidade de estar no grupo para aprender, pois o que estão vivendo "não é uma ciência exata", Vicente parece destituir a família do seu conhecimento sobre o que acontece com seus filhos e filhas.

A doença como algo desconhecido da família, que é o sentido trazido na fala de Vicente, traz a dimensão sócio-histórico da construção da doença que desapropria o saber da pessoa sobre sua própria condição, deixando um mistério e um não saber com relação à dificuldade que vivencia.

A descrição do fenômeno alimentar como uma doença carrega valores tradicionais presentes nos discursos biomédicos. Dentre esses valores podemos destacar o julgamento moral da existência de funcionamentos normais e desviantes, e de um conhecimento especializado nas mãos dos profissionais de como tratar dessas anormalidades (McNAMEE, 1998; SPINK, 2003; GERGEN, 1994).

Segundo McNamee (1998), "a definição do que é adequado ou inadequado requer uma referência a um contexto discursivo" (p.228), e às práticas comuns constituídas nesse contexto. De maneira direta ou indireta, a construção do fenômeno alimentar como algo patológico se faz presente no contexto no qual se insere o grupo de apoio. A própria proposta de tratamento subentende a noção da existência de alguma "disfunção" ou "problema" no indivíduo.

No início do grupo, Luma havia identificado Adélia como um dos participantes que vem com menor frequência ao grupo, por estar com os retornos de sua filha mais espaçados. Sabemos do prontuário da filha de Adélia no serviço, que sua filha encontra-se com grandes e progressivas melhoras nos sintomas, caminhando para a alta do serviço. Adélia, em comparação aos demais participantes, estaria no subgrupo de quem está há mais tempo.

Nas conversas do pós-grupo, Luma pôde expressar aos observadores sua percepção do quanto Adélia não demonstrava essa apropriação da melhora, e chamava a atenção de Luma a impossibilidade de Adélia, segundo sua percepção, de ver-se como doadora de ajuda no grupo.

A ambivalência da participação no grupo para Adélia, de que é bom vir, pois ouve relatos de quem está melhor, mas é "duro e triste", porque também pode ouvir relatos de recaídas nessa melhora, mostra o delineamento de algumas diferenças de posições, valores e possibilidades entre as condições dos chamados "pacientes". O conhecimento sobre a doença parece ser insuficiente para Adélia apropriar-se da melhora da filha, e, portanto, qualquer relato ruim provocaria o medo de que também sua filha tivesse recaídas.

O modelo da doença parece não favorecer, no caso de Adélia nesse momento, a sua sensação de ser autora das mudanças positivas alcançadas com relação à filha.

Começam a aparecer novas descrições sobre os lugares de cada participante. Aparecem pessoas que se descrevem como possuindo características que não se enquadram nos subgrupos construídos até então.

Título 3: "Somos iguais e diferentes": o reconhecimento de semelhanças e desigualdades entre os participantes

A seguir, Luma pergunta o que os participantes, que estão há menos tempo no grupo, pensam sobre o que está sendo falado.

Magali é a primeira a responder. Ela afirma ser bom ouvir a experiência dos "casos" que já estão melhores, pois são relatos que fortalecem a pessoa, para que, dessa maneira, ela possa ajudar o familiar adoecido. Além disso, ela afirma que essa força ajuda a ter "uma meta para conseguir dar certo". Esse sentido do grupo, como espaço para fortalecimento e construção de metas para o resultado correto, é semelhante à construção dada por Vicente, do grupo como espaço de aprendizagem e habilitação para lidar com a situação.

Vemos na fala de Magali, reproduzida abaixo, que para ela o grupo já a ajudou bastante, mas que como Adélia, "fica triste" pelas pessoas que estão doentes há "tanto tempo":

Magali: (...) é que nem ela falou... fica triste por algumas que faz tanto tempo... e assim... melhora... piora né?... é uma situação muito difícil... dolorida né?... porque a gente que... tem a filha da gente... sabe né?... como que é.. aquele medo da perca tudo então a gente sabe que é muito difícil e muito duro né?... e a gente fica contente pelas aquelas né?... que melhorou né? que se curou... que tão conseguindo né? então:... eu acho que... acho importante a gente assim ouvir... não só ouvir assim a opinião “ah mas não tá dando certo... mas não deu... não conseguiu nada”... quando você ouve assim que você sabe que uma pelo menos se curou você tem aquela força né... aquele ânimo... aquela esperança... que a sua... que as outras também... vai se curar... por na realidade... eu acho que a dor é uma só para todos né?... que... é uma coisa muito dolorida né?... muito dolorosa demais né?... porque se tratando de filho... qualquer coisa que acontece com eles... de ruim... pra gente é muito difícil... é muito doído... mas pra mim tá assim... tô ótima... a Tatiana ((filha)) também... né?... e:... tô com muita esperança...

Ao mesmo tempo em que participar do grupo, para Magali, é ficar "triste" pelas situações difíceis de muito tempo (de doença), é também ficar "contente" pelas situações das pessoas que estão melhores ou "curadas". Parece que os relatos de "não ter dado certo" são desesperançadores, deve-se ouvir também a "opinião" das pessoas com os filhos em situação mais favorecedora com relação à doença. São os últimos relatos que dão "ânimo", "força" e "esperança" de que também ela vai encontrar a cura.

Para Magali, os relatos de "melhoras e pioras" entristecem, pois remetem à sua própria experiência com a filha. E daí ela sentir o medo de perdê-la em decorrência da doença. Ela acredita que é importante não ouvir apenas os relatos de quem está há muito tempo nessa situação, mas também relatos de quem "está conseguindo". Estas últimas seriam as pessoas que estão com os filhos melhores. O relato de cura daria a esperança de que também sua filha pode se curar.

Magali parece contar da dificuldade da convivência com a diferença, pois essa diferença pode causar tristeza ou medo. Esse julgamento feito por Magali quanto às diferentes situações vividas pelas pessoas dentro do grupo vai ter uma grande implicação na maneira que as negociações e posicionamentos seguintes acontecem no grupo:

Otávio: *O que tá sendo ótimo pra senhora?*

Magali: *Pra mim?... ah, porque...*

Otávio: ((interrompe)) *O QUE QUE tá sendo ótimo?*

Magali: *O grupo né? ((Otávio: ah)) o grupo... ah:::... assim... eu ouvindo né?... cada pai... cada mãe né?... falando né?... então eu saio daqui eu reflito bem de cada pai... cada mãe... que falou ((Otávio: Humm)) e procuro tirar o melhor proveito pra eu poder lidar... que nem no caso da Valéria... quer dizer... com tantos anos? que a senhora tá vindo né? então... eu penso assim né?... ela com tantos anos tá com essa força... com essa esperança*

Valéria: ((fala ao mesmo tempo)) *nunca desisti!*

Magali: *com essa dedicação... então quer dizer... é uma coisa que dá força pra gente também... que a gente fala... "eu faz pouco tempo... eu não posso desanimar... eu tenho que*

seguir em frente né?... aí que nem ela... que tem a filha... que já deu uma boa melhorada né?... e já tá bem né?... () ela faz tanto tempo que tá indo... a filha né? melhorou... então eu tenho que seguir em frente... continuar lutando... cada vez eu procuro tirar um pouquinho do que é melhor pra eu poder seguir em frente também

A descrição que Magali faz de sua experiência de ouvir no grupo relatos de quem “não está dando certo” traz uma conotação moral negativa para as pessoas que vivem essa experiência. Assim como na fala de Adélia, temos a construção da negatividade produzida pela presença no grupo de pessoas com histórias de não melhora, a tristeza e desesperança que elas provocam com seus relatos.

Magali parece buscar se aproximar da vivência de que está com o familiar em situação difícil ou de recaída. Essa aproximação acontece através da narrativa de seu papel materno, sabendo através de sua experiência como mãe, como é difícil para todas as mães lidarem com o filho em situação de dificuldade. Todos os pais sofreriam, pois todos teriam medo de perder os filhos. Volta no grupo o sentido do “somos todos iguais”, todos comungam da mesma dor de ter um filho doente.

A postura que Magali relata ter no grupo de “tirar o melhor proveito” para lidar com a situação mostra seu posicionamento ativo frente às reações que relatos distintos provocam no grupo. Nesse sentido, ela parece entender que é possível ter um sentido diferente para as narrativas tristes. Assumindo essa postura, busca o melhor na participação de Valéria, colocando-a como exemplo de esperança e força por estar firme enfrentando a doença há muitos anos.

Traz em sua fala um novo sentido, interpretado pela coordenadora, que seria a oferta de ajuda também como uma característica dos que estão iniciando e dos que estão com o familiar adoecido.

A coordenadora entende a fala de Magali como uma possibilidade de participantes iniciantes, assim como os "velhos de casa", ofertarem ajuda:

Luma: *Uma coisa que eu percebi é que... é que o novo também pode ajudar né?... o que eu senti da fala da Magali... e o que eu senti também da fala da Adélia... é que () a idéia de “olha Valéria... nós estamos aqui do seu lado... pra... pra te apoiar também... que a senhora fez tantas vezes isso conosco”.... tô sentindo esse movimento... assim não é só quem é velho de casa que (tem) que ajudar né?... quem é novo também tem pra oferecer... que... tem recursos*

Na conversa, até o momento, Valéria manteve-se em uma postura menos participativa.

Após a fala de Magali, Valéria se coloca:

Valéria: *((fala em um tom bastante entristecido, quase uma lamúria)) Eu já tive (boa) com a Antônia... nossa!... ()mas só que é assim... tô sempre com o pé atrás... vamos... sentindo... começou a comer e tudo... daí de repente é a:... aquela alegria agora... essa semana... veio abaixo de novo... regrediu... num... aí já tá com um outro tipo de coisa... aí num é fácil... mas aquilo dentro de mim assim... com a a ajuda dos médicos... a minha paciência... a esperança... eu acho que esses anos eu vou agüentar... SE DEUS QUISE vai dar certo... sempre foi assim... nunca desanimei... (...) e quando eu entro aqui eu falo... os profissionais... o... os colegas aqui... todos estão no mesmo barco que eu... só que eu tô a mais tempo... só que os problemas são... quase iguais... dentro de cada diferente né?... porque na... na família dele ele é diferente... na minha é diferente... cada um é diferente do outro...*

Valéria conta ao grupo que também já esteve com a filha melhor, em uma situação boa. Resgata uma outra narrativa que não só a da mãe de alguém muito mal.

A fala de Valéria parece ser um sentido complementar ao sentido oferecido por Magali para sua participação. A fala de Magali coloca Valéria em uma outra posição, de quem tem algo de bom a oferecer, e, portanto, Valéria pode trazer de sua história momentos positivos, nos quais ocorreram ganhos com relação ao problema alimentar e sua relação com a filha.

A narrativa da sua história de vivência de momentos bons é uma narrativa que traz os benefícios de sair de uma posição passiva. Amplia a descrição de si podendo, inclusive, ser fonte de reflexão dos recursos construídos para essa melhora, que poderiam ser usados agora na situação difícil. Todavia, o fato de ter saído dessa situação boa, e tendo a filha piorado novamente, faz com que Valéria esteja “sempre com o pé atrás”, não confiando em manter essa posição por muito tempo.

O medo da recaída a faz estar sempre desconfiada. Não podendo contar com os recursos da própria história e aprendizado, ou com o conhecimento adquirido que pode ser passado a outras pessoas, tal como proposto por Vicente, Valéria vai buscar esses recursos nos profissionais, na sua paciência e na sua esperança.

Valéria busca uma maneira de se identificar com os outros participantes, que contam histórias diferentes da sua, sem ter que se sentir excluída. Ela afirma que para ela “todos estão no mesmo barco”, passando por problemas semelhantes. O que diferiria, no seu caso, seria o fato de que ela está a mais tempo.

Pode-se perceber um esforço de encontrar um lugar no grupo, ser aceita pelos outros participantes, sendo um exemplo de luta. Mas podendo, também, ter benefícios para si, como através da identificação com outras situações que possam lhe dar modelos diferentes de conduta e sentido.

Continuando sua fala no grupo, Valéria conta de seu medo de que algo aconteça com a filha, tendo que ficar em constante vigilância, o que a deixa muito cansada. A estratégia que encontrou para lidar com isso é pensar que pode confiar nos profissionais que estão tratando a filha.

Nesse momento, Valéria parece ver o tratamento como uma possibilidade de não ter que ficar tão preocupada, com o cuidado da filha unicamente em suas mãos. Coloca, também, a sua percepção de que a família também tem que ajudar, que a melhora depende dessa ajuda:

Valéria: (...) mas... ah... pouco...a pouco... que medo é esse?... tá se tratando... tá com (bom) psicólogo... com médico... com tudo... falei ah... a (tendência) tem que melhorar... mas depende muito de você também... se você não ajudar...

Algumas reflexões

Nesse momento da sessão têm-se os embriões das formas relacionais de inteligibilidade que serão utilizadas ao longo do grupo para construção da "doença" e do papel da família nesse contexto. O reconhecimento dessas inteligibilidades, ao longo da conversação, pode clarear os sentidos trazidos na interação nesse momento, principalmente através da compreensão do modelo da doença que leva à culpabilização dos pais pela etiologia do transtorno.

Segundo McNamee (2001), o discurso da culpa tem suas raízes na noção de responsabilidade individual, derivada da tradição individualista que loca as ações no interior da mente humana. Essa tradição criou um mundo no qual as pessoas entendem o seu comportamento e o do outro em termos individuais, através da consciência privada, "que registra a nossa experiência do mundo" (p. 238). Dentro dessa tradição, entende-se que é no interior do indivíduo que são encontrados os seus problemas e suas resoluções.

No diálogo entre Valéria e Magali aparece a luta contra o efeito ruim provocado pelos relatos de recaída no grupo, pois eles remetem à dificuldade de tratamento da doença. Nesse sentido, o modelo de descrição do fenômeno alimentar como uma patologia promove uma série de movimentos de afastamento entre as pessoas no grupo. Magali tenta tirar apenas o que é "esperançoso" nos diferentes relatos. Nessa conversa, o discurso da patologia torna-se presente na construção das relações grupais. A fala de Magali no início desse momento posiciona Valéria como alguém que provocaria tristeza nos outros participantes.

Segundo Gergen e McNamee (2000), o discurso nunca é neutro. Quando construímos sentidos criamos julgamentos, que podem ser aceitos como verdades ou revistos.

Esses julgamentos, presentes nesse momento da sessão, derivam-se da própria construção da doença e da idéia de um funcionamento disfuncional nos filhos e filhas dos participantes do grupo. A nomeação do transtorno provocaria as reações de medo da doença e seu desenvolvimento. E essas reações, somadas ao discurso da psicopatogênese familiar, elevariam o grau de culpabilização desses pais sobre o sofrimento de seus filhos.

McNamee (2001) traz a sua compreensão dos efeitos da tradição individualista na educação dada aos indivíduos sobre suas ações: "educamos mentes individuais, reforçamos e punimos os indivíduos (...) fazemos psicoterapia e atribuímos responsabilidade a sujeitos isolados" (p. 238). Para a autora, essas construções provocam o isolamento das pessoas na sociedade.

Uma vez que as relações sociais mais amplas estão presentes no microcosmo do grupo (GERGEN; McNAMEE, 2000), temos no espaço grupal a reprodução desses movimentos de segregação social. A possibilidade de revisão dessas construções e julgamentos vai depender da sua validade e qualidade na interação (idem).

Valéria parece buscar um sentido mais positivo para sua participação, que não a de um caso triste e assim, podendo ocupar um lugar mais valorizado no grupo. Para Andersen (1998), a procura de novos sentidos é também a procura de nova linguagem e nova definição do si-mesmo.

A importância do questionamento das crenças e valores envolvidos nesse posicionamento aumenta seu potencial de mudança e transformação.

Os familiares buscam uma identidade que revele o seu lugar no grupo e a sua posição frente aos outros, mas que não os impeça de se sentirem como semelhantes; de maneira que possam se identificar entre si e encontrar sentidos comuns na participação grupal. Nas

palavras de Valéria essa possibilidade de sentir-se "igual e diferente" aparece no seu uso da metáfora de estarem "todos no mesmo barco".

McNamee (2004a) entende que para que as pessoas possam continuar juntas em uma conversação é necessário que elas possam suportar a diferença entre elas sempre presente. Para a autora, a busca da verdade e do certo e errado deveria ser substituída pela postura de constante questionamento sobre "como vivermos juntos em um mundo complexo habitado por tantas e diferentes crenças" (p.10).

O grupo segue buscando responder a essa pergunta.

Título 4: "Você é caçula, do meio ou adulto?": os diferentes lugares no grupo

Luma convida, na seqüência, as outras pessoas do grupo que estavam ouvindo a se colocarem.

Salvador inicia sua fala com a narrativa de sua história de vida:

Salvador: No meu serviço tem... as vezes criança né?... ((fala com sorriso no rosto)) que pergunta "você é caçula do meio ou adulto" ... todo mundo acha () então todo mundo sabe que eu sou caçula apesar dos cinqüenta e dois anos de idade ((risos)) mas na verdade... eu... me sinto assim... muito contente de participar desse grupo... desde a primeira vez...eu já esperava... pra ser sincero... assim... algo bom... porque... modéstia parte falando eu sou muito (otimista)... tanto é que ... não quero dar testemunho da minha nem nada mas... como sou nordestino... aos quinze anos de idade eu vim assim... assim... vim pro Estado de São Paulo e... na verdade minha família sempre teve dificuldade... e eu tive que me virar... e foi participações assim (outras) pessoas ((espirro alto de alguém)) me ajudou muito pra mim tar aqui hoje... muito... e modéstia a parte assim... contente e um pouco sadio... (...) é como você falou né?... aqui é um grupo ... que a gente é:... colhe o que planta... e que eu vejo muito positivo essas participações... e tô muito contente também porque... além de verificar assim que a Michele ((filha)) já tá colhendo... vamos dizer... muitos casos como o do colega aqui... já se encontra assim numa situação muito positiva né?...

Apresenta-se o Salvador nordestino, caçula de vários irmãos e que desde antes de sua entrada no grupo já esperava algo de bom. As razões para trazer para o grupo essa crença está no fato de ser “muito otimista”, por ter tido que “se virar nessa vida” e por participações em contextos de ajuda semelhantes.

Salvador continua sua narrativa contando das dificuldades que passou, e relata a experiência de ter tido o pai diagnosticado com alguns problemas de saúde com prognóstico ruim, de pouco tempo de vida. Em uma virada inesperada o pai supera todos os prognósticos e vive mais quinze anos do que o tempo esperado. Salvador credita essa conquista ao fato de ter tido “participações como essa” e à ajuda de toda a família ao lado do pai.

Salvador também justifica sua crença na potencialidade desse espaço, no fato de ter experimentado resultados positivos em contextos semelhantes.

Para Salvador, no grupo "a gente colhe o que a gente planta", e ele afirma que, assim como a sua filha, ele também já está colhendo o que plantou, e está contente, pois o "seu caso" está entre os casos que "se encontram numa situação positiva".

Considerando a continuação dessa conversa se pode perceber a maneira através da qual a compreensão dessas falas foi feita pelos demais participantes:

Valéria: *Mas você é a única filha?* ((dirigindo-se a Salvador))

Salvador: *Eu?*

Valéria: *Não tem mais... além de...*

Salvador: *a minha... a nossa filha?*

Valéria: *É... é uma só*

Salvador: *uma filha só*

Valéria: *Então não tem irmão pra brigar né?*

Salvador: ((ri)) *não... mas a família é muito grande e modéstia a parte é um pouco... de estarem juntos assim entendeu?... não tem assim por exemplo uma semana que nós não nos encontremos... (...)*

Salvador relaciona as possibilidades de mudança que obteve (relacionado à pergunta da coordenadora) à sua postura de enfrentamento da situação.

Valéria busca relativizar o sentido trazido por Salvador, de que é a atitude de enfrentamento da situação que leva a um resultado positivo, afirmando que isso só é possível porque Salvador tem apenas uma filha, então não tem irmãos para brigar (lembrando que Valéria tem três filhos, um homem e duas mulheres).

A afirmação de Salvador de que a situação positiva é alcançada pelo enfrentamento da situação e pela colheita do que de bom foi plantado, parece levar Valéria a ter que se posicionar em defesa de "seu caso" que não tem uma situação positiva. Portanto, ela não teria enfrentado a situação. Valéria parece se defender dizendo que não foi possível enfrentar a situação, pois não tem filha única.

O riso de Salvador e o uso da expressão "modéstia à parte" parecem confirmar a hipótese acima, pela aparente tentativa de amenizar a discordância com Valéria com a reafirmação de sua posição anterior e com a inclusão da idéia de que o fato de a família estar junto possibilitou a situação positiva. Ele parece refutar a justificativa de Valéria de que seria o fato de ter apenas uma filha o que levava ao bom resultado colhido. Afirma que ainda que não tenha outros filhos a família é grande, o que não impediria a existência de brigas.

Chama a atenção a fala de Salvador de se sentir "contente e um pouco sadio". Pode-se pensar que já nessa fala está presente o tema da condição psíquica ou emocional dos familiares de pessoas com transtornos alimentares. Em um outro momento do grupo esse tema aparece mais claramente no debate de como as pessoas entendem a sua participação nesse grupo.

Se o sentido do grupo é para o tratamento da família, pode-se pensar que um participante iniciante no grupo esteja ainda adoecido, precisando se tratar.

Então Salvador teria mais dificuldade de se posicionar como alguém “sadio”, que mesmo chegando ao grupo e com a filha com pouco tempo de tratamento se vê como alguém que está bem, sem doenças emocionais. A palavra “pouco” sadio parece remeter a essa percepção do grupo como um espaço de tratamento da família, portanto, a família não estando completamente sadia.

Além disso, o “pouco sadio”, pode estar relacionado ao fato de que ele já passou por outros espaços parecidos e as superações de dificuldades de sua vida seriam já um tempo de aprendizagem para alcançar esse ideal de saúde.

Retomando a trajetória da sessão e os sentidos produzidos, a fala de Vicente trouxe o sentido da participação no grupo do familiar “velho de casa”, como aquele que oferta ajuda. Ainda que não seja um sentido fechado em si mesmo, que evidencie sua crença de que os iniciantes não teriam nada a oferecer, essa é uma compreensão possível. Na fala de Salvador percebe-se sua tentativa de mostrar que, ainda que seja iniciante, ele tem aprendido e habilidades conquistadas em sua vida:

Salvador: (...) então... eu verifico que essa participação assim... esse coletivo é muito importante né?... porque aí vem aquele ponto onde... ele mesmo falou né? ((referindo-se à Vicente)) que... é gratificante você sair lá pro mundo lá fora... fora aqui do grupo... e você ter uma noção... você:... vivenciar... porque é igual você falou... a teoria e a prática... se somam e são muito positivos... a medida que se coloca a... assim... a serviço da vida... vamos dizer assim... daquilo que é bom... então... .você participando lá fora de tar em contato com os outros e ()você.. .aconteceu... uma sementinha também... daí a importância... como você falou...compromisso com o grupo... com a participação...

Salvador vê sua participação no grupo também como um compromisso, na sua possibilidade de ofertar ajuda, mesmo sendo um iniciante.

Ao se posicionar dessa maneira, Salvador pode significar sua presença ali como algo que é bom para si, não sendo necessariamente em função do familiar adoecido. Ele questiona

a coordenadora de como ficaria a sua situação uma vez que a filha não vai mais participar do grupo de pacientes, pois perde dia de aula:

***Salvador:** eu por exemplo no momento tô com uma interrogação... eu verifiquei que a Michele... ela possivelmente não vai poder participar do do do... grupo lá... porque é de manhã e a escola dela... ela perde a escola sabe?... se fosse em outro horário possivelmente... mas eu não perco a vontade de participar aqui... aí vem a pergunta: como é que ficaria né?... () vai entrar de férias... nessas férias não tem problema e... é isso*

Esse questionamento abre espaço para a coordenadora colocar o seu sentido sobre o grupo. Além disso, Luma pontua que existem diferenças entre os trabalhos com os pais e com os filhos, o que faria desse grupo um espaço específico para “os pais”. Tem-se em sua fala a pregnância da maior presença de pais e mães no grupo, na sua referência a esses familiares de maneira específica:

***Luma:** Com relação a participação de vocês... o grupo é pra vocês independente da presença ou não dos filhos né?... nem toda semana é... é retorno da Tatiana ((filha da Magali)) por exemplo e a Magali tá aqui né? então... a Adélia já veio... algumas vezes né? (sem) retorno... a Valéria já veio em dias que a Antônia não veio ((Valéria concorda))... o grupo é para os pais... ele acontece todas as terças feiras mas fiquem a vontade pra vir... porque são trabalhos diferentes né?... () de vocês... dos pais*

A fala da coordenadora amplia o significado do grupo como apenas em função dos pacientes, podendo incluir o sentido trazido por Salvador.

Algumas reflexões

A pergunta feita a Salvador por seus clientes no trabalho: "você é caçula, do meio ou adulto?" foi escolhida como título para esse momento, para expressar, metaforicamente, a

negociação empreendida no grupo. A construção da diferença no grupo e a busca pelo reconhecimento de semelhanças e desigualdades presentes nos momentos anteriores, delimitaram lugares diferentes dentro do grupo. Para cada lugar foram delimitadas ações possíveis, denunciando a construção de moralidades e valores distintos para cada posição tomada na participação grupal.

Algumas perguntas surgem: quem é quem no grupo? Qual o lugar a mim designado? Sou o caçula iniciante que não tenho nada a oferecer e nada sei sobre a doença, ou sou o adulto que já está habilitado e fortalecido para lidar com a situação?

Tan e Moghaddam (1999) entendem que os movimentos de diferenciação (ou discriminação), presentes nas diversas relações, refletem o poder persuasivo e cristalizador das histórias que as pessoas contam sobre si mesmas. A aceitação de novas histórias e posições dependerá das regras, deveres e obrigações construídos para cada pessoa dentro da história do grupo.

Frente a essas construções, Salvador parece buscar um sentido ampliado de sua participação no grupo, como alguém que também pode ofertar ajuda ainda que seja iniciante. Ele busca romper com o sentido construído do papel do iniciante no grupo apenas como receptor de ajuda, confrontando os sentidos anteriores da diferença entre os participantes, marcando diferença de suas ações no grupo.

O uso das narrativas vai depender de suas funções nas relações (GERGEN, 1994). Em sua narrativa de conquista de resultados positivos com a filha, Salvador parece negociar a possibilidade de também ser visto como alguém que tem histórias positivas e conhecimento. Ao narrar-se dessa maneira ele pode buscar uma posição mais ativa no grupo, mas acaba por construir um julgamento negativo do papel de Valéria enquanto cuidadora materna. Salvador entende que sua capacidade de se engajar na resolução do problema fez com que ele não

tivesse deixado a doença ir tão longe, e acaba posicionando Valéria como alguém que teria sido negligente no cuidado com a filha.

Para Gergen e Kaye (1998), "uma história não é simplesmente uma história. Ela também é uma ação situada em si mesma, uma encenação com efeitos concretos. Ela age de forma a criar, sustentar ou alterar mundos de relação social" (p.215). Portanto, o uso que as pessoas fazem no das narrativas no grupo denotam as construções de mundo que embasam essas narrativas.

Ao posicionar-se como alguém que também pode ver a participação no grupo como um compromisso, Salvador pode apropriar-se do espaço grupal entendendo sua participação como independente da participação da filha. Conforme entende McNamee (2004a), o confronto de diferentes sentidos, o que é certo depende do contexto das relações, dentro de determinadas racionalidades, abre espaço para o aparecimento de novas descrições.

Mas se a participação no grupo não é em função do paciente, então para que serve o grupo? Esse questionamento concretiza-se na sessão grupal sendo discutido no momento posterior.

Título 5: O grupo para que?: a compreensão dos sentidos para o espaço grupal

Após Salvador afirmar que ele e a mulher irão se revezar para vir ao grupo Aurora questiona:

Aurora: *Deixa eu perguntar... esse problema que ela tem... essa doença... não sabe ()... ela só vai se curar se a gente participar do grupo e ela lá também?*

Luma: *Eu acho que...*

Aurora: *ou () quando a gente percebe ela já está curada?*

Luma: *() pra (o grupo) responder ((ri)) eu acho que isso é uma vivência né?... não tem um exame que vai dizer olha tá curado não tá curado... o caminho é esse não é esse... acho que a*

vivência ((Valéria fala algo)) do grupo pode enriquecer... comunicar um pouco da experiência de vocês...

Levando-se em conta a interação engendrada até esse momento, pode-se entender a pergunta de Aurora como um confronto com os sentidos sobre a participação no grupo produzidos até então. Sua questão evidencia a multiplicidade de perspectivas presentes sobre o grupo de apoio, assim como a dúvida que a existência desses múltiplos significados promovem. Afinal, qual seria o objetivo dela e dos outros familiares estarem ali?

Aurora procura saber qual é o caminho da cura, o caminho certo mencionado anteriormente por Magali. Vicente em uma de suas falas havia afirmado que o “caminho correto parece ser a participação no grupo”. Mas de que maneira o grupo pode ajudar? Se a participação no grupo não for para alcançar a melhora ou cura dos filhos então para que serve?

Luma pontua essa dúvida que surge e abre aos participantes a possibilidade de refletir e debater a questão.

Valéria afirma, na seqüência, que para encontrar a melhora do paciente é preciso ter nutróloga, psiquiatra, psicoterapia e medicação dependendo do caso. Essa fala coloca apenas nos profissionais a possibilidade de cuidado dos filhos. Além disso, seu sentido do grupo como espaço de recebimento de ajuda para agüentar a situação da filha, como visto anteriormente, parece fazer com que o grupo não seja, nesse momento, vivido como um lugar de aprendizado ou tratamento dos pais. Esse último significado estaria mais ligado à visão da família com dificuldades emocionais interferindo na doença dos filhos.

Salvador traz uma visão diferente. Ele coloca a médica como tendo a autoridade de resolver sobre até quando vai a medicação, mas coloca na família a possibilidade de ser ativa no tratamento:

Valéria: *agora eu não sei se sua filha já parou com a medicação ou não... a minha faz né?... mas*

Otávio: *E ela?*

Salvador: *Não não...*

Aurora: *É só vitamina... porque ela perdeu né?... com o regime que ela fez... ela emagreceu muito... ()*

Salvador: *As consultas ela vai continuar né?... até a hora que a própria médica achar que ela () mas é um remedinho... é ácido fólico não chega a... tomar medicamento assim pesado... não... porque pelo jeito graças a Deus nos tivemos assim a sorte que... detecta o problema e nos comprometer a ir atrás... não deixou ficar muito... porque eu vejo assim... não sei... que quando... como a senhora falou... que tem pais...*

Valéria: *(eles escondem)...*

Salvador: *e tem mais além de esconder... tem os próprios pais... a gente já percebeu... que não admite que é doença... não é verdade?... e eu... não sei mas só da pessoa achar isso... ele já tá precisando de se cuidar a muito tempo... isso eu vejo (muitos) pacientes... então nós precisamos... ir caminhando aí... e ir avaliando o que que é melhor... (...)*

Aurora afirma que Michele toma apenas vitaminas, não tendo que ser medicada como a filha de Antônia. Segundo Salvador, a família foi capaz de “detectar” o problema e logo ir atrás do tratamento, o que ajudou a filha a não ficar tão grave a ponto de ter que tomar “medicamento pesado”.

Salvador relaciona a boa condição da filha ao comprometimento da família de ver o problema e rapidamente procurar ajuda. Ele afirma perceber que a falta desse comprometimento decorre do fato de a família não “admitir que é uma doença”, o que evidenciaria a necessidade da própria família se tratar.

Esse momento interativo da sessão coloca de um lado Valéria com a filha precisando de vários suportes de cuidado, entre eles a medicação, e a filha do casal Salvador e Aurora que não necessita de “tanto” cuidado. Na negociação do que leva à existência de diferenças entre a gravidade do quadro sintomatológico dos filhos, temos o sentido produzido da

gravidade dos sintomas relacionado à postura negligente da família de não buscar logo ajuda. E até de estar adoecida por não perceber que é uma doença.

Salvador chega a fazer a relação entre a sua filha e a de Valéria afirmando que a sua não chegou a ficar em “estado grave” como no caso de Antônia, filha de Valéria:

***Salvador:** (...) porque aí vem aquele ponto né?... que a senhora tá falando assim... sua filha a bastante tempo tal... suas dificuldades... a gente vê que é bastante aprofundado... né?... eu tenho... graças a Deus... eu vejo muitos sinais positivos na Michele... ela já... né?... já melhorou bem... não chegou a ficar em estado grave... de jeito nenhum... mas... essa preocupação de estar junto... mas é::... o que é bom... que eu sinto... por isso que é bom o grupo... é a senhora com essa garra... com essa esperança... com essa luta... e... que... não sei como falar... muita gente tem a cumprir o dever mas... tar desenvolvendo o papel... eu chego até a pensar... graças a Deus a minha filha tá ótima tá tudo bem... entendeu?... ela é muito assim animada também... (...)*

Ele parece perceber a implicação de sua fala na possível compreensão de Valéria como uma mãe que foi negligente, ou não aceitou a doença. Valoriza sua “garra”, “esperança” e luta.

Valéria afirma entender que a demora no reconhecimento da doença está relacionada ao fato de que os pacientes “escondem” os sintomas. Mas Salvador mantém sua posição de que a família tem o papel de reconhecimento desse problema.

A coordenadora interrompe esse diálogo:

***Luma:** ((Interrompendo)) e () aí vocês acham que o grupo::... é... em que situação vocês acham que o grupo entra... esse grupo... o grupo das pacientes... - mas acho que a gente conhece mais da nossa experiência aqui - como parte do tratamento? Como que ele entra? Como ele entra como parte do tratamento? () saberia dizer? ((Pausa)) Acho que essa é a dúvida da Aurora né? Assim... do quanto::... do quanto esse grupo pode ajudar... é... no tratamento né?... que papel é esse que esse grupo tem?*

Luma retoma a dúvida de Aurora. Traz duas perguntas: como o grupo entra como parte do tratamento, e do quanto que o grupo pode ajudar no tratamento. Em resposta à questão colocada por Luma algumas pessoas se colocam.

Vicente traz um sentido muito parecido ao construído por Salvador. Afirma que para ele o papel do grupo, um dos papéis mais “importantes”, é para o tratamento da família, que também estaria adoecida. Acredita que, assim como os pacientes tratados pelo ambulatório, a família “desvia da normalidade”. O grupo seria o espaço para a família se habilitar a “compreender a situação dos filhos”. Ademais, o grupo seria a oportunidade de os pais caminharem juntos aos filhos no tratamento, “não dissociar”, possibilitando a interação entre eles.

Para Vicente a compreensão da situação das pessoas adoecidas levaria à percepção “exata” de que “estão diante de um problema”:

Vicente: (...) *um problema psíquico... lógico... mas tá diante de um problema... e nós podemos entender?... com o dia a dia... aprendendo aqui no grupo... se fortalecendo aqui no grupo... ajudar né?... isso eu acho que é ((alguém fala algo)) eu acho que os pais... principalmente os pais têm uma participação... imagino eu na recuperação dos filhos... das filhas né?... fundamental... fundamental... acho que... mais que de repente até a participação do médico e tudo... acho que... pra esse tipo de doença... a par... como é psíquica... a participação da família entendeu?... é fundamental... acho que sem a... a família estar estruturada no que as pessoas () aprendendo e () lá... eu acho que é um passo de sessenta por cento na recuperação... imagino eu que o paciente...*

Para Vicente o papel da família é mais fundamental que o do médico nessa doença, por ser um problema psíquico. Esse papel relacionar-se-ia à necessidade de reestruturação da família para recuperação do paciente. Essa reestruturação seria responsável por sessenta por cento da melhora.

A diferença do significado do papel da família para Vicente e Salvador está no fato de que, para Salvador, a família só está doente se não reconhece que é um problema. O grupo seria espaço de responsabilização e agente da melhora e não de tratamento da família. Já Vicente parece perceber que a presença dessa doença psíquica indica o adoecimento da própria família (não esclarecendo se como causa ou consequência da doença).

Para Vicente, esse cuidado da família é um aprendizado de como viver “em torno” da filha, apoiando sem ela perceber, “uma coisa quase normal”, “vida normal”. Ele percebe que esse apoio discreto com a filha possibilitou a sua melhora.

É à esse aprendizado de uma melhor convivência com a filha, adquirido no grupo, que Vicente credita a recuperação.

Após essas falas no grupo Valéria se coloca:

Valéria: ((interrompendo)) *se passa () a muito tempo a você não acreditar que a pessoa é doente... ((Salvador concorda)) então você vai aprender... que é a doença... É UMA doença... porque antes a gente não aceita... como meu filho era perfeito e está nessa situação...*

Valéria conta que já teve um momento no qual não acreditou que era uma doença. Na fala de Salvador, essas seriam as pessoas que estariam precisando de tratamento. Afirma que o tempo que ficou sem reconhecer a doença foi em função da dificuldade de se admitir que o filho, idealizado como perfeito, está “nessa situação” (de doença).

Essa posição tomada por Valéria a faz ter que encontrar uma justificativa por seu tempo de “negligência” com a filha. Na seqüência do diálogo ela conta ao grupo que agora já não mais comete esse tipo de equívoco, tem “o controle da situação”. Já obteve o aprendizado, buscando a especialização que Vicente falava no começo do grupo.

Salvador diz que esse aprendizado feito por Valéria é muito importante, buscar “o amor entre as pessoas de livre e espontânea vontade”:

Salvador: é verdade... e...

Valéria: E a gente aprende a... a PACIÊNCIA... que é o principal... NÃO um exagero também... porque a minha era excesso também... foi muito... eu num... num... num digo nada mesmo... mas era uma pessoa saudável... então eu aprendi... muitas coisas que eu fazia... não é que ela vai morrer porque eu vou deixar de fazer... e tinha que ser assim é agora agora e já... agora eu já tenho o controle da situação

Salvador: Isso é importante... (...) que nós... por mais que a gente já tenha algum sinal... é... a gente livre-se... assim por livre e espontânea vontade... você participar desse... dessa... dessa busca assim... e buscar... assim... essa união... esse amor que precisa entre as pessoas... porque isso vai fazer bem... (...) nós verificamos que quando as coisas são de livre e espontânea vontade... você tem a satisfação de participar... e que você não tá participando... por um só interesse e tal... isso aí gerava muitas coisas boas entendeu?...

Valéria traz, na fala acima reproduzida, a narrativa da mãe zelosa e cuidadosa, que pôde mudar suas atitudes frente à filha, aprendendo uma melhor maneira de agir. Com essa narrativa em oposição à da mãe negligente produzida anteriormente, Valéria parece buscar a sua aceitação no grupo. A aprovação de Salvador com relação a esse discurso de Valéria parece ratificar essa compreensão.

Na continuação de sua fala, Salvador retoma a sua compreensão da diferença presente entre sua condição e a de Valéria:

Salvador: (...) então eu senti que desde já... graças a Deus... minha filha não tá na dimensão... do... desculpe fazer a comparação mas é que são fatos né?... da sua...((referindo-se à Valéria))... mas isso me faz me alegrar e despertar interesse de participar cada vez mais... no sentido de que::... a gente também seja solidário () o que tá precisando muito aí fora... (...) porque vai trazer o que?... mais confiança pra gente... mais... mais... mais assim... coragem pra enfrentar as dificuldades que vão aparecer... ou até para as vitórias... mas ainda serem comemoradas...

Desculpando-se e utilizando a expressão de agradecimento a Deus por sua situação, Salvador parece posicionar o caso da filha de Valéria em uma situação pior que a sua, o que seria um fato. Sua participação no grupo seria para ser solidário com aqueles que estão precisando de ajuda, como Valéria.

A coordenadora interrompe essa conversa descrevendo o grupo como tendo “uma característica” de ser “heterogêneo”, com “pessoas diferentes...com doenças diferentes...em momentos diferentes”. E afirma que, “por outro lado”, os participantes têm uma característica em comum, que seria a “dor” e a “dificuldade que não podem ser ditas” de maneira direta. E não ser ditas “no excesso ou na falta de comida”. Continua:

***Luma:** ((interrompendo)) (...) isso eu acho que é uma dor... como o Vicente falou... uma dor da família né?... e o grupo... é... () na fala do Vicente... o grupo ele vem para que as pessoas possam... se aproximar um pouco mais né?... o grupo AQUI... aproxima as pessoas... e oferece a possibilidade... a partir do momento que se tem uma proximidade maior com a doença... com as dificuldades... com essa dor... que a gente possa levar pra lá um pouco mais de tolerância... um pouco mais de conhecimento... que é...*

A dor da família, segundo a coordenadora, seria a presença dessa dificuldade que não pode ser verbalizada e refletida e que aparece no comportamento alimentar. O grupo, nesse sentido, seria espaço de aproximação entre as pessoas com essa mesma dor e também aproximação com a doença.

Um outro objetivo do espaço grupal, dado por Luma, seria que os familiares pudessem ganhar um pouco mais de tolerância e conhecimento sobre essa dificuldade.

Luma parece concordar com o sentido dado por Vicente, do grupo como espaço de tratamento da família.¹¹ Além de ser espaço de habilitação e aprendizagem sobre a doença.

¹¹ Família teria uma dor, estando adoecida. Doença: do latim *dolere*: sentir dor.

A coordenadora enfatiza, em sua descrição dos objetivos grupais, a busca de aproximação entre as pessoas, entre suas vivências que trazem em comum essa dor do problema alimentar, mas que são vivências diferentes por serem pessoas diferentes.

Na seqüência, Valéria traz sua experiência de ter ficado muito próxima da dor da filha, com a filha “passando a ser a sua vida”. Mas isso não foi bom, porque ficaram sendo “uma só”, tornando difícil a relação. Então Valéria concluiu que a filha “tem que seguir a vida dela” e ela a sua. Afirma ainda ser um ideal difícil de atingir:

Valéria: *Eu não tinha antes ((Pausa)) Fui aprendendo aos poucos... e que a pessoa... o lá de fora... não entende... se você não... aqui você se abre você fala... aquilo que você sente... então você fala e tem ()...o grupo seu que isso não vai sair daqui ((fala enrolado))... mas os lá de fora é assim... no meu caso há um preconceito assim: se você... quando se sente mal que você tem que sair... que ir no Pronto Socorro... um... é apontado... outro: “ou tá com tuberculose... é aids”... é nesse ponto...porque uma pessoa com a altura da Antônia com... a chegar vinte e sete quilos... isso aí é uma criança de dez anos pesa isso né?... e se fica... é apontada... já aconteceu muito: “o que é isso... o que é essa doença?”... então... você... aprende o que é pra você poder passar... que é difícil... então porque... nós aqui com o grupo então... tamô então... aprendendo... o que pergunta é o que vai saber responder... ou então fica calada... fala: “ela é magra porque tem que ser magra” (...)*

Luma utiliza o exemplo trazido por Valéria, de sua relação com a filha, para continuar tecendo seu sentido do grupo como possibilidade de aproximação entre as pessoas. Assim como Valéria percebeu que é impossível ela e a filha tornarem-se uma só pessoa, pois guardam diferenças entre si, os participantes do grupo também não seriam iguais. Pois, ainda que tenham uma mesma vivência de dor, são pessoas diferentes:

Luma: *É... é uma coisa interessante o que você está dizendo Valéria que... se aproximar fazendo a diferenciação... né?... quando a gente fala de se aproximar... as vezes precisamos dar um espaço para que cada um tenha o seu próprio né?...*

A experiência de “se aproximar fazendo a diferenciação” é enfatizada por Luma.

Valéria afirma que a mudança na relação com a filha foi um aprendizado que ela obteve no grupo. E que esse aprendizado só foi possível por não ser um ambiente de “preconceito” como muitos ambientes que ela encontra fora dali. Dá o exemplo de sua ida ao Pronto Socorro quando a filha está mal, quando as pessoas apontam a filha e ficam se questionado se seria um caso de Aids ou tuberculose, dada sua condição de baixo peso.

Na seqüência, Luma retoma o questionamento de Aurora sobre como é que se sabe que a pessoa está melhorando:

Luma: Eu acho que tem uma última pergunta que... dentre as duas que a Aurora que... quando saber que a pessoa tá melhorando? Como que vocês acham que... que sinais são esses... que as filhas de vocês dão que vocês... praticamente todos aqui... todos né?... disseram que tão sentindo uma melhora né?... que sinais são esses?

Magali dá a sua compreensão da melhora:

Magali: (...) cada caso é um caso né... cada pai cada mãe tem a sua maneira né?... eu ficava vinte e quatro horas vigiando né?... então quer dizer... foi se tornando uma coisa assim... impossível da gente conviver junto... porque... tinha briga mesmo né?... tanta ajuda que eu procurei e não tinha melhora de jeito nenhum... aí depois... que eu vim aqui... que acho que foi a primeira vez que ele veio ((referindo-se a alguém do grupo)) que ele falou como é que... deixa a vontade... a hora que quer fazer faz... hora que quer comer come... então isso me ajudou muito... né?... aí passei a usar isso com ela e... foi dando resultado... hoje em dia eu já não fico mais assim... as vinte e quatro horas em cima... (...)

Magali afirma que a melhora é o fato de sua filha não mais brigar com ela, não comer escondido e estar mais calma. Conta que foi na ocasião de sua participação no grupo que pôde ouvir de outro pai (alguém presente nesse grupo que não foi possível identificar) uma

sugestão de como agir com a filha que a ajudou muito. Tem-se a melhora de sua filha em função de uma mudança em sua atitude, como não ficar toda hora dizendo para a filha comer.

A coordenadora enfatiza que a mudança no comportamento da filha decorreu também da possibilidade de mudança em Magali, em seu jeito de pensar e agir. O que teria sido uma conquista das duas.

Magali responde a esse sentido dado pela coordenadora, afirmando ainda ter outras mudanças que ela gostaria de ver na filha. Como a filha pagar o próprio tratamento dentário e não a mãe.

Luma parece entender essa fala de Magali como ela ainda tendo “outros objetivos pela frente”, com relação à filha:

Luma: *Acho que você tá falando que você já... caminharam... bastante né?... conseguiram algumas coisas... você... a sua filha... (filha) né?... mas que ainda existem OUTROS objetivos lá pra frente né?... ((Magali concorda)) que esse é um tratamento que é contínuo... né?... consegue alguns ganhos... aí tem outros objetivos... outras coisas a serem pensadas...*

Magali: *Pra mim o mais importante mesmo é ela curar de vez né?... eu sei que vai ser demorado né?... faz tão pouco tempo que a gente tá vindo né?... as vezes leva um ano dois três quatro né?... até cinco seis anos até o tanto de tempo que a Valéria tá vindo né?... então a gente sabe que é uma coisa demorada... mas só assim de a gente ver que teve uma evolução... no caso que teve uma melhora né?... que nem eu falei né?... (...)*

Luma pontua o tratamento como sendo "contínuo" e com variados objetivos a serem alcançados. Enfatiza os ganhos obtidos por Magali e afirma existirem outras melhoras a serem conquistadas por ela. Esse sentido dado por Luma traz a compreensão do tratamento como um processo longo, com muitos objetivos a serem alcançados pouco a pouco. Magali responde a esse sentido falando de seu principal objetivo, que é a cura da filha.

Ao afirmar que é "a cura de vez" o mais importante, Magali parece enfatizar que essa é sua principal busca no grupo. Afirma saber que é demorado, mas a possibilidade de ter alguém que se curou traz esperança.

Ao trazer a história de Valéria como um dos exemplos que a fazem perceber que é o tratamento é "demorado", Magali conta da desesperança que essa constatação traz.

A seguir, Vicente também coloca no grupo a sua opinião sobre a melhora.

Para ele, os sinais de melhora estão no fato de os filhos começarem a conversar sobre o problema com a família e outras pessoas, o que evidenciaria a sua conscientização da doença. Esse seria o primeiro passo, "uma melhora muito grande". Ele complementa com aquilo que ele acredita ser a primeira percepção da melhora, não no paciente, mas na família:

Vicente: (...) e no caso da gente também ((fala rindo)) acho que a primeira coisa que a gente percebe que a gente também tá melhorando... é... quando a... quando a gente se aproxima... começa a conversar... sem a... aquela coisa dentro do interior da gente de cobrança ou de (vigília) também... acho que é o momento em que a gente percebe que a gente também tem () nisso ((barulho de cadeira se mexendo)) () colocar a participação no grupo aonde eu aprendi isso... acho que são os dois momentos entendeu?... dela e da gente também.

Para Vicente, a melhora da família acontece quando os pais se aproximam do filho sem "cobrança" ou "vigília". Afirma que essa mudança na relação dos pais com os filhos foi algo que ele aprendeu no grupo

Algumas reflexões

Têm-se dois sentidos para a participação no grupo presentes nesse fragmento: participar para tratar a família também adoecida, ou participar para aproximar-se de outras pessoas com a mesma dor.

A família, vista como outro paciente, é destituída de seu conhecimento sobre a experiência pela qual está passando, não saberia reconhecer a doença, e teria que contar com o conhecimento especializado do profissional ou do familiar "mais velho no grupo" para aprender a lidar com a situação.

O grupo, visto como lugar de tratamento da patologia dos familiares, remete ao discurso da psicopatogênese familiar encontrado na literatura sobre os transtornos alimentares. Esse discurso defende que a dinâmica familiar seria a etiologia da doença psíquica dos pacientes (EISLER, 2005).

No grupo, esse sentido foi mais empregado por pais e mães no grupo, o que pode estar relacionado à ênfase que as teorias psicológicas dão as figuras paternas e maternas no desenvolvimento de patologias no filho (MA, 2005).

A linguagem do senso comum é permeada pelos repertórios interpretativos (termos, lugares comuns, descrições e figuras de linguagem) produzidos no domínio dos saberes científicos, dentre outros saberes formalizados e socialmente construídos (SPINK; MENEGON, 2000). No grupo, o discurso da psicopatogênese familiar está presente nos repertórios disponíveis às pessoas para suas práticas discursivas no grupo, e podem indicar a estabilidade (consenso) e a dinâmica (polissemia) presentes nessas comunicações e na caracterização desse discurso (SPINK; MEDRADO, 2000).

Os sentidos produzidos através desse discurso estão intimamente ligados aos valores sociais presentes no modelo biomédico de diagnóstico. Segundo Gergen e McNamee (2000), o diagnóstico promove padrões estigmatizantes, culpabilização, deteriorização das relações e tirada de poder das pessoas.

Na interação grupal, Valéria, Aurora e Salvador parecem se defender desse discurso, buscando justificar suas ações de possível negligência ou culpa sobre a doença. Salvador afirma ter buscado tratamento tão logo percebeu a doença, "não deixando ficar tão grave";

Valéria afirma que muitas vezes é difícil reconhecer a doença porque "os pacientes a escondem"; e Vicente acredita que a família também está adoecida, pois tem dificuldade de perceber que está "diante de uma problema".

Na legitimação desse discurso, a autoridade sobre as práticas de cuidado dos filhos, fica nas mãos dos profissionais do serviço, como afirma Valéria em um primeiro momento. Mas ao longo da conversação grupal podemos perceber uma renegociação desse sentido, com o questionamento de qual seria a "porcentagem" do papel da família na melhora das dificuldades do filho.

Para Salvador, a família é fundamental no reconhecimento da doença e na tomada de providências sobre ela. Podemos ver aqui o delineamento de uma nova maneira de se construir a posição da família na ação de cuidado com os filhos, uma posição mais ativa. Na fala de Vicente, esse sentido é clareado com a sua percepção de que o papel da família é mais importante do que a própria participação dos profissionais.

Ainda que esses sentidos sejam semelhantes com relação à família ser mais ativa frente à situação, eles diferem quanto ao fato de que para Vicente o papel da família só é mais importante que o do profissional porque a família deve "se estruturar".

O sentido de reestruturação da família para a melhora dos filhos é consoante com as teorias científicas de correlação entre o mau funcionamento da dinâmica familiar e o aparecimento da patologia em um membro da família. Para Salvador, a família parece ser entendida como recurso de melhora, não necessariamente precisa se ver como estando adoecida.

Nesse sentido, o familiar é ativo no tratamento, e pode também ofertar ajuda a outros participantes no grupo. Dentro dessa descrição, o grupo é visto como o lugar de troca de experiências para que o familiar possa se colocar em ação com relação ao problema alimentar.

Os valores presentes nas diferentes maneiras de descrever o papel da família no tratamento relacionam-se diretamente a construção da maneira de se perceber e interagir dentro do grupo. O discurso da psicopatogênese familiar traz como uma das suas conseqüências a construção da culpa da família pela doença do filho, portanto, a diferença na gravidade dos sintomas entre os filhos levaria à diferença no "grau" da culpabilização dos pais por essa gravidade.

Quando os participantes utilizam determinadas terminologias, como "paciente", "desestruturada", "normalidade", "gravidade", "doença", podem estar construindo relações de estigmatização dentro do próprio grupo, como através da noção de falha, inabilidade ou incapacidade pessoal (GERGEN; McNAMEE, 2000) no trato com a doença.

Salvador e Aurora diferenciam sua filha que toma medicamentos leves da filha de Valéria que estaria "em outra dimensão", uma situação mais negativa comparada com a sua. O sistema de valores, implícito no discurso diagnóstico, leva os participantes a buscarem se diferenciarem uns dos outros comparando a gravidade da doença dos filhos.

Dentro desse cenário torna-se mais difícil a possibilidade de continuarem juntos, de apoiarem uns aos outros e buscarem a resolução de suas dificuldades pessoais, tal qual a proposta do grupo de apoio sugere (BECHELLI; SANTOS, 2001).

A coesão grupal e a confiança mútua, como características fundamentais para a ação do apoio no grupo (KAPLAN; SADOCK, 1996), é buscada pela coordenadora Luma. Ao apontar a heterogeneidade grupal, ela fala das diferenças que marcam os participantes, mas ao descrever a sua homogeneidade, parece estar procurando um sentido que os una a todos e mantenha-os com um sentido positivo para a participação grupal.

O sentido da aproximação da doença, como o sentido que une a todos no grupo propõe, é construído a partir da lógica da busca pela conquista dos benefícios da melhora e da

cura (GERGEN; McNAMEE, 2000). Portanto, pode-se entender a postura de Magali de significar o grupo como espaço de obtenção de cura da filha.

O julgamento moral implícito no discurso do diagnóstico do transtorno alimentar, de que existe um funcionamento normal a ser alcançado (GERGEN; McNAMEE, 2000), parece permear essa construção de Magali do grupo como espaço para a busca dessa cura da filha, e ela podendo ajudar nesse objetivo descobrindo novas estratégias de relacionamento com a filha adoecida.

A melhora da família seria, na fala de Vicente, a aproximação de pais e filhos para conversarem sobre o problema. E no grupo, que outros modos de se perceber o papel da família no tratamento são possíveis? Existiriam realidades alternativas (GRANDESSO, 2000) para a compreensão da participação grupal?

Outros significados sobre essas questões parecem ser sublinhados no momento final dessa sessão.

Título 6: "Somos colegas nesse ponto também": a construção da possibilidade de continuarem juntos

A compreensão da mudança na família como evidência de melhora também é pontuada por Otávio na seqüência da conversa. Ele afirma que quando a família se sente melhor é porque o filho melhorou. Ele traz, em sua fala, o seu posicionamento contrário a alguns sentidos colocados no grupo sobre a experiência dos pais com relação à doença:

Otávio: Eu acho que quando a gente se sente melhor... ela também melhorou... eu não sei mas quando escuto vocês falarem de dor... sofrimento... angústia... essas coisas todas... as coisas negativas que a gente:... agora eu vou falar claro:... eu não sinto nada disso mas (mais?)... e sinceramente... desde o começo... eu não sei se sou mais tranqüilo... eu penso sempre: "bom... a situação não tá boa... MAS... hoje é assim mas pode ser um pouco

melhor” ((alguém tosse alto)) eu vou dizer como o senhor disse que é muito otimista né? eu sou também... somos colegas nesse ponto também...

Salvador: *Graças a Deus*

Otávio: *mas... eu nunca... eu vim aqui mas eu... desculpe a Valéria e outros falaram... é triste é difícil... da dor... do sofrimento... etecétera... ‘eu fico angustiado nesses dias’... EU NUNCA fiquei angustiado MESMO!... é verdade... claro! a gente sente alguma coisa... certo né?... mas assim angustiado... sofrido... sinceramente nunca... nunca... é... tá entendendo?(...)*

Otávio afirma não sentir a "dor", o "sofrimento", ou a "angústia" relatada pelos pais com relação ao problema da filha. Conta não ter sentido isso em nenhum momento. Enfatiza estar falando de maneira bastante sincera, provavelmente estando ciente de que sua colocação destoa das outras relatadas no grupo.

Pensa que essa diferença poderia ser em função de ele ser "mais tranquilo". Conclui que é otimista como Salvador. Afirma que são "colegas também nesse ponto".

Desculpa-se com Valéria por assumir que nunca se sentiu angustiado ou triste como ela relata. Afirma não ter ficado "angustiado", ainda que tenha sentido "alguma coisa" mas nunca "sofrido".

Otávio também traz o seu sentido sobre o que é a cura:

Otávio: *(...)... a gente percebe que tem alguma coisa errada tudo... mas hoje por exemplo... para mim a Manuela ((filha)) já está sarada... já está curada... ainda formalmente ainda não... ainda tá tomando remedinho né... certo?... mas (algum) tempo... não dá problema nenhum... tudo... ela se alimenta perfeitamente a meu ver... normalmente perfeitamente... até melhor que a gente... e ela.. cuida melhor que a gente da saúde dela em termos de... .de:... por exemplo... exercício físico tudo... ela faz... estudar faz até demais... é... quer dizer... não sei... ela vive de uma vida... em um certo sentido mais saudável... tirando os extremos né?... ((ri)) (...)*

Interessante notar que sua fala parece confrontar sentidos anteriores sobre o que é realmente a doença, como acontece a melhora, quem está habilitado a reconhecer a doença e a

sua cura. Além de evidenciar a construção de novos sentidos sobre o que é normal ou patológico no comportamento dos filhos, ou no comportamento dos pais.

Otávio afirma que, ainda que "formalmente" a Manuela não esteja curada, ele a considera assim. O "formal" mencionado por Otávio parece estar relacionado à opinião dos profissionais da equipe, que ainda não deram alta à sua filha. Ele se posiciona como alguém que também pode possuir um conhecimento sobre a filha e sua condição emocional. E ainda que seja um conhecimento informal, é levado em conta nas suas tomadas de decisão com relação ao tratamento. Como o fato de ele achar que não é mais necessária sua participação no grupo, como visto no início dessa sessão.

Além disso, a assunção desse conhecimento faz com que ele possa se posicionar no grupo de maneira distinta dos demais participantes, com uma narrativa alternativa com relação à sua vivência do problema de Manuela.

Otávio tenta tecer uma rede de sentidos que indiquem a sua percepção da cura de Manuela, como o fato de ela se alimentar corretamente e fazer exercícios físicos da maneira indicada. Todavia, ele parece se questionar quanto a outros sinais que a filha ainda apresenta, como "estudar demais", que seriam comportamentos "extremos". Conclui que a filha está "em certo sentido saudável".

Após a fala de Otávio, a coordenadora questiona Aurora se sua pergunta foi respondida. Aurora afirma que sim.

Então a coordenadora encerra a sessão afirmando que o grupo, a seu ver, é um espaço de "trocas" entre os participantes de suas "vivências" e "experiências". E que o objetivo é, também, de que os pais possam ficar mais "próximos dos filhos".

Despede-se do grupo.

Algumas reflexões

A fala de Otávio deixa clara a relação entre a construção dos sentidos sobre o fenômeno alimentar e a produção de sentidos sobre a participação no grupo.

As diferentes descrições sobre os "transtornos alimentares" privilegiam diferentes formas de ação frente à situação da "doença" (HEPWORTH, 1999). Ao contrapor-se às descrições anteriores da experiência do familiar frente à doença, Otávio confronta o discurso especializado dos profissionais que teria o valor de verdade sobre a situação de sua filha. Otávio parece entender que ainda que sua filha não esteja "formalmente curada", ele a entende dessa maneira.

A palavra formalmente na fala de Salvador parece aludir ao conhecimento formal e institucionalizado da ciência médica e psicológica representada na fala dos profissionais do serviço. Ao trazer o seu olhar e conhecimento como elementos de análise da situação da filha, Otávio pode discordar desse conhecimento formal e trazer a sua compreensão para o fenômeno.

A sua compreensão particular da relação saúde/doença o faz experimentar a participação no grupo de maneira distinta dos demais participantes. Afirma não ter vivido a angústia, dor ou sofrimento que os outros familiares relatam ter vivido.

Ao validar a diferença de sua experiência e a sua construção diferenciada da doença, Otávio pode valorizar seu próprio conhecimento com o pai, não tendo que se submeter ao discurso do especialista.

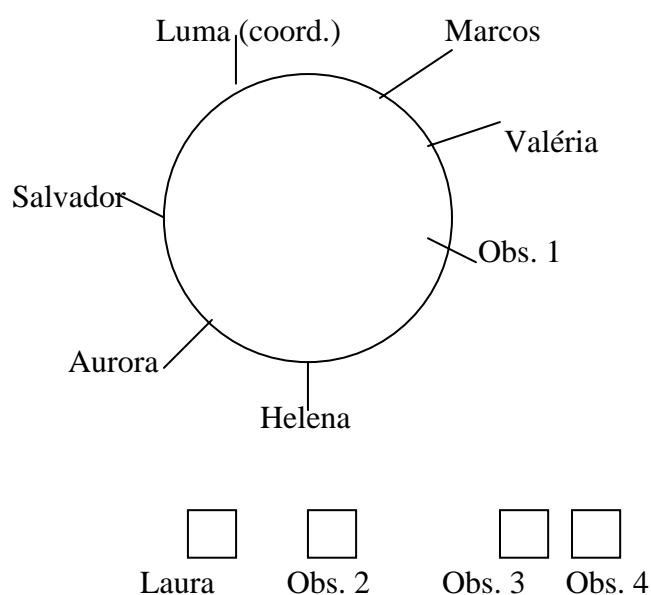
Outra racionalidade justifica o posicionamento de Otávio no grupo, e ele parece encontrar em Salvador "um colega" com experiência semelhante.

Novamente, vê-se a temática da semelhança e diferença no grupo, como a busca de identificações entre os participantes de maneira que possa ser garantida a permanência de sentidos positivos para a participação no grupo.

No início do grupo, Otávio parecia sentir-se isolado em seu posicionamento, com dificuldades de encontrar algum sentido para o espaço grupal que justificasse o não abandono do grupo. Ao término dessa sessão, ele parece agir em busca da possibilidade de continuar fazendo parte do grupo, aproximando-se de um de seus participantes.

Segunda sessão selecionada do grupo de apoio psicológico

Diagrama da disposição dos participantes na sessão:



Participantes:

Salvador, Aurora, Helena, Valéria e Marcos.

Observadores: Observador 1: mulher, estudante de psicologia, silente, sentada na roda dos participantes do grupo.

Observador 2: mulher, estudante de psicologia, silente, sentada fora da roda.

Observadores 3 e 4: um homem e uma mulher, estudantes de medicina, sentados fora da roda.

Laura (pesquisadora), silente, sentada fora da roda.

Coordenadora: Luma.

Contexto da sessão:

No grupo de orientação médico-nutricional, realizado anteriormente ao grupo de apoio, estavam apenas Helena, Valéria, Aurora e Salvador.

Helena e Valéria chegaram atrasadas. Lembro, durante o grupo, de ter visto a filha de Valéria. Ela me pareceu um "ratinho assustado", muito emagrecida e frágil.

Os participantes fizeram, nesse grupo, perguntas específicas sobre a doença, sintomas e condutas nutricionais. Helena e Aurora conversaram sobre o óleo na preparação da comida. Aurora afirmou que a filha não aceitava mais a sua comida. Helena, por sua vez, contou que sua filha gostava muito de seu tempero.

O grupo de apoio psicológico teve apenas um coordenador, a Luma. O outro coordenador estava de férias. Nesse dia havia menos observadores na sala. Marcos não participou do primeiro grupo, mas esteve presente no segundo grupo.

Título 7: O grupo para quem?: as diferentes indicações para a participação no grupo

Nessa sessão, os familiares e a coordenadora buscam construir um novo sentido para as diferenças entre os participantes.

Essa sessão se inicia com a chegada de Marcos ao grupo, vindo pela primeira vez. Ele conta que sua irmã já passou pelo serviço há uns 20 anos e que desde essa época ela tem tentado vários tratamentos para a anorexia nervosa. Afirma, também, que lidar com a recusa da irmã aos tratamentos é "algo muito difícil".

A coordenadora questiona se Marcos já havia participado de um grupo como esse, referindo-se ao grupo de apoio. Ele responde que não, que apenas teve uma participação em um grupo em uma outra instituição em que a irmã já esteve. Luma pergunta sobre o funcionamento de tal grupo a Marcos:

Luma: *E como que era?... como que era o funcionamento porque aí a gente pode...*

Marcos: *Isso eu não lembro bem não*

Luma: *Não?*

Marcos: *Não não não... é... aquela história... acho que era mais pra poder éh:... tá podendo viver com ela... eu não vivo... não moro na casa... ela mora com minha mãe... mas a minha mãe reclama muito.... não agüenta ela (...)*

Luma: *Hum hum*

Marcos: *Eu não lembro bem não*

Ao responder que o grupo era para aprender a conviver com a pessoa em tratamento, Marcos entende que o grupo de apoio não seria para ele, pois como ele afirma "não mora junto". Quem mora junto com a irmã é sua mãe e então ela que deveria vir ao grupo.

Luma conta a Marcos que são várias as famílias que participam do grupo, referindo-se ao grupo no qual eles se encontram, e ela pede aos participantes que contem "como é o grupo" a Marcos.

Helena responde valorizando a presença de Marcos no grupo. Afirma que a vinda de sua filha (irmã de Suellen, sua filha adoecida) ao grupo foi muito importante para Suellen e que ela sentiu como "um abraço da irmã". Para Helena é importante a presença dos irmãos no grupo.

Ainda que Helena tente trazer a Marcos um possível novo sentido para sua participação como irmão, Marcos enfatiza seu entendimento de que seria sua mãe a pessoa que deveria participar. Afirma, inclusive, que tentou convencer a mãe a vir ao grupo, mas ela não quis:

***Marcos:** Então mas é aquela história... ontem mesmo eu tava conversando... que minha irmã trabalha... todo mundo trabalha... até convidei minha mãe: "vamos?"... porque mais ou menos o que a médica ela falou deu pra entender: como estar lidando com ela... né?... eu acredito que seja isso e::... e não querem... parece que minha mãe tem uma::... sabe não é... não sei... até mesmo eu sabe... tem hora que que::... eu () problema que todo mundo tem... e tem hora que eu fico pensando sinto vontade de largar tudo... que se vire... que se arrume... vai indo cansa... a vida é cheia (...) complicado... mas eu acho que vale a pena porque cada um é um caso né... e esse caso as vezes você vai tentando...*

No fragmento acima, Marcos traz a "voz" da médica, que disse que o grupo seria para aprender a lidar com o paciente. Marcos permanece com a sua compreensão anterior da necessidade da participação de sua mãe. Afirma que ainda que seja uma situação complicada, ele acredita que vale a pena buscar tratamento, pois "cada caso é um caso", e assim, ele poderia encontrar uma nova saída para uma situação que há anos está tão difícil.

Pode-se entender, também, em sua fala acima reproduzida, um novo sentido para a sua não participação no grupo, o seu cansaço. Tem os seus próprios problemas e em alguns momentos pensa em desistir da tarefa de cuidar da irmã.

Em outros momentos da sessão ele conta que ninguém mais da família quer ajudar, a mãe já não agüentaria mais se responsabilizar pela filha.

Essa mudança de significado permite que a coordenadora traga uma nova interpretação sobre o grupo, que busca ampliar as possibilidades de Marcos estar ali. Luma descreve o grupo como o lugar de "encontro com novas pessoas", para elas não ficarem "solitárias em sua luta":

***Luma:** pessoas que tão passando por outras dificuldades mas que... que em comum tem o fato de ter uma pessoa na família que tem... esse tipo de dificuldade... acho que torna essa luta um pouco menos solitária*

Luma entende que, ainda que sejam pessoas com histórias, momentos de vida e tratamento diferentes, elas podem estar juntas se acompanhando nessa luta. A participação no grupo seria uma oportunidade para não ficarem isoladas.

Helena afirma que a vinda de sua família ao grupo foi um grande apoio para a filha, uma prova de cuidado e consideração, e que, a partir disso, as relações entre eles melhoraram muito.

Helena e Marcos conversam, na sequência da sessão, sobre as dificuldades de lidar com o familiar adoecido. Valéria interrompe a discussão trazendo a idéia de que "só a mãe" conseguiria lidar com a situação da filha "adoecida":

Valéria: *ah mas tem mesmo... esses... altos e baixos... uma pessoa doente é muito carente... no caso tem que ser:... a mãe né?... a mãe ()... de mão dada ali... junto... porque senão não consegue não... entender o que é a doença também né?*

No sentido trazido por Valéria, apenas a mãe seria capaz de ficar junto da filha, ajudando-a a entender "o que é a doença". Temos um confronto com o sentido anterior de que todos da família teriam o seu papel de apoio. Novamente negocia-se a presença de um irmão no grupo.

Para Valéria seria importante a presença exclusiva das mães. Ela chega a falar, no final da sessão, para Marcos tentar trazer sua mãe para o grupo.

Parece que para Valéria é importante enfatizar o papel da mãe como única fonte de ajuda, uma vez que ela se posiciona freqüentemente como a única cuidadora responsável pela filha. Como pôde ser visto na sessão anterior, as narrativas de Valéria eram relacionadas ao seu esforço e empenho com a filha grave durante os 11 anos de doença. Sua força para enfrentar essa situação foi utilizada pelos outros participantes para posicioná-la no grupo como modelo de esperança e luta.

A história de Valéria foi significada, por alguns participantes na sessão anterior, como assustadora ou desesperançosa, pelo longo tempo de doença e falta de melhoras de sua filha. Portanto, parece que, para buscar garantir um sentido mais positivo para sua experiência, de ser um modelo positivo para os pais, Valéria deveria manter a importância do papel da mãe no tratamento, o que acabaria por garantir a importância de seu próprio papel no grupo.

Luma busca novamente ampliar o sentido da participação no grupo trazendo a noção do grupo como um momento de reflexão "da própria vida":

Luma: *essa disponibilidade de tar... é::... pensando né?... pensando na própria vida... pensando em como ajudar... pENSando em POSSibilidades pra tar... é... saindo desse é... desse emaranhado... que parece que vocês vão tentando... tentando... parece que fica sempre na mesma... mas eu acho que () vão trazendo progressos né?*

Com sua fala, Luma parece buscar um sentido para o grupo que abarque todos os familiares, e não só as mães. O grupo seria espaço para a reflexão da própria capacidade de ajuda ao familiar adoecido. O que seria uma reflexão possível para todas as pessoas da família, que estariam buscando como sair da dificuldade.

Salvador se coloca, na seqüência, dirigindo-se a Marcos:

Salvador: *Eu também acho que é... importante... hoje né... .é a primeira vez que o senhor vem?*

Marcos: *É a primeira vez*

Salvador: *Tar tendo... mais um contato pra::... trocas de experiências e... aprender... eu vejo que o grupo... ele... é... com os seus membros... vão fazendo a repetição pra um caminhar melhor...() positivo... de cada membro que vem... como o senhor chegou hoje... vem somar... pra que nessa caminhada... nessa luta... a gente descubra (como) reagir... UMAS das coisas que eu já::... percebo...é que o... fechamento... isolamento... de qualquer criatura humana... isso... não é bom... isso é o que eu sinto... o que eu vejo... isso é o que eu tenho certeza absoluta (pela) minha vida... com o problema... esses problemas existem... cada um né?...*

com a sua... natureza...e que::... .é necessário descobrir... a forma de lidar com eles... de chegar a superar... e ACREDITAR... uma das coisas que eu acho que::... eu não... eu falo pra mim... que eu tenho certeza absoluta que só vai nos::... animar... é que... esperança...(...)

Salvador valoriza a participação de Marcos e o acolhe no grupo através de seu sentido do grupo como um espaço de trocas para todos. Afirma que Marcos vem "somar ao grupo", participando também na caminhada de descoberta sobre como reagir na situação em que se encontram.

Salvador significa o grupo, nesse momento, como sendo um lugar no qual os seus "membros vão fazendo a repetição para o caminhar melhor", e devem fazer juntos essa repetição, pois ele percebe que o "isolamento" de qualquer pessoa "não é bom".

Para Salvador, Marcos pode somar no grupo, e dar "esperança e ânimo", pois ainda que os problemas sejam de "natureza diferente", juntos eles poderiam descobrir uma maneira de "lidar" com eles.

Salvador dirige-se também à Helena falando da importância de sua filha ter participado do grupo:

Salvador: é... igual a... a sua filha teve aqui né? ((fala junto com Helena)) achei também muito positivo ela tar aqui... conversando... e como o senhor também é irmão né? ((Marcos concorda)) é muito importante... porque::... é MUito...nós que ()... nós temos os nossos problemas... mas... o problema delas estão... um pouco mais agravado... aí...né?... problema maior () ela...(mas) só que nós precisávamos verificar o seguinte... quem que não gosta... de um carinho... de um abraço... de ser compreendido... de::... ser acolhido... () enfim... de... de estar se sentindo bem... pois bem... se nós não temos o problema... é::... tão grave quanto esse... é... porque nós que não temos o problema... buscar uma... uma... saída... pra ir de encontro a esse (intenso) problema... não é verdade?...

Salvador parece continuar buscando garantir um espaço no grupo para Marcos, por valorizar a vinda de outra irmã no grupo. Ainda, Salvador afirma que mesmo que os

familiares também tenham os seus próprios problemas, os dos pacientes estariam mais agravados e, assim, essas pessoas estariam precisando de todo apoio que a família pudesse doar.

Os participantes parecem buscar um sentido único na participação de todas as pessoas no grupo e que possa incluir toda a família. O grupo seria espaço de acolhimento da família que passa por uma situação de problema alimentar:

***Luma:** Mesmo aqui no grupo... né?... acho que é... esse acolhimento... pode vir de cada um... do grupo... pra todo mundo aqui no grupo... porque no grupo é::... as pessoas estão todas... na mesma situação... né?... de... tem uma pessoa na família...que tem um problema... e... que aqui... todo mundo tá precisando de ajuda e podendo ajudar...*

Salvador concorda com o sentido dado pela coordenadora, enfatizando a importância da participação "mais variada" possível, provavelmente referindo-se a participação de pais, mães, irmãos etc. Ele conta que sua filha fica "muito contente" quando percebe que "está sendo compreendida":

***Salvador:** (...) cê vê...() um dos pontos que a Michele () fica muito contente... é quando ela percebe... que::... está tendo assim...está sendo compreendida... tá... e quando ela sai também... as vezes ela sai... amanhã por exemplo.. .tá programado dela ir no shopping...() () e::... a gente percebe também que quando ela não sai que se fecha um pouco...((alguém tosse)) () escola e tudo mais... é estressante pra ela..e::... como se diz... a adrenalina vai lá em cima... então... é... esse contato... o não isolamento... é importante... não só pra eles como pra nós também... não é verdade?... então é... é... importante... então eu vejo assim.. .igual a Valéria né?... eu fico imaginando a senhora ((riso no rosto)) né?... que faz a caminhada... essa... essa luta... esse exemplo de... de paciência...*

***Valéria:** AIII... eu tenho...*

***Salvador:** né?... e... e eu falo... é muito importante a Valéria (vir) conosco... porque nós partilhamos... aí... pra...()... mas que... quanto mais acolhimento... a senhora mesmo nos*

contar...() e a menina também... e vice versa... e todos... isso vai proporcionando assim... um ar diferente... uma ENERGIA... diferente... né?...

Ao trazer o exemplo da filha, que se sente bem ao não ficar isolada e pode sair de casa para passear com a família, Salvador parece entender que o grupo também seria esse espaço de não isolamento, para que cada pessoa saísse do "estresse" de seu problema.

Salvador dirige-se à Valéria para falar da importância de sua presença no grupo, não apenas para que ela não se isole, mas também para que ela possa partilhar no grupo sua vivência, e que todos os participantes juntos possam "proporcionar uma energia diferente".

Valéria afirma, na seqüência, que os participantes do grupo são para ela como "novos amigos" e, que é a sua perseverança em buscar mudanças na sua relação com a filha que a faz estar no grupo.

Em sua fala seguinte, Salvador traz a sua percepção da família como também precisando se tratar:

Salvador: (...) *...porque... se quem tem esse problema... eu tô vendo assim...() paciente tivesse a família um pouco mais envolvida... interessada... em solucionar o problema... e NÃO... achar que não tem nenhum problema... que...() fala: "eu não tenho nada"... mas eu preciso me tratar.... também... porque eu tenho um problema... o grupo ajuda a tratar isso... eu percebo...()*

Ele também traz a importância da conscientização da família para o reconhecimento da doença:

Salvador: (...) *eu vejo que é muito importante essa atividade porque... vai envolvendo as pessoas... as pessoas vão adquirindo... conhecimento... de outras pessoas que são felizes né?... é:... e estão bem... pode até não ser de tudo... porque cem por cento... só Deus... então... e que vai irradiar algo positivo... pra gente... então a participação do irmão... se não pode vir o outro... e fazer aquele trabalho... pra nós mesmos o primeiro (beneficiados) somos*

nós... não é?...e que... pra mim... é:... conseguir fazer um benefício pra outro como eu vou fazer ... sem tar no ponto... quer dizer... sem (me) conhecer... então acho que isso aqui é muito rico... sua participação hoje aqui...(somando) com a gente...() vem... buscar caminho... (pra) solução...((Marcos concorda))

Em suas falas, acima reproduzidas, Salvador enfatiza o grupo como local de "conhecimento de outras pessoas que são felizes". Essas pessoas não estariam "cem por cento" bem, mas irradiariam algo positivo aos outros participantes. Ele entende que além de ajudar o outro o benefício é também para si mesmo.

A coordenadora entende a fala de Salvador como um convite para Marcos continuar participando do grupo:

Luma: *Eu tô entendendo a fala do Salvador como um... pedido... pra que você continue ((Marcos ri)) vindo aqui no grupo... que você não se isole... né? ((Marcos concorda)) a gente tá aqui pra:... pra tar do teu lado né?... mesmo que... é... a família... o restante da família ainda teja... difícil de tar compreendendo... né?... a importância de:... de tar se unindo em torno disso... de tar pensando... no problema... nas relações... (mas) eu acho que você veio...né?... você veio... tá aqui com a gente...e...eu entendo a fala do Salvador assim né?*

Marcos: *Obrigado*

Luma: *Por mais que a... a sua... tendência seja a de se isolar... (mas) que sua vinda aqui no grupo também foi uma maneira de se integrar... né?...(um) outro grupo... pessoas novas... diferentes... e que estão dispostas também a ti integrar né? ()((Marcos concorda))*

Para a coordenadora, a importância da presença da família é em razão de "unirem-se em torno do problema".

Em outro momento do grupo, Luma traz outras descrições sobre o espaço grupal, complementando o sentido trazido por Valéria do grupo, que seria "para ajudar o outro e a si mesmo":

Valéria: *Pode ajudar a sua irmã... e a você mesmo ((Salvador fala junto: “nós desejamos”)) né?*

Salvador: *() um dia de ter sua mãe aqui conosco*

Marcos: *Se Deus quiser*

Luma: *Eu acho que a Valéria falou uma coisa interessante... que é essa questão que o grupo tem... a princípio... a idéia de cuidar daquelas pessoas que cuidam... dos... cuidadores de transtornos alimentares... né?... mas... é::... a nossa... a nossa idéia aqui.. .é de que nós... todos aqui no grupo possamos tar mais fortalecidos... né?... ((alguém concorda)) (a partir) disso poder levar isso lá pra fora... né?... que a gente tem () os irmãos... pessoas que são próximas...*

Luma coloca dois objetivos para o grupo: o apoio aos cuidadores das pessoas com anorexia e bulimia nervosa e o fortalecimento de todas as pessoas que participam do grupo. O primeiro significado se relaciona à participação das pessoas diretamente envolvidas no cuidado dos pacientes, tal como a descrição feita por Marcos no início do grupo. O segundo modo de entender sua funcionalidade se refere ao espaço grupal como a possibilidade de "fortalecimento" de todas as pessoas "próximas" da situação de doença.

Algumas reflexões

Nesse momento da sessão, a coordenadora, Helena e Salvador buscam a construção de um sentido para a participação no grupo que possa incluir a presença de Marcos. Todavia, Marcos parece trazer outros sentidos que não justificariam sua presença ali.

O primeiro sentido relaciona-se ao fato de sua compreensão do grupo como local de aprendizagem do "como lidar" com a pessoa adoecida. Esse sentido corresponde à construção presente na literatura sobre grupos do objetivo do grupo multifamiliar como aprendizagem para saber superar os problemas com a pessoa adoecida (EISLER, 2005).

E, em um segundo momento, afirma que seu envolvimento no tratamento da irmã é dificultado pela vivência de seus próprios problemas em sua vida.

Pode-se perceber o caráter construído da participação grupal, refletindo os diferentes posicionamentos sobre o estar ou não no grupo. Esses posicionamentos podem ser renegociados, em um processo sempre aberto a novas modificações (TAN E MOGHADDAM, 1999).

Dentro do enfoque construcionista social, o grupo é entendido como uma prática discursiva criadora de realidades relacionais (RASERA, 2004; McNAMEE, 2001). Nesse sentido, ainda que o discurso das teorias psicológicas na área das práticas grupais traga a noção da existência de grupos com características universais e essenciais, o grupo, entendido a partir da abordagem construcionista, constitui-se através das relações e descrições das pessoas sobre o grupo e sobre si-mesmas.

Sendo assim, os sentidos presentes na literatura sobre grupos são negociados e modificados pelos seus membros, e as regras do contrato grupal são constantemente transformadas pelos participantes (RASERA, 2004). Como por exemplo, a regra sobre quem deve participar de cada tipo de grupo.

Salvador e Helena buscam garantir a permanência de Marcos no grupo trazendo narrativas da importância da participação de "irmãos e irmãs" no grupo, e Luma traz o sentido da participação no grupo como possibilidade de "não estar solitário". Marcos parece buscar um novo sentido para a sua participação, que seria "encontrar uma saída" para a situação da irmã, ou poder estar acompanhado na busca de resolução de seus próprios problemas.

Todavia, os diferentes sentidos, sobre quais devem ser os participantes desse grupo, podem deslocar as pessoas de suas posições anteriormente assumidas, sendo necessárias novas renegociações de posições no campo grupal.

Valéria, ao valorizar seu papel enquanto cuidadora da filha enfatiza a importância da participação das mães no grupo, e busca manter esse sentido nesse momento da negociação grupal.

Salvador busca a possibilidade da participação "mais variada possível", mas acaba marcando a diferença entre os participantes ao afirmar que "a família também tem um problema" e "precisa se tratar". Nesse ponto, Salvador traz o sentido do grupo para "conhecer outras pessoas que são felizes". Essas pessoas seriam aquelas que já estão com os filhos bem melhores e que "irradiariam algo positivo" aos demais participantes. A diferença de julgamentos na diferença entre os participantes aparece novamente.

Têm-se as pessoas felizes e que irradiam coisas boas, em oposição ao que? Pessoas tristes e irradiando coisas negativas?

A da coordenadora parece ser a de buscar a possibilidade da integração das diferenças entre os participantes. Integração que possibilitaria, também, a possibilidade de ampliar a gama da participação dos diferentes familiares no grupo.

A percepção da diferença no grupo pode limitar as possibilidades de ação, auto-descrição e posicionamento de determinados participantes, e a possibilidade de transformação dos sentidos através de novas co-construções poderia garantir a possibilidade de as pessoas continuarem juntas na diversidade (McNAMEE, 2004a).

O discurso individualista da doença e seu efeito de responsabilização individual, tem como uma de suas conseqüências o fato de que nós só examinamos as ações alheias quando elas afetam as nossas próprias ações, ou seja, só nós interessamos em nos relacionarmos se tiver algum benefício individual envolvido. Assim, o olhar volta-se sempre para o si-mesmo, limitando o investimento nas relações, que se tornam "artificiais" (McNAMEE, 2001).

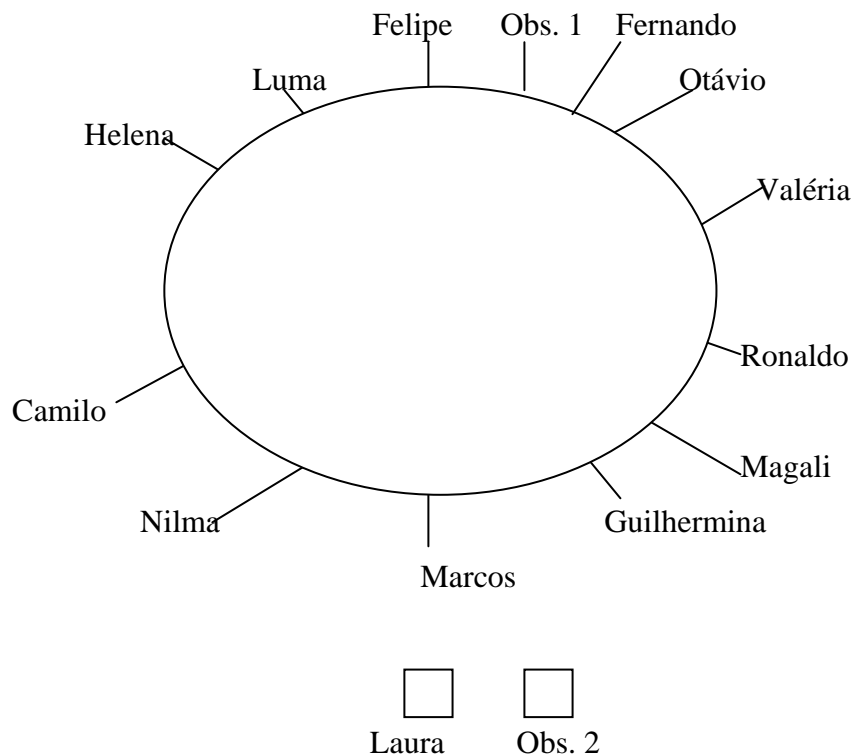
Essa ideologia individualista se faz presente no grupo através da discussão de quais seriam os benefícios individuais da participação de cada pessoa. Ao mesmo tempo, pode-se

perceber um esforço de alguns participantes e da coordenadora, em variados momentos da sessão, de buscarem sentidos comunitários para a participação grupal.

A construção de um sentido que possa abarcar essa multiplicidade entre os participantes do grupo parece ser o foco do fragmento selecionado da sessão seguinte (sessão 3), como pode-se ver a seguir.

Terceira sessão selecionada do grupo de apoio psicológico

Diagrama da disposição dos participantes na sessão:



Participantes:

Fernando; Otávio; Valéria; Ronaldo; Magali; Guilhermina e Camilo (mãe e namorado de Ananda); Marcos e Nilma, (irmão e mãe de Mércia); e Helena.

Observadores:

Observador 1: mulher, estudante de psicologia, silente, sentada na roda dos participantes do grupo.

Observador 2: mulher, estudante de psicologia, silente, sentada fora da roda.

Laura (pesquisadora), silente, sentada fora da roda.

Coordenadores: Luma e Felipe.

Contexto da sessão:

O grupo de apoio psicológico estava com muitas pessoas. Fernando e Helena entraram atrasados. Magali contou que a filha piorou muito por ter conversado com outra menina no grupo de apoio aos pacientes. Havia 3 pessoas novas no grupo: Guilhermina, Camilo e Nilma. Os observadores estudantes de medicina não participaram dessa sessão.

Título 8: Os casos graves e não graves: a possibilidade de um novo sentido para a diferença

O grupo inicia com a apresentação dos participantes, que falam seu nome e o parentesco com a pessoa atendida no serviço. Logo após a apresentação, o coordenador Felipe pergunta a Marcos se é a sua primeira vez no grupo. Marcos afirma que já veio uma vez na semana anterior, na qual Felipe estava de férias.

Após essa conversa introdutória, Marcos afirma ter ficado preocupado desde o último grupo, pois ele havia falado da gravidade da doença da irmã e acabou percebendo que a filha de Valéria estava em uma situação "mais grave". Ele se dirige à Valéria desculpando-se:

Marcos: *É É... minha preocupação que eu tava falando... tava conversando... como que é o nome... esqueci o nome*

Valéria: *Valéria*

Marcos: *() Valéria Valéria né?... - que eu até pedi desculpa pra ela porque o caso da filha dela - ... é:... mais pela minha mãe né?...((Felipe vai concordando)) porque eu via que minha irmã era (fome)... e toma laxante... e toma diurético... a filha dela... nem isso tá comendo... aí ela precisa levantar pra... dar água pra filha... minha mãe não faz isso... então minha mãe...*

(tar) vendo que... que tem (um) que tá pior que minha irmã parece né?... - senhora desculpa mais uma vez a senhora ()

Valéria: *NÃO... o caso dela é grave mesmo ((fala com voz de riso para amenizar))*

Marcos: *Precisa tar... auxiliando pra tar andando... isso aquilo... e minha irmã (ainda) tá aí mais ou menos né?... cada caso é um caso... (mas) pra ela tá vendo aí... até... ela até falou que vai para o HD... se minha mãe quisesse (ir) – tava falando pra ela agora – porque a gente fica meio:... né?... é:... ()*

Valéria: *Perturbado*

Marcos: *É:... aí fica preocupado com ela... fica preocupado... EU... eu tanto aqui eu tô bem né?...na terça feira eu fiquei meio assim mas:... hoje eu tô bem.. .()... (tão) aí tratando né?... tem... e que vai fazer o que?*

Temos a construção da diferença entre a gravidade da doença para cada uma das famílias. Valéria nomeia seu "caso" como sendo "grave". Ao contar como se sentiu frente à gravidade do caso de Antônia (filha de Valéria), Marcos faz uma pausa ao dizer: "a gente fica meio...", e Valéria parece completar a frase com a palavra "perturbado". Marcos, por sua vez, completa dizendo sentir-se "meio preocupado".

Têm-se duas descrições de como é possível se sentir ao perceber casos graves de doença no grupo: o ficar "perturbado" e o ficar "preocupado".

A partir desse momento, o grupo continua discorrendo sobre as diferenças entre os "quadros sintomatológicos" dos filhos, filhas, namorada, e irmã.

Os familiares falam dessas diferenças enfatizando a dificuldade de comunicação entre as pessoas, seja na família ou no próprio grupo. Na família, essa dificuldade se concretizaria através das brigas com o familiar "adoecido", e no grupo seria, segundo a compreensão de Felipe, a impossibilidade de, muitas vezes, ser entendido e aceito pelo outro.

Felipe retoma o conteúdo da sessão até esse momento, e faz um paralelo com a busca de entendimento entre os participantes no grupo, como uma tentativa de aproximação entre eles:

Felipe: é::... eu quero::... agora fazer uma observação... assim... eu tava aqui perguntando mesmo pra vocês que... que eu ainda não conheço (...) eu ainda não conheço... é::... é::... e tava aí querendo saber um pouco de vocês... como é que é participar do grupo... eu acho que desde o começo a gente ficou falando::... de algo muito importante né?... que é de comunicação né?... ah::... desde a comunicação que a gente faz aqui né?...(...):... mas aí vocês foram falando de que a comunicação é algo muito difícil né?... assim... ah::... chegar perto da outra pessoa... conseguir fazer com que ela entenda o que a gente tá pensando... e por outro lado assim... entender o que ela tá pensando... o que ela tá vivendo... é sempre um desafio né?... é sempre muito difícil ((alguém concorda)) ah::... e eu acho que é isso que a gente acaba vivendo aqui no grupo... né?... num grupo desse né?... com tanta gente... ah::... e que a gente fica aí perguntando... querendo saber como é que é... quem é você né?... o que que você tá esperando... é na tentativa de chegar peRTO... né?... de... de... aproxIMAR... daquilo que vocês tão vivendO... e... daquilo que vocês tão precisando... que como... ele tava dizendo... as vezes... ficar sozinho é muito difícil... né?... ficar sozinho é muito ruim... né?... e aí eu queria... saber agora né?... de quem ficou escutando... e... né?... o que que pensou?... enquanto tava escutando a história... dessas pessoas que tão chegando agora.

Nessa fala, Felipe traz a aproximação entre as pessoas no grupo como uma possibilidade de entendimento da vivência alheia, de não ficar solitário na sua experiência. Para Felipe, nesse momento de produção de sentidos, o grupo é visto como oportunidade de as pessoas se aproximarem.

A aproximação entre os participantes parece ter um significado de igualdade entre os participantes, como se, para chegar próximo do outro, tivesse que ser reconhecido nesse outro algo que os iguale.

Essa compreensão leva em conta a interação que se estabelecesse no grupo após a fala de Felipe. Valéria posiciona-se como alguém diferente dos outros participantes, parecendo difícil se aproximar, nesse momento, das vivências alheias:

Valéria: eu tava pensando o seguinte... que eles est^ÂO... acho que não tem doença!... nu nu... no mEU... no que EU estou passando

Felipe: Como assim?

Valéria: tantos anos... ()... eu tô sempre assim::... Vivendo o dia...

Felipe: Hum hum

Valéria: mas em matéria de...eu com a minha FILHA... não tem assim... a gente se comunica... conversa e tudo ((Felipe: hum hum)) num tem esse problema... MAS.. .tem o dia que::... NÃO tem... não quer saber de nada... o::... caso dela... é GRAVE... ainda hoje ainda é... são tantos anos de... de... .luta....(...)

Felipe: E::...o que a senhora tava falando... é que perto dessa sua situação... a situação deles...

Valéria: AH! elas são curadas!... são curáveis... porque eu não::... que eu venho acompanho... não deixo ela... lado a lado... ela não vem no grupo... eu venho... não tem essa... eu procuro dar... quer dizer que não tive a minha vida própria... fiquei em função DELA né?... agora nessa semana tá::... tá difícil

Em sua fala, nesse trecho, Valéria afirma que as outras pessoas no grupo não teriam "doença", e que seus familiares seriam "curáveis". Em contraposição a seu caso que seria "grave" e "não curável".

Valéria coloca-se, nesse momento, como diferente dos demais participantes, sendo difícil sentir-se próxima deles. Dessa maneira, o grupo não poderia ser sentido como espaço de união e aproximação entre as pessoas. Fica solitária na especialidade de sua "situação".

Na seqüência desse grupo, Magali questiona sobre a influência negativa que os pacientes poderiam ter uns sobre os outros, ao participarem do grupo de apoio a eles destinado e ouvirem os relatos de exemplos negativos dos outros pacientes, como o relato de alguém que esteve bastante emagrecida e não morreu. Segue-se o diálogo entre Magali e Valéria sobre esse aspecto:

Magali: Não... assim... porque... a semana retrasada... porque a semana passada eu não vim... retrasada que eu vim... tinha duas... (participantes) junto com a Tatiana... e aí elas esperam ali embaixo né?... até a hora delas entra... aí elas tavam conversando... né?... e aí... a Tatiana... não sei o que ela perguntou pra menina... e ela falou: “ah... eu cheguei a pesar vinte e sete quilos... fui internada... né?... e:... eu (tava) que nem morta... e o médico deu (lá) uma injeção de ânimo lá... falou () ou tudo ou nada né... cheguei nos vinte e sete quilos e não morri... tô aqui”... e começo (): “engordar pra que...” isso e aquilo outro... quer dizer... é uma coisa que a gente vê que é uma pessoa que tá... DOENTE... não tá normal... não tá boa... então... o que eu quis dizer foi o seguinte... a Tatiana – depois disso – ela deu uma piorada... então... ah:... em vez dela pegar... o exemplo bom... ela pegou aquele ruim... porque uma pessoa chegar a beira da morte... isso não é uma coisa boa!

Felipe: Hum hum

Valéria: ô Magali... interrompendo não... mas a coisa funciona assim... ESTÁ dentro do doente... ele... num... num é que a Tatiana pegou o que a outra falou... ela não se aceita gorda...

Magali: é... é... não... concordo... só que ()...

Valéria: ... é esse o problema... é aquela agressão com ela mesma

Magali: ... eu tô dizendo assim... porque ela comia demais... e... provocava o vômito ((fala mais baixo)) AGORA... isso não tô falando que é culpa da menina... porque ela... todas ali se enquadra... num caso muito sério... muito difícil... né?... eu assim... nem levei assim em consideração... procurei conversar com ela de outra maneira né?... porque:... a gente tá vendo... uma pessoa doente... uma pessoa que eu creio que não tá nem normal... elas não tão nem normal... pra mim eu acho assim... porque... uma pessoa assim em sã consciência... mesmo... uma cabeça firme mesmo... ela vai querer levar uma vida... regrada... ela vai querer comer certinho... direitinho... não vai querer ficar doente... não vão querer fazer isso... quer dizer... a partir do momento... que elas fazem... é porque elas estão doente... apesar... de demorar muito também pra mim se conscientizar... que isso era uma doença... (...) então quer dizer... um caso assim de informação da gente ter... da gente saber da doença certinho... eu... eu... eu só fui parar de brigar com a Tatiana... depois que eu... entendi isso(...)

Magali inicia falando que a filha Tatiana, ao ouvir o relato de outra menina no grupo, havia piorado, pois começou a seguir o exemplo dado por essa pessoa. O relato teria sido de

ter chegado aos "27 quilos" e não ter morrido, ao que a filha de Magali haveria entendido que então poderia emagrecer mais e que também não morreria.

Para Magali, essa conversa fez a filha comer menos na mesma semana e piorar. Segundo sua compreensão, a filha teria "pego o exemplo ruim" no relato no grupo, ao invés de pegar exemplos "bons". Magali afirma que esse foi um exemplo ruim, pois alguém que chega a "beira da morte" não é "coisa boa".

Sabe-se, através da leitura dos prontuários do serviço e pelos relatos dos profissionais em outros contextos, que a filha de Valéria é um "dos casos da doença" que chegou a um nível bastante crítico de emagrecimento, "beirando a morte". Assim, pode-se hipotetizar que Valéria assumiu o relato de Magali como uma referência à situação de sua filha Antônia. Essa hipótese é enfatizada pela explicação de Valéria de que tal atitude da "paciente" teria sido em função da "doença" que está "dentro da pessoa" e que a faz não querer ganhar peso.

Felipe traz a sua compreensão para a narrativa de Magali:

***Felipe:** Mas isso que se tá contando... né?...eu vou aproveitar né?... pra fazer assim... um registro pra quem tá vindo aqui... é:... de que... se tá contando que esse grupo te ajudou a entender... algumas coisas...*

***Magali:** ... exatamente*

***Felipe:** ... mas também te ajudou... a mudar... o seu jeito de se relacionar com ela...*

***Magali:** Certo*

***Felipe:** ... hoje você já se relaciona de um jeito diferente...*

***Magali:** ... certo*

***Felipe:** e eu fiquei pensando... mas como é que... ela conseguiu isso?... né?... eu acho que você conseguiu isso... porque você teve CONtato... com outras pessoas ((barulho)) que tinham experiências... diferentes da tua...*

***Luma:** e se dispôs a pensar ()*

O coordenador Felipe parece entender que a pergunta de Magali, referente ao grupo das pacientes, pode ser utilizada para a compreensão da diferença (heterogeneidade) também presente no grupo de familiares.

Ele afirma que a experiência de ter o contato com pessoas diferentes pode provocar impacto e questionamentos, como a angústia de não saber se seus familiares vão melhorar ou não, mas que esse contato com a diferença também pode "ajudar a entender algumas coisas", como aconteceu com Magali que pôde, após a sua participação no grupo, melhorar o seu relacionamento com a filha:

***Felipe:** () ... ah:... o que a gente escuta...né?... de um paciente que sente que ficou muito mal... de uma paciente que não tá:... não tá comendo a muito tempo... de que isso vai fazer com que a filha de vocês... piore... né?... o medo de que elas fiquem aprendendo... a piorar... a fazer coisas cada vez piores... que eu acho que tem tudo a ver... com o que a gente vive nesse grupo aqui... né?... quando por exemplo... vocês chegam e escutam histórias... por exemplo... quando a Valéria conta a história dela... né?... de como a filha dela tá... dos tantos anos... da luta dela... eu acho que isso tem um impacto em vocês... né?... eu acho que vocês estão se perguntando assim: “poxa... mas e eu?” né?... “quanto tempo eu vou ter que enfrentar essa doença?” né...ah:... “quanto tempo vai levar pra que... ela melhore?” né?... “e será que eu vou conseguir?... será que eu não vou conseguir?” ... ah:... vocês também tão escutando histórias... que mexem com vocês... né?... mas eu acho que esse grupo é pra isso mesmo... é pra que a gente conte as nossas histórias... e que a gente pense sobre elas... né?... porque também nessas histórias pode ter alívio... né?... vocês podem se sentir mais aliviados... “não... é verdade... acho que não tá tão ruim”... acho que nessas histórias tem muito aprendizado né?... quando você fala... que você mudou o seu jeito... e que a Valéria também tem mudado o jeito dela... ao longo desse tempo...*

Felipe parece acreditar que a participação no grupo é para que os participantes possam "contar suas histórias" e que essas histórias podem "mexer" com eles, mas que são importantes, pois nessas histórias podem ser encontrados alívio e aprendizado.

Valéria parece concordar com esse sentido:

Valéria: porque não adianta você vir no grupo... se... se... pra encontrar tranqüilidade... uma luz lá no fundo do poço... chegar aqui ficar sentada e não falar nada... aí...num resolve... então tem que por pra fora... aquilo que você tá sentindo... porque tem que ser na prática... teórico não funciona...

Valéria parece encontrar na fala de Felipe uma oportunidade para complementar seu sentido do grupo como espaço para todos poderem contar suas histórias, mesmo que sejam histórias tristes. Ao valorizar os diferentes relatos no grupo, o coordenador abre a oportunidade para Valéria defender o seu direito de "por na prática" a sua experiência, ou seja, poder contar a sua história.

Valéria entende que se ficasse calada não poderia encontrar "tranqüilidade" e uma "luz no fundo do poço" com relação ao seu problema. Então, parece fazer uso da posição de autoridade do coordenador no grupo para validar seu lugar no grupo, não tendo que se sentir discriminada ou um mau exemplo.

Magali, logo na seqüência, questiona Ronaldo sobre o que ajudou na melhora de sua filha:

Magali: então... que nem ele falou que a... filha dele melhorou né?... então... eu queria que ele falasse assim... um pouco né... sobre assim... como que agiu... como que foi... desde o começo... porque... eu acho que isso daí também é importante pra gente né?... porque quando cada um dá o depoimento... aí chega em casa né?... aí eu vou parar... pensar: "Ai () (isso isso) () assim assim ()"... então eu vou tirar assim... um pouquinho de... do que cada um falou... e vou ver como é que eu vou fazer... que nem ela... quando ela vem tantos anos... as vezes eu tô em casa desanimada... aí eu paro pra pensar... nossa a Valéria... tantos anos... e tá firme e tá lutando... não desanimô... então eu também não posso desanimar... então... eu tenho que ir em frente também... entendeu como que é?... então eu procuro tirar um pouco... então você ouve a partir assim... que muitas tenta... tenta... e não tá conseguindo... mas tem

aqueles também... que... tentam... tá dando certo... tá... né?... então eu acho que tudo é importante pra gente... pra gente poder conseguir... né?... ter um::... bom resultado... né?

A pergunta de Magali dirigida a Ronaldo pode ser entendida como uma ação complementar ao sentido dado pelo coordenador de poder significar o grupo como espaço de aprendizagem. Esse sentido, além de ampliar as possibilidades da participação grupal, propõe uma maneira alternativa dos participantes se posicionarem no grupo e não apenas ficarem impactados com a diferença presente entre os participantes.

Essa ampliação parece mudar a tonalidade da interação, saindo de movimentos de culpabilização e segregação dos participantes para uma postura mais ativa de engajar-se com o outro na busca de sentidos mais criativos e possibilitadores de mudança.

Algumas reflexões

Pensando nas conversações das sessões anteriores sobre a diferença da gravidade da "situação" do familiar adoecido de cada uma das pessoas no grupo, pode-se pensar que o tema do como lidar com a diferença entre as pessoas, suas situações, seus sentidos, e suas maneiras de pensar continua sendo debatido.

Nesse fragmento de sessão podemos perceber a diferença construída marcando o distanciamento entre as pessoas. A distinção entre os casos "graves" e não "graves", com relação aos sintomas dos transtornos alimentares, implica em diferenciações entre os relatos dos participantes no grupo. Os relatos da gravidade da doença são "perturbadores" e, portanto, provocam a estigmatização das pessoas que trazem tais relatos.

Segundo Andersen (1998):

"nós necessitamos ser 'perturbados' desde que as perturbações nos mantenham vivos e nos tornem capazes de mudar de acordo com a transformação do mundo que nos rodeia. Mas se as perturbações são muito

diferentes do que nosso repertório é capaz de integrar, nós nos desintegramos se as absorvermos" (p. 75).

O autor entende que a perturbação que a diferença promove é positiva no sentido da promoção de transformação nas pessoas, mas se demasiada, poderia provocar 'desintegração'.

Nesse grupo acontece a negociação sobre o valor das narrativas "dos casos graves da doença" e do "mau exemplo" que elas poderiam ser para os participantes. Os familiares e os coordenadores parecem debater a dupla função que essas narrativas podem ter: como provocadoras ou generativas de mudança.

Os distintos relatos presentes no grupo representam a multiplicidade de moralidades e crenças possíveis nesse contexto, e esse momento da sessão denuncia a dificuldade das pessoas de serem sensíveis a essa multiplicidade (GERGEN; McNAMEE, 2000).

A resistência em significar positivamente a diferença no grupo permeia o diálogo entre Valéria e Magali sobre o "exemplo ruim" no grupo de apoio aos pacientes. A construção do sentido de Valéria para a explicação do que acontece com a "menina" que traz o "exemplo ruim" às demais pacientes traz o discurso da psicopatogênese do transtorno alimentar, muito comum no discurso psicológico e suas teorias de entendimento desse fenômeno. Ao afirmar que essa pessoa agiu em função da "doença" que está dentro dela, Valéria legitima esse discurso e se defende da acusação (indireta) sobre sua filha.

Nessa situação, a construção da doença aparece como uma entidade que reside no paciente e tem o controle sobre suas ações.

Percebe-se que o uso dos sentidos nas relações dentro do grupo não é fortuito, e é sempre endereçado a alguém na interação. Quando o direcionamento dos sentidos pode ser revelado na conversa, pode-se reconhecer a quais diferentes audiências as pessoas se dirigem nos diversos momentos do grupo, e o reconhecimento dessas audiências pode promover a reflexão sobre quais construções de mundo estão sendo feitas a partir desse endereçamento (GERGEN; McNAMEE, 2000).

Para Gergen e McNamee (2000) toda ação que traga uma voz alternativa aumenta o potencial dialógico, aumentando as chances de transformação dos sentidos. Seria a atitude de sair do monólogo com o mundo e incluir novas vozes que possam integrar o repertório de construções dialógicas entre as pessoas.

Em suas intervenções, Felipe parece buscar uma maneira alternativa das pessoas significarem a diferença no grupo, que não apenas como algo ruim e "perturbador". Ao fazer isso, ele pode construir outras formas de compreensão dessas diferenças promovendo o movimento de reaproximação entre as pessoas, como acontece na interação entre Magali e Ronaldo no final do recorte da sessão.

Segundo RASERA (2004), o grupo

"propicia o contato entre pessoas com histórias de vida marcadas por semelhanças e diferenças (...) (que podem) servir como uma mostra de como a vida pode ser de outro jeito, ou de como apesar de diferentes situações os significados podem ser semelhantes"

Esse sentido para o grupo como local de aparecimento de diferentes tipos de vida, ainda que existam semelhanças e diferenças entre seus membros, parece ser consoante com o sentido proposto por Felipe, do grupo como espaço de aproximação entre as pessoas para a obtenção de aprendizagem e alívio.

Gergen e Kaye (1998) defendem que a postura do terapeuta deve ser a de sempre se perguntar como novos cursos de ação, mais libertadores e menos cristalizados, podem ser encontrados. Nesse sentido, as narrativas dos participantes são entendidas como uma forma possível e não exclusiva de compreensão e o espaço terapêutico pode ser a oportunidade para o aparecimento do novo e do inesperado (GRANDESSO, 2000).

Uma vez que as formas utilizadas pelas pessoas para se descreverem limitam suas ações, a mudança de posicionamento pode favorecer o aparecimento de novas interações (LAX, 1999). No grupo essa mudança acontece com a postura ativa tomada por Magali ao buscar no grupo relatos de obtenção de melhoras da doença.

Conversar com os outros é, segundo Andersen (1998), uma maneira de se definir e a conversa terapêutica é a busca de novas descrições, entendimentos e sentidos. Essa busca parece ter sido empreendida nesse fragmento da sessão grupal.

6 REFLEXÕES FINAIS

Frente ao resgate da literatura sobre a construção dos transtornos alimentares, da família e sua relação com o tratamento e do grupo de apoio, foi proposto o questionamento de quais eram os significados construídos pelos participantes para essa gama de possibilidades de estar no mundo.

A análise empreendida pôde mostrar a variedade de sentidos sobre a participação grupal construídos pelos familiares nas sessões do grupo de apoio através das conversações sobre os temas da construção da diferença no grupo; do reconhecimento das semelhanças e desigualdades entre os participantes; da construção dos diferentes lugares no grupo; da compreensão dos sentidos para o espaço grupal; da construção da possibilidade de continuarem juntos; das indicações para a participação grupal e da possibilidade de um novo sentido para a diferença entre os membros do grupo.

Os participantes teceram as respostas para algumas perguntas importantes relacionadas à sua participação nesse grupo, como o por quê e para que estar ali, quem deve participar e quem não deve e as razões para tanto.

Os discursos presentes no grupo estão presentes na linguagem como seus elementos formadores, e disponibilizam aos participantes os repertórios interpretativos para serem utilizados em suas conversações. Os participantes recorreram aos discursos institucionalizados da área da medicina e psicologia, por exemplo, para significarem sua experiência.

Os discursos sobre a doença funcionaram, muitas vezes, como cristalizadores de uma identidade psicopatológica e desviante, impedindo o surgimento de outras descrições para esse fenômeno. Entendendo a definição do problema como uma construção social, tornou-se

importante reconhecermos o aparecimento de descrições alternativas sobre esta problemática, compreendendo como essa negociação foi possibilitada ou limitada no grupo.

Todavia, é interessante notar que, no grupo, o aceite do problema como uma doença também pôde ser um caminho de nomeação do fenômeno, organizador de práticas que, muitas vezes, colaboraram na obtenção de melhoras no relacionamento com o familiar adoecido.

Os coordenadores abriram espaço, nas sessões estudadas, para a reflexão dos sentidos produzidos, mas também trazem suas concepções cristalizadas sobre a família, a doença e o grupo, principalmente através do uso das teorias derivadas da tradição moderna na psicologia.

Foram enfatizadas as construções identitárias presentificadas no grupo, as mudanças nas autonarrativas proporcionadas pelas experiências grupais e a construção de si-mesmo sendo ressignificada pelo diálogo com outros familiares. Ao negociarem esses sentidos, os participantes construíram a si-mesmos, a doença e o grupo.

A linguagem é ação, e, portanto, o estudo da linguagem nos remete à compreensão das ações sociais desse grupo específico, ações que estão intrinsecamente relacionadas às construções feitas, ou impedidas, no contexto de oferta de intervenções familiares para essa população. Pensando na negociação de sentidos sobre a família vista como outro paciente podemos questionar: qual seria a alternativa de ver-se como doente? Que outras descrições são possíveis?

A família como fonte de melhora parece ser uma das alternativas ao discurso psicopatogênico da relação familiar.

A participação no grupo implica diferentes maneiras de ser posicionado, o que leva ao confronto de diferentes sentidos. Ainda que o movimento de reflexão possa ser positivo, ele não garante a vivência do apoio no grupo, que vai ser construído na própria interação. O grupo não mais visto como uma entidade, mas como uma construção, não é moralmente

neutro. Em seu território perpassam as idéias, teorias, discursos e sentidos utilizados pelos familiares para significarem suas experiências.

Os sentidos mudam com a situação e em cada momento possuem uma função distinta na busca do engajamento relacional e na possibilidade de inteligibilidade das ações.

Uma vez que os movimentos de inclusão/exclusão vão depender de como os participantes constroem os objetivos grupais e suas possibilidades, voltamos para a pergunta proposta por Sheila McNamee (2004a): como podemos continuar juntos, suportando a diferença? Os julgamentos construídos no grupo podem ser tomados como verdades, cristalizando determinadas maneiras descrições e valores, que podem promover movimentos de segregação e afastamento no grupo. Todavia, esses sentidos podem ser revisitados e reconfigurados, em uma constante teia que enlaça novos significados a cada nova interação. Os participantes do grupo são ativos nessas reconstruções e os posicionamentos são um dos seus instrumentos de negociação.

O grupo de apoio é construído em um mundo relacional de sentidos pré-construídos sobre o fenômeno alimentar que se fazem presentes na dialogia grupal. O grupo pode ser o recurso conversacional de corroboração desses sentidos ou do aparecimento de sentidos alternativos.

Em minha experiência como coordenadora desse grupo tenho experimentado sentimentos contraditórios na vivência dessa função, ora sentindo-me segura sobre meu papel no grupo e valorando positivamente meu trabalho, e em outros momentos sentindo uma verdadeira insegurança nessa posição e pensando não estar apta a ela.

Na vivência dessa insegurança questiono o próprio espaço grupal, sua funcionalidade e objetivos. Paro para buscar em mim os valores e julgamentos que carrego sobre como deve ser o grupo, sobre essas famílias e sobre o problema alimentar. Tento identificar as vozes que povoam meus enunciados no grupo, os pressupostos sobre o ser humano que os embasam e os

discursos sociais neles presentes. E esses questionamentos estão presentes nesse trabalho na minha pergunta de pesquisa de como esses familiares vivenciam o grupo de apoio. É uma forma de me aproximar de seus múltiplos sentidos e posições.

Também os familiares contam histórias de conquistas e melhoras, que são momentos felizes e de esperança, seguidos de momentos difíceis de recaídas, cansaço ou desesperança. Acredito que esse caminho de momentos altos e baixos para os familiares também esteja cheio de significados e questionamentos sobre o que é o problema alimentar, quais são os objetivos do tratamento e o seu papel nesse contexto.

Acreditamos que, o estudo da produção de sentidos nesse grupo de apoio tem o seu foco de pesquisa sobre como essas famílias descrevem a si mesmas e o mundo evidenciando o seu poder construtor de realidades, identificando quais são essas realidades construídas e que ações elas produzem. Também de poder questionar a noção da família psicopatogênica e perceber os efeitos sociais que essa descrição produz nessas famílias e saber as crenças presentes nas falas dos profissionais da área para o reconhecimento desse, e outros, preconceitos sociais, que mantêm a estigmatização e culpabilização dessas famílias e valorizar as pinturas alternativas dessa realidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS¹²

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition** (DSM-IV). Washington, DC: APA, 1994.

ANDERSEN, A. E. Anorexia nervosa and bulimia: A spectrum of eating disorders. **Journal of Adolescent Health Care**, v. 4, n. 1, p. 15-21, 1983.

ANDERSEN, T. Reflexões sobre a reflexão com as famílias. In: McNAMEE, S.; GERGEN, K. J. (Eds.). **A terapia como construção social**. Tradução Cláudia Oliveira Dornelles. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. Cap. 4, p. 69-85

ANDERSON, H.; GOOLISHIAN, H. O cliente é o especialista: a abordagem terapêutica do não-saber. In: McNAMEE, S.; GERGEN, K. J. (Eds.). **A terapia como construção social**. Tradução Cláudia Oliveira Dornelles. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. Cap. 2, p. 34-50.

ANDERSSON, M. Mother-daughter connection: the healing force in the treatment of eating disorders. **Journal of Feminist Family Therapy**, vol. 6, p 3-6, 1995.

BAERVELDT, C.; VOESTERMANS, P. The body as a selfing device: The case of anorexia nervosa. In: STAM, H.J. (Ed.). **The body and psychology**. London: Sage Publications, 1998, p. 161-181.

BARROS, C. A. S. M. Grupos de auto-ajuda. In: ZIMERMAN, D. E.; OSÓRIO, L. C. et al. **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p. 107-117.

¹² As referências bibliográficas foram normatizadas de acordo com as normas preconizadas pela ABNT NBR 6023/2002.

BECHELLI, L. P. C.; SANTOS, M. A. **Psicoterapia de grupo: noções básicas**. Ribeirão Preto: Legis Summa, 2001. 155 p.

BERGHOLD, K M. An exploration of guilt in families with anorexia nervosa. **Dissertation Abstracts Internacional**, v. 62, n. 9-B, p. 4209, 2002.

BEZERRA JUNIOR, B. Grupos: cultura psicológica e psicanálise. In: BAREMBLITT, G.et al. **Saúde e loucura: grupos coletivos**. São Paulo: HUCITEC, 1994. p. 129-144.

BLOCK, S., REIBSTEIN, J., CROUCH, E., HOLROYD, P.; THEMEN, J. A method for the study of therapeutic factors in group psychotherapy. **British Journal of Psychiatry**, n. 134, p. 257-263, 1979.

BONSCH, C.; RAML, E.; SEIWALD, M.; RATHNER, G. Body image of anorexic girls, their mothers and sisters: a controlled study. **Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie**, v. 43, n. 12, p. 420-427, 1993.

BRYANT-WAUGH, R.; LASK, B. Eating disorders: an overview. **Journal of Family Therapy**, Cambridge, v. 17, p. 13-30, 1995.

BRUCH, H. **Eating disorders: obesity, anorexia nervosa and the person within**. New York: Basic Books, 1973. 396 p.

BUSSE, S. R.; SILVA, B. L. Transtornos alimentares. In: BUSSE, S. R (Org.). **Anorexia, bulimia e obesidade**. Barueri: Manole, 2004. Cap. 3, p. 31-99.

CARROL, L. **Alice no país das maravilhas**. Tradução Rosaura Eichenberg. Porto Alegre: L&PM, 1999. 176 p.

CHAN, Z. C. Y.; MA, J. L. C. Family themes of food refusal: Disciplining the body and punishing the family. **Health Care for Women International**, v. 23, n. 1, p. 49-58, 2002.

CHATOOR, I.; GANIBAN, J.; HIRSCH, R.; BORMAN-SPURRELL, E.; MRAZEK, D. A. Maternal characteristics and toddler temperament in infantile anorexia. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, v. 39, n. 6, p. 743-751, 2000.

COUVREUR, C. Fontes e perspectivas. In: BRUSSET, B; COUVREUR, C.; FINE, A. (Orgs.). **A bulimia**. Tradução de Monica Seincman. São Paulo: Escuta, 2003. Cap. 2, p. 15-58.

DARE, C.; EISLER, I.; COLAHAN, M.; CROWTHER, C.; SENIOR, R.; ASEN, E. The listening heart and the chi square: clinical and empirical perceptions in the family therapy of anorexia nervosa. **Journal of Family Therapy**, v. 17, p. 31-57, 1995.

DAVIES, B.; HARRÉ, R. Positioning and personhood. In: HARRÉ, R; VAN LANGENHOVE, L. (Eds.). **Positioning Theory**. Oxford: Blackwell publishers, 1999. Cap. 31, p. 32-52.

DODGE, E.; MATTHEW H.; EISLER, I.; DARE, C. Family therapy for bulimia nervosa in adolescents: an exploratory study. **Journal of Family Therapy**, v. 17, p. 59-77, 1995.

DOERR-ZEGERS, O.; PETRASIC, J.; MORALES, E. Role of the family in the pathogenesis of anorexia nervosa. **Acta psiquiatrica y psicologica de America latina**, v. 34, n. 1, p. 33-40, 1988.

EISLER, I. The empirical and theoretical base of family therapy and multiple family day therapy for adolescent anorexia nervosa. **Journal of Family Therapy**, v. 27, p. 104-131, 2005.

FLEMINGER, S. A model for the treatment of eating disorders of adolescents in a specialized centre in The Netherlands. **Journal of Family Therapy**, v. 27, p. 147-157, 2005.

FRUGGERI, L. O processo terapêutico como construção social da mudança. In: MCNAMEE, S.; GERGEN, K. J. (Eds.). **A terapia como construção social**. Tradução Cláudia Oliveira Dornelles. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. Cap. 3, p. 51-68.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir: a história da violência nas prisões**. 31 ed. Petrópolis: Vozes, 2005. 264 p.

_____.; **História da loucura**. Tradução J T Coelho. São Paulo: Perspectiva, 2003. 551 p.

_____.; **A arqueologia do saber**. 3 ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1987. 260 p.

FUHRIMAN, A.; BURLINGAME, G. M. **Handbook of group psychotherapy: an empirical and clinical synthesis**. New York: Wiley – Interscience Publication, 1994.

GABBARD, G. O. **Psiquiatria psicodinâmica: baseado no DSM-IV**. Porto Alegre: ArtMed, 1994. 419 p.

GENSICKE, P. Anorexia Nervosa: a familial socialization deficit. **Zeitschrift fur Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse**, v. 25, n. 3, p. 201-215, 1979.

GERGEN, K.; McNAMEE, S.; From disordering discourse to transformative dialogue. In: NEIMEYER, R.; RASKIN, J. D. (Eds.). **The construction of disorder**. Washington: American Psychological Association Press, 2000. p. 333-349.

GERGEN, K. J. **Realities and relationships: soundings in social construction**. Cambridge: Harvard University Press, 1994. 356 p.

_____.; WARHUUS, L. Terapia como construção social: características, reflexões e evoluções. In: GONÇALVES, M. M.; GONÇALVES, O. F. **Psicoterapia, discurso e narrativa: a construção conversacional da mudança**. Coimbra: Quarteto editora, 2001. Cap. 2, p.27-64.

_____.; KAYE, J. Além da narrativa na negociação do sentido terapêutico. In: MCNAMEE, S.; GERGEN, K. J. **A terapia como construção social**. Tradução Cláudia Oliveira Dornelles. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. Cap. 11, p. 201-222.

GONÇALVES, M. M.; GONÇALVES, O. F. A psicoterapia como construção conversacional. In: _____. **Psicoterapia, discurso e narrativa: a construção conversacional da mudança**. Coimbra: Quarteto editora, 2001. Cap. 1, p. 7-26.

GOWERS, S.; BRYANT-WAUGH, R. Management of child and adolescent eating disorders: the current evidence base and future directions. **Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines**, v. 45, n. 1, p. 63-83, 2004.

GRACIA, T. I. O giro linguístico. **Manual de análise do discurso em ciências sociais**. Tradução Vera Lúcia Joscelyne. Petrópolis: Vozes, 2004. 311 p.

GRANDESSO, M. **Reconstrução do significado: uma análise epistemológica e hermenêutica da prática clínica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000. 422 p.

GUIMÓN, J. **Introdução às terapias de grupo**. Lisboa: Climepsi editores, 2002.

GUTTMAN, H. A.; LAPORTE, L. Family members' retrospective perceptions of intrafamilial relationships. **Contemporary Family Therapy International Journal**, v. 24, n. 3, p. 505-521, 2002.

HALEY, J. A review of the family therapy field. In: _____. (Eds.). **Changing families: a family therapy reader**. New York: Grune e Stratton, 1971.

HARRÉ, R.; VAN LANGENHOVE, L. Reflexive positioning: autobiography. In: _____ (Eds.). **Positioning Theory**. Oxford: Blackwell publishers, 1999. p.60-73.

HEPWORTH, J. **The social construction of anorexia nervosa**. London: SAGE Publications, 1999. 136 p.

HOFFMAN, L. Uma postura reflexiva para a terapia de família. In: McNAMEE, S.; GERGEN, K. J. (Eds.). **A terapia como construção social**. Tradução Cláudia Oliveira Dornelles. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. Cap. 1, p. 13-33.

JAPUR, M. Alteridade e grupo: uma perspectiva construcionista social. In: SIMÃO, L. M.; MARTÍNEZ, A. M. (Orgs.). **O outro no desenvolvimento humano: diálogos para a pesquisa e a prática profissional em psicologia**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004. p. 145-170.

JOHNSON, J.A. **Group therapy: a practical approach**. New York: McGraw-Hill Book Company, 1963.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. (Orgs.). **Compêndio de psicoterapia de grupo**. 3 ed. Tradução José Octávio de Aguiar Abreu; Dayse Batista. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. 636 p.

KLEIN, R. H. Short-term group psychotherapy. In: KAPLAN H. I.; SADOCK, B. J. (eds.). **Comprehensive Group Psychotherapy**. Third edition. Baltimore: Williams & Wilkins, 1996, p. 256-270.

KRUSKY, M. Women and thinness: the watch on the eve of the feast: therapy with families experiencing troubled eating. **Journal of Systemic Therapies**, vol. 21, n.1, p. 58-76, 2002.

KUTASH, I. L.; WOLF, A. Psicanálise em Grupos. In: In: KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. (Org.). **Compêndio de psicoterapia de grupo**. Tradução José Octávio de Aguiar Abreu; Dayse Batista. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 108-117.

LALIBERTÉ, M.; BOLAND, F. J.; LEICHNER, P. Family climates: family factors specific to disturbed eating and Bulimia Nervosa. **Journal of Clinical Psychology**, v. 55, n. 9, p. 1021-1040, 1999.

LANE, R.C. Anorexia, masochism, self-mutilation, and autoerotism: the spider mother. **Psychoanalytic Review**, v. 89, n. 1, p. 101-123, 2002.

LATZER, Y.; HOCHDORF, Z.; BACHAR, E.; CANETTI, L. Attachment style and family functioning as discriminating factors in eating disorders. **Contemporary Family Therapy**, v. 24, n. 4, p. 581-599, 2002.

LAX, W. D. O pensamento pós-moderno na prática clínica. In: McNAMEE, S.; GERGEN, K. J. (Eds.). **A terapia como construção social**. Tradução de Cláudia Oliveira Dornelles. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. Cap. 5, p. 86-105.

LOCK, J.; LE GRANGE, D. AGRAS, W. S.; DARE, C. **Treatment manual for anorexia nervosa**. Londres: The Guilford Press, 2001. 263 p.

MA, J. L. C. The diagnostic and therapeutic uses of family conflicts in a Chinese context: the case of anorexia nervosa. **Journal of Family Therapy**, v. 27, p. 24-42, 2005.

MACKENZIE K. R. **Time-managed group psychotherapy: Effective clinical applications**. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1997.

MALSON, H. **The Thin Woman: Feminism, Post-Structuralism, and the Social Psychology of Anorexia Nervosa.** London: Routledge, 1998, 256 p.

McNAMEE, S. Social construction as practical theory: lessons for practice and reflection in psychotherapy. In: PARE, D.; LARNER, G. (Eds.). **Collaborative practice in psychology and therapy.** New York: Haworth Press, 2004a. Cap. 1, p. 9-22.

_____.; Therapy as social construction: back to basics and forward toward challenging issues. In: STRONG, T.; PARE, D. **Furthering talk: advances in the discursive therapies.** New York: Kluwer Academic/Plenum Press, 2004b. Cap. 15, p. 253-271.

_____.; Reconstruindo a terapia num mundo pós-moderno: recursos relacionais. In: GONÇALVES, M. M.; GONÇALVES, O. F. **Psicoterapia, discurso e narrativa: a construção conversacional da mudança.** Coimbra: Quarteto editora, 2001. Cap. 8, p. 235-264.

_____.; A reconstrução da identidade: a construção comum da crise. _____.; GERGEN, K. J. **A terapia como construção social.** Tradução Cláudia Oliveira Dornelles. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. Cap. 12, p. 223-238.

McNAMARA K, LOVEMAN C. Differences in family functioning among bulimics, repeat dieters, and nondieters. **Journal of Clinical Psychology**, v. 46, n. 3, p. 518-523, 1990.

MEDEIROS, M. O cartão. **Revista O GLOBO**, São Paulo, 05 fev. 2006. Ano 2, n. 80, p. 14.

MINUCHIN, S.; BAKER, L.; ROSMAN, B. L.; LIEBMAN, R.; MILLMAN, L.; TODD, T. C. A conceptual model of psychosomatic illness in childhood. **Archives of General Psychiatry**, v. 32, p. 1031-1038, 1975.

MUNICH, R. L. Dinâmica de grupo. In: KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. (Org.). **Compêndio de psicoterapia de grupo**. Tradução José Octávio de Aguiar Abreu; Dayse Batista. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 21-29.

NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR MENTAL HEALTH. **National Clinical Practice Guideline**: core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and related eating disorders. National Institute for Clinical Excellence. London: National Institute for Clinical Excellence, 2004. 260 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde _ Décima Revisão (CID-10)**, São Paulo, EDUSP/ Centro Colaborador da OMS para Classificação de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 1993.

POLIVY, J.; HERMAN, C.P. Causes of eating disorders. **Annual Review of Psychology**, Califórnia, v. 53, n. 1, p. 187-213, 2002.

PALAZZOLI, M. S. **Self starvation**: from the intrapsychic to the transpersonal approach to anorexia nervosa. London: Chaucer, 1974. 289 p.

PIPPER, W. E.; McCALLUM, M. Selection of patients for group interventions. In: BERNARD, H. S.; MACKENZIE, K. R. (Ed.). **Basic of group psychotherapy**. New York: The Guilford Press, 1994. p. 1-34.

PRETI, D. (org.). **Análise de textos orais**. Projeto de estudo da norma linguística urbana culta de São Paulo (projeto NURC/SP). FFLCH/USP, 1993.

RASERA, E. F. **Grupo como construção social:** aproximações entre o construcionismo social e a terapia de grupo. 2004. 188 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

_____.; JAPUR, M. Contribuições do pensamento construcionista grupal para o estudo da prática grupal. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 14, n.. p.201-209, 2001.

_____.; **Grupo de apoio para pessoas portadoras do HIV:** negociando diferenças. 1999. 149 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

ROBACK, H. B.; SMITH, M. Patient attrition in dynamically oriented treatment groups. **American Journal of Psychiatry**, v. 144, p. 426, 1987.

ROLLER, B.; NELSON, V. Co-terapia. In: In: KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. (Org.). **Compêndio de psicoterapia de grupo.** Tradução José Octávio de Aguiar Abreu; Dayse Batista. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 254-260.

RUSSELL, G.; SZMUKLER, G.; DARE, C.; EISLER, I. An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. **Archives of General Psychiatry**, v. 44, p. 1047-1056, 1987.

SALVENDY, J. T. Seleção e preparação dos pacientes e organização do grupo. In: KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. (Org.). **Compêndio de psicoterapia de grupo.** Tradução José Octávio de Aguiar Abreu; Dayse Batista. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 63-72.

SANTOS, M. A.; OLIVEIRA, E. A.; MOSCHETA, M. S.; RIBEIRO, R. P .P.; SANTOS, J. E. “Mulheres plenas de vazio”: Os aspectos familiares da anorexia nervosa. **Vínculo: Revista do NESME**, v. 1, p. 46-51, 2002.

SCHEIDLINGER, S. An overview of nine decades of group psychotherapy. **Hospital and Community Psychiatry**, v. 45, n.3, p. 217-225, 1994.

SCHMIDT, U.; ASEN, E. Editorial: Does multi-family day treatment hit the spot that other treatments cannot reach? **Journal of Family Therapy**, v. 27, p. 101-103, 2005.

SCHNEIDER, N. M. Atendimento a grupos em instituições. In: ZIMERMAN, D. E.; OSÓRIO, L. C. et al. **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p. 405-411.

SILVA, A. P. S. **(Des)continuidade no envolvimento com o crime**: construção de identidade narrativa de ex-infratores. São Paulo: IBCCRIM, 2003. 198 p.

SLIPP, S. Terapia familiar e terapia multifamiliar. In: In: KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. (Org.). **Compêndio de psicoterapia de grupo**. Tradução José Octávio de Aguiar Abreu; Dayse Batista. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 226-236.

SPEED, B. Editorial: perspectives on eating disorders. **Journal of Family Therapy**, Cambridge, v. 17, p. 1-11, 1995.

SPINK, M. J. **Psicologia Social e Saúde**: práticas, saberes e sentidos. Petrópolis: Vozes, 2003. 339 p.

_____.; FREZZA, R. M. Práticas discursivas e produção de sentidos: a perspectiva da psicologia social. In: SPINK, M. J. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano**: aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Cortez, 2000. Cap. 1, p. 7-39.

_____.; LIMA, L. Rigor e visibilidade: a explicitação dos passos da interpretação. In: SPINK, M. J. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano**: aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Cortez, 2000. Cap. 4, p. 93-122.

_____.; MEDRADO, B. Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: SPINK, M. J. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo: Cortez, 2000. Cap. 2, p. 41-61.

_____.; MENEGON, V. M. A pesquisa como prática discursiva. In: SPINK, M. J. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo: Cortez, 2000. Cap. 8, p. 63-92.

STICE, E. Clinical implications of psychosocial research on Bulimia Nervosa and Binge-Eating Disorder. **Journal of Clinical Psychology**, v. 55, n. 6, p. 675-683, jun. 1999.

STROBER, M.; FREEMAN, R.; LAMPERT, C.; DIAMOND, J.; KAYE, W. Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. **American Journal of Psychiatry**, vol. 157, n. 3, p. 393-401, mar. 2000.

TAN, S.L.; MOGHADDAM, F. M. Positioning in intergroup relations. In: HARRÉ, R; LANGENHOVE, van L. (ed). **Positionig Theory**. Oxford: Blackwell publishers, 1999. p. 178-194.

WEINER, M. F. Papel do líder na psicoterapia de grupo. In: KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. (Org.). **Compêndio de psicoterapia de grupo**. Tradução José Octávio de Aguiar Abreu; Dayse Batista. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 72-84.

WITTGENSTEIN, **Investigações filosóficas**. São Paulo: Nova Cultural, 1979.

WONG, N. Group psychotherapy, combined individual and group psychotherapy, and psychodrama. In: Kaplan H. I.; Sadock, B. J. (eds.). **Comprehensive textbook of psychiatry**/VI. 6ª ed. Baltimore: William & Wilkins, 1995, p. 1821-1838.

YALOM, I. D. **The theory and practice of group psychotherapy**. New York: Basic Books, 1995.

YALOM, I. D. A study of group therapy dropouts. **Archives General Psychiatry**, v. 14, p. 393-414, 1966.

ZIMERMAN, D. E. Fundamentos teóricos. In: ZIMERMAN, D. E.; OSORIO, L. C. et al. **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997a. p. 23-32.

_____ Classificação geral dos grupos. In: ZIMERMAN, D. E.; OSORIO, L. C. et al. **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997b. p. 75-82.

_____ Fundamentos técnicos. In: ZIMERMAN, D. E.; OSORIO, L. C. et al. **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997c. p. 41-48.

_____ Grupoterapia psicanalítica. In: ZIMERMAN, D. E.; OSORIO, L. C. et al. **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997d. p. 127-142.

ZIMERMAN, D. E. **Fundamentos Básicos das grupoterapias**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

ZUKERFELD, R. Grupos com portadores de transtornos alimentares. . In: ZIMERMAN, D. E.; OSORIO, L. C. et al. **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p. 205-217.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Meu nome é Laura Vilela e Souza, sou psicóloga e aluna de pós-graduação da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Estou realizando uma pesquisa com a finalidade de conhecer melhor os familiares dos pacientes atendidos pelo Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares (GRATA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP, que fazem parte do grupo de apoio aos pais e familiares. Espero conhecer melhor o significado da doença e do tratamento, bem como o sentido de participar desse grupo para cada um de vocês. A sua experiência trará informações valiosas que poderão ajudar muitos outros familiares no futuro que estiverem na mesma situação que você.

Faz parte do estudo gravar as conversas, se for permitido pelo grupo todo e por você.

Cada vez que entrar uma pessoa nova no grupo, que é aberto, essa pessoa será informada, esclarecida e convidada a participar. Sempre que algum de vocês não concordar, a reunião, no seu todo ou em parte, não será gravada. O motivo de estar gravando é para não se perder nada do que for dito, evitando passar despercebido algum detalhe. Tudo o que você disser somente será utilizado para esse tipo de estudo e você não será identificado em momento algum, podendo até escolher um outro nome para designar a sua pessoa.

Mesmo depois de começarmos a coleta das conversas no grupo 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 em seu atendimento. As conversas deverão acontecer até, quando encerro meu período de estudo com vocês.

Se você tiver alguma despesa-extra fora do horário do ambulatório, será reembolsado pelo pesquisador.

Ao aceitar participar desse estudo você estará contribuindo para que se saiba mais sobre o grupo de acompanhantes que vivenciam o tratamento de seus familiares e, com isso, os profissionais poderão ajudar melhor você e outras pessoas que estejam em situação semelhante.

Diante do exposto, estou ciente das informações recebidas e concordo voluntariamente em participar dessa pesquisa, recebendo uma cópia desse termo, para contato, se for necessário.

Nome do Participante..... RG.....

Assinatura do Participante.....

Assinatura da Pesquisadora CRP.

Fone para contato:

Assinatura do OrientadorCRP.

Fone para contato: 3

Ribeirão Preto,..... de de

APÊNDICE B - Caracterização dos participantes quanto ao seu sexo, idade, escolaridade e profissão.

Participante ¹	Sexo	Idade (anos)	Grau de Parentesco ²	Escolaridade	Profissão
1	M	40	marido	Ensino Básico (Incompleto)	Autônomo
2	M	44	irmão	Ensino Médio (Incompleto)	Autônomo
3	F	41	mãe	Ensino Médio (Magistério)	Autônoma
4	M	42	pai	Ensino Médio (Curso Profissionalizante)	Autônomo
5	F	54	mãe	Ensino Médio (Completo)	Aposentada
6 (Salvador)	M	51	pai	Ensino Básico (Completo)	Comerciante
7 (Aurora)	F	50	mãe	Ensino Básico (Completo)	Do lar
8	F	54	mãe	Ensino Superior (Incompleto)	Do lar
9	M	21	namorado	Ensino Superior (Incompleto)	Estudante
10	F	57	mãe	Ensino Médio (Completo)	Do lar
11	F	50	mãe	Ensino Médio (Completo)	Comerciante
12 (Valéria)	F	62	mãe	Ensino Médio (Completo)	Aposentada
13	F	45	tia	Ensino Superior (Completo)	Secretária
14	M	57	pai	Ensino Básico (Completo)	Autônomo
15	F	44	mãe	Ensino Superior (Completo)	Comerciante
16 (Vicente)	M	54	pai	Ensino Superior (Completo)	Comerciante
17	F	52	mãe	Ensino Básico (Completo)	Do lar
18 (Magali)	F	46	mãe	Ensino Básico (Completo)	Do lar
19 (Otávio)	M	65	pai	Ensino Superior (Completo)	Autônomo

1: Os números em negrito referem-se aos participantes das primeiras 5 sessões analisadas.

2: Grau de parentesco com a pessoa atendida pelo ambulatório.

20	F	42	mãe	Ensino Superior (Incompleto)	Comerciante
21	M	46	padrasto	Ensino Médio (Completo)	Comerciante
22	F	44	mãe	Ensino Básico (Completo)	Do lar
23 (Adélia)	F	41	mãe	Ensino Básico (Incompleto)	Do lar
24	F	24	irmã	Ensino Superior (Completo)	Professora
25	M	44	pai	Ensino Médio (Completo)	Autônomo
26	F	66	mãe	Ensino Básico (Completo)	Autônomo
27	F	50	tia	Ensino Médio (Curso Profissionalizante)	Aposentada
28	F	60	tia	Ensino Superior (Completo)	Aposentada
29	M	53	pai	Ensino Básico (Incompleto)	Autônomo
30	casada	3 filhas	-	Ribeirão Preto	30
31	casado	3 filhos	40	Interior do Estado de São Paulo	31
32	viúva	3 filhos	2,3	Região de Ribeirão Preto	32
33	casado	2 filhos	4	Região de Ribeirão Preto	33
34	casada	1 filho	40	Ribeirão Preto	34
35	separada	2 filhas	3,3	Ribeirão Preto	35
36	casada	3 filhas	2,3	Ribeirão Preto	36
37	casada	2 filhas	2,3	Ribeirão Preto	37

APÊNDICE C - Caracterização dos participantes quanto ao seu estado civil, número de filhos, renda familiar e cidade de origem.

Participante	Estado Civil	Filhos	Renda Familiar (em salários mínimos)¹	Cidade (Residência Atual)
1	casado	2	12,5	Ribeirão Preto
2	separado	2	3,3	Região de Ribeirão Preto
3	casada	2 filhas	8,3	Região de Ribeirão Preto
4	casado	2 filhas	8,3	Região de Ribeirão Preto
5 (Salvador)	casado	1 filha	4,1	Ribeirão Preto
6 (Aurora)	casada	1 filha	4,1	Ribeirão Preto
7	casada	1 filho 1 filha	8,3	Interior do Estado de Minas Gerais
8	casada	1 filho 1 filha	2,7	Interior do Estado de Minas Gerais
9	solteiro	Não tem	8,3	Ribeirão Preto
10	casada	1 filha 1 filho	5	Ribeirão Preto
11	casada	1 filho 1 filha	8,3	Ribeirão Preto
12 (Valéria)	separada	2 filhas 1 filho	3,7	Ribeirão Preto
13	solteira	Não tem	3,3	Ribeirão Preto
14	viúva	1 filho 4 filhas	5	Interior do Estado de São Paulo
15 (Vicente)	casado	1 filha	20,8	Interior do Estado de São Paulo
16	casado	3 filhas 1 filho	41,6	Interior do Estado de Minas Gerais
17	casada	3 filhas 1 filho	41,6	Interior do Estado de Minas Gerais
18 (Magali)	casada	3 filhas	5	Interior do Estado de São Paulo
19 (Otávio)	casado	1 filho 1 filha	5	Ribeirão Preto
20	casada	1 filho 1 filha	1,5	Interior do Estado de São Paulo
21	casado	Não tem	1,5	Interior do Estado de São Paulo
22	solteira	2 filhas	2,7	Interior do Estado de São Paulo
23 (Adélia)	casada	2 filhas	12,5	Interior do Estado de São Paulo
24	casada	1 filha	8,3	Interior do Estado de São Paulo

1: O valor do salário mínimo na época era de R\$ 240,00 reais.

25	casado	2 filhas	12,5	Interior do Estado de São Paulo
26	viúva	1 filha	2,5	Região de Ribeirão Preto
27	solteira	Não tem	2	Interior do Estado de Minas Gerais
28	casada	2 filhos	-	Região de Ribeirão Preto
29	casado	3 filhas	-	Ribeirão Preto
30	casada	3 filhas	-	Ribeirão Preto
31	casado	3 filhos	40	Interior do Estado de São Paulo
32	viúva	3 filhos	2,3	Região de Ribeirão Preto
33	casado	2 filhos	4	Região de Ribeirão Preto
34	casada	1 filho	40	Ribeirão Preto
35	separada	2 filhas	3,3	Ribeirão Preto
36	casada	3 filhas	2,3	Ribeirão Preto
37	casada	2 filhas	2,3	Ribeirão Preto

Anexo 01. Normas para transcrição das sessões grupais.

OCORRÊNCIAS	SINAIS	EXEMPLIFICAÇÃO*
Incompreensão de palavras ou segmentos	()	do nível de renda ... () nível de renda nominal ...
Hipótese do que se ouviu	(hipótese)	(estou) meio preocupado (com o gravador)
Truncamento (havendo homografia, usa-se acento indicativo da tônica e/ou timbre)	/	e comé/ e reinicia
Entonação enfática	Maiúscula	porque as pessoas reTÊM moeda
Prolongamento de vogal e consoante (como s, r)	:: podendo aumentar para ::: ou mais	ao emprestarem os ... éh:: ... o dinheiro
Silabação	-	por motivo de tran-sa-ção
Interrogação	?	E o Banco ... Central ... certo?
Qualquer pausa	...	são três motivos ... ou três razões ... que faziam com que se retenha moeda ... existe uma ... retenção
Comentários descritivos do transcritor	((minúscula))	((tossiu))
Comentários que quebram a seqüência temática da exposição; desvio temático	-- --	... a demanda de moeda -- vamos das essa notação – demanda de moeda por motivo
Superposição, simulação de vozes	[ligando as linhas	A. na [casa da sua irmã B. [Sexta-feira? A. fizeram [lá B. [cozinham lá?
Indicação de que a fala foi tomada ou interrompida em determinado ponto. Não no seu início, por exemplo.	(...)	(...) nós vimos que existem ...
Citações literais ou leituras de textos, durante a gravação.	“ ”	Pedro Lima ... ah escreve na ocasião ... “O cinema falado em língua estrangeira não precisa de nenhuma baRReira entre nós” ...

* exemplos retirados dos inquéritos NURC/ SP n° 338 EF e 331 D².

Observações:

1. Iniciais maiúsculas: só para nomes próprios ou para siglas (USP etc.)
2. Fáticos: *ah, éh, eh, ahn, ehn, uhn, tá* (não por *está: tá? Você está brava ?*)
3. Nomes de obras ou nomes comuns estrangeiros são grifados.
4. Números: por extenso.
5. Não se indica o ponto de exclamação (frase exclamativa)
6. Não se anota o *cadenciamento da frase*.
7. Podem-se combinar sinais. Por exemplo: *oh:::...* (*alongamento e pausa*)
8. Não se utilizam sinais de *pausa*, típicos da língua escrita, como ponto final; ponto-e-vírgula; dois pontos, vírgula. As reticências marcam qualquer tipo de *pausa*.

Referência:

PRETI, D. (org). *Análise de textos orais*: Projeto de estudo da norma linguística urbana culta de São Paulo (NURC/SP). FFLCH/USP.SP: EPU, 1993.