

A voz da família no tratamento da anorexia e bulimia

(The family voice in the eating disorders treatment)

Laura Vilela e Souza^{1,2}; Fabiana Elias Goulart Andrade Moura³; Paula Carolina Barboni Dantas Nascimento⁴

¹Faculdades Integradas Fafibe - Bebedouro - SP

²Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo
lacake@uol.com.br

³Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo
fabiana.goulart@ig.com.br

⁴Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo
pcarol@usp.br

Abstract. *The aim of this study was the comprehension of the eating disorders families' constructions about the disease and its treatment. Two sessions of the family support group were tape recorded. The meanings produced by the families showed their active positioning towards the eating disorders theories and the importance of the knowledge constructed by the families' members themselves.*

Keywords. *family support group; eating disorders; anorexia nervosa; bulimia nervosa.*

Resumo. *Buscou-se nesse estudo as construções dos familiares de pessoas diagnosticadas com anorexia e bulimia nervosa sobre o tratamento e a doença através da gravação de duas sessões do grupo familiar de apoio psicológico. Os sentidos produzidos pela família mostraram o seu posicionamento ativo frente às teorias sobre a doença e enfatizaram a importância do conhecimento construído pela própria família.*

Palavras-chave. *Grupo de apoio familiar; transtornos alimentares; anorexia nervosa; bulimia nervosa.*

1. Introdução

O diagnóstico médico da anorexia nervosa e bulimia nervosa é acompanhado de um grande desafio para os profissionais da saúde quanto ao seu tratamento. São consideradas doenças graves, tanto do ponto de vista físico como emocional, com alto risco de mortalidade e cronicidade (BUSSE; SILVA, 2004). Além disso, podem trazer prejuízos para as relações interpessoais, dentro da família, no trabalho e na sociedade, fruto de preconceitos e pouca informação sobre tais transtornos.

Soma-se a todas essas dificuldades a escassez de estudos científicos sobre as estratégias terapêuticas eficazes para a ajuda de crianças, adolescentes e adultos diagnosticados com esses transtornos alimentares (GOWERS; BRYANT-WAUGH, 2004).

Tal desafio coloca pacientes, familiares e profissionais na busca conjunta de alternativas interessantes para o enfrentamento dessas doenças.

2. A inserção da família no tratamento

O Grupo de Assistência aos Transtornos Alimentares (GRATA) do Ambulatório de Nutrologia do Hospital das Clínicas da FMRP/USP conta com uma equipe interdisciplinar com nutricionistas, médicos e psicólogos que oferecem atendimento ambulatorial para as pessoas com anorexia e bulimia através de atendimentos individuais e grupais para os pacientes e para a família. Dentre os atendimentos oferecidos tem-se, já há alguns anos, o grupo de apoio psicológico para as famílias das pessoas atendidas no ambulatório.

Além de ser considerada uma forma de atendimento eficaz para essas famílias (SCHOLZ et al., 2005), oferecendo um espaço de trocas, apoio, fortalecimento e instilação de esperança, a implementação desse grupo foi fruto da crença da equipe no papel fundamental da família como parceira no tratamento.

A idéia da família como produtora de conhecimentos tão valiosos quanto os produzidos pelos profissionais tem sido debatida atualmente nos serviços de atendimento aos transtornos alimentares em todo o mundo (FLEMINGER, 2005; RHODES; MADDEN, 2005; TREASURE et al., 2005). Tal postura representa uma quebra com o pensamento tradicional do saber como produção exclusiva do profissional e, dessa forma, a família passa a ser vista como o recurso mais útil no tratamento (LOCK et al.; 2001).

Nem sempre a família pôde ser valorizada nesse contexto, e as primeiras propostas de intervenção nessas doenças previam a separação da família do paciente, pela suspeita de que o padrão de funcionamento familiar influenciava na gravidade dos sintomas e prejudicava o progresso do tratamento (LOCK et al.; 2001). A quantidade de estudos que buscam a correlação entre o comportamento familiar disfuncional e o aparecimento da anorexia e bulimia em um de seus membros evidencia a construção social da família psicopatogênica, ou seja, da família como causa ou origem da patologia (LALIBERTÉ et al., 1999; TOZZI et al., 2003).

Essa maneira de olhar para a família iniciou-se com os primeiros pesquisadores no assunto, em meados da década de 70 do século passado, dentre eles Salvador Minuchin et al. (1975) que construíram o modelo das "famílias psicossomáticas", segundo o qual determinadas características do funcionamento familiar estariam ligadas ao aparecimento de determinadas patologias, no caso, da anorexia nervosa. Outro discurso muito presente na atualidade é o da dificuldade na relação mãe e filha como sendo um fator importante para o aparecimento da doença, o que resulta na sensação de culpa vivida e relatada por essas mães.

A culpabilização da família pela instalação da doença no paciente é uma das teorias possíveis para tão complexo fenômeno, e as conseqüências desse discurso podem ser facilitadoras ou não das relações familiares. A compreensão dessas conseqüências e a abertura para o aparecimento de explicações alternativas que possam ser mais úteis, do ponto de vista da própria família, para esses transtornos, é um dos objetivos do grupo de apoio psicológico oferecido no GRATA.

Essa visão embasa-se na validação dos conhecimentos produzidos pelas pessoas envolvidas no problema, em uma perspectiva pós-moderna de concepção da realidade como múltipla e construída, ou seja, em contraposição ao pensamento moderno que defende a existência de apenas uma verdade sobre o fenômeno que seria a sua representação fiel e objetiva (SOUZA, 2006). No caso dos transtornos alimentares seria admitir que não apenas a

produção de saber derivada dos métodos científicos modernos de observação e mensuração seriam os verdadeiros; colocando em uma categoria de valor inferior o conhecimento que não fosse produzido dentro desses parâmetros.

Nesse sentido a proposta do grupo de apoio tem sido a de colocar profissionais e familiares em uma mesma condição, como parceiros frente à negociação das metáforas possíveis para a elucidação de uma doença que faz cada vez mais vítimas.

3. O grupo de apoio psicológico

O grupo sobre o qual propõe-se refletir nesse estudo é coordenado, atualmente, por duas psicólogas, e tem uma psicóloga como observadora. O grupo é aberto a todas as famílias, sendo que o critério para a entrada é o de ter no mínimo 18 anos. Tem a frequência semanal e 45 minutos de duração, e tem a média de 6 a 8 participantes.

A presença das mães no grupo é bem maior do que a de pais, irmãos, maridos e namorados. Algumas pessoas são assíduas e faltam pouco, outras vêm apenas nos retornos das consultas dos filhos, e outros, ainda, participam com frequência no início do tratamento, e param com a melhora dos sintomas do paciente.

A maior parte dos pacientes atendidos no GRATA são mulheres na fase da adolescência e início da idade adulta, mas também são atendidos homens (menor incidência da doença, BUSSE; SILVA, 2004), crianças (em torno de 9 e 10 anos) e mulheres com mais de 30 anos.

4. Objetivo e delineamento metodológico

Buscando colocar em prática esse esforço de incluir os saberes produzidos pela família nas reflexões sobre o próprio atendimento oferecido, propôs-se às famílias, no espaço do grupo de apoio, conversar sobre o que eles consideravam importante que outras famílias com transtornos alimentares soubessem ao chegarem ao serviço. Mais especificamente, a pergunta feita pelas coordenadoras aos familiares foi: "O que vocês gostariam de contar às famílias que estão iniciando o tratamento?".

Acreditava-se que essa pergunta pudesse ser um disparador para a produção e negociação de sentidos desses participantes sobre como é lidar com o diagnóstico desse transtorno, quais as emoções vividas no momento inicial do tratamento, o que facilitaria ou dificultaria a entrada e permanência no serviço, entre outros aspectos que serviriam como base para as possíveis modificações da equipe quanto a acolhida de novas famílias.

O objetivo desse estudo foi, portanto, o reconhecimento dessas construções feitas pelas famílias nos grupos selecionados.

Essa pergunta foi utilizada no início de dois grupos, que foram áudio-gravados, com o consentimento de seus participantes já esclarecidos sobre essa pesquisa. Após a sua gravação, as sessões foram transcritas literalmente e analisadas segundo o método qualitativo de análise de conteúdo temática (MINAYO, 2004).

5. A voz da família

Estavam presentes nesses grupos 3 mães (média de idade de 40 anos, todas com as filhas na fase da adolescência) e 1 irmã (com a irmã paciente no início da fase adulta). Duas mães e a irmã estavam presentes nos dois grupos.

A partir da análise da transcrição das sessões, puderam ser resgatadas as construções desses familiares sobre o que é a doença, qual a implicação desse diagnóstico para cada um dos diferentes membros da família e quais os diferentes momentos do tratamento e suas

respectivas vivências emocionais. Os participantes conversaram entre si trocando opiniões, concordando e discordando sobre os assuntos derivados da pergunta inicial. Os temas e sentidos abordados foram:

1. A percepção desses familiares de que não existe uma única forma correta de lidar com as dificuldades decorrentes da doença, e, portanto, que cada família deve buscar a sua maneira de reagir e agir frente ao familiar adoecido;
2. A importância de toda família estar atenta a quaisquer mudanças no comportamento dos filhos, buscando perceber alguma possível dificuldade que possa estar sendo vivida por eles;
3. A constatação de que se sentir desesperado e impotente no momento no qual o diagnóstico é apresentado é algo comum;
4. Aproximar-se do familiar adoecido tem se mostrado uma ferramenta muito eficaz na busca de melhora. Sempre acompanhar, conversar ouvir e estar junto do paciente;
5. Buscarem sempre mais informações sobre a doença, assim como trocar informações com a equipe e com outras famílias. Além de incentivar os momentos de discussão do assunto nos meios sociais para a maior divulgação da doença;
6. Ver que ainda que o tratamento seja um momento difícil, pode ser uma oportunidade de uma aproximação maior da família;
7. A ênfase na necessidade de o próprio familiar também se cuidar e procurar apoio;
8. A família saber que vai encontrar pessoas com atitudes preconceituosas com relação à doença, e entenderem que as pessoas, e muitas vezes a própria família, têm dificuldade em entender o transtorno alimentar e seus sintomas;
9. O entendimento de que existem momentos nos quais faz-se necessário medidas de proteção do paciente, quando ele não é capaz de cuidar de si mesmo, e outros momentos nos quais a postura mais interessante é a de deixar o paciente caminhar por ele mesmo;
10. A vontade de que os familiares iniciantes não se sentirem sozinhos em sua dor, sabendo que mais pessoas também já compartilharam dela;
11. A constatação de que o enfrentamento da doença exige mudanças e renúncias em todos da família;
12. Percebendo que muitas pessoas consideram os sintomas da anorexia e bulimia como um comportamento caprichoso da paciente, uma "frescura", torna-se importante o reconhecimento de que é uma doença e deve ser tratada como tal. Tal posicionamento ajudaria a buscar maneiras mais eficazes de lidar com a situação e de uma maneira mais rápida;
13. A dificuldade de chegar-se ao diagnóstico da doença, principalmente na busca por profissionais que não têm experiência com transtornos alimentares. Deriva-se dessa experiência a afirmação das famílias da importância de se buscar serviços especializados de tratamento;
14. Os pais, mães, irmãos (etc) perceberem que eles também possuem limites e respeitá-los;
15. Acreditarem que o discurso de culpabilização de pais e mães não ajuda a família, portanto, não seria um bom caminho;
16. Ainda que seja uma doença séria, é importante que a família se permita ter uma vida para além da doença, não fazer a doença ser o centro da vida familiar e se prender a isso;
17. Saber que as dúvidas são maiores no começo e que isso vai melhorando conforme a família vai adquirindo mais confiança;
18. O contato benéfico com outras famílias, principalmente para ouvirem-se relatos de conquistas com relação ao problema; o que fortaleceria e daria esperanças à família;
19. É comum a sensação de que a família deveria ter tomado uma providência antes;

20. Dentro da própria família, há dificuldades de se compreender e aceitar a doença;
21. A difícil distinção entre sintoma e "aproveitamento" da doença por parte do paciente, e a necessidade de ir se diferenciando entre os dois;
22. Buscar enfatizar a "parte saudável" do paciente;
23. A importância dos grupos multifamiliares;
24. Saber que a família nunca se sente preparada totalmente para essa situação e que pode sempre se perguntar: "Nossa, porque isso está acontecendo comigo?";
25. A dúvida sobre a origem da doença é algo constante na vivência dos familiares.

Os grupos estudados refletem muitos das conversas ocorridas em outros grupos com diferentes participantes. São frequentes os relatos de dúvida quanto ao papel da família na origem da doença, assim como a sua influência na melhora ou piora dos sintomas (SOUZA, 2006). Daí surgirem muitas questões sobre qual a "melhor maneira de agir" e outras reflexões que têm como substrato discursivo as variadas teorias científicas sobre a família psicopatogênica e que oferecem às famílias um repertório específico na interpretação do fenômeno doença. Todavia, nesses dois grupos, é possível perceber que os participantes posicionam-se ativamente frente a esses discursos, mostrando formas próprias de compreender o problema e lidar com ele.

Soma-se a isso a mostra de satisfação com o espaço grupal ao enfatizarem a necessidade da presença das famílias no grupo, para se informarem, para trocarem idéias e, principalmente, para construírem eles próprios o seu conhecimento.

6. Referências

- 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.
- 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. 147-57, 2005.
- 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.
- 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. 1021-040, 1999.
- LOCK, J.; LE GRANGE, D. AGRAS, W. S.; DARE, C. *Treatment manual for anorexia nervosa*. London: The Guilford Press, 2001. 263 p.
- MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo, Hucitec-Abrasco, 2004.
- 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. 1031-038, 1975.
- RHODES, P; MADDEN, S. Scientist-practitioner family therapists, postmodern medical practitioners and expert parents: secondorder change in the Eating Disorders Program at The Children's Hospital at Westmead. *Journal of Family Therapy*, v. 27, p. 171-82, 2005.
- SCHOLZ, M.; RIX, M.; SCHOLZ, K.; GANTCHEV, K.; THOMKE, V. Multiple family therapy for anorexia nervosa: concepts, experiences and results. *Journal of Family Therapy*, v. 27, p. 132-41, 2005.
- SOUZA, L. V. *Produção e negociação de sentidos em um grupo de apoio a familiares de pessoas diagnosticadas com anorexia nervosa e bulimia nervosa*. 2006. 173 f. Dissertação

(Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

TREASURE, J.; WHITAKER, W.; WHITNEY, J.; SCHMIDT, U. Working with families of adults with anorexia nervosa. *Journal of Family Therapy*, v. 27, p. 158-70, 2005.

TOZZI, F.; SULLIVAN, P. F.; FEAR, J. L.; McKENZIE, J.; BULIK, C.M. (2003). Causes and recovery in anorexia nervosa: the patient's perspective. *International Journal of Eating Disorders*, v. 33, n. 2, Mar, 143-54.