



Psicologia: Reflexão e Crítica

ISSN: 0102-7972

prcrev@ufrgs.br

Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Brasil

Souza, Laura Vilela e; Santos, Manoel Antônio dos  
A Construção Social de um Grupo Multifamiliar no Tratamento dos Transtornos Alimentares  
Psicologia: Reflexão e Crítica, vol. 22, núm. 3, 2009, pp. 483-492  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Porto Alegre, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18813652020>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica  
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal  
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

# A Construção Social de um Grupo Multifamiliar no Tratamento dos Transtornos Alimentares

## *The Social Construction of a Multifamily Group in the Treatment of the Eating Disorders*

Laura Vilela e Souza\* & Manoel Antônio dos Santos  
*Universidade de São Paulo*

### **Resumo**

O objetivo desse estudo foi compreender os sentidos produzidos e negociados pelos familiares sobre a participação em um grupo de apoio para cuidadores de pessoas diagnosticadas com Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa. Por meio da abordagem teórico-metodológica do Construcionismo Social puderam ser resgatados os sentidos acerca da participação grupal, os discursos sociais que sustentam essas construções e as suas conseqüências para a interação grupal. Ao serem entendidos como verdades absolutas, esses sentidos produziram movimentos de segregação e afastamento no grupo. Ao serem revisitados, promoveram o aparecimento de sentidos alternativos, evidenciando o caráter construído e negociado do espaço grupal. Acredita-se que esse conhecimento pode trazer valiosas contribuições para o planejamento de estratégias de atendimento no contexto de tratamento dos transtornos alimentares.

**Palavras-chave:** Construcionismo social; Processo grupal; Família; Transtornos alimentares.

### **Abstract**

The aim of this study was to analyze the meanings produced and negotiated by the relatives of people diagnosed with Anorexia and Bulimia who participated in a family support group. Using the Social Constructionism theoretical-methodological approach, the meanings about the family participation in group work, the social discourses that sustain such meaning constructions and their consequences to the group interaction were enlightened. When the meanings were taken as absolute truths, segregation movements among the participants were produced. However, those meanings could be revisited promoting the appearance of alternative ones, showing the negotiated and constructed character of the group space. This knowledge may contribute to a successful planning for the treatment of eating disorders.

**Keywords:** Social constructionism; Group process; Family; Eating disorders.

A abordagem construcionista social entende a linguagem como construtora de realidade, contrapondo-se à visão moderna da existência de um mundo real que possa ser objetivamente percebido (Gergen, 1985, 2003; McNamee, 2004; Shotter, 2005).

Ainda que existam dificuldades na caracterização desse referencial epistemológico, tanto pela sua diversidade de enfoques, como – e principalmente – por sua posição de não defender uma única visão privilegiada de acesso ao mundo, podem-se mencionar três pressupostos que estão presentes nas idéias dos principais autores construcionistas (Gonçalves & Gonçalves, 2001): (a) *O poder constitutivo da linguagem*: as palavras não refletem a realidade, mas a constituem. Isso “não significa que a realidade não exista, mas que, quando a procuramos tornar inteligível, não temos forma de o fazer fora da lin-

guagem” (p. 14). (b) *A construção relacional do significado*: o significado decorre das relações empreendidas entre as pessoas, em contraposição à mente cartesiana individual. Assim, o sentido dado por alguém será sempre multivocal, trazendo as diversas vozes internalizadas no decorrer de sua relação sócio-histórica e cultural com o mundo. (c) *O posicionamento histórico e cultural das descrições sobre o mundo*: a produção do conhecimento é também uma construção social. Dessa forma, “uma determinada teoria só faz sentido dentro de um quadro cultural mais vasto que a sustenta” (p. 18).

Segundo McNamee (2004), o construcionismo social é o estudo da maneira pela qual as pessoas se engajam umas com as outras na construção de sentidos em um constante diálogo com o mundo. Assim, os sentidos, objeto de estudo do construcionismo social, são considerados como produto da co-coordenação de ações entre as pessoas. Os sentidos nunca são fixos ou estáveis; ao contrário, são mutáveis, dependendo do momento dialógico em que se está engajado, e representam os diversos valores e moralidades que os sustentam (Anderson & Goolishian, 1998).

\* Endereço para correspondência: Universidade de São Paulo, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Av. Bandeirantes, 3900, Monte Alegre, Ribeirão Preto, SP, Brasil, CEP 14090-910. E-mail: [lacake@uol.com.br](mailto:lacake@uol.com.br)  
Agradecimento ao apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Os sentidos não são estáveis, mas permanentemente negociados pelos falantes no decorrer dos processos conversacionais que eles estabelecem. Sendo assim, alguns construtos teóricos do construcionismo social, tais como narrativa e posicionamento, são de capital importância, pois permitem a visualização desse processo dinâmico da produção de sentidos.

As narrativas podem ser entendidas como descrições de si e do mundo, que conferem sentido e organização à experiência (Anderson & Goolishian, 1998). Acontecem por meio dos diálogos e são construídas 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, mediada pelo desenvolvimento de narrativas. Cada versão de si encoraja determinadas ações e desencoraja outras, sendo mais ou menos funcionais nos diversos contextos, uma vez que “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” (Gergen & Kaye, 1998, p. 215).

Já a “teoria do Posicionamento” (Harré & Langenhove, 1999) é um recurso metodológico para a análise do discurso social. Refere-se a um complexo conjunto de atributos pessoais, estruturados de diversas maneiras, limitando, em um certo sentido, as ações interpessoais, ao considerar os direitos, deveres e obrigações da pessoa frente ao grupo social ao qual pertence. O conceito de posicionamento seria uma alternativa mais dinâmica para o conceito de papel, relacionando-se à posição tomada por alguém frente a outra pessoa. É entendido como a construção discursiva de histórias que tornam a ação da pessoa inteligível e relativamente determinada pelos atos sociais nos quais cada membro da conversação tem lugares específicos (Harré & Langenhove, 1999).

Os processos interacionais presentes em todas as relações estabelecidas pelas pessoas e, especialmente, no contexto grupal, colocam em movimento um interjogo constante de narrativas e posicionamentos. A imersão nesse processo leva ao desvelamento da riqueza dialógica presente na arte das pessoas negociarem sentidos a todo instante.

### **O Grupo Socialmente Construído**

Uma vez que um dos principais objetivos da produção de conhecimento nessa abordagem é a análise dos contextos de produção de sentidos entre as pessoas, o estudo das práticas grupais tem ganhado cada vez mais espaço entre os pesquisadores, pois fornece rico material para a exploração da multiplicidade de sentidos, vozes e posições construídos no grupo. Nessa perspectiva, o grupo pode ser concebido como uma construção social, um processo conversacional situado e uma prática discursiva (Rasera & Japur, 2001; Souza, 2006).

O grupo como uma construção social pressupõe que os limites e as possibilidades de negociação de sentidos presentes no coletivo estão relacionados ao seu contexto imediato, social e historicamente situado. Entender o grupo como um processo conversacional situado exige problematizar a visão tradicional de grupo presente na literatura psicológica. Essa visão concebe os participantes do grupo como indivíduos autocontidos e o grupo como uma “entidade” existente, independentemente de seu contexto de construção e de sua trajetória singular. Dessa forma, o grupo é visto com uma “essência” supra-histórica que reproduziria em si os mecanismos e estruturas presentes na dinâmica individual e a hegemonia do saber técnico e científico dominante sobre os demais saberes (Bezerra, 1994).

Segundo Rasera e Japur (2001), o grupo entendido como uma prática discursiva tem o foco na linguagem e na maneira como ela constrói o mundo. Dessa forma, o grupo não existe independentemente da maneira de dizê-lo. Pode ser um espaço de repetição de discursos institucionalizados e cristalizados em nossa sociedade ou um espaço de movimentação na direção da produção de novos sentidos e conversações alternativas ao discurso “oficial”.

O grupo de apoio oferece um rico contexto para a investigação e desconstrução da maneira como idéias, valores e crenças são produzidos pelos seus participantes e de que modo expressam a tradição da comunidade discursiva da qual provêm seus membros.

Considerando os pressupostos que sustentam a proposta construcionista social, entende-se que a presença desses fatores terapêuticos no grupo está intrinsecamente relacionada à maneira como cada pessoa significa o próprio grupo, sua presença nesse espaço e seu papel frente aos outros participantes. Assim, a mobilização desses fatores não está garantida pela obediência aos pressupostos teóricos ou técnicos que os embasam, mas sim pelos limites e possibilidades que as pessoas constroem no grupo em cada momento da interação.

Considerando essas premissas, buscou-se com esse trabalho analisar a produção e a negociação de sentidos em um grupo de apoio oferecido às famílias de pessoas diagnosticadas com anorexia e bulimia nervosas. A ênfase foi colocada sobre os sentidos produzidos por esses participantes sobre sua participação no grupo. Acredita-se que a compreensão do modo como os significados são gerados nesse contexto pode trazer valiosas contribuições para o planejamento das estratégias de atendimento no contexto de tratamento dos transtornos alimentares, considerando a realidade dessas famílias.

### **Método**

#### *Contexto de Realização do Estudo e Descrição do Grupo de Apoio Multifamiliar*

O grupo de apoio aos familiares é uma estratégia de atendimento oferecida pelo Grupo de Assistência aos

Transtornos Alimentares (GRATA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. O GRATA é um serviço especializado no tratamento dos transtornos alimentares, que conta com uma equipe multiprofissional que se reúne semanalmente. Funciona preferencialmente em regime ambulatorial, complementado pela hospitalização integral quando necessário.

No GRATA uma das estratégias de grupo disponibilizadas é o grupo de apoio psicológico aos cuidadores familiares. Participam desse grupo multifamiliar mães, pais, irmãos, maridos, namorados, avós, tios, tias, amigos e amigas. É predominante a presença das mães, seguida dos pais e demais acompanhantes. São convidados a participarem familiares e outras pessoas significativas da rede social pessoal do paciente. O grupo é coordenado por uma psicóloga e um psicólogo em esquema de co-coordenação. É aberto à entrada de novos familiares a cada reunião, ocorre uma vez por semana e tem uma hora de duração. Tem como objetivos principais, segundo Santos, Oliveira, Moscheta, Ribeiro e Santos (2002), a inclusão dos participantes no tratamento, a promoção de um espaço de apoio para o enfrentamento do transtorno e a compreensão dos fatores emocionais envolvidos, além do fomento à reflexão e o intercâmbio de experiências entre pessoas que vivenciam a situação similar de ter um membro familiar acometido por transtorno alimentar.

O convite para a participação no grupo acontece em todo início de tratamento e é reforçado ao longo do mesmo. Apesar do contínuo estímulo à presença sistemática, alguns familiares participam apenas nas datas de retorno ambulatorial dos pacientes. A média de participação é de seis a oito participantes (Souza, 2006).

#### *Cuidados Éticos*

Essa pesquisa contou com a anuência do coordenador do serviço e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição hospitalar (processo nº 10823/2004). Todos os participantes concordaram em participar voluntariamente do estudo e formalizaram sua anuência mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

#### *Participantes*

Participaram da sessão analisada a terapeuta Luma, 34 anos, psicóloga; Laura, 25 anos, observadora silente e pesquisadora, e sete familiares: Salvador, 51 anos, profissional liberal, pai de uma adolescente com Anorexia Nervosa; Aurora, 50 anos, esposa de Salvador, dona de casa; Valéria, 62 anos, dona de casa, mãe de uma jovem com Anorexia Nervosa; Adélia, 41 anos, dona de casa, também mãe de uma adolescente com Anorexia Nervosa; Magali, 46 anos, dona de casa, mãe de uma jovem com Bulimia Nervosa; Otávio, 65 anos, profissional liberal, pai de uma adolescente com Anorexia Nervosa e Vicente, 54 anos, profissional autônomo, pai de uma

jovem com Bulimia Nervosa. Os nomes dos participantes são fictícios para manter seu anonimato.

#### *Procedimento*

Para a constituição do *corpus* de análise, as sessões grupais foram audiogravadas na íntegra em gravador K-7. A coleta foi interrompida quando se completou um conjunto de 10 sessões consecutivas do grupo. Assegurou-se que o tema relacionado ao objetivo desse estudo estivesse contemplado nesse intervalo temporal. Após o primeiro contato com o conteúdo das sessões, por meio de sua transcrição literal, foram realizadas sucessivas releituras do material. Nessa etapa de pré-análise dos dados, foi realizado o realce das falas nas quais a temática da participação grupal estivesse presente. Desse modo, percebeu-se que esses sentidos apareciam de modo predominante em três sessões consecutivas.

Um recorte desse material tornou-se necessário para a análise aprofundada do contexto de produção dos sentidos. Foi escolhida para análise a sessão na qual estavam presentes variadas negociações, construções e posicionamentos com relação aos sentidos construídos para a participação grupal, evidenciando sua riqueza polisêmica.

O passo seguinte da análise foi a compreensão das realidades construídas a partir das falas dos participantes com relação aos sentidos de sua participação no grupo, articulando seu conteúdo às construções de mundo e pessoas que elas sugerem. Concentrou-se também na compreensão de seus efeitos para a interação grupal, assim como para a construção de diferentes narrativas e posicionamentos. Enfatizou-se a polissemia quanto às possíveis maneiras desses familiares de se perceberem no grupo e identificou-se a emergência de sentidos alternativos e ampliados acerca dessa participação, descrevendo esses momentos e assinalando o que os promoveu. Esses diferentes momentos foram intitulados de acordo com as ações promovidas no grupo por seus participantes. Em alguns desses títulos foram utilizadas frases proferidas pelos familiares naquele contexto dialógico específico, permitindo construir metáforas para a conversação empreendida. Considerando os objetivos propostos, serão apresentados os primeiros três momentos da sessão, considerados os mais significativos para a visualização da construção e negociação dos sentidos acerca da participação grupal.

### **Resultados**

#### *Ajudar ou Ser Ajudado?*

Feita a rodada inicial de apresentação, em que cada membro do grupo é convidado a declinar seu nome, a coordenadora inicia afirmando: “*Tem algumas pessoas que já faz um tempo que não vinham, estão com os retornos mais espaçados, né? A Adélia, o Seu Vicente e até o Otávio, né Otávio?*” Luma relaciona a falta do familiar no grupo ao maior espaçamento dos retornos de

seus filhos – lembrando que nessa sessão do grupo estavam presentes apenas pais e mães. Percebe-se que, nesse momento, na perspectiva de sua coordenadora, o sentido da participação no grupo é construído em função da pessoa adoecida.

É em resposta a esse significado atribuído pela coordenadora que Otávio se sente convidado a se manifestar e se posicionar. Ele afirma, com bom humor, que a esposa tirou “férias do grupo” e continua:

*Por enquanto prefiro continuar assim, é... muitos motivos, mas o motivo principal, digamos assim, é que a Manuela está melhorando muito. Assim... é um pouco também que, assim, se não viesse hoje talvez não me sentiria bem. Mas... não tanto por causa... quer dizer, a Manuela está bem melhor, né? Não tem alta ainda não, mas está bem melhor, esse é o motivo principal.*

Otávio sugere que o motivo de vir ao grupo com menor frequência é que a filha Manuela está melhorando muito. Esse sentido está em consonância com o sentido outorgado pela coordenadora – de que a participação do familiar no grupo está condicionada às necessidades de outrem. O outro motivo alegado por Otávio, de que “talvez não se sentiria bem” se não viesse naquele dia, abre um novo sentido para sua participação no grupo, agora em razão de uma necessidade sua e não da filha.

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 significa o ato de Otávio “vir ao grupo, pois caso contrário não se sentiria bem” como um “compromisso com o grupo”. Nas falas de Valéria e de Vicente emergem outros sentidos relacionados ao grupo como um compromisso:

**Valéria:** *Mas aí, seu Otávio, então o negócio é assim? Se sarou não precisa vir? Aí é que precisa vir! Não só quando tá doente. Tá lá... um puxãozinho de orelha!* **Vicente:** *Acho que precisa até vir mais, né?* **Valéria:** *É claro...* **Vicente:** *Para os que tão começando verem quem sarou, ver o que é possível.* **Valéria:** *É.* **Vicente:** *É o compromisso que o senhor tem.* **Otávio:** *É. É e não é, né? A gente assim... a gente tá comprometido pra comparecer aqui, certo?* **Valéria:** *Então é assim? Eu saio com o meu coração assim... terça-feira [dia em que o grupo acontece] já é o relóginho na cabeça, sei que tenho que levantar mais cedo. E eu penso: ‘Ah, hoje no grupo eu acho que eu vou encontrar uma palavra amiga, um motivo diferente para eu poder lidar com a Antônia [filha]’. Porque em casa eu vou te falar, viu? Hoje é um dia, amanhã já é outro. Então é aquela rodaviva, né? Então aqui, eu acho assim, eu encontro amigos, eu não estou só.* **Luma:** *Eu entendo a fala do Vicente e do Otávio como eles 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 pondera que, em razão da filha de Otávio estar em melhor condição, ele deveria vir mais frequentemente. Juntamente com as falas que se seguem, percebe-se que a vinda ao grupo de pessoas cujos filhos estão “melhores” está relacionada à ajuda e ao ensinamento que esses participantes podem oferecer aos demais.

A fala de Vicente, de que quando os filhos estão melhores os pais deveriam vir “até mais”, introduz e negocia esse sentido. Segundo ele, a participação desses pais é importante para que as pessoas que estão iniciando o tratamento possam ver o que é possível com relação à melhora do quadro e também para mostrar exemplos de pessoas que alcançaram a cura.

A quarta fala de Valéria, no fragmento reproduzido acima, mostra o seu confronto com o sentido oferecido por Otávio. Ele deveria estar no grupo para ofertar ajuda, uma vez que ela se levanta toda terça-feira para ir ao grupo em busca de 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 apoio a quem está precisando. Vicente afirma que esse seria o compromisso de Otávio. A resposta de Otávio, em relação a esse compromisso, é que “é e não é”. Parece não concordar inteiramente com esse sentido que lhe é proposto.

A resposta de Valéria a Otávio mostra ter o valor de um outro “puxão de orelha”. Ela parece ter ficado ressentida com o fato de Otávio não querer aceitar o compromisso de vir ao grupo pela possibilidade de oferecer ajuda aos outros participantes.

Essa resposta parece trazer o conflito que se instaura na interação grupal. A construção do sentido de participação no grupo, para quem tem um filho que 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 significada como uma recusa de oferta de ajuda. Algo que parece ser difícil de ser assumido no contexto grupal nesse momento em que se enaltece o apoio mútuo.

Para a coordenadora, a soma dos diferentes sentidos associados ao 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 o intercâmbio de experiências entre seus participantes.

*Os “Desesperados” e os “Fortalecidos”:*

*A Construção da Diferença no Grupo*

A fala da coordenadora significou o grupo como espaço para todos receberem e ofertarem ajuda. Porém, os participantes negociam esse sentido. Eles 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 pré-agendados dos atendimentos médico e nutricional tornam-se mais espaçados quando os pacientes apresentam melhoras no quadro sintomatológico. Portanto, os participantes cujo familiar está sendo atendido em intervalos maiores de tempo podem ser considerados como tendo a/o filha/o clinicamente melhores.

Vicente fala em sequência à coordenadora:

**Vicente:** *Eu coloquei isso porque aconteceu comigo, entendeu? Eram momentos mais desesperadores, por exemplo, no grupo participava gente que as filhas tavam boas, tavam sarando e então esse tipo de coisa me ajudou muito, né? Porque você vai sem esperança, sem nada, participar de um grupo, entendeu? E você chega lá e você vê pessoas que participa lá, vê que o caminho correto foi a participação do grupo, que as pessoas sentem melhores hoje, sentem... digamos, mais fortalecidas, mais adaptadas à situação, mais habilitadas pra conduzir aquela situação. Isso eu aprendi demais nesses anos todos. Por isso a importância dele estar colocando isso, que é muito importante para todo mundo, eu senti isso mais no começo... eu sinto isso ainda.*

Nessa fala Vicente descreve o início da participação no grupo como um momento de desespero e falta de esperança dos pais. Portanto, ele reafirma a importância da participação dos pais cujas filhas estão melhores, que por estarem nessa situação favorável se sentem também melhores, mais fortalecidos e habilitados a ajudar os demais participantes. Esse sentido trazido por Vicente, construído a partir de sua própria experiência no grupo, significa a participação de Otávio, que agora já está com a filha “melhor”, como a de 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 o problema de conduta alimentar e a necessidade de buscarem cuidados especializados.

Luma entende essa posição de Vicente como uma forma de responsabilização do participante pelo grupo:

**Luma:** *Que eu acho que é uma maneira de se responsabilizar pelo grupo também. Vicente:* *É porque eu acho que... eu penso que é a nossa luta, né? Eu vejo pela própria Cíntia, ela se sente uma especialista na doença. Hoje ela dá conselho para as meninas que ela encontra, que tão começando, ela se sente especialista, menos para elas, às vezes [risos no grupo]. Mas aqui é um estágio, entendeu? Mas isso é muito importante, né? E com o grupo aqui, a responsabilidade, por exemplo, não termina, nem a nossa nem deles, o paciente. Quando termina, acho que nós devemos continuar, quem pode, a vida toda. Aí chegar aqui e falar: ‘Olha, há 10 anos a minha filha aconteceu isso’. Acho que esse é o compromisso também na rua com as pessoas, uma bandeira que nós assumimos para vida toda [pausa].*

*Porque o que a gente aprende... o que eu aprendi aqui, né? Porque todo mundo, principalmente no começo, fica muito perdido, ninguém sabe o que fazer. Realmente não é uma ciência exata: ‘Você faz isso, isso e no final está tudo bem!’ Não é assim. Por isso que eu acho que tem que estar conversando muito.*

Na fala de Vicente pode-se entender que sua responsabilização pela continuidade do grupo é em razão de ele acreditar que essa é a “sua luta”. Mais precisamente essa luta seria: aconselhar e ajudar os outros pais, retribuindo a aprendizagem que ele mesmo já obteve no grupo. Traz explicitamente essa noção de que continuar ajudando outros pais que se encontram em situação semelhante é “uma bandeira” para ele e as outras famílias carregarem.

Vicente recorre à experiência da filha para descrever seu posicionamento. A filha, na experiência do grupo de pacientes, teria feito uma espécie de estágio para aprender e adquirir consciência de que tem um transtorno alimentar. De modo análogo, participar do grupo de familiares equivaleria a um estágio semelhante, deixando entrever a maneira como é percebida sua função educativa. A participação no grupo, para Vicente, está condicionada ao testemunho que ele, como participante, possa oferecer a partir de sua experiência.

Na sequência, Aurora afirma:

*Teve até um tempo a gente comentou, né? [dirigindo-se ao Otávio] De quem já tava bem melhor, de os pais virem pra gente ficar sabendo deles. Que é bom pra gente, para as pessoas que tão começando saberem. É riquíssimo.*

Aurora posiciona-se claramente. Coloca-se no subgrupo dos participantes que estão no estágio de buscar ajuda.

Luma, em seguida, questiona Adélia, investigando qual é a sua posição frente ao grupo:

**Luma:** *Nesse grupo, onde o Vicente está se incluindo, o Otávio está se incluindo, grupo dos que já fizeram um longo caminho e já tiveram alguns ganhos, você também está se incluindo nesse? Adélia:* *Ah sim! Eu ganhei bastante, né? A gente ganhou bastante [fala bem baixo]. Sei lá, é duro, é triste para gente vir e saber que tem uns que têm recaída, que 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.*

A coordenadora pontua em sua fala a construção de um subgrupo específico dentro do grupo maior, 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 subgrupo), mas também sente que precisa vir ao grupo para ouvir os familiares de quem está melhor (característica do segundo subgrupo).

*“Estamos Todos no Mesmo Barco”: O Reconhecimento de Semelhanças entre os Participantes*

Na sequência da conversação, Luma pergunta o que os participantes que estão há menos tempo no grupo pen-

sam sobre o que está sendo falado. Magali é a primeira a responder:

*Ah eu acho bom, né? Porque assim a gente ouvindo a experiência dos casos que já melhorou, quer dizer que fortalece a gente. A gente sai daqui fortalecido, com mais força, né? Pra poder ajudar, pra poder ter uma meta pra conseguir dar certo, né? Pra mim o grupo ajudou bastante. É que nem ela falou, a gente fica triste por algumas que faz tanto tempo [de doença]. E assim... melhora, piora, né? É uma situação muito difícil, dolorida, né? Porque a gente que tem a filha da gente sabe como é, né? Aquele medo da perda [da filha], então a gente sabe que é muito difícil e muito duro, né? E a gente fica contente pelas aquelas que melhorou, né? Que se curou, que tão conseguindo. Então eu acho importante a gente ouvir... não só ouvir assim a opinião: 'Ah, mas não tá dando certo, mas não deu, não consegui nada.' Quando você ouve 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, vão se curar. Pois na realidade eu acho que a dor é uma só para todos, né? Que é uma coisa muito dolorida, muito dolorosa demais. Porque se tratando de filho, qualquer coisa que acontece com eles de ruim é muito difícil, é muito doído.*

O sentido trazido por Magali – do grupo como um espaço para fortalecimento e construção de metas com vistas ao resultado desejado – é semelhante à construção narrativa de Vicente, quando concebe o grupo como espaço de aprendizagem e habilitação de recursos para lidar com a situação do adoecimento das filhas. Para Magali o grupo ajudou bastante, mas assim como Adélia, lamenta e “fica triste” pelas pessoas que estão doentes há “tanto tempo”.

Magali parece contar da sua dificuldade em conviver com a diferença, pois sua constatação pode causar tristeza ou medo. Diz que “a dor é uma só para todos”, o que traduz sua propensão a olhar para o que há de comum nas experiências intercambiadas, em detrimento das diferenças existentes entre as pessoas. O julgamento feito por Magali quanto às diferentes situações vividas pelas pessoas dentro do grupo tem uma implicação na maneira em que as negociações e posicionamentos seguintes acontecem no grupo:

**Otávio:** *O que está sendo ótimo pra senhora? . . .*

**Magali:** *O grupo, né? Eu ouvindo cada pai, cada mãe falando, né? Então eu saio daqui e eu reflito bem de cada pai, cada mãe que falou e procuro tirar o melhor proveito pra eu poder lidar.. Que nem no caso da Valéria, quer dizer, quanto tempo, né? Que a senhora tá vindo. Então, eu penso assim: 'Ela com tantos anos tá com essa força, com essa esperança!'*

**Valéria:** [Fala ao mesmo tempo que Magali] *Eu nunca desisti!* **Magali:** *Com essa dedicação, então quer dizer, é uma coisa que dá força pra gente*

*também. A gente pensa: 'Eu faz pouco tempo, eu não posso desanimar, eu tenho que seguir em frente, né?'. Que nem ela [referindo-se à Valéria] que tem a filha que já deu uma boa melhorada, né? E já tá bem. Então eu tenho que seguir em frente, continuar lutando. Cada vez que eu venho, 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”, engendra 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 estagnação e resistência à melhora, que provocariam tristeza, consternação e, sobretudo, desesperança com seus relatos.

Magali parece buscar aproximar-se da vivência de quem está com o familiar em situação difícil. Essa aproximação acontece por meio da narrativa de seu papel materno, pois, graças à sua experiência como mãe, ela diz saber como é difícil para todas as mães lidarem com o filho em situação de dificuldade. Dentro dessa construção de sentido a que Magali convida o grupo a acompanhar, todos os pais sofreriam “a mesma dor”, pois todos teriam medo de perder seus filhos para a “doença”. Nesse ponto volta com muita força no grupo o sentido do “somos todos iguais”, já que todos comungam da mesma dor de ter um filho doente.

A postura que Magali relata ter no grupo – de tentar “tirar o melhor proveito” para poder 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 dar um sentido diferente para as narrativas “tristes”, permeadas de dor e sofrimento. Assumindo essa postura, busca o melhor na participação de Valéria, colocando-a como exemplo de esperança, força e perseverança por manter-se firme, mesmo enfrentando a doença há vários anos. Descortina-se em sua fala um novo sentido, destacado pela coordenadora, que seria a oferta de ajuda uma característica também daqueles que estavam iniciando o tratamento e dos que estavam com o familiar bastante adoecido. A coordenadora entende a fala de Magali como uma possibilidade de os participantes iniciantes, assim como os “velhos de casa”, ofertarem ajuda:

**Luma:** *Uma coisa que eu percebi 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 a idéia de 'olha, Valéria, nós estamos aqui do seu lado 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 como ajudar, né? Quem é novo também tem pra oferecer, tem recursos.*

Na conversa desenvolvida até o momento, Valéria manteve-se em uma postura mais reservada, menos participativa. Após a fala de Magali e Luma, Valéria se coloca:

**Valéria:** [Fala em um tom bastante entristecido, quase uma lamúria] *Eu já tive com a Antônia boa. Nossa! Mas só que é assim, tô sempre com o pé atrás. Vamos sentindo, aí começa a comer e tudo, aí é aquela alegria, agora essa semana veio tudo abaixo de novo, regrediu. Já tá com outro tipo de coisa. Aí num é fácil! Mas aquilo dentro de mim assim, eu penso: 'Com a ajuda dos médicos, a minha paciência e a esperança, eu acho que esses anos eu vou agüentar. Se Deus quiser vai dar certo!' Sempre foi assim, eu nunca desanimei e quando eu entro aqui eu falo: 'Os profissionais, os colegas aqui, todos estão no mesmo barco que eu, só que eu tô há mais tempo. Só que os problemas são... quase iguais... dentro de cada diferente, né?' Porque na família dele é diferente, na minha é diferente, cada um é diferente do outro.*

Valéria resgata assim uma outra narrativa, que não a confina somente ao lugar-de-mãe-de-alguém-muito-mal. A fala de Valéria parece ter um sentido complementar ao sentido oferecido por Magali para sua participação no grupo. A fala de Magali coloca Valéria em uma outra posição, de quem tem algo de bom a oferecer, e isso contribuiu para que Valéria pudesse resgatar em sua história momentos positivos nos quais ocorreram ganhos com relação ao problema de conduta alimentar, assim como em seu relacionamento com a filha.

Essa narrativa evidencia os benefícios de retirar Valéria de uma posição passiva, podendo, inclusive, ajudar na reflexão de quais teriam sido as estratégias utilizadas anteriormente para alcançar a melhora. Tais recursos poderiam servir como alento para o enfrentamento da atual situação difícil. Todavia, Valéria entende que o fato de a filha ter piorado faz com que ela, como mãe, esteja “sempre com o pé atrás”, não confiando em manter essa posição otimista por muito tempo. Assim, Valéria não parece confiar plenamente no que aprendera com os anos de convívio com o problema. Ou seja, não poder contar com os recursos adquiridos no decorrer de sua própria trajetória, atualizando os saberes que podem ser transmitidos como legado a outras pessoas, tal como proposto por Vicente. Ela vai buscar esses recursos, então, nos profissionais, na sua paciência e no que ainda resta de esperança.

Valéria busca uma maneira de se identificar com os outros participantes que contam histórias diferentes da sua, sem ter que se sentir excluída por sua diferença. Para ela, “todos estão no mesmo barco”, passando por problemas semelhantes. Pode-se perceber um esforço de encontrar um lugar no grupo e de ser aceita pelos outros participantes enquanto um exemplo de luta, fé e perseverança. Essa é a posição que o grupo lhe outorga e na qual ela parece sentir-se confortável, gratificada e encorajada a prosseguir.

## Discussão

O contexto no qual o grupo está inserido, o serviço hospitalar e o atendimento multidisciplinar aos transtornos alimentares, parecem delimitar, em determinados momentos da sessão, as possibilidades de descrição de si no grupo. São os familiares de pessoas diagnosticadas com esses transtornos que se apresentam. Uma vez que os chamados “pacientes” estão inseridos também em um grupo de apoio para o tratamento, qual seria o sentido da inclusão da família no grupo que lhe é destinado? O convite para a participação da família no grupo pode trazer em si uma série de significados preestabelecidos sobre essa participação, como a necessidade de a família também ser “tratada” e acompanhada pela equipe de saúde.

Segundo Guanaes (2006), os diálogos que acontecem no grupo presentificam as vozes sociais e as narrativas pessoais que levam às diferentes descrições de si e de mundo. Dessa forma, as conversações no grupo vão sustentar essas descrições ou contestá-las, abrindo espaço para novas descrições dependendo dos sentidos que forem produzidos e negociados (Rasera & Japur, 2006). No grupo estudado os familiares negociam as diferentes posições sobre quem ajuda e quem é ajudado no grupo, construindo diferentes versões de si e das suas possibilidades de participação grupal.

No grupo de apoio espera-se que os participantes compartilhem suas histórias e experiências com relação àquilo que eles possuem em comum, oferecendo conselhos e informações, em um movimento de coesão e suporte mútuo entre as pessoas (Schopler & Galinsky, 1993). A suposta “recusa” em fornecer ajuda por parte 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 cessado o problema (no caso, os sintomas 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 às nossas ações no mundo; esses sentidos falam dos valores sociais e das moralidades implicadas em nossas falas (McNamee, 2004). O sentido emprestado ao grupo, quando é visto como um compromisso de oferta de ajuda, traduz o 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 a serem estimulados entre seus membros. No confronto e na negociação de sentidos essa racionalidade é constantemente posta à prova e debatida por meio 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.

Na sessão analisada são construídos diferentes lugares dentro do grupo. O ato de ajudar e o de receber ajuda relacionam-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”, os que estão “bem” e os que “recaíram”. Essas diferenças parecem posicionar, de maneiras diversas, os participantes no grupo, produzindo, ali também, diferenças entre os seus participantes.

Rasera e Japur (2006) afirmam que a participação no grupo de apoio, visto como uma prática discursiva situada, implica em negociações que são feitas e refeitas entre os participantes e o coordenador sobre como devem ser os relacionamentos dentro do grupo, quem deve participar e qual será a posição ocupada por cada pessoa nesse contexto. Essas negociações apontam para o caráter construído do grupo. Na sessão estudada parece haver uma polarização sobre quem recebe ajuda e quem oferece ajuda. O primeiro grupo é representado pelos iniciantes no grupo, os “desesperançados”, segundo a fala de Vicente. O segundo grupo é composto pelos familiares com filhos e filhas melhores, “os mais fortalecidos”, também segundo as palavras de Vicente. Essa polarização influi nas possibilidades de interação no grupo. 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 – isto é, assumir responsabilidade para com o grupo – que é construído na fala de Vicente, relaciona-se à sua visão do problema que afeta o comportamento alimentar como uma “doença difícil” de ser reconhecida e tratada, o que requer a busca de aprendizagem e habilitação da família sobre o assunto. A *doença* como algo desconhecido que irrompe no solo da família, que é o sentido trazido na fala de Vicente, traz a dimensão sócio-histórica da construção da enfermidade. Esse sentido desapropria o saber da pessoa sobre sua própria condição de sofrimento, deixando em seu lugar uma lacuna, preenchida de mistério e de um sentimento de desconhecimento com relação às próprias dificuldades que vivencia.

A descrição do fenômeno alimentar como transtorno ou doença carrega valores tradicionais presentes no discurso biomédico. Dentre esses valores podemos destacar o julgamento moral que apregoa a existência de funcionamentos normais e desviantes, e de um conhecimento especializado que estaria nas mãos dos profissionais, em especial os médicos, que seriam *experts* em como tratar dessas anormalidades (Gergen, 1994; McNamee, 1998). Destaque-se, ainda, a adesão dos pais ao modelo biomédico hegemônico, na medida em que também se sentem despojados do saber sobre o sofrimento de seus filhos.

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. Desse modo, determinados comportamentos, que não subscrevam as pautas normativas definidas por determinada cultura em um dado momento histórico, são considerados desviantes. De maneira direta ou indireta, a construção do fenômeno alimentar como uma entidade psicopatológica se faz presente nesse contexto, mediante uma operação de julgamento moral, de cunho normatizador, baseado nos referenciais de normalidade vigentes. A própria proposta de tratamento subentende a noção da existência de alguma “disfunção” ou “problema” que estaria localizado no indivíduo que porta os seus sinais.

A ambivalência que marca a participação de Adélia no grupo, de que é bom vir às reuniões, na medida em que ouve relatos de quem está melhor, mas ao mesmo tempo é “duro e triste”, porque também pode ouvir relatos de recaídas que comprometem a percepção dessa melhora, mostra o delineamento de algumas diferenças de posições e valores entre as condições dos chamados “pacientes”. O conhecimento adquirido sobre o problema parece insuficiente para Adélia apropriar-se da melhora da filha e, portanto, qualquer relato “ruim” provocaria o medo de que também sua filha experimentasse recaída. O modelo de saúde-doença implícito nessas conversações parece não favorecer, no caso de Adélia, a convicção de ser co-autora das mudanças positivas alcançadas com relação ao quadro clínico da filha.

Começam, então, a aparecer novas descrições sobre os lugares de cada participante. Despontam pessoas que reconhecem ter características que não se enquadram nos subgrupos construídos até então. O reconhecimento das inteligibilidades presentes ao longo da conversação pode clarear os sentidos trazidos, principalmente a partir da compreensão do modelo da *doença* que leva à culpabilização dos pais pela etiologia do transtorno alimentar.

Segundo McNamee (2001), o discurso da culpa tem suas raízes na noção de responsabilidade individual, derivada da tradição individualista que localiza 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, por meio 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, logo, também estaria ali a possibilidade de encontrar as soluções.

No diálogo entre Valéria e Magali aparece a luta contra o desconforto provocado pelos relatos de recaída, pois eles remetem às vicissitudes do tratamento e desvelam os caprichos 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 extrair apenas o que é “esperançoso” dos relatos que ouve. Nessa conversação,

o discurso da patologia torna-se onipresente na construção das relações grupais. A fala de Magali, nesse momento, posiciona Valéria como alguém que provocaria tristeza nos outros participantes.

Segundo McNamee (2004), o discurso nunca é neutro. Quando construímos sentidos criamos julgamentos, que podem ser aceitos como verdades ou ser revistos. Na sessão grupal esses julgamentos derivam da própria construção social do transtorno alimentar e da naturalização da noção de um funcionamento disfuncional nos filhos. A nomeação do transtorno provocaria reações de medo da *doença* e da imprevisibilidade de seu curso. Essas reações, somadas ao discurso da psicopatogênese familiar, elevariam o grau de auto-culpabilização desses pais em relação ao sofrimento de seus filhos (Souza, 2006).

McNamee (2001) oferece a sua compreensão dos efeitos da tradição individualista na educação que é 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, condenando-as a uma condição de incomunicabilidade que o transtorno alimentar vem dolorosamente amplificar.

Uma vez que as relações sociais mais amplas estão presentes no microcosmo do grupo, temos no espaço grupal a reprodução desses movimentos de segregação social, o que pôde ser desnudado na sessão relatada por meio da explicitação dos jogos de posicionamento que atravessavam as interações. A possibilidade de revisão dessas construções e julgamentos vai depender da sua validade e de sua qualidade na interação (McNamee, 2004).

Valéria parece buscar um sentido mais positivo para sua participação, que não a de um caso triste, podendo, assim, 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 de si mesmo. A importância do questionamento das crenças e valores envolvidos nesse posicionamento aumenta seu potencial de mudança e transformação.

Segundo Guanaes (2006), as práticas grupais podem ser descritas como recursos conversacionais: espaços interativos nos quais as pessoas se encontram engajadas em uma ação conjunta. Para continuarem juntas, as pessoas constroem o próprio grupo como recurso terapêutico, buscando entendimentos e sentidos compartilhados, ainda que não sejam consensuais.

Nesse estudo, os familiares buscam uma identidade que revele o seu lugar no grupo e a sua posição frente aos outros, mas que não os impeçam de se sentirem como semelhantes e de encontrar sentidos comuns na participação grupal.

De acordo com Rasera e Japur (2003), a homogeneidade entre os participantes não é uma qualidade intrínseca dessas pessoas, mas uma maneira de o coordenador e o serviço que provê assistência descreverem e identificarem esses participantes. Portanto, a homogeneidade e o

apoio não são categorias existentes *a priori*, mas construídas na interação grupal e “a possibilidade de interação entre os participantes depende, entre outros fatores, das concepções que estes trazem a respeito da categoria que os torna homogêneos” (Rasera & Japur, 2003, p. 61). Para Valéria, essa possibilidade de sentir-se “igual e diferente”, ao mesmo tempo, aparece no uso que ela faz da metáfora que oferece ao grupo: de que estariam “todos no mesmo barco”.

McNamee (2004) entende que, para que as pessoas possam continuar juntas em uma conversação, é necessário que elas possam suportar a diferença sempre presente entre elas. Para essa 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). Pacientes e terapeutas são co-autores na criação do potencial terapêutico do grupo (Green & Stiers, 2002). O sucesso do grupo vai depender das possibilidades dos participantes de manterem-se juntos nessa arena interacional repleta de tensões (O’Leary, 2001). Os julgamentos construídos no grupo podem ser tomados como verdades, cristalizando determinadas descrições, que podem promover movimentos de afastamento no grupo. Todavia, como pôde ser visto nesse trabalho, esses sentidos podem ser revisitados, em uma constante teia que enlaça novos significados a cada nova interação, convidando-nos à “construção conversacional da mudança” (McNamee, 2001).

## Referências

- Andersen, T. (1998). Reflexões sobre a reflexão com as famílias (C. O. Dornelles, Trad.). In S. McNamee & K. J. Gergen (Eds.), *A terapia como construção social* (pp. 69-85). Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Anderson, H., & Goolishian, H. A. (1998). O cliente é o especialista: A abordagem terapêutica do não-saber (C. O. Dornelles, Trad.). In S. McNamee & K. J. Gergen (Eds.), *A terapia como construção social* (pp. 34-50). Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Bezerra, B. C., Jr. (1994). Grupos: Cultura psicológica e psicanálise. In A. Lancetti (Ed.), *Saúde e loucura: Grupos coletivos* (pp. 129-144). São Paulo, SP: Hucitec.
- Gergen, K. J. (1985). The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist*, 40, 266-275.
- Gergen, K. J. (1994). *Realities and relationships: Soundings in social construction*. London: Harvard University Press.
- Gergen, K. J. (2003). Knowledge as a language game. In K. J. Gergen & M. Gergen (Eds.), *Social construction: A reader* (pp. 15-17). London: Sage.
- Gergen, K. J., & Kaye, J. (1998). Além da narrativa na negociação do sentido terapêutico (C. O. Dornelles, Trad.). In S. McNamee & K. J. Gergen (Eds.), *A terapia como construção social* (pp. 201-222). Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Gonçalves, M. M., & Gonçalves, O. F. (2001). A psicoterapia como construção conversacional. In M. M. Gonçalves & O. F. Gonçalves (Eds.), *Psicoterapia, discurso e narrativa: A construção conversacional da mudança* (pp. 7-26). Coimbra, Portugal: Quarteto.

- Green, Z., & Stiers, M. J. (2002). Multiculturalism and group therapy in the United States: A social constructionist perspective. *Group*, 26, 233-246.
- Guanaes, C. (2006). *A construção da mudança em terapia de grupo: Um enfoque construcionista social*. São Paulo, SP: Vetor.
- Harré, R., & Van Langenhove, L. (1999). Reflexive positioning: Autobiography. In R. Harré & L. Van Langenhove (Eds.), *Positioning theory: Moral contexts of intentional actions* (pp. 60-73). Oxford, UK: Blackwell.
- Lax, W. D. (1998). O pensamento pós-moderno na prática clínica (C. O. Dornelles, Trad.). In S. McNamee & K. J. Gergen (Eds.), *A terapia como construção social* (pp. 86-105). Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- McNamee, S. (1998). A reconstrução da identidade: A construção comum da crise (C. O. Dornelles, Trad.). In S. McNamee & K. J. Gergen (Eds.), *A terapia como construção social* (pp. 223-238). Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- McNamee, S. (2001). Reconstruindo a terapia num mundo pós-moderno: Recursos relacionais. In M. M. Gonçalves & O. F. Gonçalves (Eds.), *Psicoterapia, discurso e narrativa: A construção conversacional da mudança* (pp. 235-264). Coimbra, Portugal: Quarteto.
- McNamee, S. (2004). Social construction as practical theory: Lessons for practice and reflection in psychotherapy. In D. Pare & G. Lerner (Eds.), *Critical knowledge and practice in psychotherapy* (pp. 10-26). New York: Haworth Press.
- O'Leary, J. V. (2001). The postmodern turn in group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 51, 473-487.
- Rasera, E. F., & Japur, M. (2001). Contribuições do pensamento construcionista grupal para o estudo da prática grupal. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 14, 201-209.
- Rasera, E. F., & Japur, M. (2003). Grupo de apoio aberto para pessoas portadoras do HIV: A construção da homogeneidade. *Estudos de Psicologia* (Natal), 8, 55-62.
- Rasera, E. F., & Japur, M. (2006). Sobre a preparação e a composição em terapia de grupo: Descrições construcionistas sociais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19, 131-141.
- Santos, M. A., Oliveira, E. A., Moscheta, M. S., Ribeiro, R. P., & Santos, J. E. (2002). Mulheres plenas de vazio: Aspectos familiares da anorexia nervosa. *Vínculo*, 1, 46-51.
- Schopler, J. H., & Galinsk, M. J. (1993). Support groups as opens systems: A model for practice and research. *Health and Social Work*, 18, 195-207.
- Shotter, J. (2005). Acknowledging unique others: Ethics, expressive realism, and social constructionism. *Journal of Constructivist Psychology*, 18, 103-130.
- Souza, L. V. (2006). *Produção e negociação de sentidos em um grupo de apoio aos familiares de pessoas diagnosticadas com anorexia nervosa e bulimia nervosa*. Dissertação de Mestrado não-publicada, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.