



Revista Latino-Americana de Enfermagem

ISSN: 0104-1169

rlae@eerp.usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

Grando, Lucia Helena; Alves Rolim, Marli
Família e transtornos alimentares: as representações dos profissionais de enfermagem de uma
instituição universitária de atenção à saúde mental
Revista Latino-Americana de Enfermagem, vol. 13, núm. 6, noviembre-diciembre, 2005, pp. 989-995
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421850011>

- 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

FAMÍLIA E TRANSTORNOS ALIMENTARES: AS REPRESENTAÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE UMA INSTITUIÇÃO UNIVERSITÁRIA DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL¹

Lucia Helena Grando²

Marli Alves Rolim³

Grando LH, Rolim MA. Família e transtornos alimentares: as representações dos profissionais de enfermagem de uma instituição universitária de atenção à saúde mental. Rev Latino-am Enfermagem 2005 novembro-dezembro; 13(6):989-95.

O estudo é qualitativo, de caráter descritivo, cujo recorte se constitui na questão da família da pessoa com transtorno alimentar. Portanto, buscou-se contextualizar essa temática e apreender, dos relatos dos profissionais entrevistados, as representações acerca da família desses pacientes e sua influência na gênese e no desenvolvimento da doença. Inicialmente, os dados apontaram para representações da família como um grupo social primário que faz cobranças e que, como elemento formador, tem participação na origem do distúrbio. Posteriormente, o tema família surge mais encaminhado para a compreensão da mesma como elemento mantenedor do transtorno alimentar, na qual os limites pouco definidos entre os membros conturbam a relação, evidenciando muitas vezes a alteração na hierarquia: os pais passam a ser controlados pelo filho.

DESCRITORES: família; transtornos da alimentação; enfermagem psiquiátrica

FAMILY AND EATING DISORDERS: REPRESENTATIONS AMONG NURSING STAFF AT A MENTAL HEALTH UNIVERSITY HOSPITAL

This qualitative and descriptive study takes the family of patients with eating disorders as a starting point. We aimed to contextualize this theme and apprehend, from the reports of interviewed professionals, their representations about the family of these patients and its influence on the genesis and development of the illness. Data showed that, at first, the family is represented as a primary social group which is always expecting certain behaviors and which, as a formative element, participates in the origin of the disorder. Subsequently, the family theme appears to be more directed to understanding the family as an element that maintains the eating disorder, in which the not very defined limits among its members disturb the relationship, often evidencing an alteration in the hierarchy: the parents start to be controlled by their child.

DESCRIPTORS: family; eating disorders; psychiatric nursing

FAMILIA Y TRASTORNOS ALIMENTICIOS: LAS REPRESENTACIONES DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE UN HOSPITAL DE SALUD MENTAL

Este estudio es cualitativo, de carácter descriptivo, cuyo recorte es la familia de la persona con trastorno alimenticio. Para tanto, se buscó contextualizar tal temática y aprehender, de los relatos de los profesionales entrevistados, las representaciones a cerca de la familia de esos pacientes y su influencia en la génesis y desarrollo de la enfermedad. Inicialmente, los datos apuntaron hacia representaciones de la familia como un grupo social primario que hace cobranzas y que, como instancia formadora, tiene participación en el origen del disturbio. Posteriormente, el tema familia surge destinada a la comprensión de la misma, como elemento de manutención del trastorno alimenticio, en la cual los límites poco definidos entre los miembros turban la relación, evidenciando muchas veces alteración en la jerarquía: los padres pasan a ser controlados por el hijo.

DESCRIPTORES: familia; trastornos de la conducta alimentaria; enfermería psiquiátrica

¹ Trabalho extraído da dissertação de mestrado; ² Doutoranda em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Assistente Técnica de Saúde III do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, Docente da Universidade Guarulhos, e-mail: lhgrando@hotmail.com;

³ Professor Doutor da Escola de Enfermagem, da Universidade de São Paulo, e-mail: minie@usp.br

INTRODUÇÃO

A motivação pela temática decorreu da experiência profissional da autora na enfermagem infantil e de adolescentes do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, a qual deu origem à dissertação de mestrado⁽¹⁾.

O tema família da pessoa com transtorno alimentar surge como questão de suma importância e se torna o ponto de partida para o presente estudo.

A enfermeira frequentemente lida não apenas com o indivíduo, mas também com sua família. Mesmo quando ela está lidando apenas com um indivíduo, é impossível a interação não afetar e ser afetada por sua família, conseqüentemente, as interações com um indivíduo são vistas como interações indiretas com a família dele. "O comportamento de um indivíduo é imensamente influenciado por sua família e, por sua vez, quaisquer alterações em seu comportamento invariavelmente afetarão sua família. Quer se adote essa perspectiva ou não, é difícil negar que a enfermeira, para ser eficaz, precisa compreender a família"⁽²⁾. Acredita-se, inclusive, que o núcleo familiar deve ser inserido em qualquer proposta terapêutica, pois "os familiares podem apresentar uma série de incapacidades que se sedimentaram frente ao adoecimento psíquico de um familiar"⁽³⁾.

Ao planejar como intervir com os membros da família, a enfermeira pode considerar a necessidade de um preparo profissional que inclua a educação sobre o transtorno para si mesma, tão bem como ajudar a família a criar habilidades para assistir, dar apoio e impor limites ao cliente, se necessário⁽⁴⁾.

Uma das premissas básicas que deve nortear o processo de cuidar desses indivíduos é que os profissionais necessitam ter a convicção de que o ser humano está intrinsecamente ligado à sua família e ao seu meio social e que esses são a fonte primordial, não só das pressões, mas também de recursos de apoio⁽⁵⁾.

Vários autores enfatizam a necessidade de incluir a família no tratamento dos indivíduos com transtornos alimentares e a terapia familiar "está sempre indicada pela característica observada de que determinados comportamentos familiares parecem perpetuar comportamentos alimentares alterados"⁽⁶⁾.

"A orientação familiar deve ser dada via de regra a todas as famílias" e o "aconselhamento familiar tem a intenção de educar a respeito da doença, afastar

as idéias de culpa que os pais sempre trazem e orientar para o retorno ao padrão alimentar natural daquela família"⁽⁷⁾.

Corroborando essas afirmações, pode-se identificar na literatura sobre a assistência de enfermagem a pacientes com distúrbios alimentares o fato de que um dos diagnósticos de enfermagem essenciais é o de "Processos Familiares Alterados", definido como um sistema familiar disfuncional⁽⁸⁻¹⁰⁾, caracterizado por mudanças nas alianças de poder, padrões e rituais, relacionados à alteração do poder de membros da família e à troca dos papéis dessa família, bem como à alteração do estado de saúde de um de seus membros.

Considerando essa peculiar dinâmica que se estabelece, os autores acima recomendam como principais intervenções de enfermagem:

- explorar o grau de dependência e envolvimento entre os membros da família;
- discutir com o paciente e a família as funções, papéis e limites adequados, bem como formas de comunicação mais efetivas. Identificar as regras dentro da família que reforçam o comportamento inadequado do paciente e, juntamente com a mesma, buscar mecanismos para adequá-las;
- ajudar o paciente a desenvolver habilidades na resolução de problemas e proporcionar condições para que teste os resultados;
- realizar ou encaminhar para grupos de terapia de família ou de psicodrama familiar.

Com relação ao plano de tratamento de enfermagem é ressaltada a importância de "incluir familiares na avaliação e no processo de planejamento do tratamento", bem como a necessidade de "avaliar a família como sistema e o impacto do transtorno alimentar" e de "iniciar terapia de grupo para mobilizar o apoio social e reforçar respostas adaptadas". Esses pacientes beneficiam-se do envolvimento dos familiares e do trabalho com um grupo que ofereça apoio⁽¹¹⁾.

Os autores sugerem que a assistência à família seja por intermédio de terapia de família, aconselhamento ou orientação, de forma a construir contextos mais flexíveis, favorecedores de expressão e aceitação de diferenças relativas às idéias, sentimentos e ações sem a ameaça de perda da pertinência, ao grupo familiar, de algum membro ou da dissolução do próprio grupo⁽¹²⁾.

A partir das considerações acima, que deixam explícita a necessidade da inclusão da família na

assistência aos indivíduos com transtornos alimentares, determinou-se para o presente estudo o objetivo de apreender, dos relatos dos profissionais entrevistados, as representações acerca da família desses pacientes e sua influência na gênese e no desenvolvimento da doença. Tal proposta busca repensar as relações acomodadas e cronicadoras que se estabelecem entre profissionais, famílias e pessoas que sofrem com tais transtornos.

Considerou-se que o primeiro passo para compreender como os profissionais de enfermagem cuidam dessa família seria por meio das representações sociais que eles construíram acerca desse núcleo social primário.

REFERENCIAL TEÓRICO

A teoria das representações sociais é considerada um referencial apropriado para desvendar como os profissionais de enfermagem apreendem o familiar do indivíduo portador de transtorno alimentar e, em função dessa representação, como se organizam e orientam suas ações na prática cotidiana. Ela parte do pressuposto de que o conhecimento é socialmente elaborado e compartilhado, tendo o objetivo prático de contribuir para a construção de uma realidade comum a um determinado grupo social, possibilitando a comunicação e a ação conjunta.

Essa teoria diz "respeito aos conteúdos do pensamento cotidiano e ao suprimento de idéias que dá coerência às nossas crenças religiosas, às idéias políticas e às conexões que criamos tão espontaneamente como respirar. Elas nos capacitam a classificar pessoas e objetos, a comparar e explicar comportamentos e os objetiva como parte do nosso cenário social"⁽¹³⁾. Assim, as representações sociais permitem que o homem perceba o significado dos acontecimentos que ocorrem em sua vida cotidiana.

ABORDAGEM METODOLÓGICA

Natureza do Estudo

A pesquisa qualitativa configurou-se como a mais pertinente uma vez que ela não se preocupa em quantificar, mas em lograr explicar os meandros das relações sociais consideradas essência e resultado

da atividade humana criadora, afetiva e racional, que pode ser apreendida através do cotidiano, da vivência e da explicação do senso comum⁽¹⁴⁾.

Cenário do Estudo

O presente estudo teve como cenário as enfermarias que atendem indivíduos com transtorno alimentar, ou seja, mista e infantil e de adolescentes do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Esse hospital tem por finalidade a assistência, o ensino e a pesquisa; assim sendo, a veiculação do conhecimento científico se insere à prática, favorecendo a formação das representações sociais através da imbricação do conhecimento científico com o senso comum; universo "reificado" e consensual.

Sujeitos

Realizou-se entrevistas com 6 enfermeiros, 1 técnico de enfermagem e 5 auxiliares de enfermagem. Esse número se mostrou significativo para atingir os objetivos deste estudo, uma vez que, segundo a lógica da pesquisa qualitativa⁽¹⁴⁾, o número de sujeitos deve ser significativo, suficiente para conhecer suas vidas e obter os elementos necessários para compreender melhor sua problemática e poder propor assistência para suas necessidades. Portanto, esse número não foi pré-determinado e o encerramento das entrevistas ocorreu a partir do momento em que foi constatada a invariância do fenômeno. Essas entrevistas permitiram explorar os conteúdos e as informações relativas às representações sociais desse tema.

Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período de novembro de 1998 a março de 1999, por meio de entrevista realizada em local privativo, na própria instituição. As entrevistas foram gravadas com autorização dos sujeitos.

O projeto foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa, sob número de Protocolo 634/98, que considerou que o mesmo respeitava rigorosamente as normas éticas e os sujeitos assinaram o termo de consentimento pós-informado.

A sistematização e análise dos dados

A análise dos dados foi realizada por meio da técnica de análise de conteúdo, mais especificamente a temática. Após a organização do material discursivo, optou-se por seguir as etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir dos relatos dos profissionais, foi possível identificar aspectos importantes dessa população – as representações sociais que construíram acerca do familiar do indivíduo com

transtorno alimentar. Conseqüentemente, é a partir dessas representações que surgiu uma forma singular de cuidar, ancorada em conhecimentos prévios, já estabelecidos e oriundos de diversas fontes teóricas, de sua prática diária, mais ou menos intensa, em conceitos e preconceitos sociais, estigmatizantes em maior ou menor grau, em crenças e vivências pessoais.

Da análise dos dados, obteve-se duas categorias centrais:

- a família, na condição de grupo social primário, tendo participação na origem do transtorno;
- a família como instância mantenedora do transtorno.

A figura a seguir permite a visualização e a compreensão dos resultados.

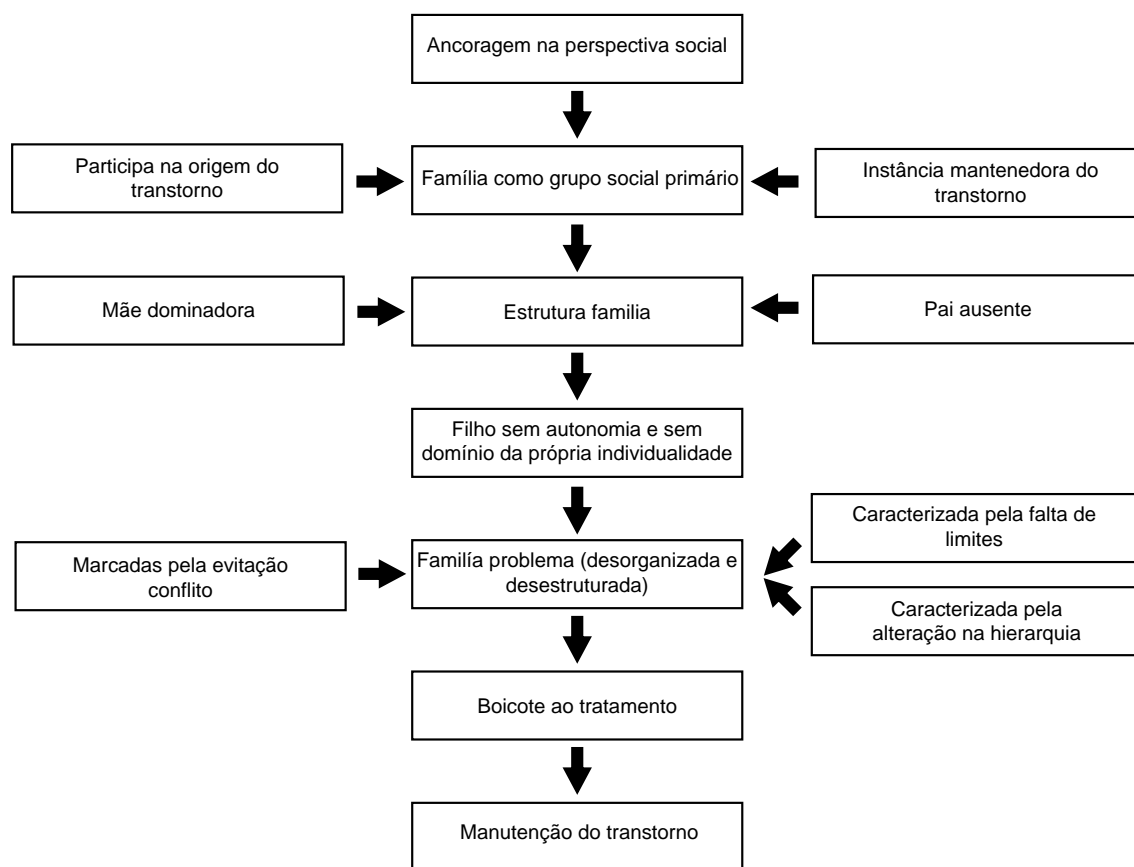


Figura 1 - As categorias e os temas em relação à família, participando na gênese e na manutenção do transtorno

A família se constitui em elemento importante na compreensão das representações acerca dos transtornos alimentares, uma vez que "a interiorização do mundo objetivo vai se dar através da transmissão de valores, normas, crenças, passados pela família que irá produzindo e reproduzindo cultura e onde seus membros são educados para viver em determinado

tipo de sociedade. Esse será o primeiro espaço afetivo, cultural e social, expressando situações da vida cotidiana onde a identidade se dá a ver"⁽¹⁵⁾. Por outro lado, compreender como os profissionais representam a família, nos fornecerão dados importantes e darão "pistas" de como elas vêm sendo cuidadas.

O tema família surgiu de forma espontânea nos relatos, como um grupo social primário que faz cobranças e que, como elemento formador, tem participação na origem do distúrbio.

Começa na infância, a família colabora muito.

"Não se sabe com certeza se os transtornos alimentares estão relacionados com uma predisposição genética ou simplesmente com a transmissão de crenças, atitudes e valores ao longo das gerações. Às vezes essas se apoiam em um problema de saúde e outras simplesmente em um critério estético ou, então, em uma disposição para responder a situações de estresse com variações de conduta alimentar. É muito provável que na gestação de um transtorno alimentar se combinem alguns desses fatores, que se potenciam mutuamente"⁽⁵⁾.

Os entrevistados apontam algumas características relativas ao relacionamento estabelecido entre os membros da família. Descrevem a figura do pai como uma pessoa um tanto distante e ausente. Já, as mães surgem como figuras centrais nos discursos, pessoas exigentes e perfeccionistas, que mantêm um relacionamento nem sempre tranqüilo, como vemos a seguir.

Família que tem mãe dominadora, pai ausente. A maioria delas é extremamente perfeccionista. É o que a gente percebe, todas que passaram por aqui. E as mães... muito dominadoras... muito exigentes...

Para alguns sujeitos, as famílias são apresentadas como muito desorganizadas, como famílias que são problemas, como necessitadas, assim como as pacientes, carentes de amparo, de proteção e de orientação. Na verdade, acredita-se que essas pessoas têm muita dificuldade de lidar com situações muitas vezes dolorosas e desagradáveis no convívio com as pessoas doentes; em decorrência desse fator, para evitarem conflito, acabam não seguindo as orientações quando o paciente vai para casa.

...é muito relativo porque têm famílias que são problemas.

São famílias muito complicadas, desestruturadas e que o pai é aquele cara que trabalha fora, é superausente, mesmo.

As experiências vividas na família constituirão a base da identidade dos sujeitos sociais, experiências marcadas por conflitos e tensões favorecerão sentimentos de insegurança, baixa auto-estima que em muito favorecerão o desenvolvimento de indivíduos com dificuldade em assumir responsabilidade pelas suas vidas e,

conseqüentemente, desenvolver o senso de autonomia.

"Um dos motivos mais comuns pelos quais as famílias evitam a expressão direta de suas emoções é porque temem o desacordo entre seus membros. Isso se denomina evitação do conflito. Se cada um diz o que pensa ou sente, podem surgir diferenças que tragam como consequência tensão e conflito. É freqüente que as pessoas se sintam ameaçadas por isso e o que percebem põe em cheque a unidade familiar ou questiona o afeto entre os membros. Isto traz consigo um risco, visto que, se não há um modo aceitável de estar em desacordo e ser diferente, será certamente difícil para a pessoa reconhecer e valorizar suas próprias experiências"⁽⁵⁾.

Por outro lado, "no passado, uma crença de mães e famílias anorexigênicas foi concebida. Hoje, essa tendência de culpabilização parental foi mais bem estruturada e esses fatores são vistos como mantenedores do comportamento"⁽⁷⁾.

O tema família surgiu, também, como elemento capaz de manter comportamentos evidenciados em fases anteriores à internação, norteados pelo forte envolvimento que se estabelece entre seus membros.

Os depoentes relatam, ainda, que quando essas famílias recebem ajuda, passam a colaborar com o tratamento. Podem, assim, ajudar ou incentivar os filhos para que se tornem mais confiantes, auto-suficientes e consigam se tornar independentes.

Em muitos casos existe um conflito familiar que precisa ser trabalhado. E a família acaba dando suporte para a paciente à medida que é trabalhada.

A dificuldade para identificar o que ocorre com o familiar que está doente aparece em vários depoimentos; é o conflito envolvendo todas as pessoas e, sendo uma doença que no seu início não mostra uma alteração física visível, dificulta a leitura e a compreensão do que está ocorrendo.

No início a família não percebe o que está ocorrendo... No decorrer a paciente começa a perder peso, ficar enfraquecida... A família começa a se preocupar e procura o médico.

A facilidade que eles têm de enganar a família dificulta até conseguir um tratamento.

Muitas vezes quando a família detecta que a paciente está doente, o quadro atingiu um estágio em que a internação hospitalar se torna inevitável.

Outra característica, apontada nas relações que se estabelecem no meio familiar, são os limites pouco definidos entre os membros; eles estão

excessivamente envolvidos uns com os outros e de forma conturbada, em decorrência disso, pais e filhos se relacionam na base da troca e, assim, se evidencia a alteração na hierarquia: os pais passam a ser controlados pelo filho.

A família não tem limite. Quando elas contam, você percebe a questão da troca.

Os sujeitos afirmam, também, que a evolução do tratamento e da doença traz como agravante o fato da família ser considerada o fator de boicote ao tratamento, o que pode ser visto na fala seguinte.

No decorrer da doença, eu não sei se já pelo cansaço, desânimo da família, eles começam consciente ou inconscientemente a colaborar com o agravamento da doença e na manutenção dos sintomas, eu acho.

“Esse zelo sem limites acaba por tornar a relação familiar sufocante para ambos os lados, já que quem a recebe acaba por sentir-se contido em suas escolhas e quem o dá permanece preso à vontade do outro, mesmo que as necessidades deste sejam vistas pela ótica de quem oferece apoio”⁽¹⁵⁾.

Os entrevistados apontam situações que envolvem a culpa na família, porém, reforçam que não a consideram culpada, a não ser nos casos em que houve agressão na infância. Acreditam que a família é a vítima da situação.

A maioria se sente culpado por alguma coisa. A família não é culpada, é como qualquer outra doença.

CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONCLUSÃO

Considerando a família como um grupo social primário, os depoentes a concebem ancorados principalmente em uma perspectiva social, na qual está embutido um padrão estético determinado culturalmente e veiculado pela mídia e, em qualquer processo de socialização, a influência da família desempenha papel primordial.

E é nessa família que os entrevistados identificam a falta de limites, fator esse que os entrevistados apontam como algo que permeará os relacionamentos interpessoais entre os pacientes e os profissionais, causando uma série de sentimentos desagradáveis.

Focando nossa atenção nesse aspecto que é algo com o qual a enfermagem tem condições e preparo técnico-científico para manejar, é de suma

importância relembrar que a falta de limites observada na família leva a pessoa a ter dificuldade de desenvolver seu senso de autonomia.

No processo de contestação do padrão tradicional de autoridade familiar, houve uma confusão entre os excessos de autoridade do tipo tradicional e o exercício legítimo e necessário da autoridade da família, levando à permissividade que tem prejudicado particularmente as crianças, que ficaram sem limites estabelecidos.

A criança educada à base da imposição de regras, sem entender o porquê (sem desenvolver, portanto, o sentido de si), ou aquela que ignora que não se pode recusar as regras (sem internalizar, o sentido do outro) formará uma moral heterônoma e tenderá a ser um adulto incapaz de escolher. O não desenvolvimento da autonomia leva ao tipo de comportamento compulsivo, em que o indivíduo não tem o domínio de sua própria individualidade. Esse domínio é condição para desfrutar das possibilidades de emancipação do nosso tempo, porque a fruição de um projeto igualitário demanda essa noção de limites pessoais e esse sentido do outro. A experiência de democratização da vida cotidiana familiar reflete-se no plano da cidadania, ao prover os indivíduos de recursos para participar democraticamente na esfera pública, a partir da internalização do princípio da autonomia que potencializa sua capacidade de discernir, julgar e escolher⁽¹⁶⁾.

Concluimos que as relações familiares problemáticas, pautadas principalmente pela evitação do conflito, desencadeiam um nível de sofrimento difuso e intenso e que o desafio do profissional é trabalhar com essas pessoas para que reavaliem suas próprias condutas e as tornem mais flexíveis de modo a buscarem adaptação criteriosa que lhes permita vivenciar um grau de autonomia saudável.

Independentemente da instância em que se dará o cuidado, é importante lembrar que “o processo de formação na graduação, por si só, não confere o instrumental necessário à prática do enfermeiro na perspectiva do novo paradigma de cuidado que se apresenta, o qual inclui o consentimento e participação do paciente e família, o que leva à necessidade da busca de conhecimentos específicos, novas habilidades e atitudes na relação com o paciente, família, comunidade, para o enfrentamento das questões cotidianas do trabalho”⁽¹⁷⁾.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Grando LH. Representações sociais e transtornos alimentares: as faces do cuidar em enfermagem. [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/USP; 2000.
2. Taylor CM. Fundamentos de enfermagem psiquiátrica de Mereness. 13^a ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1992.
3. Otto JG. O desafio de assistir a família e a saúde do paciente com transtorno mental. [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/USP; 2001.
4. Irwin EG. A focused overview of anorexia nervosa and bulimia: part II - challenges to the practice of psychiatric nursing. *Arch Psychiatr Nurs* 1993; 7(6):347-52.
5. Herscovici CL, Bay L. Anorexia nervosa e bulimia: ameaças à autonomia. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1997.
6. Appolinário JC. Transtornos alimentares. In: Bueno JR, Nardi AE. Diagnóstico e tratamento em psiquiatria. Rio de Janeiro (RJ): MEDSI; 2000. p. 345-67.
7. Cordás TA. Bulimia nervosa. In: Assumpção FB Júnior. Psiquiatria da infância e da adolescência. São Paulo (SP): Santos; 1999. p. 291-7.
8. Krupnick SLW, Wade AJ. Psychiatric care planning. Pennsylvania: Springhouse; 1993. p. 208-16.
9. Stuart GW, Sundeen SJ. Pochet guide to psychiatric nursing. St. Louis: Mosby; 1995. p. 357-74.
10. Grando LH, Rolim MA. Transtornos alimentares: desafio para a enfermagem. *J Bras Psiquiat* 1999; 48(11):521-8.
11. Cochrane CE. Respostas de regulação alimentar e transtornos alimentares. In: Stuart GW, Laraia MT. Enfermagem psiquiátrica: princípios e prática. 6nd ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2001. p. 559-80.
12. Fasolo C, Diniz TCVC. Aspectos familiares. In: Nunes MAA, Appolinário JC, Abuchaim ALG, Coutinho W. Transtornos alimentares e obesidade. Porto Alegre (RS): Artmed; 1998.
13. Moscovici S. Notes towards a description of social representation. *Eur J Soc Psychol* 1988; 18:211-50.
14. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: metodologia de pesquisa social (qualitativa) em saúde. [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública; 1989.
15. Coelho VP. Fome de ser feliz: histórias de vidas de mulheres com transtornos alimentares. [dissertação]. São Paulo (SP): Pontifícia Universidade Católica; 1995.
16. Sarti CA. Família e individualidade: um problema moderno. In: Carvalho MCB, organizador. A família contemporânea em debate. São Paulo (SP): Cortez; 1997.
17. Silveira MR, Alves M. O enfermeiro na equipe de saúde mental: o caso dos CERSAMS de Belo Horizonte. *Rev Latino-am Enfermagem* 2003 setembro-outubro; 11(5):645-51.