UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

**O cuidado materno e a estruturação do
vínculo mãe-filha nos transtornos alimentares**

FABIANA ELIAS GOULART DE ANDRADE MOURA

Ribeirão Preto

2007

FABIANA ELIAS GOULART DE ANDRADE MOURA

O cuidado materno e a estruturação do vínculo mãe-filha nos transtornos alimentares

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do Título de Mestre, no Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública, inserida na linha de pesquisa: Processo Saúde-Doença.

Orientadora: Profa. Dra. **Rosane Pilot Pessa Ribeiro**

Ribeirão Preto

2007

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Moura, Fabiana Elias Goulart de Andrade

O cuidado materno e a estruturação do vínculo mãe-filha nos transtornos alimentares/ Fabiana Elias Goulart de Andrade Moura; Orientadora: Rosane Pilot Pessa Ribeiro. Ribeirão Preto, 2007. 93p: il. ; 30cm

Dissertação (mestrado – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública. Área de Concentração: Processo Saúde-Doença – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

1. Transtornos da alimentação 2. Anorexia Nervosa
3. Bulimia Nervosa 4. Relações mãe-filho.

fabiana.goulart2007@yahoo.com.br

FOLHA DE APROVAÇÃO

Fabiana Elias Goulart de Andrade Moura

O cuidado materno e a estruturação do vínculo mãe-filha nos transtornos alimentares.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem em Saúde Pública, Linha de pesquisa: Processo Saúde-doença.

Aprovado em ____/____/____

Banca Examinadora

Profa. Dra. Rosane Pilot Pessa Ribeiro

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Assinatura_____

Profa. Dra. Márcia Bucchi Alencastre

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Assinatura_____

Prof. Dr. Manoel Antônio dos Santos

Instituição: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Assinatura_____

Dedico este trabalho à minha mãe Dayse e à minha filha Gabriela. Foi com elas que primeiramente vivi o verdadeiro sentido de maternagem e com quem ensaio ainda hoje essas experiências.

AGRADECIMENTOS

Ao meu marido Helton, por seu amor e cuidado; e aos meus filhos Gabriela e Gustavo, que souberam me compreender e me acolher nos momentos mais difíceis desse trabalho, vocês são a alegria da minha vida!

Aos meus pais, José Nilton e Dayse, minha eterna gratidão; e também aos meus irmãos: Rodrigo, Danilo e em especial à minha irmã Daniela, que, sempre ao meu lado, acreditou na realização deste trabalho antes mesmo de mim.

À Profa. Dra. Rosane Pilot Pessa Ribeiro, que me compreendeu e acreditou na minha capacidade, demonstrando o verdadeiro sentido de um trabalho interdisciplinar.

À Denise Lopes Rosado Antônio, por me ouvir, por me acolher e principalmente por me ajudar a transformar angústia em conhecimento.

E à Lucimar Fontes Paiva, com quem aprendo muito sobre o fazer psicanalítico, obrigada pelas orientações.

À Laura Vilela e Souza, minha companheira de trabalho e grande amiga, por sua disponibilidade e dedicação.

Aos queridos amigos do GRATA, em especial à Felícia, Juliana, Denise, Thais e Paula, e todos os demais que fazem do nosso trabalho um ato de superação, mas também de muito prazer.

À Profa. Márcia Bucchi Alencastre por suas importantes sugestões, e ao Prof. Manoel Antônio dos Santos, por permitir-me compartilhar de seus conhecimentos e sensibilidade clínica.

Ao Prof. Luis Jorge Pedrão, por suas preciosas contribuições no Exame de Qualificação, e ao Prof. José Ernesto dos Santos, por autorizar este trabalho.

Finalmente, gostaria de agradecer a todas as mães que participaram desse estudo, por me oferecerem tão generosamente suas histórias de vida, permitindo que eu compartilhasse com vocês esta busca incessante por respostas. Muito obrigada!

RESUMO

MOURA, F.E.G.A. O cuidado materno e a estruturação do vínculo mãe-filha nos transtornos alimentares. 2007. 93f. Dissertação de Mestrado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto - SP.

Os transtornos alimentares (TA) vêm sendo descritos atualmente como uma síndrome que atinge principalmente adolescentes e adultos jovens do sexo feminino e apresenta etiologia multifatorial, envolvendo fatores biológicos, genéticos, psicológicos, sócio-culturais e familiares. As relações familiares apresentam características muito particulares nesses casos. São relatados na literatura um grande número de casos onde as relações das mães com as pacientes apresentam características de simbiose e por vezes dificuldades de individuação. O contato com estas mães por um grupo de apoio aos familiares de pacientes com TA (GRATA-HCFMRP-USP), bem como a constatação de que desde muito antes do aparecimento do sintoma, suas filhas já apresentavam algumas diferenças marcantes, conduziram-nos a pensar que alguma compreensão a respeito do quadro pudesse vir da investigação de um período precoce do desenvolvimento das filhas. O objetivo deste estudo foi portanto, conhecer como as mães experienciaram o processo de cuidar de suas filhas desde a gestação até os 2 (dois) anos de idade, incluindo a questão alimentar como forte elo entre um bebê e sua mãe, procurando investigar a influência que estas vivências tiveram (ou não) no aparecimento futuro da doença. Foram entrevistadas 7 (sete) mães de pacientes com TA em atendimento ambulatorial no GRATA- HCFMRP-USP. As entrevistas foram semi-estruturadas e áudio-gravadas e em seguida transcritas na íntegra. As questões norteadoras foram previamente estabelecidas levando-se em conta os seguintes temas: gravidez, parto, pós-parto/puerpério, amamentação/alimentação e características da filha. Os dados foram analisados baseando-se nos preceitos da teoria psicanalítica como proposto por Klein e por Winnicott. Encontramos relatos de muito sofrimento e impotência, com grande dificuldade de *'reverie'* por parte das mães. Por outro lado, as crianças foram descritas como intensamente vorazes, o que nos sugere que também teriam muita dificuldade em assimilar o cuidado oferecido por suas mães. Parece ter ocorrido um encontro entre uma mãe com dificuldades em oferecer continência psíquica às condições básicas de sua filha e uma criança com dificuldades em receber seus cuidados. Essa dinâmica relacional pode ter sido um importante fator de influência das vicissitudes vinculares ulteriores. O sintoma alimentar, portanto, poderia ser entendido como uma tentativa da filha de retomar essa relação complexa e sofrida, a partir de uma equação simbólica na qual o alimento, transformado em equivalente simbólico da função materna internalizada de forma ambivalente, deve ser evitado ou eliminado.

Palavras-chave: Transtornos da alimentação, Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Relações mãe-filho.

ABSTRACT

MOURA, F.E.G.A. Maternal care and the development of mother- daughter bonding in eating disorders. 2007. 93f. Dissertação (Master) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto - SP.

Eating Disorders (ED) have been described as a syndrome that affects mainly female teenagers and young adults and that has a multifactorial aetiology involving organic, genetic, psychological, social and family factors. Family relationship presents with very particular characteristics in those cases. A high number of cases in which mother-daughter relationships presented symbiotic features and sometimes difficulties of individuation have been reported. The contact with mothers, which was established by a support group for relatives of patients with ED (GRATA-HCFMRP-USP), along with the realization that much before the first symptoms, their daughters already presented remarkable differences, made us consider that some understanding about the picture could come from the investigation of an early period of daughter's development. Therefore, the purpose of this study was to know how mothers experienced the process of raising their daughters from pregnancy to their second year of age, including the eating issue as a strong link between a baby and his mother and trying to analyze the influences of those experiences over the future development of the disease. Seven mothers of ED outclinic patients of GRATA-HCFMRP-USP were interviewed. The interviews were semi-structured and were recorded and transcribed entirely. The main questions were previously established and concerned the following themes: pregnancy, partum, post partum, breastfeeding/feeding and characteristics of the daughter. Data was analyzed based on the psychoanalysis theory as proposed by Klein and Winnicott. We found descriptions of deep suffering and impotence, with mothers facing difficulty to '*reverie*'. On the other hand, children were described as intensively voracious, what suggests that they might have difficulty in assimilating the care provided by their mothers. It looks like a meeting between a mother with difficulties to provide care and a child with difficulties to receive it. This relational dynamics may have been an important factor that influenced the difficulties of the posterior relationship. Therefore, the eating symptom would be an attempt from the daughter to restart this complex and suffering relationship, from a symbolic equation where the very much desired food, transformed into a symbolical equivalent of the maternal function internalized in an ambivalent way, must be avoided or eliminated.

Key- words: Eating disorders, Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Mother-child relations.

RESUMEN

MOURA, F.E.G.A. El cuidado materno y la estructuración del vínculo madre-hija en los trastornos alimentarios. 2007. 93f. Dissertação de Mestrado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto - SP.

Los trastornos alimentarios (TA) son reportados actualmente como un síndrome que aparece principalmente en adolescentes y adultos jóvenes del sexo femenino y presenta etiología multifactorial, involucrando factores biológicos, genéticos, psicológicos, socioculturales y familiares. Las relaciones familiares presentan características muy particulares en estos casos. Numerosos casos han sido relatados en la literatura donde las relaciones de las madres con las pacientes presentan características de simbiosis y a veces dificultades de individualización. El contacto con estas madres por un grupo de apoyo a los familiares de pacientes con TA (GRATA-HCFMRP-USP) y la constatación de que desde mucho antes del apareamiento de los síntomas, sus hijas ya presentaban algunas diferencias relevantes, nos condujeron a pensar que alguna comprensión con respecto a este cuadro pudiese venir de la investigación de un período precoz del desarrollo de las hijas. El objetivo de este estudio fue por lo tanto, conocer como las madres vivenciaron el proceso de cuidar las hijas desde la gestación hasta los dos años de edad, incluyendo la cuestión alimentar como fuerte enlace entre un bebé y su madre, buscando investigar la influencia que estas vivencias tuvieron en el apareamiento futuro de la enfermedad. Fueron entrevistadas siete madres de pacientes con TA en atención ambulatorial en el GRATA- HCFMRP-USP. Las entrevistas fueron abiertas y grabadas en audio y enseguida transcritas integralmente. Las cuestiones que orientan la investigación fueron previamente establecidas teniéndose en cuenta los siguientes temas: embarazo, parto, posparto, amamantación /alimentación y características de la hija. Los datos fueron analizados con base en los principios de la teoría psicoanalítica como propuesto por Klein y por Winnicott. Encontramos relatos de mucho sufrimiento e impotencia, con gran dificultad de 'reverie' por parte de las madres. Por otro lado, los niños fueron descritos como intensamente voraces, lo que nos sugiere que también tendrían mucha dificultad para asimilar el cuidado ofrecido por sus madres. Este, que parece haber sido un encuentro desastroso entre una madre con dificultades en la condición de cuidado y un niño de recibirlo, puede haber sido un importante factor de influencia en las dificultades relacionales ulteriores. El síntoma alimentario sería, por lo tanto, un intento de la hija de retomar esta relación compleja y sufrida, a partir de una ecuación simbólica donde el alimento debe ser evitado o eliminado.

Palabras clave: Trastornos Alimentarios, Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, Relaciones madre e hija.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	13
1 INTRODUÇÃO.....	14
1.1 Os Transtornos Alimentares: definição e critérios diagnósticos.....	14
1.2 O caminho percorrido pelos Transtornos Alimentares até sua conceituação atual.....	17
1.3 O alimento, a alimentação e a mãe.....	20
1.4 As relações vinculares, o desenvolvimento do indivíduo e sua associação com os Transtornos Alimentares.....	23
2 JUSTIFICATIVA.....	28
3 OBJETIVOS.....	30
4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	31
4.1 O campo de pesquisa e os colaboradores.....	32
4.2 Procedimento de coleta e análise de dados.....	38
4.3 Questões éticas.....	40
5 ANÁLISE DOS DADOS E DISCUSSÃO.....	41
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	64
7 REFERÊNCIAS.....	70
APÊNDICES.....	76

(Anthony Falbo, 2002)

APRESENTAÇÃO

Meu interesse pelo estudo das relações entre as mães e seus filhos é bastante antigo. Desde os primeiros estágios durante minha graduação em Psicologia e em minhas experiências profissionais posteriores, pude perceber o enorme sentido que estas teorias faziam para mim e como colaboravam para o entendimento da situação analítica em minha prática profissional, tanto no atendimento de crianças, como de adolescentes e também de adultos. Na experiência transferencial¹, ficava evidente que muitas das vivências atualizadas na situação de uma psicoterapia, experienciadas às vezes muitos anos depois do que aquelas primeiras relações com os pais, representavam um mundo relacional muito primitivo e significativo para o paciente. Em 2002, durante o curso de especialização em Psicoterapia Psicanalítica, estes conhecimentos se consolidaram definitivamente em minha prática e embasam grande parte do trabalho que hoje desenvolvo. Também foi nesse período a minha inserção no universo dos transtornos alimentares, o que me motivou a desenvolver alguns pensamentos relativos ao tema em um trabalho intitulado: *“Anorexia: sobre a experiência de indiferenciação entre o fruto-mãe e a flor-filha”* (MOURA, 2003).

Atualmente como coordenadora de um grupo de familiares de pacientes com transtornos alimentares, acredito que quando se busca o entendimento do processo que acomete essas pessoas não há como separar pacientes e familiares em um contexto onde o alimento - primeiro elo de ligação do bebê com o mundo - é eleito para representar o grande mal, o terrível, o inominável. O sintoma talvez seja nesse momento a única comunicação possível para estas pessoas. Comunicação de que há um “terror sem nome” (BION, 1988), que ameaça sua integridade psíquica e de que essas jovens buscam inconscientemente alternativas para se manterem vivas. Compreender todo o contexto onde essas relações se dão nos possibilita um entendimento mais amplo, visando estratégias de enfrentamento dessa dolorosa realidade, a realidade dos transtornos alimentares.

¹O termo transferência foi inicialmente apresentado por Freud em 1905, para designar o processo pelo qual os desejos inconscientes se atualizam sobre determinados objetos no quadro da relação analítica. Trata-se de uma repetição de protótipos infantis vivida com um sentimento de atualidade acentuada (LAPLANCHE; PONTALIS, 1991).

1 INTRODUÇÃO

1.1 Os Transtornos Alimentares: definição e critérios diagnósticos

Anorexia e bulimia nervosas vêm sendo citadas como síndromes psicossomáticas cujo número de pacientes aumenta consideravelmente, principalmente nos serviços especializados de atendimento. Pesquisadores têm, cada vez mais, reconhecido um aumento na incidência desses transtornos e as dificuldades associadas com seu curso e tratamento (NUNES; ABUCHAIM, 1995; KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997).

Do ponto de vista descritivo, as características fundamentais da anorexia nervosa são: recusa em manter o peso corporal normal, medo intenso de engordar, amenorréia, confusão na percepção da forma e tamanho do corpo, o que caracteriza uma distorção da imagem corporal. Existem dois subtipos de anorexia: o “tipo restritivo”, no qual há uma excessiva recusa a alimentar-se, prática compulsiva de exercícios físicos, abuso de laxantes e diuréticos; e o “tipo purgativo”, no qual há momentos de comer compulsivo seguido de vômitos e também abuso de laxantes, diuréticos e exercícios físicos.

A anorexia nervosa afeta principalmente jovens adolescentes, do sexo feminino, que voluntariamente reduzem a ingestão alimentar por um medo mórbido de engordar, com perda progressiva e desejada de peso, chegando a graus extremos de caquexia, inanição e até a morte (SANTOS; PESSA; SANTOS, 1990).

A anorexia nervosa, quase sempre, apresenta seus primeiros sintomas na adolescência. Geralmente se inicia com um período de dieta, desencadeado por excesso de peso real ou mesmo imaginário. O comportamento que se verifica a partir de então é de progressiva restrição na ingestão alimentar. A pessoa passa de início a eliminar os alimentos mais ricos em calorias e paulatinamente outros alimentos vão sendo excluídos. Muitas vezes imposições de ordem estética ou profissional (modelos, bailarinas) exercem certa influência nessa fase do transtorno (CORDÁS, 1993).

A bulimia nervosa pode ser caracterizada por surtos de ingestão maciça de alimentos, seguidos por comportamentos compensatórios de eliminação,

por vômitos, uso abusivo de laxantes, diuréticos e atividade física excessiva. Esses acessos incontroláveis de ingestão alimentar ocasionam sentimentos de culpa, vergonha e depressão pela falta de controle (RIBEIRO; SANTOS; SANTOS, 1998).

Segundo Stocche (2001), questões ligadas à comida e às refeições passam a ser o cerne da vida dos pacientes com transtornos alimentares. O distúrbio da imagem corporal e a negação da doença são aspectos psicopatológicos freqüentes no quadro clínico, ocorrendo sem prejuízo significativo das funções psíquicas.

O DSM IV-TR (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002) (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) estabeleceu critérios clínicos para o diagnóstico desses transtornos como demonstrado abaixo. Para anorexia nervosa temos:

- Recusa em manter o peso corporal, ideal ou acima do peso mínimo para a idade e altura.
- Medo intenso de ganhar peso ou tornar-se obeso, mesmo se abaixo do peso ideal.
- Distúrbio da imagem corporal.
- Amenorréia em mulheres pós-menarca (ausência de, pelo menos, três ciclos menstruais consecutivos)

Para bulimia nervosa o DSM IV-TR (APA, 2002) aponta para os seguintes critérios:

- Episódios recorrentes de compulsão alimentar, que pode ser caracterizado por comer, em período de duas horas, grande quantidade de alimentos; sentimento de perda do controle alimentar, durante o episódio.
- Comportamento compensatório para prevenir ganho de peso: vômitos auto-induzidos, abuso de laxativos, diuréticos, enemas ou outras drogas, jejum ou exercícios excessivos.
- A compulsão alimentar e comportamentos compensatórios ocorrem duas vezes/semana, por pelo menos, três meses.
- Preocupação excessiva com a forma corporal e o peso.
- O distúrbio não ocorre exclusivamente durante os episódios de Anorexia Nervosa.

Apesar de critérios diagnósticos bem definidos entre si, percebe-se, no

entanto, que é comum a migração de um quadro para outro em diferentes fases da vida. Sugerindo que esta diferenciação é muito mais útil do ponto de vista didático do que na prática clínica de quem acompanha os pacientes com estes diagnósticos.

Ainda assim, o diagnóstico diferencial deve ser criterioso, devendo-se descartar outras doenças, como as gastrointestinais e consumptivas, síndrome da artéria mesentérica, e inclusive um quadro depressivo ou esquizofrênico.

O tratamento da anorexia nervosa deve incluir atendimento médico-nutricional, psiquiátrico, além de acompanhamento psicológico para o paciente e para os familiares. O prognóstico depende muito do tempo de doença, por isso é fundamental que se estabeleça o diagnóstico o mais precocemente possível; tarefa esta não muito fácil visto que o paciente geralmente esconde os sintomas de seus familiares.

Considerado anteriormente como um transtorno prevalente em países desenvolvidos, onde existem características econômicas e sócio-culturais que favorecem seu desencadeamento, os transtornos alimentares atualmente também aparecem com frequência nos países em desenvolvimento (RIBEIRO; SANTOS; SANTOS, 1998).

Segundo Stocche (2001), tem-se verificado um aumento na incidência de anorexia nervosa em diferentes sociedades, incluindo adolescentes do sexo masculino. Para a autora, esta tendência possivelmente está relacionada às demandas culturais que estariam ditando o controle do apetite e o culto ao corpo perfeito também para o sexo masculino.

A época atual caracteriza-se por indivíduos que se apresentam uns aos outros a partir da maneira como lidam com seu próprio corpo: o culto ao corpo magro, a conservação da juventude, a aparência física são expressões de uma obsessão social atual e conseqüente fenômeno psíquico que o acompanha. Uma moralidade alimentar rigorosa e repressora impõe-se a todos os indivíduos, que são cada vez mais compelidos a restringir sua ingesta alimentar e o prazer proveniente da alimentação como forma de evitar as sanções impostas a aqueles que não conseguem acompanhar a nova ordem, sob pena de ser considerado uma pessoa desleixada, preguiçosa, e pouco atraente (MIRANDA, 2003).

O cenário pós-moderno é, pela força de seu discurso, transformador e

gerador de novos valores éticos e estéticos podendo levar a um impacto sobre a subjetividade contemporânea articulando um inconsciente cultural próprio de um lugar e de uma época (HERMANN; MINERBO, 1998).

Segundo Freire Costa (1984) essa nova ordem cultural impede o indivíduo de investir eroticamente seu próprio corpo e dificulta o andamento do processo identificatório. O autor considera que a pós-modernidade exerce uma violência psíquica no processo de subjetivação, apontando como uma das conseqüências deste processo, o impacto nos investimentos narcísicos e na imagem corpórea.

No entanto, estas teorias por si só não dão conta de esclarecer as origens ou mesmo o funcionamento mental do paciente com transtornos alimentares. Sabe-se que há mais de trezentos anos, muito antes de vivermos sob a influência deste modismo atual, os estudiosos tentam compreender esta misteriosa e desconcertante doença. Além do mais, as influências sociais estão presentes em todos os contextos culturais, e no entanto apresenta maiores conseqüências em alguns indivíduos que em outros. Por isso mesmo os estudos nesta área devem ser complementares e não exclusivos. Deve-se, para se compreender a anorexia nervosa e a bulimia nervosa, levar em conta todo o contexto em que estão inseridos estes pacientes, não apenas do ponto de vista sócio-cultural, mas também e principalmente, o biológico, psicológico e familiar.

Em seguida examinaremos o percurso histórico percorrido pelos transtornos alimentares, buscando melhor compreender sua conceituação nos dias de hoje.

1.2 O caminho percorrido pelos Transtornos Alimentares até sua conceituação atual

Os desvios na conduta alimentar vêm se constituindo há muitos anos em foco de preocupação para os profissionais da área da saúde. Muitos esforços têm sido empreendidos na tentativa de compreender não apenas os sintomas como também sua etiopatogenia; no entanto até os dias atuais, esta conceituação apresenta um caráter enigmático e desafiador, pois estes

contrariam o mais básico e primitivo dos impulsos de vida.

Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa vêm sendo apresentadas a partir de uma complexa trama conceitual, ao longo do tempo. Portanto, uma breve descrição do confuso caminho percorrido até a conceituação atual se faz importante para a compreensão das práticas consideradas no tratamento destes transtornos hoje em dia.

Em 1689 na Inglaterra, Morton descreve o quadro clínico de duas jovens, o que chamou de “consumpção nervosa”, acreditando num distúrbio de origem nervosa que as levariam a se consumir pela falta de apetite. Porém foi em 1873 na França com Lasègue e logo após em 1874 na Inglaterra com Gull, que ocorreram as primeiras publicações sobre uma doença que denominaram de “anorexia” (“histérica” para Lasègue e “nervosa” para Gull), por acreditarem que se tratava de uma falta de apetite motivada por questões psíquicas ou nervosas (DELLA NINA, 2003).

Em 1914, Simmonds descobre uma síndrome descrita como a atrofia da glândula hipofisária de uma de suas pacientes com grande emagrecimento e amenorréia no período puerperal, e por mais de vinte anos a anorexia foi confundida com a síndrome descrita por esse autor (DELLA NINA, 2003).

Thomä em 1961 na Alemanha descreve fenomenologicamente a anorexia como entidade psicopatológica, porém ainda caracterizando-a mais por seus aspectos médicos do que psicodinâmicos. Mas foi Hilde Bruch em 1973 quem apontou em seus trabalhos duas tendências importantes na época, uma de enfoque do componente oral do sintoma e seu significado simbólico, e outro com ênfase nos distúrbios das funções egóicas e relações interpessoais. Essa autora contribuiu com importantes observações tanto no que diz respeito ao funcionamento das famílias, como também nos processos primitivos de individuação do paciente (DELLA NINA, 2003).

Em 1974, Sours amplia a caracterização dos afetos e mecanismos psíquicos, considerando a anorexia uma síndrome psicossomática. Minuchin (1978) descreve um padrão familiar confuso e com falta de limites como sendo o ambiente emocional onde se encontram a maioria dos casos estudados por ele. Selvini-Palazoli, também em 1978, dentro da mesma linha de pesquisa observou que nessas pacientes há uma incapacidade de se separar psicologicamente de suas mães, o que levaria a uma falha em alcançar

qualquer senso estável de seu próprio corpo (DELLA NINA, 2003).

A psicanálise, desde os tempos de Freud, já se interessava por esses comportamentos vinculando-os a aspectos ligados à sexualidade ou ainda a um quadro melancólico.

Quando Freud, em 1905, apresenta-nos a teoria sobre as fases do desenvolvimento da libido (oral, anal, fálica e genital) e em 1910, o Complexo de Édipo e suas repercussões para o desenvolvimento psíquico do indivíduo, ele reconhece a importância das figuras parentais e dos vínculos estabelecidos entre uma criança e seus pais.

Posteriormente, Melanie Klein (1946) descreve as relações do bebê com o seio da mãe, introduzindo o conceito de identificação projetiva e situa a questão edípica em uma época anterior à sugerida por Freud. Alguns autores mais contemporâneos da psicanálise como: Bick, Meltzer, Ogden e Steiner, postulam sobre estágios ainda mais primitivos do desenvolvimento do bebê, período em que as relações ainda nem se constituem como relações de objeto. São experiências sensoriais de macio e duro, quente e frio e de cadência e ritmo; meios que levam à produção de um sentido e geram os rudimentos da experiência do self .

Klein (1940) em suas teorias sobre a identificação projetiva, as posições esquizo-paranóide² e depressiva e a interação dos mundos internos e externos, apresentou uma nova perspectiva no entendimento dos transtornos alimentares, baseado nas primeiras relações de objeto do bebê, no caso a mãe. Mais recentemente, e embasadas nos preceitos de Klein, Marilyn Lawrence (2001) e Gianna Williams (1997) propõem novas conceituações sobre mecanismos psíquicos defensivos presentes nos transtornos alimentares. A primeira entendendo os desvios alimentares como a dor depressiva da situação edípica, e a segunda compreendendo esses indivíduos como portadores de uma estrutura psíquica “porosa”, permanecendo aberta às projeções parentais, tornando-se extremamente sensíveis a invasões.

Percorrendo um caminho de idas e vindas em sua conceituação,

²Klein (1940) chamou de *posição esquizo-paranóide* a organização mental cuja predominância é de impulsos destrutivos, principalmente contra o interior do corpo da mãe e angústias persecutórias advindas de fantasias de retaliação por parte do objeto atacado. Este período que vai desde o nascimento até mais ou menos os cinco meses do bebê é caracterizados por um tipo de ansiedade paranóide, que ocorre também no adulto e retorna durante toda a vida.

atualmente os transtornos alimentares são reconhecidamente consideradas patologias multifatoriais, incluindo em sua etiopatogenia um conjunto de fatores de ordem biológica, psicológica, familiar e sócio-cultural. A seguir apresentaremos alguns aspectos psicológicos concernentes à constituição dos vínculos relacionais, destacando a importância do processo de alimentação como elo de ligação entre o indivíduo e o ambiente externo.

1.3 O alimento, a alimentação e a mãe.

Amamentação e alimentação estão sempre acompanhadas por um contorno emocional, que deve ser considerado e avaliado ao se tentar compreender o ato alimentar. Este tem função estruturante da personalidade, por tratar-se de um dos caminhos que temos para estabelecer relações entre o mundo interno do bebê e a realidade (KLEIN, 1957).

Freud (1905) chamou de fase oral a primeira fase do desenvolvimento emocional do bebê, a partir da constatação que a boca, a língua e os lábios não são utilizados por ele apenas para se alimentar. Servem, também, como primeira porta de entrada para conhecer o mundo externo e ter sensações de prazer e desprazer. O alimento recebido pelo bebê, necessário do ponto de vista nutricional, traz consigo diversos outros elementos que vão influenciar na relação que esse bebê começa a estabelecer consigo próprio e com o mundo externo.

A relação alimentar/ser alimentado parece ser o primeiro grande organizador da vida psíquica. Ao se oferecer o leite para o bebê desencadeia-se uma sensação de prazer, conforto, proteção e aconchego, além de saciar a fome se este for o caso. Dessa forma imprime-se um elo entre o alimento e os sentimentos.

O alimento ocupa um lugar privilegiado no mundo mental das anoréxicas. Torna-se um objeto primordial e passional, investido de amor/ódio, atração/repulsa, idolatria/horror, promovendo uma excitação sem saída e sem descarga. Considerando-se que o alimento é o que baliza a relação mãe-bebê, veículo pulsional e agente de desejo, pode-se apontar para a questão lançada pela anoréxica, que consiste na recusa extraordinária dos alimentos. Em outras

palavras, aquilo que deveria ser representativo de um vínculo amoroso, torna-se nocivo e venenoso.

Bruch (1973), uma das pioneiras no estudo dos transtornos alimentares, atribui o desenvolvimento deficiente dessas pacientes à escassez de respostas realimentadoras apropriadas; por exemplo, as necessidades da criança foram respondidas pela mãe de modo contraditório ou com extrema solicitude, conduzindo a filha a um reconhecimento ineficaz de seus estados internos, a respostas insuficientemente diferenciadas e a deficiências conceituais ou perceptuais. A criança não receberia um retorno confirmatório de suas sensações e sentimentos, o que traria grande insatisfação e insegurança por não ter a clareza de suas necessidades, dificultando assim, desenvolver seu sentido de self. Sua autonomia estaria prejudicada e ela se perceberia como uma extensão da mãe. Isso provocaria, mais tarde, no indivíduo um medo de se separar do convívio e influência dos pais. A autora situa o problema na base da comunicação a partir da má organização precoce.

A partir de observações clínicas de crianças pequenas, Klein (1946) buscou compreender as ansiedades primitivas, os sentimentos de culpa gerados pelos impulsos destrutivos e fantasias agressivas do bebê, dirigidos primeiramente ao seio da mãe, como representante de seu mundo interno e posteriormente ao mundo externo (a mãe como objeto total). Sua busca foi por compreender os sentidos destas manifestações do inconsciente, relacionando-as com o processo de desenvolvimento normal e também com as psicopatologias tanto na criança como no adulto.

Tustin (1984) esclarece que, no desenvolvimento normal, a criança recém-nascida é abrigada no que pode ser denominado o 'útero' da mente da mãe, exatamente como, anteriormente a seu nascimento físico, ela estava abrigada no útero de seu corpo. Esse estado primitivo como um útero é também o resultado da não-percepção do bebê de que seu corpo é separado do da mãe. Dentro da proteção saudável e segura, contudo não entrelaçante, do útero pós-natal, ocorrerá a integração psicológica, exatamente como as integrações corporais acontecem dentro do útero físico do corpo da mãe.

Winnicott (1956) enfatiza a importância do ambiente como fator de geração de intrusões e conseqüente ansiedade para o bebê. Para ele o ambiente, que inicialmente é representado pelos cuidados da mãe para com

seu filho proporciona à criança *ser o seio*, fornecendo-lhe a ilusão da onipotência infantil.

Inicialmente o bebê sente como se ele e a mãe fossem um só, esta indiferenciação dá a ele um sentido de unidade necessário neste primeiro momento. São os cuidados da mãe para com seu filho que vão lhe proporcionando um sentido de existência.

Nas palavras de Winnicott (1956, p. 404):

O fornecimento de um ambiente suficientemente bom na fase mais primitiva capacita o bebê a começar a existir, a ter experiências, a construir um ego pessoal, a dominar os instintos e a defrontar-se com as dificuldades inerentes à vida. Tudo isso é sentido como real pelo bebê que se torna capaz de ter um eu, o qual, por sua vez, pode em algum momento vir até mesmo a sacrificar a espontaneidade, e até mesmo morrer.

Este mesmo autor chamou de preocupação materna primária um estado psicológico especial da mãe de uma sensibilidade exacerbada durante e principalmente no final da gravidez, que perdura por algumas semanas após o nascimento do bebê e freqüentemente as mães têm dificuldade em se recordar depois que o ultrapassam. Ele acredita que a memória das mães a esse respeito tende a ser reprimida.

Tustin (1984) esclarece que a mãe de um recém-nascido tem um período de consciência intensificada quando, através do embalar em suas “fantasias” ou “devaneios” (*rêveries*), ela pode responder aos estados elementares de seu filho; mas tal como a experiência emocional intensa de dar a luz, tais estados intensos de responsabilidade gradualmente declinam, tornam-se obscuros e esquecidos.

A mãe fornece um contexto para que a constituição da criança comece a se manifestar, para que as tendências ao desenvolvimento comecem a desdobrar-se, e para que o bebê comece a experimentar movimentos espontâneos e se torne dono das sensações correspondentes a essa etapa inicial da vida (WINNICOTT, 1956).

Winnicott (1956, p. 403) complementa:

Se a mãe proporciona uma adaptação suficientemente boa à necessidade do bebê, a linha de vida da criança é perturbada

muito pouco por reações à intrusão. (Naturalmente, são as reações às intrusões que contam, não as intrusões em si mesmas.) A falha materna provoca fases de reação à intrusão e as reações interrompem o 'continuar a ser'. O excesso de reações não provoca frustração, mas uma ameaça de aniquilação.(...) Somente no caso de a mãe estar sensível, ela poderá sentir-se no lugar do bebê, e assim corresponder às suas necessidades. A princípio trata-se de necessidades corporais, que gradualmente transformam-se em necessidades do ego à medida que a elaboração imaginativa das experiências físicas emerge uma psicologia.

E Tustin (1984, p 123) acrescenta:

No desenvolvimento normal, durante a maior parte do tempo, a mãe parecerá 'segurar' seu bebê junto de si, de modo que ele não se desintegra sob a descarga de intensa excitação. Ela também parece conter as descargas que estão além da capacidade do bebê de suportar e processar. São estas tanto psicológicas quanto fisiológicas. Se a mãe não pode segurar seu bebê junto de si nesses estados intensos de excitação e não pode suportar o 'transbordamento', e processá-lo pela empatia e entendimento, o bebê experimenta um senso precoce de 'dualidade' que parece fadado ao desastre. Ao invés de experimentar o êxtase como o auge da sublime unidade que o ajuda a sentir-se 'enraizado' em uma situação criadora, o bebê se sente eliminado dela. Sente-se desorientado e sozinho. A insegurança desse senso precoce de 'dualidade' conduz a manobras patológicas para restabelecer o senso de unidade.

Segal (1975) considera que quando a relação é fortemente perturbada pela resposta adversa da mãe ou pela inveja do bebê – normalmente uma combinação de ambos – está lançada a base para uma perturbação psicótica posterior.

A maneira como o indivíduo experimenta o processo de ser cuidado por sua mãe, ou equivalente, pode influenciar profundamente em seu desenvolvimento posterior, a seguir apresentaremos alguns aspectos relacionados ao conceito de maternagem e suas implicações nos transtornos alimentares.

1.4 As relações vinculares, o desenvolvimento do indivíduo e sua associação com os Transtornos Alimentares

Desde muito cedo o bebê já estabelece o que Klein (1957) denominou de “relações de objeto”, sendo que o seio da mãe é o primeiro objeto, e por ele estabelece uma relação de amor e ódio. Ocorre por parte da criança uma cisão entre um seio gratificador, que alimenta, acolhe e acalenta, *o seio bom*; e outro que provoca frustrações, *o seio mau*.

Após a fase da dependência absoluta, segue-se a dependência relativa. Os processos de integração, que se expressam na síntese que o bebê faz dos sentimentos contrastantes e contraditórios em relação à mãe, aproximando aspectos bons e maus do objeto surgem como uma nova possibilidade relacional, o que caracteriza a *posição depressiva*. A relação com a mãe como uma pessoa total, que gradualmente emerge, acarreta então, a implicação de uma mãe que é separada do bebê e que não está sob o controle deste, tendo uma vida própria, que inclui principalmente uma relação com o pai, com tudo o que isto implica, incluindo sentimentos de exclusão, inveja e ciúme. Com a desilusão gradual por parte da mãe, o bebê vai ocupando um espaço separado dela e personalizado (WINNICOTT, 1954).

Desde o nascimento, o bebê se ocupa de defender-se contra a ansiedade e de reparar, na medida do possível os danos aos objetos, primeiramente utilizando-se de mecanismos onipotentes, para gradualmente conquistar maior confiança tanto em seus objetos quanto nas suas capacidades reparatórias, diminuindo a onipotência, tornado-se seu ego cada vez mais coeso.

No início da vida, o bebê sente como se ele e a mãe fossem uma unidade, não existindo outra possibilidade de arranjo mental, principalmente devido à extrema dependência que ele tem dos cuidados da mãe. Uma mãe com disponibilidade e preocupação com os cuidados e necessidades de seu filho contribui para uma adaptação ativa do bebê ao ambiente externo.

Para superar esse estado inicial de dependência e atingir a independência é necessário que a mãe crie um ambiente de segurança em que a criança possa experimentar diversas sensações e experiências sem que se sinta inseguro ou ameaçado.

Bion (1988) deu o nome de *rêverie* à capacidade da mãe receber as projeções do bebê, experimentando caos e confusão, e responder criativamente encontrando um sentido.

A capacidade do bebê de tolerar a frustração é muito pequena, e, nessas situações, ele sente um terrível estado de agonia e de estar no fim, que a mãe deve resolver. As experiências repetidas e de longo período, de acolhimento e transformação dos estados de agonia, possibilitam ao bebê a introjeção desse funcionamento (MÉLEGA, 1997).

Isso equivale a dizer que a criança vai introjetando os significados fornecidos pela mãe e aspectos do modelo de funcionamento da mente desta. É, portanto, papel da mãe estabelecer progressivamente os limites entre o mundo interno do bebê e o mundo externo.

Ainda segundo Mélega (1997), ao considerarmos um bebê desde a sua concepção até o nascimento, podemos conjecturar que vínculos afetivos irão se constituindo entre a mãe e a criança. A mãe terá representações de seu bebê e irá manter expectativas e fantasias. E tudo isso tem a função de tornar familiar o novo estranho, revestir com seus sonhos e ir promovendo um vínculo que, quando a criança nascer, irá substituir a ligação intra-uterina. É muito importante que a mãe tenha um projeto em sua mente, além de um embrião em seu útero, um bebê de sua fantasia.

Com o nascimento espera-se que a mãe entre em contato com um bebê real, dotado de características e potencialidades, enfim de sua constituição.

Carvajal (2001) esclarece que o processo de identificação do bebê parte de uma experiência indiferenciada do somático e de percepções de objeto que vão configurando o núcleo do self. O lento desenvolvimento das funções do ego vai se somando ao self primitivo, integrando-o do não-self. Este último vai se conformando com as marcas mnêmicas dos diferentes objetos, com suas funções, apreendidos na realidade através dos sentidos.

Alvarez (1994) considera que desde os primeiros dias de vida, o bebê forma representações abstratas das qualidades da percepção e age baseando-se nelas. Essas representações abstratas que ele experiencia não são sensações visuais, auditivas ou táteis, nem objetos nomeáveis, mas, ao contrário, formas, intensidades e padrões temporais – as qualidades mais “globais” da experiência. Postula que a interação entre os sentimentos, projeções e interações da criança e as verdadeiras qualidades das figuras reais são considerados como um processo muito complexo, que leva à gradual construção de objetos internos que tem um papel sólido, determinante e

estruturador no desenvolvimento e na criação da personalidade.

As experiências de seu corpo interno e de seus movimentos vão se somando às sensações da pele e dos sentidos. Este sistema sensorial também vai colocando o bebê em contato com o objeto externo, que vai sendo representado na psique ou no ego, primeiro de modo indiferenciado e depois de maneira distinta do si mesmo (ALVAREZ, 1994).

Bowlby (1982) em seus estudos etológicos, descreve a importância que o ser humano tem dos vínculos para se desenvolver. Assim, o bebê além de ser alimentado, cuidado e amado, precisa de um objeto, a mãe (ou seu substituto) para se apegar e sentir que “pertence a”, caracterizando dessa forma, o vínculo de apego que faz com que o bebê queira estar “próximo à pessoa a qual ele pertence”, que é quem cuida dele desde o início e constantemente.

O conceito de função materna, desenvolvido por Winnicott (1999), está relacionado aos cuidados básicos de maternagem, que dizem respeito à disponibilidade afetiva e a capacidade de sintonia com as necessidades do outro, para tentar satisfazê-las. Quando bem desenvolvida, a função materna ajuda o bebê a delimitar os contornos internos de seu mundo psíquico, onde existe o eu e o outro. E para ser bem desenvolvida, essa função exige do adulto envolvido uma grande disponibilidade afetiva e uma grande capacidade de ser continente para com a angústia do outro.

Dentro de um processo de desenvolvimento emocional sadio, de crescimento e amadurecimento psíquico, é esperado que esse bebê possa sair desse estado de “dono do mundo” (narcisismo primário) e passe a desenvolver relações objetais nas quais serão considerados os seus desejos e as suas necessidades, mas em que, ao mesmo tempo, também serão considerados os desejos e as necessidades do outro (WINNICOTT, 1997).

Se a mãe está disponível quando a criança se agarra e se comporta regressivamente, mas está ausente quando ela tenta separar-se e individualizar-se, ou seja, se a criança depende do suporte materno para crescer e, se este se faz ausente, ocorre a parada no desenvolvimento. Portanto, assim que a representação do self da criança começa a se diferenciar da representação do objeto (mãe), isto é, conforme se inicia a separação, a criança experimenta depressão de abandono pela ameaça de perda ou

ausência de suprimento (STOCHE, 2001).

Levitsky (1998) refere que no processo de transformação dos adolescentes, paralelamente ao processo de separação-individuação em relação às figuras parentais há um processo de separação em relação aos aspectos primitivos da personalidade que invadem e se conflitam com outra parte que está buscando autonomia, independentização, novas experiências em diversos setores do ego. Segundo o autor, as características da crise do adolescente estão relacionadas à sua biografia, à qualidade do desenvolvimento das primeiras relações, dos primeiros vínculos, à organização do self primitivo, quanto aos seus aspectos narcísicos e a sua capacidade de transitar da posição depressiva para a esquizoparanóide e vice-versa, bem como as características da elaboração da situação edípica. Se em algum momento estas vivências primitivas receberam as interferências de uma mãe pouco continente para com a voracidade de seu bebê, ele fica incapacitado de dimensionar a sua própria destrutividade.

No movimento anoréxico haveria, segundo Jeammet (1999), uma tentativa de afastar as angústias primitivas de aniquilamento e a depressão provocada pela perda do objeto (mãe). A busca de sensações como estar cheio ou vazio substitui os sentimentos intoleráveis de perda. O único recurso do qual o sujeito consegue lançar mão para fugir de sua dependência, e da possível ruptura com o objeto é através da tentativa de dominar a relação de objeto.

Lawrence (2001) esclarece que a anoréxica em sua fantasia aniquilou toda a necessidade, bem como a parte de si que poderia necessitar; a mãe provedora que poderia ir ao encontro à necessidade e os pais que deram vida a ela. No lugar, ela instalou um sentido de unidade sutil, ainda que difuso, com um objeto sem traços característicos. É um sentido de não ser separada, de estar com alguém, mas principalmente, no controle dos objetos que ela mesma criou e que parecem não ter qualidades humanas.

Para Stocche (2001), pela recusa de alimento, os anoréxicos expressam seu temor ao crescimento e independentização. O efeito da negação do alimento é recolocar o adolescente em uma profunda interação de dependência com relação a seus pais, o que desemboca em uma regressão generalizada.

2 JUSTIFICATIVA

A experiência com os grupos de apoio aos familiares de pacientes portadores de transtornos alimentares, desenvolvido pelo Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (GRATA-HCFMRP-USP), levantou alguns questionamentos, referentes principalmente à fala de algumas mães quanto a uma desconfiança de que, desde muito cedo, bem antes do aparecimento dos sintomas, a filha já apresentava “algo de diferente” que elas não podiam precisar. As mães descrevem pequenas alterações de comportamento da criança ou sentimentos, desejos, expectativas e fantasias despertados nas próprias mães com relação à filha, que na época não foram valorizados, mas que na emergência do sintoma lhes fizeram muito sentido.

Este incômodo, juntamente com um sentimento intenso de culpa trazido pelas mães, motivou a busca por mais informações sobre as fases mais precoces das relações destes bebês com o mundo externo, em especial com a mãe, e que desdobramentos esta relação teve no desenvolvimento da filha e quiçá da doença.

Estudos atuais sobre transtornos alimentares postulam que a família na anorexia/bulimia nervosa assume papel fundamental tanto em sua etiopatogenia como no desenvolvimento e prognóstico da doença. Não há como estudar a anoréxica sem entender sua mãe e o relacionamento que advém da dupla.

As dificuldades no funcionamento das famílias têm sido percebidas desde as primeiras descrições sobre transtornos alimentares e atualmente vem adquirindo importância do ponto de vista etiológico. Vários são os estudos buscando relacionar o funcionamento familiar do paciente (como causa ou contribuição) e o desenvolvimento da doença. Algumas características como: baixa capacidade de expressão, pouca coesão e experiência de maiores conflitos que as famílias de grupos de controle são frequentemente citadas. A maioria desses estudos, apesar da diversidade metodológica, busca observar qual a percepção que cada membro do grupo familiar tem e, que imagem estes

indivíduos formaram a respeito de suas famílias buscando a correlação com os transtornos alimentares (NORTH; GOWERS; BYRAM, 1995; GOWERS; NORTH, 1999; LALIBERTE; BOLAND; LEICHNER, 1999; CASPER; TROIANI, 2001; KARWAUTZ et al., 2002).

No entanto, poucos são os trabalhos que se propõem a pensar sobre como ou por que estas dificuldades se dão: estudos recentes sobre a constituição dos vínculos familiares na anorexia/bulimia nervosa são ainda mais escassos. Porém, alguns autores, principalmente em estudos clínicos, enfatizam a importância dos primeiros vínculos do bebê, em especial com a mãe através da alimentação. Em caso de falhas na constituição deste vínculo, o comprometimento, do ponto de vista da simbolização, reflete-se nas relações futuras do indivíduo (FEDIDA, 1976; RAMPLING, 1980; LAWRENCE, 2002; MIRANDA, 2003).

O ato alimentar, entendido como primeiro elo de ligação entre o bebê e o mundo, representa um modelo relacional na qual o bebê interage com seu ambiente, e pode ser compreendido como a porta de entrada para conhecer o mundo externo e ter sensações de prazer e desprazer. As primeiras experiências de gratificação das necessidades básicas são fundamentais para o desenvolvimento do bebê, criando uma marca em seu psiquismo, que influencia diretamente suas futuras relações.

O presente estudo, portanto, visa compreender alguns aspectos emocionais vivenciados pela dupla mãe-bebê e relatados pela mãe, pertinentes principalmente ao processo de amamentação/alimentação e que possam ampliar nossa compreensão acerca dos alicerces psicodinâmicos dos processos psíquicos que, no curso do desenvolvimento ulterior, possam predispor ao desenvolvimento dos sintomas compatíveis com os quadros de anorexia e bulimia nervosas.

3 OBJETIVO

Este trabalho tem como objetivo compreender o modo como se constitui o vínculo materno a partir do processo de amamentação/ alimentação nos primeiros anos de vida em pacientes com transtornos alimentares, conforme vivenciado pelas mães.

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

A abordagem teórica escolhida para nortear este trabalho enquadra-se dentro da perspectiva de uma pesquisa qualitativa, segundo descrito por Minayo (2004), ou seja, a preocupação é com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes do indivíduo, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Concordamos com a autora que acredita que os significados são construções humanas significativas (inerente aos atos, às relações e as estruturas sociais) e, portanto capazes de oferecer um entendimento amplo, tanto sobre as experiências coletivas como subjetivas do indivíduo.

De acordo com nossos propósitos de investigação, acreditamos que as estratégias mais condizentes com nosso estudo são: a entrevista semi-estruturada e a observação participante. Estes instrumentos foram escolhidos por terem sido considerados privilegiados para se interpretar o processo social a partir das pessoas envolvidas, na medida em que se consideram as experiências subjetivas como dados importantes que falam além e através delas (MINAYO, 2004).

No processo de obtenção de dados da investigação qualitativa, Bogdan e Biklen (1994) afirmam que a entrevista, juntamente com a observação participante, é a técnica mais usada. Neste contexto, a entrevista é entendida como um instrumento utilizado para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma idéia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspectos do mundo.

Para a estruturação da entrevista, pareceu-nos pertinente a utilização da modalidade história de vida tópica, conforme descrito por Minayo (2004), enfatizando uma determinada etapa da vida, ou determinado setor da experiência em questão.

No caso desta pesquisa, as entrevistas com as mães foram direcionadas para os dois primeiros anos de vida de suas filhas, segundo um roteiro semi-estruturado com os seguintes temas: gravidez, parto, pós-parto e puerpério,

amamentação/alimentação, características da filha, vivência da maternidade. Estas questões foram elaboradas tendo em vista a teoria psicanalítica e a importância das primeiras vivências do bebê com o mundo externo, e como a mãe pode ou não ser um agente potencializador do desenvolvimento emocional de seu filho, dependendo de suas condições internas e externas no momento da maternidade. Para melhor compreensão do processo de investigação, o roteiro de entrevista para a coleta dos dados encontra-se em APÊNDICE 1.

No entanto a formulação das questões durante a entrevista se deu de acordo com a sequência e característica apresentadas por cada entrevistado. Valles (1997) salienta que a entrevista com roteiro semi-estruturado baseia-se no pressuposto de que a padronização de uma pergunta requer a formulação desta em termos familiares para cada entrevistado.

A observação participante, por sua vez, pode ser considerada parte essencial do trabalho de campo, visto que consiste em um contato direto do pesquisador com o fenômeno observado, estabelecendo uma relação face a face com os observados; podendo, nesse processo modificar e ser modificado pelo contexto. A importância dessa técnica reside no fato de podermos captar uma variedade de situações ou fenômenos que não são obtidos por meio de perguntas, uma vez que, observados diretamente na própria realidade, transmitem o que há de mais imponderável e evasivo na vida real (MINAYO, 2004).

Algumas informações, principalmente as relativas ao tratamento, também foram obtidas por meio da verificação dos prontuários médicos das pacientes.

4.1 O campo de pesquisa e os colaboradores

O grupo de apoio psicológico aos familiares³ dos pacientes com anorexia e bulimia nervosas existe no serviço do Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares (GRATA- HCFMRP/USP) desde 2001 (SANTOS,

³O grupo é freqüentado pelos acompanhantes do paciente ao ambulatório, que podem ser os pais, irmãos, avós, tios, marido ou namorado e também amigos e vizinhos. A escolha do nome "grupo de familiares" busca contemplar a reflexão da atitude dos participantes, ou seja, de uma atitude de familiaridade e comprometimento com o tratamento.

2002; SANTOS et al., 2002; SOUZA; SANTOS, 2007). É um grupo aberto, coordenado por dois psicólogos, destinado a todos os familiares e acompanhantes dos pacientes desse serviço, com frequência semanal e duração de uma hora. O objetivo do grupo é oferecer a seus participantes um espaço de interação entre as famílias por meio do compartilhamento de emoções advindas do difícil convívio com um ente adoecido, proporcionando uma experiência de forte empatia entre os membros do grupo e de aprendizagem e desenvolvimento pessoal aos participantes. A partir dessas experiências busca-se a descoberta de novas perspectivas sobre a doença, diante da característica enigmática dos transtornos alimentares, e também sobre o papel dos familiares na recuperação do paciente.

Há três anos venho coordenando o grupo juntamente com outra psicóloga. Durante esse período pudemos perceber as diferentes fases pelas quais o grupo atravessou, buscando sempre adequar-nos às necessidades do próprio grupo naquele momento. Pais destituídos de seus lugares e mães extremamente culpadas, em situações familiares bastante difíceis, vão dando lugar a uma busca responsável e compartilhada por alternativas de enfrentamento. Uma premissa nos é fundamental nesse trabalho: a crença verdadeira de que a função de pai e de mãe deve ser devolvida a eles, sem, no entanto, buscar por falhas ou culpados, e sim pelo importante envolvimento da família no tratamento, reconhecendo-se como parte importante na recuperação do paciente e no repensar das relações afetivas daquela família. Percebemos, em nossa experiência profissional, que quando existe por parte da família um envolvimento na busca por alternativas para o tratamento, os resultados parecem ser qualitativamente melhores, e os pacientes relatam se sentir mais amparados e fortalecidos. Por outro lado, pais e mães fortalecidos podem oferecer a seus filhos melhor continência de suas angústias e empatia com relação às dificuldades e potencialidades de cada membro de sua família.

Os participantes deste estudo são, portanto, as mães de pacientes portadores de transtornos alimentares em tratamento no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, e que freqüentaram o grupo de apoio psicológico aos familiares do GRATA no ano de 2006.

Participaram deste estudo sete mães, sendo que o critério de inclusão

no estudo foi: ser mãe de paciente do sexo feminino, com idade entre 10 e 21⁴ anos, cujas filhas residem com as mães.

O quadro abaixo mostra a caracterização das mães entrevistadas de acordo com a idade, profissão, estado civil e quantidade de filhos, e também das filhas, quanto à idade e posição de nascimento na família.

Quadro 1 - Caracterização dos participantes do estudo

Nome da mãe	Idade	Profissão	Estado civil	Quantidade de filhos	Nome da filha	Idade	Posição na família
Ana	59	Do lar	Casada	2	Alice	18	2 ^a
Beatriz	33	Comerciante	Casada	1	Bárbara	10	1 ^a
Cláudia	44	Doceira	Divorciada/ casada	2	Carolina	17	2 ^a
Dirce	46	Do lar	Solteira	2	Débora	17	2 ^a
Ester	46	Funcionária Pública	Casada	2	Eliane	21	1 ^a
Fernanda	39	Diarista	Casada	2	Flávia	17	2 ^a
Gilda	45	Do lar	Casada	3	Giovana	19	1 ^a

Parece-nos interessante que não apenas a apresentação dos dados, mas também uma contextualização dos participantes deva ser de grande auxílio para que se possa ter uma melhor dimensão das características destas famílias. Para isso entendemos que também algumas impressões da pesquisadora, que possam representar os sentimentos e pensamentos advindos da relação transferencial sejam de grande importância. Mais uma vez, o fato de os participantes já serem conhecidos da autora pode facilitar esse reconhecimento.

⁴O critério de idade balizou nossa escolha por mães de crianças ou adolescentes, por acreditarmos que nesta fase a mãe ainda participa intensamente do cotidiano das pacientes, estando as mães também fortemente mobilizadas pelos sentimentos advindos da relação, o que talvez pudesse ser um colaborador na emergência dos conteúdos pretendidos pela pesquisadora.

Ana⁵ tem 59 anos, é dona de casa, mãe de dois filhos, Artur e Alice, é casada com Antônio. Antonio é o provedor da casa e trabalha como professor. A família tem situação financeira estável. Moram atualmente na casa: os pais e a filha. Artur vive com uma companheira em outra casa e Ana cuida durante o dia, do filho da nora a quem chama de neto.

Alice, 18 anos, é universitária, está em atendimento no GRATA há cinco anos e tem diagnóstico de anorexia nervosa do tipo restritivo, associado a Transtorno Obsessivo Compulsivo. Atualmente Alice encontra-se em processo de preparação para alta, e os encontros com Ana no grupo de familiares estão mais espaçados, pois a família considera que já não há a necessidade de uma frequência como nos períodos em que Alice ainda apresentava os sintomas.

Impressões da pesquisadora:

Ana é franca e direta, aparenta falar o que pensa sem rodeios, porém com respeito e delicadeza. Contesta o que lhe parece inadequado e relata que questiona sempre a filha, suas crenças e atitudes.

Beatriz tem 33 anos, é casada com Benedito e mãe de Bárbara. É proprietária de um comércio o qual administra sozinha atualmente, pois o marido encontra-se fora da cidade por problemas com a justiça. Tem situação financeira estável, mas recebe a ajuda dos pais na condução dos negócios; considera difícil conciliar o trabalho e os cuidados com a filha.

Bárbara tem 10 anos e é estudante, tem o diagnóstico de anorexia nervosa do tipo restritivo e está no serviço há um ano. Beatriz e o marido já freqüentaram o grupo, mas no momento Beatriz não freqüenta por dificuldades em deixar a filha aguardando-a durante este período. O relacionamento da mãe e da filha é difícil e não raras vezes presenciamos momentos de muita hostilidade entre as duas. Bárbara às vezes é hostil também com alguns membros da equipe, o que deixa Beatriz muito contrariada.

⁵A fim de preservar a identidade dos participantes e facilitar a identificação dos mesmos, os nomes verdadeiros foram substituídos por pseudônimos e todos os membros de uma mesma família foram identificados com uma letra do alfabeto, assim, por exemplo, temos a família A, B, C... e assim por diante.

Impressões da pesquisadora:

Beatriz tem aparência adolescente, fala e voz em entonação incompatível com a idade e demonstra grande preocupação com aparência física. Parece imatura e com dificuldades de se apresentar como mãe, para si mesma e para a filha.

Cláudia tem 44 anos, é casada com Clóvis e mãe de Carlinhos e Carolina, filhos de seu primeiro casamento com Carlos. Apesar de freqüentar um curso universitário na área da saúde, não conseguiu se formar por não concluir os estágios. É obesa e tem outros problemas de saúde decorrentes do excesso de peso. Atualmente faz doces que o marido vende como ambulante. Tem situação financeira difícil. Fala sempre de uma instabilidade emocional e de sua dificuldade em ser mãe de seus filhos, sente-se muito culpada.

Carolina tem 17, é estudante e tem o diagnóstico de anorexia nervosa do tipo bulímico, com a peculiaridade de apresentar ruminação como um de seus sintomas purgativos. Está no serviço há três anos, e a família tem participação instável nos grupos e nas consultas.

Impressões da pesquisadora:

Cláudia parece estar sempre pedindo ajuda, desperta nas pessoas um sentimento de desamparo e um desejo de cuidar. Impressiona pela franqueza e falta de pudor ao comentar sobre sua vida e de toda a família. Tem dificuldade de entrar em contato com os próprios recursos e reconhecer suas potencialidades.

Dirce tem 46 anos é solteira, dona de casa e mãe de Denise e Débora. Tem um relacionamento difícil com o pai das filhas, nunca morou junto com ele e sua família era contra o relacionamento. Não trabalha fora, recebe ajuda financeira da filha mais velha e também de amigos e parentes.

Débora tem 17 anos, é estudante, mas tem dificuldades em seguir regularmente os estudos. Tem diagnóstico de anorexia nervosa do tipo bulímico, com inúmeros episódios de vômitos durante o dia. É investigado também um possível transtorno de personalidade. Está no serviço do desde 2004.

Impressões da pesquisadora:

Dirce demonstra ser uma pessoa de pouca vitalidade e grande dificuldade de falar sobre si mesma. Apesar de relatar ser muito cuidadosa com as filhas, parece-me que não se sente capaz de cuidar de si mesma. Demonstra a necessidade e solicita muito a atenção das pessoas.

Ester é casada com Edson e mãe de Eliane e Érica. É funcionária pública e juntamente com o marido compartilham as despesas da casa, tem situação financeira estável. Relata freqüentemente sobre suas dificuldades de relacionamento com a filha e que é muito exigente com a ela. Atualmente, Ester freqüenta o grupo esporadicamente.

Eliane tem 21 anos e na época da investigação fazia cursinho pré-vestibular, uma vez que desistira da faculdade que fazia em outra cidade. Está no GRATA há dois anos, tem o diagnóstico de anorexia nervosa do tipo restritivo e atualmente encontra-se em remissão dos sintomas.

Impressões da pesquisadora:

Ester apresenta uma certa rigidez tanto de gestos como de atitudes, e tem dificuldades em se aproximar da filha, talvez por identificar na mesma várias de suas próprias características. É muito reservada e tem dificuldades em se colocar em posição de receber ajuda.

Fernanda tem 41 anos, é casada com Fábio e mãe de Felipe e Flávia. Fábio é trabalhador rural, Fernanda trabalha esporadicamente como diarista para auxiliar nas despesas da família, que tem situação financeira difícil. Felipe é universitário bolsista.

Flávia tem 18 anos é estudante e tem diagnóstico de anorexia nervosa do tipo restritivo, atualmente apresenta estado nutricional bastante prejudicado devido ao baixo peso. Está no serviço há dois anos. Fernanda é muito assídua aos grupos e muito envolvida no tratamento.

Impressões da pesquisadora:

Apesar das dificuldades em se posicionar como mãe de Flávia, Fernanda demonstra grande disponibilidade interna de pensar sobre suas dificuldades e angústias. No relacionamento com o marido se posiciona com grande força, inibindo-o às vezes.

Gilda é casada com Geraldo e mãe de três filhos gêmeos: Giovana, Gláucia e Guilherme. Tem situação financeira bastante favorável, o marido é representante comercial e provedor da casa e ela, dona de casa.

Giovana tem 17 anos, é estudante, tem diagnóstico de anorexia nervosa do tipo restritivo e está no serviço há um ano. Tem peso corporal muito baixo. Gilda frequenta assiduamente os grupos.

Impressões da pesquisadora:

Gilda parece se defender por trás de uma atitude de muita força e de que já se acostumou com as adversidades que a vida lhe impõe. Porém às vezes parece perceber que sua atitude “de quem já sabe o que deve ser feito” não lhe traz o conforto desejado. Tem dificuldades em perceber que a filha já é capaz de resolver muitos de seus problemas sem a intervenção da mãe.

4.2 Procedimento de coleta e análise de dados

As mães foram inicialmente convidadas pessoalmente a participar desse estudo, no decorrer de nossos encontros no grupo de apoio psicológico. O convite era para que fizéssemos a entrevista em ambiente protegido, dentro do hospital, visando facilitar a participação das mães. Porém ocorria que algumas filhas, ao término das consultas no ambulatório, sentiam-se extremamente incomodadas de permanecerem aguardando suas mães pelo tempo da entrevista. Algumas vezes as mães aceitavam participar, combinavam o horário conosco, mas por insistência das filhas, sentiam-se pressionadas a irem embora. Esta situação causava grande desconforto às mães e dificuldades ao desenvolvimento do nosso trabalho. Por isso, resolvemos modificar a estratégia, oferecendo-nos a irmos até a casa das participantes em horário sugerido por elas. Esta proposta causou-nos, de início, algum receio de que as mães ficassem constrangidas ou se sentissem invadidas com a nossa presença em suas casas. Mas na realidade isto não aconteceu. Pelo contrário, a reação das mães foi muito positiva, sentiram-se valorizadas e participantes da construção de algum conhecimento que pudesse advir desse trabalho.

Acreditamos que esta reação se deva muito ao trabalho desenvolvido nos grupos, onde os familiares são convidados a participar de forma consciente e ativa não apenas do tratamento, como também das estratégias de enfrentamento das dificuldades vividas por eles. Ainda sim, surpreendeu-nos a postura receptiva, participante e responsável que estas mães tiveram durante toda a etapa da coleta dos dados, oferecendo-nos importantes informações, e mais do que isso, suas vivências sobre o processo de tornar-se mãe de suas filhas.

Portanto, três entrevistas foram realizadas no hospital e quatro nas residências das mães. No total foram convidadas oito mães, sendo que sete aceitaram prontamente e uma se recusou por considerar-se sem tempo disponível para a entrevista.

No hospital, as entrevistas foram realizadas em uma sala disponibilizada para o estudo, assegurando a tranquilidade e sigilo necessários para a realização das mesmas. Quando realizadas em casa, o local da entrevista era de escolha do entrevistado, sendo este informado das condições mínimas de privacidade e tranquilidade para o procedimento. Todas estas informações referentes ao contato anterior à entrevista foram registradas no diário de campo e consideradas como material desta pesquisa.

As entrevistas foram áudio-gravadas e tiveram duração média de uma hora. Foram utilizadas questões norteadoras com o objetivo de favorecer a emergência dos assuntos pretendidos no estudo, tais como: “Conte-me o que você se lembra do período entre o nascimento de sua filha até mais ou menos dois anos de idade”.

Foi realizada uma entrevista como estudo piloto visando à adequação das questões a serem apresentadas às colaboradoras, avaliar o tempo necessário e a viabilidade deste projeto. Considerada satisfatória, esta entrevista também foi utilizada como material para a análise de dados.

O período de coleta de dados foi de três meses, e o encerramento se deu quando percebemos que a quantidade e qualidade das informações obtidas nos possibilitavam um aprofundamento maior nos temas propostos de acordo com o referencial metodológico escolhido para formar o *corpus* e tratar os dados deste trabalho. Algumas informações foram coincidentes entre as falas dos diferentes entrevistados, o que nos permite aproximá-las em

categorias temáticas, levantar questionamentos e buscar entendimento a respeito. Porém, muitas são as peculiaridades de cada indivíduo, de sua história de vida e da própria situação da entrevista. É necessário, portanto, que se leve em conta e valorize também essas diferenças na medida em que podem nos apresentar um contexto particular e muito significativo a cada um dos colaboradores.

4.3 Questões éticas

Por se tratar de uma investigação com seres humanos, este projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do HC-FMRP-USP, tendo sido aprovado (ANEXO 1) de acordo com processo HCRP nº 4967/2005. Foram respeitados todos os aspectos éticos envolvidos, inclusive tendo sido assegurada a impossibilidade de identificação do sujeito participante dessa pesquisa, em conformidade com a resolução 196/96 do Ministério da Saúde.

Para mães que aceitavam participar do estudo, era apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 2) explicando-se os objetivos do estudo, a garantia do sigilo em relação à identificação das participantes e ao conteúdo da conversa, a questão da participação voluntária (desvinculando sua participação no estudo ao tratamento da filha), a possibilidade de desistência a qualquer momento, a utilização de um gravador durante a entrevista, e quaisquer outras dúvidas que surgissem. Estando de acordo, as mães assinavam o termo e já iniciávamos a entrevista.

5 ANÁLISE DOS DADOS E DISCUSSÃO

A análise de dados iniciou-se com uma revisão crítica da literatura, buscando um olhar teórico-conceitual para o material coletado no campo.

Após a transcrição das entrevistas na íntegra, iniciamos um processo de leitura flutuante, visando à imersão no conjunto de informações coletadas, no intuito de permitir uma interpretação dos dados. Encontram-se no APÊNDICE 3 e APÊNDICE 4, respectivamente, as observações do diário de campo e também a transcrição de uma das entrevistas realizadas neste trabalho.

Considerando-se os objetivos deste estudo, a análise dos dados buscou compreender os sentidos trazidos pelos entrevistados para sua vivência de maternidade segundo os temas propostos: a gravidez, o parto, o pós-parto/puerpério, o processo de amamentação/ alimentação, as características da filha, a vivência da maternidade.

Tendo essas dimensões como foco de análise, realizamos novamente a leitura de cada entrevista, procurando encontrar os sentidos atribuídos ao vínculo mãe-filha. Posteriormente, efetuamos uma leitura transversal de todas as entrevistas destacando os pontos comuns e divergentes entre elas, buscando uma classificação dentro de critérios de inclusão nos temas propostos (Figura 1).

Figura 1. Temas principais e os sentidos apresentados pelas entrevistadas

Encontrados e destacados estes significados ou nomeações para as vivências dos participantes, consideramos interessante um aprofundamento maior de cada um dos temas encontrados correlacionando-os com o referencial teórico escolhido para o presente trabalho. Basicamente foram escolhidos dois focos principais de análise: a mãe compreendida como ambiente, como proposto por Winnicott (1999), e suas possíveis dificuldades em oferecer a seu bebê as condições satisfatórias para seu desenvolvimento, abordado em vários aspectos, principalmente nos cuidados iniciais para com a criança. Também os aspectos mais primitivos do desenvolvimento humano: o mundo interno, as fantasias e experiências emocionais, de acordo com Klein (1959) e seus contemporâneos, serão tratados, para que se possa buscar a compreensão de como esses processos ocorreram dentro da mente das mães e também das pacientes.

Desse modo, apresentaremos abaixo alguns relatos de experiências vivenciadas pelas mães juntamente com as considerações propostas.

GRAVIDEZ

Há muitos fios que servem de ligação entre o relacionamento da mãe com o filho e desta com sua própria mãe durante a primeira infância. As crianças pequenas possuem um forte desejo consciente ou inconsciente de ter seus próprios bebês. Esses desejos experimentados na infância permanecem até a fase adulta e contribuem em muito para a força do amor que a mulher grávida sente pela criança que cresce dentro de si, e pelo bebê que ela dá a luz (KLEIN,1937).

Bem antes do nascimento, o bebê começa a se constituir dentro da mente da mãe, como um projeto, que vai aos poucos sendo investido de sentimentos e expectativas que perduram por toda a vida. Este projeto de bebê constitui-se de extrema importância para que ele possa existir primeiramente como objeto de amor da mãe (narcisismo primário) e posteriormente ir se investindo de seu próprios desejos e sentimentos, tornando-se uma pessoa capaz de amar a si próprio e ao outro (narcisismo secundário) (KLEIN,1937).

No entanto, para as mães entrevistadas neste trabalho, a gravidez parece muitas vezes sob um contorno emocional intenso e ameaçador,

produzindo sentimentos de angústia frente ao inesperado e o contato com suas próprias fantasias. A gravidez foi, portanto, considerada uma época muito difícil em suas vidas. Foram períodos onde as dificuldades de relacionamento com o marido/companheiro, as preocupações com outros filhos e as intercorrências clínicas durante a gravidez promoveram muita ansiedade. Encontramos alguns aspectos que sugerem como as mães vivenciaram com dificuldade estas e outras preocupações concernentes ao esperar por seu filho, como: a rejeição, o medo e a depressão. Abaixo tentaremos abordar os temas de maneira mais detalhada.

Para Gilda, por exemplo, parece ter sido vivida com extrema dificuldade:

Agora a gestação eu achei horrível, detestei, e assim sabe? Só de ver uma pessoa grávida eu falo: Ai que dó! Eu detestei, sabe? Aquela barriga, eu inchei muito, além de quê, preocupada, né? Tendo problemas, tomando, é... medicamentos pra controlar, pra segurar, né?

Cláudia conta que teve depressão e fala claramente de uma angústia insuportável em um período em que seus mecanismos mais destrutivos estavam funcionando de maneira muito intensificada.

Aí eu queria morrer, queria que ela morresse também, sabe umas coisas assim horrível de pensar, né? Aí eu pensava: é melhor que ela morra, que eu morra, pensava em suicídio, pensava em que ela morresse, se eu caísse da escada que ia acabar, sabe? Essas coisas mais tremendas foi minha gravidez.

Do mesmo modo, Ester, experimenta a impotência frente a um estado de mente primitiva e uma dificuldade em se sentir capaz de cuidar-se e de cuidar do outro:

Eu fiquei muito chocada quando eu fiquei grávida, porque eu não queria de jeito nenhum, eu nunca me imaginei mãe, nunca assim, eu achava que eu não estava preparada, embora já de idade, já tinha 26 anos, mas... eu acho que eu num tava preparada pra aquilo, eu não queria ainda. Então, o fato assim de eu achar que eu ainda tinha que fazer muita coisa pessoal, né? É... conquistar ainda muitas coisas, né? É... materiais, situação financeira, né? Casa própria, esse tipo de coisa toda, né? E então assim eu fiquei chocada mesmo. Então foi uma coisa que... eu custei a aceitar, eu chorava muito, né?

Segundo Klein (1937), a atitude da mãe para com a criança tem muito em comum com seus sentimentos em relação à sua própria mãe durante a infância. Os desejos de morte que a menina alimenta contra a mãe são transferidos para o próprio filho quando ela se torna mãe.

Outro aspecto apontado por algumas mães foram as dificuldades com os outros filhos remetendo estas mães a um lugar onde elas próprias precisam lidar com situações de rejeição, exclusão e desamparo dentro de si mesmas. É somente quando a mãe pode se colocar nestas posições sem sentir-se ameaçada de perder seus objetos internos é que ela pode fornecer ao filho mais velho a segurança e a tranquilidade de que ele tanto precisa.

Fernanda fala de suas dificuldades:

E aí a gravidez foi, assim, aí meu menino tava amamentando também, e... e aí não queria largar, aí eu tive que...que, né? Né? Dar leite pra ele, fazer alguma coisa lá pra que ele, pra mim tirar ele, pra eu poder... que eu tava grávida dela, porque... não era bom que o médico falou, né? E eu... e eu com ele só 7 meses, né?

Que menino gosta de mamar muito, eu já tava muito preocupada, então eu passei uma gravidez um pouco nervosa dela, bem nervosa, é... até sentindo muita queimação, sabe? Preocupada demais com o menino.

Ao contar-nos sobre sua preocupação com o filho, Fernanda também nos apresenta suas próprias dificuldades em se separar dele.

Cláudia também conta como foi complicado para ela conciliar as dificuldades em lidar com o filho mais velho e a gravidez de Carolina.

O Carlinhos exigia muito mesmo porque era uma criança assim muito difícil. Aí foi mais ou menos na época dele tirar a fralda que a Carolina nasceu.

O luto por bebês anteriores mortos, representando objetos internos destruídos dentro de seu próprio corpo pode comprometer a maneira como a mãe lida com a gravidez de seu filho, remetendo-a a própria agressividade e suas dificuldades em lidar com ela. Suas próprias fantasias arcaicas de roubar os bebês da mãe dão origem ao medo e à sensação de ser punida, o que

fortalece a ambivalência e leva ao ódio e a desconfiança em relação aos outros (KLEIN, 1940).

Cláudia fala de seus temores:

Eu não queria ficar grávida, porque eu já tinha aborto, aí eu tive o Carlinhos, depois tive dois aborto, assim de dois meses e meio... Perdi, aí eu não queria mais ficar grávida, tinha medo.

Aí eu fiquei apavorada, né? Porque logo já começavam as contrações, já começava a sentir dor e...aí foi uma, uma gravidez difícil e eu tinha muita contração, então eu tive que ficar em casa, de repouso de novo então... atrapalha mais ainda, né?

O pai por sua vez é figura fundamental na constituição de um bebê. O pai dentro da mente da mãe formando um casal forte e criativo organiza a vida mental do bebê. Algumas mães apresentam dificuldades em formar um casal e muitas vezes mantêm-se em uma relação de unidade com seu filho, vivendo a ilusão de ser completa, e onde o outro, a alteridade (no caso, o pai) fica excluído. Pareceu-nos que a experiência de formar com o marido um casal forte e criativo também era difícil para algumas destas mulheres.

Foi assim... muito difícil (a gravidez). Muita atribulação; eu e o meu marido brigava muito, a gente tinha uma vida muito difícil... muita briga. (Cláudia)

Eu arrumei ela eu era solteira, mãe solteira, né? E... o pai dela rejeitou, não queria, não. Chegou até dar um pontapé na minha barriga, sabe? (Dirce)

É os problema, sabe? Que tinha. Problema com a família dele. O padrasto dele não gostava muito dele, meu pai já chegava um pouco né? Por causa da bebida, sabe? E eu ficava naquela preocupação, muito preocupada, sabe? (Fernanda)

O estado de solidão faz parte da condição humana e é para Klein (1963) o resultado de uma ânsia onipresente por um estado interno perfeito, inalcançável. A insegurança paranóide, bem como os processos de integração podem levar o indivíduo a um profundo sentimento de solidão, na medida em que no primeiro caso existe o medo da perda do objeto bom e no segundo caso a solidão advinda da independência do objeto. A busca por se livrar deste estado que é fundamentalmente interno vem muitas vezes através da busca pelo outro, como uma maneira de se remeter a um estado inicial de unidade

perdida. Os sentimentos de solidão e desamparo aparecem em diversas falas e situações durante a gravidez.

E aí com todo esse problema e tudo, e a relação com o Carlos era difícil, porque ele só trabalhava, né? Então a vida dele era: eu - trabalho. Aquilo, eu doente, entendeu? Com problema, num...Nossa, muito difícil! (Cláudia)

Dirce parece ter uma vivência semelhante:

Agora na gravidez é... a gente vivia mais sozinha, né? Eu por exemplo, meu quarto, eu dormia, sentia muito falta de ar, sufocamento, então naquele momento eu imaginava assim se tivesse uma pessoa do meu lado, né? Pra ficar ali perto de mim, talvez não tinha sido assim, né? A gente não ficava assim com tanto medo, mas à noite principalmente me dava aquela angústia, aquele medo, sabe?

E também Beatriz:

E é... assim eu sentia mais...muito sozinha, eu sozinha, porque o Benedito trabalhava direto, ficava, vinha a noite em casa, a gente nem conversava muito, então foi...

Fernanda descreve sua dificuldade em se relacionar com o marido como uma figura separada dela:

Eu acho que um pouco era eu que fazia mais a iniciativa, eu acho que era eu memo que... que... queria fazer sozinha memo. Acho que era eu mais, né? Não sei se é por medo, acho que ficou um pouco dividido também, né? Às vezes quando eu queria que fizesse ele não queria, aí quando eu... ele não queria eu pra castigar eu pegava e fazia.

Agora eu falo pra ele assim que eu preciso de um companheiro, mas eu não consigo também ficar dividindo com os outros, tudo tem que ser eu, sabe? Tudo que vai fazer não tá fazendo certo, aí eu já fico irritada, nervosa.

Winnicott (1949) acredita que é necessário reconhecer e avaliar o tipo de ambiente que pertence às experiências intra-uterinas, e também aquele que pertence às experiências do nascimento. É de grande importância reconhecer a capacidade da mãe de devotar-se ao recém-nascido, e a capacidade do casal de assumir uma responsabilidade conjunta à medida que o bebê

desenvolve-se e se transforma em uma criança. E também a capacidade do grupo social de permitir a devoção à mãe e à cooperação dos pais fazerem parte, e levarem adiante a sua tarefa a ponto de permitir ao indivíduo participar da criação e da manutenção do contexto social.

PARTO

Winnicott (1949) afirma que no desenvolvimento normal não há uma transição absolutamente abrupta das sensações de estar dentro do útero e de estar fora dele.

Para ele, o bebê na idade de nascer tem um conhecimento rudimentar a respeito de intrusões que provocam reações, de modo que o processo normal do parto pode ser aceito por ele como mais um exemplo de algo que já aconteceu. Mas um parto difícil vai muito além de qualquer experiência pré-natal de intrusão provocadora de reações. A intrusão vinda do exterior faz com que o bebê tenha que se adaptar a ela, e o fato é que à época do nascimento o bebê necessita de uma adaptação ativa do ambiente. Ele é capaz de suportar a reação por um período limitado de tempo.

Para Tustin (1984), se o nascimento físico foi difícil, o nascimento psicológico pode ser difícil, contudo esse fato não é inevitável. Isso dependerá do dote constitucional do bebê, dos eventos da infância primitiva e da qualidade da proteção materna que ele recebe.

Winnicott (1949) explica que existe uma relação muito clara entre a experiência do bebê e a experiência da mãe no que chamamos de ter o parto. Ocorre um estado durante o trabalho de parto em que a mãe, quando saudável, deve ser capaz de entregar-se ao processo de forma quase idêntica à experiência do bebê naquele momento.

Ester identifica este estado:

Então ela teve que... não nascia, então ela foi tirada com ajuda de fórceps, então foi assim uma coisa assim chocante, acredito que tanto pra ela quanto pra mim, né?

Reconhecemos também na fala de Fernanda o *signal* de seu sofrimento:

A Flávia não nascia, aí o medico, aí era outro médico que chamaram, aí teve que fazer analgesia, aí eu sofri muito naquela mesa, naquelas coisa lá, aí o médico veio correndo fez a analgesia, né?, Uma... anestesia, né? Na espinha, fez, só que aí mesmo assim não conseguiram tirar ela, ela foi tirada com o ferro, a testa dela ficou muito tempo com o sinal.

Assim também para Gilda:

É porque foi tudo muito tumultuado, né? na verdade. Foi muito, muito, porque eles nasceram de seis meses. Eu fiquei internada treze dias tentando segurar, e tomando medicamento pra, pra amadurecer o pulmão, preparando os bebês pra nascer.

Não, eu nem, não vi as crianças, porque eles correram com elas pro, pra... que não dá nem... acho que nem choraram. Eu não escutei, não me lembro.

Chama-nos atenção que aqui também em todos os sete casos, as entrevistadas trouxeram situações de extrema ansiedade: intercorrências clínicas como prematuridade, parto a fórceps, elevação da pressão arterial, anóxia neonatal, mudanças de médicos e condutas médicas que elas consideram duvidosas, são algumas das dificuldades relatadas. Estas experiências encontram dentro das mães que as vivenciaram um espaço de pouca condição de serem processadas, e que são como uma lacuna, onde as fantasias e ansiedades persecutórias atuam de maneira intensa potencializando as vivências como aterrorizantes.

As fantasias quanto ao parto aparecem no medo da dor, da morte e no medo de ficar louca.

E eu tinha medo de ter parto normal, né? E eu falava assim: Eu não vou fazer parto normal, né? Ai, eu tinha medo, porque, sei lá, uns falavam: A dor é só na hora depois já passou, e cesária não, na cesária você não vai sentir nada, mas depois você vai sentir, o corte e tudo, né? Mas mesmo assim, eu falei assim: Eu prefiro sofrer em casa depois, do que sofrer no hospital. Eu falei: Agora entrou, vai ter que sair; de um lado como do outro vai ter que sair, então... (Beatriz)

E... a moça (outra gestante ao lado) fez um escândalo danado e eu fui ficando apavorada com aquilo, né? Falei: Puxa vida, né? Que que é isso, né? (Ester)

Quando eu tava grávida, quase nos dias de ganhar, tinha uma prima minha que morreu de eclâmpse, sabe? Ela tava doente, lá... e eu fiquei assim um pouco nervosa, um pouco preocupada, eu fazia a maior força pra não ficar nervosa por causa dela, né? (Fernanda)

Aí eu fiquei no maior nervo porque tinha já uma parente minha que tinha, que [], tinha nascido e que tinha ficado a pracentá, não sei se o problema dela era de antes, teve um problema de cabeça, a mãe dela falou que ela ficou muito tempo com problema de cabeça, eu fiquei muito nervosa, na hora, demais. (Fernanda)

PÓS-PARTO E PUERPÉRIO

Este também foi um período muito atribulado para as mães, algumas intercorrências clínicas, a inexperiência, o nervoso, lutos, o medo, o excesso de trabalho com a casa e os filhos, e principalmente um sentimento intenso de culpa por se sentirem negligentes no cuidado com a filha aparecem como fatores que afastaram as mães de uma experiência emocional de maior proximidade e satisfação com suas filhas.

Ana e Cláudia falam da impossibilidade de se entregarem completamente aos primeiros cuidados com seus bebês por complicações do parto:

Minha mãe que cuidou dela. A mamãe ficou um mês comigo, porque aí eu não agüentava, eu fiquei uma semana que eu não agüentava levantar da cama, né? que doía tudo, aí fui, voltei no médico, o médico deu um antibiótico fortíssimo, eu tomei, eu fiquei quase um mês quase que eu ficava só deitada. E a minha mãe ficava lá tomando conta dela, dava banho, minha mãe que cuidou, deu banho, deu tudo. (Ana)

Só saí de lá (hospital) com ela, aí era difícil pra mim ter que amamentar porque pra mim andar doía muito, duas cirurgias, tava muito, foi uma cirurgia pra mim muito difícil, aí eu fui, ia lá amamentar ela, no começo eles me traziam ela, daí não tava melhorando, eu não tava conseguindo ir, logo nos primeiros dias, né? (Cláudia)

Klein (1940) esclarece que a perda do objeto bom externo provoca uma sensação inconsciente de também ter perdido o objeto bom interno e assim o luto arcaico é revivido sempre que se sente algum pesar na vida ulterior.

O luto aparece como perda real para Cláudia:

E meu pai faleceu quando a Carolina tinha 5 meses, aí eu fiquei mais abalada ainda, né?

Mas também como separação; no caso de Ester, a volta ao trabalho:

Comigo eu sei que foi a morte, pra mim... (voltar ao trabalho) Chorava lá no trabalho, eu ia embora chorando. Muito, muito difícil mesmo. Eu num... sabe quando você num aceita aquilo de jeito nenhum e não via a hora que acabasse o dia pra eu ir lá buscar essa menina, né?

Segundo Klein (1940), a dor associada ao lento processo do teste de realidade durante o trabalho do luto parece se explicar em parte pela necessidade não só de renovar os elos com o mundo externo e, portanto reviver constantemente a perda, mas também de usar esse processo para reconstruir com agonia o mundo interno, que o indivíduo julga estar em perigo de decair e desmoronar. Quando a segurança no mundo interno vai sendo gradualmente retomada, e os sentimentos e objetos internos voltam a ganhar vida, os processos de recriação têm início e a esperança pode surgir novamente.

Também para Dirce e Fernanda a experiência parece de dificuldade em lidar com os próprios sentimentos, o que chamaram de 'nervoso':

Tentei acho que uns quinze dias, mas o leite secou. Eu não sei se era nervoso demais que eu passava, né? Porque eu tinha muita raiva desse homem, do pai delas. Muita raiva eu ficava. E quando eu ficava nervosa, eu quebrava tudo os trem no meu quarto. De tanto nervoso que eu ficava. (Dirce)

Eu ficava nervosa eu esquecia de comer. Sempre, sempre eu tinha que estar pondo soro no hospital. Sempre, sempre eu tinha que tar tomando soro por conta da anemia, sabe? Nervoso, sabe? E e e.... acho que isso afetou um pouco também , né? É, é, é... os dois pequeno né? E eu ficava tomando soro, né? Por causa de estar nervosa, né? (Fernanda)

Para Tustin (1984) a mãe deve captar as necessidades do bebê e supri-las adequadamente, fornecendo à criança a simplicidade e a monotonia, necessárias para o sentimento de permanência de sua existência. A função da mãe neste momento consiste, portanto, em suportar as angústias da criança devolvendo-as de forma processada de maneira que possa promover ao bebê

um estado de acalento frente a suas terríveis angústias.

Bion (1991) chama a atenção para a capacidade da mãe para reflexão empática, para a qual ele usa o termo adequado “devaneio” (*reverie*).

Beatriz e Gilda demonstram que para elas o trabalho e a responsabilidade de cuidar de seus filhos foi sentido como excessivo:

Minha mãe foi me acordar, porque eu não escutei, a menina esgoelada eu não ouvi, eu tava assim muito cansada, sabe? Não conseguia dormir, colocava ela, dormia no colo, hora que ia colocar no berço ou na cama a menina já assustava assim, já gritava, chorava. Era só colo, era só peito. (Beatriz)

Mas até você vivenciar e assim, aquela obrigação, ser sua e assim, de noite e de dia e trigêmeos, a hora que um acorda, o outro acorda, então, foi meio que complicado, eu achei que eu não fosse viver mais. Eu falei: Gente, minha vida acabou aqui, agora! (Gilda)

Porém Gilda e Ester também relatam que se sentiram acompanhadas e até reconhecem a experiência como positiva:

Não. Cada um... por exemplo, a toda hora tinha alguém na minha casa, minha sogra, minha mãe, meu marido, então cada um pegava um e dava a mamadeira. Na hora que eu tava acabando um, já tava na hora de começar de novo com o primeiro. (Gilda)

Então foi uma coisa assim, eu nunca tinha pego uma criança novinha no colo, então foi todo um aprendizado, nós dois junto, né? Hoje a gente fala: Nossa, não sei como conseguimos, né? (Ester)

Para estas mães, maternidade e culpa parecem andar de mãos dadas. Todas relatam experiências em que consideram que falharam ou que não foram suficientemente boas no que diz respeito ao cuidado de suas filhas. Juntamente com isso e complicando ainda mais um quadro de muita angústia e sofrimento, um sentimento de que foram as suas falhas, e consequentemente elas próprias, as responsáveis pelo aparecimento futuro da doença nas filhas.

Klein (1937) acredita que o sentimento de culpa surge do medo inconsciente de ser incapaz de amar os outros de verdade ou de forma suficiente e, principalmente, de não conseguir dominar seus próprios impulsos agressivos: essas pessoas têm medo de ser um perigo para aquele que amam.

Para Klein (1937) a atitude da mãe para com a criança tem muito em comum com seus sentimentos em relação à sua própria mãe durante a infância. Como essa relação arcaica se caracteriza pelos conflitos entre o amor e o ódio, os desejos de morte que a menina alimenta contra a mãe são transferidos para o próprio filho quando ela se torna mãe. E pontua que em última análise, é o medo de que a pessoa amada – de início, a mãe - possa morrer por causa dos danos que lhe são infligidos na fantasia, que torna intolerável a dependência em relação a ela.

Cláudia teve depressão, tentou suicídio e separou-se do marido:

Claro que ela (a filha) ia ficar com problema. Por descuido, eu acho, porque por mais que você queira cuidar, quando você está deprimida, seu cuidado é muito, muito assim. Hoje eu me vendo hoje, naquela época, né? É muito assim, é... cê não consegue nem cuidar de você, né? Você está se arrastando, como é que você vai cuidar de uma criança. Ela sofreu com isso, toda essa consequência, né?

Esses sentimentos podem ser intensificados pelas emoções conflitantes dirigidas também para os irmãos e irmãs durante a infância. Portanto, conciliar os cuidados entre os demais filhos também parece difícil para estas mães:

Porque o Carlinhos (irmão) tinha muita dificuldade também, né? Que ele não dormia. Ele tinha dificuldade pra dormir, ele dormia um pouquinho, acordava, chorava e não dormia e aí a... aí todo mundo falava: Não, mas você tem que dar mais atenção pro Carlinhos, a criança nem entende, não pensa em nada, não sabe de nada enquanto é bebê, sabe aquelas coisas absurdas de falar, né? (Cláudia)

Eu tinha que dar mamá escondido pra ela, porque ele era pequenininho, muito difícil, e ele ficava pedindo, né? Ele ficava pedindo, então eu amamentava ela tudo direitinho, tudo, punha ela no bercinho e cuidava um pouco mais do Felipe, porque eu tinha que dar atenção pra ele também. (Fernanda)

Porque na verdade não sei se porque a Gisele (outra filha) era mais chorona, assim ela chorava mais, não sei se eu dei mais atenção pra ela, né? Acabava eu ficando com ela. Não sei. Não lembro também se eu fiquei mais com ela. (Gilda)

Quando os sentimentos de culpa e os conflitos trazidos por essas fantasias são fortes demais, então a possibilidade de fazer reparação fica

diminuída e seus instintos maternos não podem funcionar de forma mais completa (KLEIN, 1937).

Um sentimento de impotência toma conta de Beatriz:

Ah não sei, pra mim o difícil era esse choro dela, né? Porque ela sempre tava chorando na minha cabeça, entende? Chorando, chorando, chorando, não sei se ela chorava por chorar, sabe? Por qualquer coisa... Foi super difícil, mesmo. Falava: Meu Deus, essa menina só chora, só chora, sabe?

O sentimento de culpa e a necessidade de fazer reparação estão intimamente ligados à emoção do amor. Se, no entanto, o conflito arcaico entre amor e ódio não for trabalhado de forma satisfatória, ou se a culpa for forte demais, isso pode levar a um afastamento da pessoa amada ou à sua rejeição (KLEIN, 1937).

Muitas entrevistadas fazem severas críticas ao seu desempenho como mãe. Algumas delas repensam suas atuações e se criticam muito:

Hoje eu falo que é uma coisa que, Nossa, se eu pudesse voltar no tempo também eu tinha deixado de lado tanta coisa, pra ficar mais com elas. Eu acho isso assim uma falha assim, sabe? Então eu ficava ali, que casa tinha que ser limpa, a roupa lavada, passada, tudo na hora, aquela coisa assim, sabe?E... então ele (pai) ficava mais com ela. Então eu acho aí que eu falhei também, sabe? Devia, né? Ter deixado e ter dado assim mais... mais carinho mesmo, né? Mais atenção. Então isso eu acho que... que foi uma coisa que faltou da minha parte. Essa coisa ali, cê sempre tinha aqueles cuidados ali, mas eu não tinha assim muita proximidade nisso. (Ester)

Ela chegou pra mim e falou assim: Ai, você nunca brincou comigo, sabe? Ela chegou a falar isso uma vez, sabe? Eu nunca fui de brincar assim com menino, sabe? Às vezes a gente saía, né? Mas de brincar... não sei se é porque a gente foi criado assim também né? Mas assim às vezes chegava tarde assim e vai jantar, ficava lá, assistindo televisão, não dava tanta muita atenção, talvez eu também não dava, porque eu comecei a trabalhar, né? Eu acho que talvez um pouco de carinho faltou sim. Mais conversa, mais carinho, sabe? Mais ficar junto ali mesmo, né? Talvez ela, ela tenha falta disso. (Fernanda)

Hoje, hoje eu vejo que quem sabe às vezes faltou mais alguma coisa de carinho, a gente dar mais carinho, mais atenção. Porque hoje, por exemplo, hoje eu, eu faço, eu sou voluntária na pastoral da criança e eu tô aprendendo assim como que é que você cuida de uma criança, ser mãe. Coisa que eu acho que faltou assim pra, pra mim. Eu, eu sinto isso, que

se eu tivesse hoje um filho, trataria completamente diferente, daria mais atenção, mais carinho, brincava mais, entendeu? (Ana)

Acho que, então, acho que no... nela falar isso: Pega eu, pega eu. Eu acho que assim faltava eu dar mais atenção, porque às vezes ficava só querendo fazer o trabalho assim pra terminar e esquecia que a gente tinha que dar um tempo pra brincar, tirar um tempo da gente pra brincar com as crianças, né? E acho que isso faltou um pouquinho mesmo. É..., é porque a gente fica preocupada em fazer limpeza, limpar, em ver tudo pronto e deixa, né? Eu pelo menos eu hoje, hoje eu vejo assim, né? Que a gente ficava preocupada demais com as coisas, né? E deixava o essencial. (Ana)

Klein (1937) esclarece que a saída que muitas pessoas encontram para essas dificuldades é reduzir sua capacidade de amar, negando-as ou suprimindo-as, passando a evitar todas as emoções fortes. Outros encontram uma fuga dos perigos do amor deslocando-o das pessoas para qualquer outra coisa. O deslocamento do amor para outras coisas e interesses faz parte do desenvolvimento normal. No caso de algumas pessoas, porém, esse deslocamento para objetos inumanos se torna a principal maneira de lidar com os conflitos, ou melhor, de fugir deles.

A preocupação excessiva com a casa, com a limpeza e manutenção, pode ter ocupado um espaço de refúgio, onde a ansiedade em lidar com sentimentos tão conflitantes dentro de si mesmas fica afastada, deslocada para outras tarefas, e com a função de evitar, ou pelo menos minimizar o contato com emoções fortes. Porém, este se apresenta como um processo pouco eficaz, na medida em que gera culpa e sentimento de negligência.

AMAMENTAÇÃO/ALIMENTAÇÃO

Klein (1957) atribui importância fundamental à primeira relação de objeto do bebê - a relação com o seio materno e com a mãe - e se este objeto primário, que é introjetado, se enraíza no ego com relativa segurança, acha-se assentada a base para este vínculo. Sob o predomínio dos impulsos orais, o seio é instintivamente percebido como fonte da nutrição e, portanto, num sentido mais profundo, da própria vida. No entanto, esta não é uma relação tranqüila. O bebê sente-se muito ameaçado por um seio que considera possuir tudo o que ele deseja e dispõe de um fluxo ilimitado de leite e amor que o seio

guarda para sua própria gratificação. Esta sensação adiciona-se ao seu sentimento de frustração e ódio e o resultado é uma relação perturbada com a mãe. Se a inveja for excessiva, isto indica que as características paranóides e esquizóides são anormalmente intensas e que tal bebê deve ser considerado como enfermo.

Para Klein (1957), a inveja, a voracidade e o ciúme são expressões dos impulsos destrutivos, a operar desde o começo da vida e possui base constitucional. A voracidade, a inveja e a ansiedade persecutória, que se acham mutuamente vinculadas, inevitavelmente intensificam uma à outra. A sensação do dano causado pela inveja, a grande ansiedade que disso se origina e a incerteza resultante quanto à bondade do objeto tem o efeito de incrementar a voracidade e os impulsos destrutivos. Sempre que o objeto é sentido como, em última análise, bom, ele é ainda mais vorazmente desejado e absorvido. O mesmo se aplica também ao alimento.

Ela foi uma menina assim bem calma, né? Quando nasceu, só que gostava de amamentar muito. Amamentava bastante, Nossa senhora, o que ela mais gostava era de amamentar, bastante. Não era muito de comer não. Já desde pequeninha não era tanto de comer não, e era muito assim apegada, muito comigo, sabe? Sempre foi muito apegada, não sei se é por causa da amamentação, né? Mas sempre foi assim demais apegada comigo, sabe? (Fernanda)

Gulosa não, mas assim que nem hoje ela me culpa, né? Por ter ficado doente porque eu que enchia ela de comida, que eu deveria dar um tanto de comida bem pouquinho, sabe, desde que ela começou a comer, porque ela não teria ficado gorda, né? Aí ela não teria... (Beatriz)

Ester nos descreve as características do apetite de sua filha que considera como *muito*; suas dificuldades em corresponder a essa voracidade sentida gera culpa e impotência:

De... logo nos primeiros meses ela tinha muito apetite assim, ela... ela mamava muito, a cada três horas... eu acho que... me lembrando agora, eu acho que até que hoje eu penso, né? Talvez eu tenha cometido assim, eu falo um pecado porque... (sorriso) é... é fal... de três em três horas, as vezes ela acordava antes, e aí eu ficava esperando, porque eu achava, então eu achava que tinha que ser ali rigorosa aquilo ali, hoje eu não penso assim, né? Mas na época falavam, não porque se eu sair fora do que o pediatra me ensinou, aí ela pode é... acostumar, acordar toda hora,

querer mamar toda hora, aí não querer dormir de noite, então eu pensava esse tipo de coisa, né? Me lembrava que minha irmã, minha mãe falava, né? Que... logo com um mês de idade já tinha que... que tirar todas essas mamadeiras da noite pra ir acostumando, pra dormir a noite inteira. Então aí eu acho até que eu pequei um pouquinho, sabe? Eu acho que eu devia ter amamentado ela... com mais frequência, porque ela tinha fome.

Podemos inferir, no caso das pacientes com transtornos alimentares, que a intensa voracidade seja responsável inicialmente por um grande investimento no alimento. Porém, a experiência de dependência de algo tão desejado, e que em alguns momentos é frustrante por não corresponder as expectativas do bebê, pode ter gerado nestas pessoas ódio e desejo de destruir o seio, o que leva a uma enorme ansiedade persecutória, visto que este é também muito amado. Como resposta a estes sentimentos, apresenta-se a desvitalização do alimento, este como representante da experiência emocional com a mãe. Há portanto uma diminuição dos afetos positivos como negação da própria voracidade.

No caso da filha de Gilda, talvez a inconstância dos cuidadores possa ter gerado um sentimento de insegurança, que leva a filha a negar a dependência:

Não. Cada um... por exemplo, a toda hora tinha alguém na minha casa, minha sogra, minha mãe, meu marido, então cada um pegava um e dava a mamadeira. E assim, não lembro assim a ordem, porque na verdade não sei se porque a Gisele (outra filha) era mais chorona, assim ela chorava mais, não sei se eu dei mais atenção pra ela, né? Acabava eu ficando com ela. Não sei. Não lembro também se eu fiquei mais com ela.

Na verdade, uma certa quantidade de frustração, seguida pela gratificação, pode dar ao bebê a sensação de ser capaz de lidar com sua ansiedade. Os desejos do bebê - que são até certo ponto incapazes de realização - constituem importante fator contribuinte para suas sublimações e atividades criadoras. Porém esta experiência exige do bebê a capacidade de lidar com sua própria inveja e voracidade, que se forem excessivas podem impedir que o processo se dê de forma satisfatória.

O desmame é entendido principalmente como a perda total do primeiro objeto bom externo do bebê, o que leva ao auge as emoções e os conflitos da posição depressiva. Ao mesmo tempo, quando o desmame é bem sucedido,

ele dá um impulso positivo para a aceitação de substitutos e à busca mais ampla de novas formas de gratificação (KLEIN, 1936).

Beatriz sentiu-se ansiosa e pressionada a executar o desmame e o sentimento parece que foi o de uma difícil ruptura:

Mas assim, eu deixei ela uns dois dias sem, passou um dia eu falei: Ela não pediu, né? Quando ela vinha assim, sabe? Com manha assim, eu saía de perto, fazia outra coisa, conversava outra coisa com ela então pra entreter ela, aí passou dois dias, aí falaram assim: Ó, passou dois dias não pode dar mais porque empedra e tal, o leite. Falei: Então tá bom. Aí passou dois dias e eu precisava mesmo tirar ela, né? Do peito, ia fazer a cirurgia, foi aí que parou, só que assim, aí ao mesmo tempo eu fiz a cirurgia, ela ficou com a minha mãe, aí que ela sentiu a minha falta, sabe? Isso também mexeu muito com ela. E, e eu não podia, não foi, nunca foi uma criança assim que eu pude pegar no colo, até essa idade aí eu pegava e depois de dois anos e meio eu nunca mais peguei ela.

Por razões diferentes, mas também com muito sofrimento, Fernanda nos relata de sua experiência de ruptura com a filha:

E tanto é que a Flávia quando ela largou de mamar ela..., parece que foi assim, parece que ela perguntou pro pai dela se..., porque que eu tava doente, eu não sei se ele falou que foi por causa que ela mamava ou se ele falou pra ela assim: Não, larga de mamar porque a sua mãe tá ficando doente, foi uma coisa meio assim, sabe? Não tenho certeza como que foi. Só sei que quando eu cheguei do hospital uma vez, que eu fui internada várias vezes, quando ela tinha já uns 5 anos, que ela ainda mamava e estudava, já no prézinho e ainda mamava, aí ela não quis mais, eu fazia de tudo porque ela já tava grandinha, né? Não tinha, já comia as coisas de sempre. Aí ela chegou e falou assim: eu não quero que a senhora fica doente mais, de hoje em diante eu não vou mamar mais. Pequeninha, né? Então, mas eu acho que já não foi muito bom isso, né? Pra cabecinha dela... Assim. Foi uma conversa que eu não sei se foi o pai dela que falou pra ela largar que eu tava doente ou se foi ela que perguntou, né? Se ela não podia mamar que eu tava doente, né? E ela pegou e já não quis mais.

O desmame é um período difícil e necessário também do ponto de vista emocional para a criança. É um importante passo no processo de individuação do bebê. Para as mães de nosso estudo, as dificuldades no manejo do desmame podem nos dar alguns indícios de como estas crianças vivenciaram este período. Para as crianças a ruptura abrupta pode ter vindo acompanhado de fantasias de que elas faziam um grande mal a aquele seio e

consequentemente à mãe. Fantasias persecutórias desta natureza são capazes de conduzir estas crianças, que atualmente são adolescentes diagnosticadas como portadoras de TA, a uma busca incessante pela confirmação de que não foram responsáveis pela destruição do objeto amado. Esta pode ser uma busca para toda a vida.

Klein (1936) observou que apesar de algumas crianças aparentemente passarem muito bem pelo desmame, dando a impressão de progredir de forma satisfatória por algum tempo, no fundo foram incapazes de lidar com as dificuldades criadas por essa situação; o que aconteceu foi apenas uma adaptação externa. Essa adaptação externa é resultado do anseio da criança de agradar as pessoas à sua volta, das quais tanto depende, e de ter uma boa relação com elas.

CARACTERÍSTICAS DA FILHA

Ao descreverem suas filhas, algumas das mães entrevistadas mudam completamente o tom emocional de suas falas. São, neste momento, doces e orgulhosas de seus bebês. Abrem largos sorrisos, mostram fotos e se tornam saudosas.

Cláudia, Fernanda, Ana, Ester e Gilda descrevem suas filhas como extremamente 'boazinhas' nos primeiros meses de vida. Segundo elas, eram crianças que exigiam muito pouco de seus cuidadores:

Ah, a Carolina era um anjinho, um amorzinho, né? Porque ela era calminha, tranqüila, ela mamava, trocava ela, conversava um pouquinho com ela, ela dormia , sabe? Um anjo. E aí a Carolina foi ficando cada vez mais, então mais. E então a Carolina foi se tornando uma criança assim, ela foi crescendo e... muito, com muita autonomia, entende? Ela... logo, até os 4 meses a Carolina era um santo mesmo, ela só mamava e dormia, ficava na cama, não dava trabalho nenhum, era uma coisinha assim.... (Cláudia)

Esses dados corroboram os achados de outros estudos realizados a partir de dos relatos maternos que constataram que as filhas são percebidas como crianças bem comportadas antes do aparecimento do Transtorno alimentar (CASTRO, 2001).

Tustin (1984) esclarece que em muitos casos há uma vulnerabilidade emocional constitucional ou uma peculiaridade genética dentro da criança. Isso conduz ao desenvolvimento de maciças obstruções autísticas às realidades dolorosas, que são experimentadas antes que o mecanismo neuromental da criança esteja pronto para suportar a tensão. Sentimentos de extrema ansiedade se não são “contidos” pela mãe, provocam no bebê a ilusão de que eles se espalham em volta de uma maneira incontrolável e explosiva, prenunciando uma catástrofe.

Winnicott (1952) nos explica que como defesa contra as terríveis ansiedades do estado paranóide nos primeiros tempos de vida, não é raro surgir um estado organizado ao qual já foram dados diversos nomes (por exemplo, introversão defensiva patológica). O bebê vive permanentemente em seu mundo interno, o qual, porém, ainda não está solidamente organizado. O complicador da perseguição externa é mantido à distância através de uma fuga à integração, evitando o estado de unidade. Ao relacionar-se com uma criança desse tipo, vemo-nos entrar e sair do mundo interno em que ela vive, e enquanto estamos dentro dele ficamos sujeitos a um controle mais ou menos onipotente, controle esse, porém, que não é exercido a partir de um ponto central consistente.

Ai, esse calminha era assim, ela não era... assim, ela não chorava por qualquer coisa, tudo o que dava pra ela ela aceitava, sabe? Era... a gente punha na televisão, tinha assim...é...assim mexia nas coisa, coisa normal de criança, né? de brincar, essas coisas, mas assim, qualquer brinquedinho que dava pra ela ela brincava, sabe? É... e aí ficava calma, assim, qualquer coisinha que a gente falava pra ela, uma televisão, uma coisa assim, sabe? Só que era bem agarrada comigo, não deixava ninguém, qualquer lugar que eu fosse ou tinha que ser escondido, sabe? (Fernanda)

Várias manobras autísticas protetoras são usadas para amortecer a consciência de modo a evitar o sofrimento. Isso resulta no afastamento da realidade. A consciência do mundo exterior é inibida ou gravemente distorcida. Nesses casos, integrações psicológicas não acontecem; o comportamento se torna idiossincrático.

Ela não foi uma criança chorona, nada. Então cê punha, dava banho,

punha ela lá no berço, ela ficava quietinha. Era assim, ela era assim risonha, assim um pouquinho assim, sabe? (Ana)

Klein (1936) também reconhece esse estado descrevendo-o como estados de retraimento, em que o bebê se isola das emoções, implicando numa ausência de resposta ao seu ambiente. Nesses estados o bebê pode parecer apático e sem interesse pelo meio em que vive. Essa condição é ignorada com mais facilidade do que outros distúrbios, como o choro excessivo, a agitação e a recusa do alimento.

Considerando as dificuldades apresentadas pelas mães no que diz respeito a se entregarem aos cuidados com seus bebês, talvez este estado de excessivamente boazinhas relatado possa ser uma resposta emocional a um sentimento intenso de desamparo, levando a uma desistência de se apresentar para a mãe. A criança passa então a alucinar o cuidado e não mais a contar com ele, tornando-se cada vez mais autônoma, ou negando a dependência.

Ah, ela sempre foi uma criança meiga, muito... muito meiguinha mesmo, tanto é que...é ela não era assim aquelas criança chorona, nunca foi. Sempre... ah, acho que foi uma coisa assim, sei lá, se eu comparar com outras crianças ela foi uma criança muito dócil, muito amável, muito carinhosa, muito apegada a mim, ao pai, né? (Ester)

Ai, a Giovana era... ela eu acho que é , foi uma das que, foi a mais tranqüila dos trigêmeos. Era a que se alimentava melhor, é... sabe, é a mais tranqüila mesmo. Ela era ótima, ótima, excelente. Uma gracinha assim, e até mais gordi..., mais alegrinha, sabe? (Gilda)

Winnicott (1952, p.310) nos conta sobre as conseqüências para o indivíduo quando há uma falha no processo de adaptação do bebê:

Com a falha da adaptação suficientemente boa do ambiente, produz as distorções psicóticas do conjunto ambiente-indivíduo. Os relacionamentos provocam uma perda da sensação de ser, que vem a ser readquirida somente pelo retorno ao isolamento. O estar isolado, porém, torna-se cada vez menos puro à medida que a criança afasta-se do início, pois envolve cada vez mais uma organização defensiva para repudiar a intrusão ambiental.

Tustin (1984) conta que aquelas crianças psicóticas que têm uma história de ter sido um bebê “excepcionalmente bom” parecem ter permanecido em um estado no qual havia pouca tentativa de integrar esses aspectos básicos de sensações e, assim, pouca fricção e perturbação.

Dirce nos apresenta uma característica um pouco diferente para sua filha, considerava sua atitude distante o que ela chamou de ‘afastada’.

E só que toda vida ela foi uma menina assim, ela não sorri, nem nada, desde pequenininha, ela é sempre fechada no canto. Quando eu ia trabalhar, as duas ficava em casa, ela quase não gostava de brincar com as amiguinha, ficava mais era dentro de uma caixa, dentro de um, do quarto, mas assim afastada das amiguinha, sabe? Toda vida ela foi assim. Desde pequenininha, é, desde bebezinho. Ela não era aquela menina assim alegre, feliz, sorridente, sabe? que gostava de brincar com varias coisas, não. Toda vida ela foi assim, afastada, mais caladona. Desde pequenininha, batia, avançava mesmo. Ela era muito calada, mas só que era muito nervosa.

Também Beatriz reconhece estas dificuldades na filha:

Então foi assim, nunca foi de emprestar brinquedo pra ninguém, queria sempre brincar sozinha, ela nunca quis, sabe? “Chama fulana pra brincar aqui com você, Bárbara”. “Não, vai mexer nas minhas coisas, vai pegar minhas coisas”, sabe assim? Mas ela também não ia na casa de ninguém. Ela sempre foi mais assim, de brincar sozinha.

Uma tensão corporal insuportável, que não é compreendida, lidada com empatia e aliviada pela mãe com suficiente rapidez é experimentada como um transbordamento perturbador.

Beatriz por sua vez também conta que sua filha era muito “chorona”.

Daí ela chorou até completar 4 meses. Chorando. Ela chorava, chorava, chorava, chorava, levei em médico, eu dava todo tipo de remédio pra ela, pra cólica, tudo, tudo. Sei que... aí foi assim, mas nunca ela foi uma menina tranqüila assim, sem chorar, toda vida. Chorou e chorou, chorou e chorou. Não era um choro de dor assim, choro de chorar, sabe? Uma criança chorar por nada, chora, chora. Ela chorava por tudo, chorava. E agora, então, aí que chora memo, porque tá vivendo uns problemas aí. Por ela ser chorona, sempre foi chorona, brava assim, mas ela era carinhosa, sabe? Sempre foi uma menina doce, assim. Mas... brava, né?

Acredito que a experiência emocional de Beatriz com sua filha de certo

modo difere da experiência das mães que relatam que suas filhas foram excessivamente boazinhas. Apesar da dificuldade em oferecer à filha a '*reverie*' necessária para traduzir seu desespero em cuidado e tranquilidade, parece que Beatriz pôde oferecer companhia, estar por perto, ainda que de maneira confusa e ansiosa. Acredito que a possibilidade de Bárbara chorar e reclamar seus desejos seja, do ponto de vista emocional, um estágio ulterior no desenvolvimento, pois parte da idéia de que existe um outro capaz de ouvi-la.

Pedaço de mim

Chico Buarque de Holanda

Oh, pedaço de mim
Oh, metade afastada de mim
Leva o teu olhar
Que a saudade é o pior tormento
É pior do que o esquecimento
É pior do que se entrevar

Oh, pedaço de mim
Oh, metade exilada de mim
Leva os teus sinais
Que a saudade dói como um barco
Que aos poucos descreve um arco
E evita atracar no cais

Oh, pedaço de mim
Oh, metade arrancada de mim
Leva o vulto teu
Que a saudade é o revés de um parto
A saudade é arrumar o quarto
Do filho que já morreu

Oh, pedaço de mim
Oh, metade amputada de mim
Leva o que há de ti
Que a saudade dói latejada
É assim como uma fisgada
No membro que já perdi

Oh, pedaço de mim
Oh, metade adorada de mim
Lava os olhos meus
Que a saudade é o pior castigo
E eu não quero levar comigo
A mortalha do amor
Adeus

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo a referência a alguns temas que consideramos de relevância para a compreensão do movimento emocional e que circundaram a vida mental das pacientes com transtornos alimentares tanto nos primórdios das relações como atualmente, aparecem como uma tentativa de compreender de que maneira essas vivências se relacionam com o sintoma alimentar apresentado. Gravidez, parto, puerpério, amamentação/alimentação e características da filha, foram os fios condutores de uma busca por algum sentido na trama das constituições dos vínculos nas difíceis relações entre mães e suas filhas com transtornos alimentares.

Pôde-se reconhecer através da literatura resgatada no corpo deste trabalho que alguns autores apontam para um tipo de vínculo existente entre as pacientes com transtornos alimentares e suas mães como “simbiótico”, ou seja, uma tendência de manter relações de extrema proximidade e confusão, nas quais a individuação não pode acontecer e a dupla vive a fantasia de unidade fusional, buscando desse modo manter o controle sobre os impulsos destrutivos. Outros teóricos procuram apresentar um tipo específico de funcionamento familiar, onde as mães aparecem como figuras fortes, exigentes e autoritárias, e seus companheiros como figuras apagadas e sem muita expressão na dinâmica familiar. Procuramos neste trabalho identificar, não o funcionamento familiar ou papel desempenhado por seus membros na família, mas como foram sentidas e vivenciadas as experiências de maternidade para essas mães e daí compreender a dinâmica do vínculo que se formou a partir de então.

A busca por uma escuta das vozes dessas mães que em vários momentos se mostraram angustiadas e culpadas, tentando compreender de onde vem essa doença, tem, portanto, a função de promover uma reflexão sobre os limites e potencialidades do cuidado materno para o indivíduo.

Pareceu-nos, através da análise das entrevistas e do contato com a pesquisadora, que estas mulheres tiveram muita dificuldade em ‘adoecer’ ao que Winnicott (1956) chamou de preocupação materna primária; talvez porque

para elas hajam falhas em sua constituição do que seria chamado maternagem, talvez porque elas próprias não tenham se sentido suficientemente bem acolhidas em suas experiências com seus objetos internos.

Os relatos apresentados neste trabalho nos remetem também a uma suposição de que para estas mães, assim como para suas filhas o ambiente não foi sentido como favorável. São vivências de extrema angústia e solidão e em nenhum momento nenhuma das sete mães entrevistadas consegue se lembrar ou valorizar alguma experiência de acolhimento ou sentimento de ter sido amparada durante sua gravidez.

Do mesmo modo, o “nascimento psicológico” é um processo que deve ser vivido pela dupla mãe-bebê e é esperada que a integração psicológica ocorra em concomitância com o desenvolvimento físico do bebê. A ansiedade frente à separação, representada pelo parto, nada mais é do que a inconstância do objeto dentro do sujeito. Para as mães deste estudo, o nascimento de suas filhas foi sentido como mais do que uma separação, mas como ruptura, onde o indivíduo sente-se mutilado e enfraquecido. Os relatos de experiências de partos difíceis representam também a dificuldade em se separar do sentimento de estar acompanhada, a perda do sentido de unidade advinda da presença de um ser em seu útero, e a conseqüente necessidade de reparação desse objeto perdido. A relação estabelecida entre a mãe e seu bebê é de impotência e culpa pelo sentimento de incapacidade de cuidar não apenas das necessidades das filhas, mas de suas próprias expectativas e angústias.

Um outro ponto que deve ser resgatado é a necessidade de uma rede social de apoio que nos parece de extrema importância neste momento, para que a mãe sinta que pode se dedicar inteiramente a seu bebê. Essa rede pode incluir o pai, os familiares e/ou amigos e também os profissionais da área da saúde, e é responsável pela organização do ambiente onde a dupla mãe-bebê se encontra.

Observou-se ainda nos relatos das mães estudadas, que as filhas por outro lado parecem ter captado inconscientemente as limitações das mães e passaram a se comportar como se não dependessem dela. Buscam a autonomia, vivendo um mundo de fuga da realidade, tornando-se bebês

extremamente boazinhas e que não exigiam de suas mães o cuidado materno. Não que não desejassem esse cuidado, pelo contrário, apresentaram-se em sua maioria como crianças vorazes e ávidas pelo contato com suas mães⁶. Apenas buscam amortecer sua consciência de modo a evitar o sofrimento e proteger-se de sentimentos catastróficos de transbordamento.

Todo este esforço tem um preço: o reinvestimento maciço da criança em sua mãe, e conseqüente necessidade de evitação de seus ataques mais destrutivos. A desvitalização do alimento apresenta-se então como o representante da experiência emocional com a mãe.

A questão levantada, portanto, de acordo com as informações trazidas acima é a de que houve, no caso dessas duplas estudadas, um infeliz encontro entre uma criança extremamente voraz e com muitas dificuldades em lidar com seus intensos impulsos destrutivos e uma mãe, que também por dificuldades em lidar com seus sentimentos e vivências mais primitivas, não pôde oferecer a sua filha a continência necessária para aplacar seus sentimentos de desespero e terror. O que se sucede depois são tentativas frustradas de se haver com essas vivências iniciais, sem grande sucesso.

O sintoma alimentar pode ser entendido, portanto, como mais uma tentativa da filha de compreender sua experiência emocional com a mãe, buscando dimensionar o mal que julga ter causado ou certificando-se de que não a destruiu. O alimento torna-se então, objeto envenenado pela voracidade e perseguição e que deve ser evitado como no caso da anorexia ou expelido, como na bulimia. A comida passa a não mais ser um representante da mãe, mas a ameaça concreta de que seus maus sentimentos se voltem contra ela. A capacidade simbólica e de reparação ficam comprometidas e tanto paciente como mãe vêem-se em uma intrincada rede onde as relações afetivas têm um contorno emocional intenso e por vezes bastante ameaçador.

Será que essa interligação entre as situações apresentadas neste trabalho é capaz de influenciar todo o processo de desenvolvimento emocional

⁶ A voracidade, que é considerada por Klein (1957) como inata, nestes casos pode ser ilustrada pela questão da amamentação: o relato das mães era de que as filhas mamavam demais ou que tinham muita fome, e o sentimento da maioria delas é a de que não foi capaz de prover suas filhas de suas demandas alimentares.

de uma criança, e promover uma catástrofe psicológica nas raízes de seu ser? Esta é uma questão difícil de responder. Podemos apenas esperar que nossas suposições possam produzir sentido para outras pessoas, e abrir novas possibilidades de se pensar sobre esse terreno tão escasso dos transtornos alimentares.

Nossa tentativa foi a de compreender melhor um panorama complexo de relações e que muitas vezes aparece em nossa prática clínica, trazendo-nos muitas dúvidas quanto a sua origem e importância para o bom andamento de nosso trabalho. Acreditamos que a real compreensão das experiências emocionais dos pacientes é possível através da experiência compartilhada da transferência-contratransferência, no entanto, acreditamos na importância deste trabalho como instrumento de aproximação da realidade do paciente.

Longe de afirmar ou concluir sobre o assunto, nosso principal objetivo foi o de levantar questionamentos que possam ajudar os profissionais que trabalham com transtornos alimentares, principalmente com suas famílias, a compreender os sentimentos contrasferenciais advindos do contato com estas famílias ou pacientes, acreditando que esta seja a melhor forma de se aproximar e conhecer sua dor.

Diz-se a uma pessoa que ingressa em um curso de pós-graduação, que o processo é semelhante ao de ter um filho. A concepção das idéias e o projeto de pesquisa; a gestação, amadurecimento e a transformação de sentimentos em pensamentos e o parto de um novo saber.

De minha parte acredito que minha experiência em parir este trabalho em muitos aspectos se assemelha a vivência das mães entrevistadas no estudo. Com um material muito denso nas mãos, muitas vezes me senti angustiada e ansiosa, muitas vezes impotente por considerar que não conseguiria dar a esses dados o trato necessário para produzir algo que fosse realmente de valor para estas famílias. Com expectativas altas, como uma mãe que sonha poder oferecer ao seu bebê tudo o que ele espera dela (que ilusão!), senti-me em alguns momentos frustrada e em outros, culpada por não ter mais a oferecer. É bem verdade que meu ambiente mostrou-se bastante acolhedor. E por essas pessoas sou muito grata.

Obviamente que todo o processo ao tentar compreender estas mães perpassa por minhas próprias vivências com a maternidade, tanto como filha

quanto como mãe. Mas foi apenas quando permiti me livrar, ou pelo menos amenizar essas exigências dentro de mim, que pude experimentar viver também as delícias dessa maternidade. Descobri afinal que, se produzi algum conhecimento significativo, tanto melhor; mas ainda sim, para mim saio desta experiência renovada e espero poder me encontrar com estas famílias já com um olhar transformado, mais próximo, porque agora já posso me sentir como uma delas. Pois este é, do ponto de vista científico, o meu primogênito.

(Carybé, 1986)

7 REFERÊNCIAS⁷

ALVAREZ, A. **Companhia viva:** psicoterapia psicanalítica com crianças autistas, borderline, carentes e maltratadas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM IV - TR).** 4 ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BION, W. **Estudos psicanalíticos revisados** (Second thoughts). Rio de Janeiro: Imago, 1988.

_____. **O aprender com a experiência.** Rio de Janeiro: Imago Ed., 1991.

BOGDAN, R.; BIKLEN, S. **A investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos.** Porto: Porto Editora, 1994.

BOWLBY, J. **Formação e rompimento dos laços afetivos.** São Paulo: Martins Fontes, 1982.

BRUCH, H. **Eating disorders:** obesity, anorexia nervosa and the person within. New York: Basic Books, 1973.

CARVAJAL, G. **Tornar-se adolescente:** a aventura de uma metamorfose: uma visão psicanalítica da adolescência. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

CASPER, R.; TROIANI, M. Family functioning in anorexia nervosa differs by subtype. **International Journal of Eating Disorders**, v. 30, n.3, p. 338-342, 2001.

⁷ As referências foram normatizadas de acordo com as normas preconizadas pela ABNT NBR 6023/2002.

CASTRO, F. M. **Mães de adolescentes portadores de anorexia nervosa: Percepção da doença e dos fatores envolvidos.** Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso). Programa de Bacharelado em Pesquisa da FFCLRP-USP. Ribeirão Preto, 2000.

CORDÁS, T.A. (Org) **Fome de cão: quando o medo de ficar gordo vira doença: anorexia, bulimia e obesidade.** São Paulo: Maltese, 1993.

DELLA NINA, M. Anorexia nervosa e a psicanálise: tendências e uma leitura. **Revista Brasileira de Psicanálise**, São Paulo, v. 37, p. 687-710, 2003.

FEDIDA, P. A non-receptive hunger. **Annual Nutricional Alimentary**. v. 30, p. 389- 394, 1976.

FREIRE COSTA, J. **Violência e Psicanálise.** Rio de Janeiro: Graal, 1984.

FREUD, S. (1905) Três ensaios sobre uma teoria da sexualidade. In: _____. **Obras completas.** Rio de Janeiro: Imago, v. 7, 1974.

GOWERS, S.; NORTH, C. Difficulties in family functioning and adolescent anorexia nervosa. **British Journal of Psychiatry**, v. 174, p. 63-66, 1999.

HERMANN, F.; MINERBO, M. (1998) Creme e castigo - sobre a migração dos valores morais da sexualidade à comida. In: CARONE, I. **Psicanálise fim de século** - ensaios críticos. São Paulo: Hacker, 1998.

JEAMMET, P. Abordagem psicanalítica dos transtornos da conduta alimentar. In: URRIBARRI, R. (Org). **Anorexia e bulimia**, São Paulo: Ed Escuta, 1999.

KAPLAN, H; SADOCK, B.; GREBB, J. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica.** 7ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

KARWAUTZ, A.; HAIDVOGL, M.; WAGNER, G.; NOBIS, G.; WOBER-BINGOL, C.; FRIEDRICH, M.H. Subjective family image in anorexia nervosa and bulimia nervosa in adolescence: a controlled study. **Z Kinder Jugendpsychiatrie and Psychotherapy**. v. 30, n. 4, p. 251-259, 2002.

KLEIN, M. (1936) O desmame. In: _____. **Amor, culpa e reparação e outros trabalhos** (1921-1945). Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____ (1937) Amor, culpa e reparação. In: _____. **Amor, culpa e reparação e outros trabalhos** (1921-1945). Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____ (1940) O luto e suas relações com os estados maníaco-depressivos. In: _____. **Amor, culpa e reparação e outros trabalhos** (1921-1945). Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____ (1946) Notas sobre alguns mecanismos esquizóides. In: _____. **Inveja e gratidão e outros trabalhos** (1946-1963). Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____ (1957) Inveja e gratidão. In: _____. **Inveja e gratidão e outros trabalhos** (1946-1963). Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____ (1959) Nosso mundo adulto e suas raízes na infância. In: _____. **Inveja e gratidão e outros trabalhos** (1946-1963). Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____ (1963) Sobre o sentimento de solidão. In: _____. **Inveja e gratidão e outros trabalhos** (1946-1963). Rio de Janeiro: Imago, 2006.

LALIBERTE, M.; BOLAND, F.J.; LEICHNER, P. Family climates: family factors specific to disturbed eating and bulimia nervosa. **Journal of Clinical Psychology**. v. 55, n. 9, p.1021-1040, 1999.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J.B. **Vocabulário de psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

LAWRENCE, M. Body, mother, mind: anorexia, femininity and the intrusive object. **International Journal of Psychoanalysis**, v. 83, p. 837-850, 2002.

_____. Loving them to death: the anorexic and her objects. **International Journal of Psychoanalysis**, v. 82, p. 43-54, 2001.

LEVISKI, D.L. **Adolescência**: reflexões psicanalíticas. 2ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

MÉLEGA, M. A importância da construção do vínculo no desenvolvimento do indivíduo. In: FICHTNER, N. **Prevenção, diagnóstico e tratamento dos transtornos mentais da infância e adolescência**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

MINAYO, M.C. **O desafio do conhecimento científico**: pesquisa qualitativa em saúde. 8ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.

MIRANDA, M.R. **Anorexia nervosa e bulimia à luz da Psicanálise – A complexidade da relação mãe – filha**. 2003. 177f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2003.

MOURA, F.E.G.A. **Anorexia**: sobre a experiência de indiferenciação entre o fruto-mãe e a flor-filha. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso). Programa de Pós Graduação em Psicoterapia Psicanalítica da Uniube. Uberaba, 2003.

NORTH, C.; GOWERS, S.; BYRAM, V. Family functioning in adolescent anorexia nervosa. **British Journal of Psychiatry**, v. 167, n. 5, p. 673-678, 1995.

NUNES, M.A.; ABUCHAIM, A.L., Anorexia nervosa. Parte I: Quadro clínico, critérios diagnósticos e etiologia. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 44, n. 1, p. 55-59, 1995.

RAMPLING, G. Abnormal mothering in the genesis of anorexia nervosa. **Journal Nerv Mental Disorders**, v. 168, n. 8, p. 501-504, 1980.

RIBEIRO, R.P., SANTOS, P.C.M.; SANTOS, J.E. Distúrbios da Conduta Alimentar: Anorexia e Bulimia Nervosas. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 31, p. 45-53, 1998.

SANTOS, P.C.M.; PESSA, R.R.; SANTOS, J.E. Como diagnosticar e tratar anorexia nervosa e bulimia. **Revista Brasileira de Medicina**, São Paulo, v. 47, p. 155-169, 1990.

SANTOS, M. A. O trabalho em grupo na instituição hospitalar: acompanhamento psicológico de apoio ao familiar. **Revista da SPAGESP**, São Paulo, v. 3, p. 69-73, 2002.

SANTOS, R. K.; MOURARIA, C. G.; SOARES, I. V. B.; PRIZANTELI, C. C.; BIGHETTI, F.; GODOY, R. S. P.; RIBEIRO, R. P. P.; SANTOS, M. A. Grupo de apoio psicológico aos familiares de portadores de anorexia e bulimia nervosa. **Revista da SPAGESP**, São Paulo, v. 3, p. 139-143, 2002.

SEGAL, H. **Introdução à obra de Melanie Klein**, Rio de Janeiro: Imago, 1975.

SOUZA, L.V.; SANTOS, M.A. Grupo de familiares de pessoas com transtornos alimentares: um espaço co-construído. **Vínculo: Revista do NESME**, São Paulo, v. 4, p. 38-47, 2007.

STOCHE, T. M. **Entre viver com fome e a fome de viver: o dilema do paciente anoréxico**, Trabalho apresentado em reunião científica do GEPRP, Ribeirão Preto, em 03 de março de 2001.

TUSTIN, F. **Estados autísticos em crianças**. Rio de Janeiro: Imago, 1984.

VALLES, M. S. Técnicas de conversación, narración; las entrevistas en profundidad. IN: _____. **Técnicas cualitativas de investigación social: reflexion metodológica y práctica professional**. Madrid: Síntesis Sociologia, 1997.

WILLIAMS, G. Reflections on some dynamics of eating disorders: 'No entry' defences and foreign bodies. **International Journal of Psychoanalysis**, v. 78, n. 5, p. 927-941, 1997.

WINNICOTT, D. **A família e o desenvolvimento individual**. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

_____. **Os bebês e suas mães**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. (1949). Memórias do nascimento, trauma do nascimento e ansiedade. In: **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

_____. (1952). Psicoses e cuidado materno. In: _____. **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

_____. (1954). A posição depressiva no desenvolvimento emocional normal. In: _____. **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

_____. (1956). A preocupação materna primária. In: _____. **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Roteiro de entrevista

Nome: _____

Idade: _____ Profissão: _____

Estado civil: _____ N. de filhos: _____

Idade da filha: _____ Posição da filha na família: _____

- 1) Gostaria que você me contasse o que você se lembra do período entre o nascimento de sua filha até mais ou menos dois anos de idade.
- 2) Como foi a gestação (foi planejada, foi desejada, quais eram suas expectativas, a escolha do nome, o enxoval)? Era casada? Trabalhava fora?
- 3) Como foi o parto, como se sentiu? E o pós-parto?
- 4) Como era seu bebê? Como foi a experiência? Teve a ajuda de alguém? Tinha outros filhos? Como lidou com a situação?
- 5) Você amamentou? Por quanto tempo? Como foi a experiência para você? Se não, como foi a alimentação? E a introdução de outros alimentos, como se deu?
- 6) Como foi para você cuidar de sua filha? Como se sentia?

APÊNDICE 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Meu nome é Fabiana Elias Goulart de Andrade Moura, sou psicóloga e estou realizando uma pesquisa sobre Transtornos Alimentares. Meu objetivo é identificar fatores que possam influenciar o aparecimento da doença. Para isso desejo investigar a história de vida de sua filha até os 2 anos de idade: como foram seus primeiros contatos com o alimento, suas primeiras relações com os familiares e qualquer outro dado que julgar relevante. Essas informações são muito importantes para conhecermos melhor a doença, suas causas e efeitos e ajudarmos você, sua família e outras pessoas que convivem com este problema.

Caso você concorde em participar, informo que, para a coleta de dados será feita uma entrevista, com a duração de aproximadamente uma hora em data e horário e local a ser combinado, e esta será gravada, com o objetivo de não perdermos nada do que for dito, evitando assim que algum detalhe passe despercebido.

Garantimos que tudo o que for dito só será utilizado para esta pesquisa e você não será identificado em momento algum, podendo seu nome ser trocado para evitar identificação. É importante que você esteja ciente da possibilidade de publicação deste trabalho ou apresentação dos resultados em congressos e outros eventos.

A sua participação é voluntária, você tem todo o direito de se recusar a participar ou de desistir a qualquer momento do processo, caso não concorde ou não se sinta mais a vontade, sem que isto gere qualquer tipo de desconforto ou risco a você e a sua filha, ou prejuízo ao tratamento. Não haverá custos ou despesas para você. O termo de consentimento será impresso em duas vias, sendo que uma delas ficará com você e a outra com o pesquisador. Qualquer dúvida que você tiver a qualquer momento, antes ou durante a pesquisa deverá ser esclarecida por mim.

Diante do exposto acima, eu, _____, RG _____, declaro estar ciente das informações recebidas e concordo em participar deste estudo.

Assinatura: _____.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 2005.

Pesquisadora: _____
Fabiana Elias Goulart de Andrade Moura
Fone: (16) 3911-9012

Orientador da Pesquisa: _____
Profa. Dra. Rosane Pilot Pessa Ribeiro
Fone: (16) 3602-3403

APÊNDICE 3

Diário de Campo da entrevista com Cláudia

Contato telefônico (27/03/2006)

Telefonei para sua casa, me identifiquei e disse-lhe que gostaria de conversar sobre dois assuntos: o primeiro era sobre o retorno da filha ao ambulatório, pois ela havia faltado à última consulta e propus uma data combinada pela equipe. Ela disse que ficava aliviada, pois estava mesmo preocupada com a remarcação. Confirmamos o horário do retorno. Depois expliquei-lhe sobre o mestrado, a pesquisa e seus objetivos e perguntei-lhe se poderia colaborar. Ela aceitou prontamente. Agendei para o dia 29/03/2006 às 10:00 hs em sua casa. Ela me perguntou se eu sabia onde era e me explicou cuidadosamente o caminho.

Entrevista (29/03/2006)

Cheguei a casa às 10:00 hs e ela e o marido estavam me esperando. Espantei-me com a simplicidade da casa, em um bairro simples e muito afastado, talvez por pensar em quantos recursos internos tinha aquela família e quão pouco podiam acessá-los. Eles me perguntaram se tinha achado difícil chegar até lá, disse-lhes que não, que usei as explicações de Cláudia e que também fui me informando pelo caminho. Perguntei onde poderíamos conversar e ela sugeriu uma cama que ficava na sala. O marido, com uma camiseta escrito Psicologia, brinca que aquele era o divã e que ele poderia ser o psicólogo. Rimos todos, ele se despede e sai. Sentei-me na cama e Cláudia em uma pequena cadeira ao lado. Pergunto se o rapaz no porta-retrato era Carlinhos e ela confirma e me mostra também uma foto de Carolina em pose de modelo. Digo que ela estava realmente muito bonita, Cláudia sorri envaidecida.

Perguntei-lhe se poderíamos começar e ela concorda. Apresentei-lhe detalhadamente os objetivos da pesquisa e o termo de consentimento. Não houveram dúvidas, ela assinou e logo em seguida começamos a entrevista.

Fiquei impressionada com a clareza e a sinceridade das respostas. Ela falava

de coisas doídas com tanta franqueza! Em alguns momentos senti pena, de todos.

A entrevista transcorreu tranqüilamente, sem maiores dificuldades. As associações tanto minhas quanto dela foram ocorrendo espontaneamente e me senti bastante segura.

Ao final, contou-me sobre os planos da filha em se casar e de sua preocupação com sua saúde após o casamento. Recomendei que ela conversasse com Carolina e o noivo e o convidasse a ir também ao grupo de familiares do GRATA. Ela concorda.

Agradei e me despedi.

Ao sair, senti-me um pouco tonta e ao mesmo tempo ansiosa. Tive a sensação de que estava lotada de coisas, de que havia sido depositado em mim, ali, naquele momento, toda uma história de tentativas, frustrações e muita impotência.

APÊNDICE 4

Transcrição livre da entrevista

Sujeito: Cláudia

Idade: 44 anos

Profissão: Doceira

Estado Civil: Divorciada/ Casada (2.casamento)

N. de filhos: 02

Idade da filha: 17 anos

Posição da filha entre os irmãos: 02

Entrevistadora: Eu queria que você me contasse o que você se lembra, assim, do período antes um pouco da Carolina nascer até mais ou menos uns dois anos de idade. O que você lembrar assim, primeiro?

CLÁUDIA: Primeiro, a minha gravidez.

Entrevistadora: Ahã.

CLÁUDIA: Foi assim... muito difícil. Muita atribulação, eu e o meu marido brigava muito a gente tinha uma vida muito difícil... muita briga, eu não queria ficar grávida, porque eu já tinha aborto, aí eu tive o Carlinhos, depois tive dois aborto, assim de dois meses e meio... Perdi, aí eu não queria mais ficar grávida, tinha medo.

Entrevistadora: Foram dois abortos espontâneos?

CLÁUDIA: Espontâneos.

Entrevistadora: Ahã

CLÁUDIA: Aí eu tinha medo, porque eu tinha ficado gra... a gravidez do Carlinhos inteira praticamente na cama. Eu tinha hemorragia, voltava tinha contração, voltava pra cama, sabe era assim difícil. Tinha um pouco de sangramento, né? Hemorragia assim foi quando eu perdi. Aí eu come... eu fiquei, eu não queria mais ter filho, eu ia colocar o DIU, porque eu engravidava, tomei aquela injeção, começou a dar injeção pra... sabe? Pra não tomar a pílula, mas tomar injeção? Eu engravidei tomando a injeção, mas perdi, então não queria engravidar. Engravidei da Carolina aí quando eu ia colocar o DIU, já tava tudo certo comprado, tudo certo, né? Já ia colocar e... eu engravidei da Carolina Aí eu fiquei apavorada, né? Porque logo já começavam as contrações, já começava sangrando e aí foi uma... uma gravidez muito difícil... e... eu tinha muita contração, então eu tive que ficar em casa, de repouso de novo então... (barulho externo), atrapalha mais ainda, né? Aí nessa época eu não estava trabalhando, quando eu engravidei, e aí eu não voltei a trabalhar, né? Nessa época.

Entrevistadora: Na época você trabalhava com que? Antes de engravidar dela?

CLÁUDIA: Antes? Eu trabalhava na X, trabalhei fazendo, trabalhava no crédito, trabalhava em vários lugares, né? Aí eu parei de trabalhar, eu tinha saído de lá e engravidei.

Entrevistadora: Ahã.

CLÁUDIA: E aí com todo esse problema e tudo, e a relação com o Carlos, era difícil, porque ele só trabalhava, né? Então a vida dele era eu trabalho. (risos) aquilo, eu doente entendeu? Com problema, num... Nossa, muito difícil! E... aí, a grav... teve uma época que ela começou a ter, comecei a ter problema assim, começou a ter falta de oxigenação, o médico falou: Vai ter falta de oxigenação, porque tá... não sei, fazia um exame lá, eu não lembro, aí tinha que voltar pra fazer aquele exame de novo e aí tinha que ficar deitada numa posição pra que... houvesse a passagem lá, não sei como era nem lembro mais também, que era tão horrível. (risos) Aí passou, né? Ela podia ter falta de oxigenação, então tinha que tomar o maior cuidado. Aí foi uma gravidez extremamente difícil, com muita briga com o Carlos, eu ficava muito mal, e a Carolina vivendo tudo isso. Aí eu queria morrer, queria que ela morresse também, sabe umas coisas assim horrível de pensar, né? Aí eu pensava: é melhor que ela morra, que eu morra, que eu morra, que eu morra, pensava em suicídio, pensava em que ela morresse, se eu caísse da escada que ia acabar, sabe? Essas coisas mais tremendas foi a minha gravidez. Aí depois que ela nasceu. Quando ela nasceu, né? Aquela coisinha mais lindinha (sorriso), a gente esquece tudo, passou. Aí, mas só que, aí todo mundo ficava falando: Não, mas o Carlinhos, porque o Carlinhos, tinha muita dificuldade também, né? Que ele não dormia. Ele tinha dificuldade pra dormir, ele dormia um pouquinho, acordava, chorava e não dormia e aí a ... aí todo mundo falava: Não, mas você tem que dar mais atenção pro Carlinhos, a criança nem entende (risos), não pensa em nada, não sabe nada de nada enquanto é bebê, sabe aquelas coisas absurdas de falar, né? E você cheia de problema, toda confusa, com um filho que dava problema, com marido com problema, eu com problema, e um bebezinho lá, então... você deixava o bebezinho, né? Então tem que dar mais atenção pro outro. Isso também assim, a Carolina já era mais assim, tinha que dar mais atenção pro Carlinhos, e o Carlinhos, exigia muito mesmo porque era uma criança assim muito difícil. Aí foi mais ou menos na época dele tirar a fralda que a Carolina nasceu, uns dois anos que o Carlinhos tinha? Quase dois anos, ele não queria fazer xixi na fralda e nem cocô, e aí ele só fazia em pé, era um transtorno, assim, a nossa vida, e aí foi, e aí a Carolina foi ficando cada vez mais, então mais. E então a Carolina foi se tornando uma criança assim, ela foi crescendo e... muito, com muita autonomia, entende? Ela... logo, até os 4 meses a Carolina era um santo mesmo, ela só mamava e dormia, ficava na cama, não dava trabalho nenhum, era uma coisinha assim...

Entrevistadora: Não te solicitava?

CLÁUDIA: É.

Entrevistadora: Não chorava muito?

CLÁUDIA: Muito pouco, muito pouco ela chorava, reclamava, queria atenção, mas não era aquele bebê chorão, sabe? Só assim trocava, cuidava dela direitinho e ela dormia tranquila. Depois dos 4 meses também ela virou um trem. Aí ela queria atenção, ela chorava muito, ela sentou logo, engatinhou muito cedo e andava pela casa toda, subia por tudo, era terrível (sorriso). Aí ela mudou o comportamento completamente e andou ela tinha quase um ano, já andou e já, já queria logo de início, um ano e meio assim, aquele bebezinho

que nem sabe nada, ela já queria escolher as coisas sabe? Endurecia a perninha e não queria por a roupa, não sei se ela queria escolher, ela ia na..., eu acho que era mais um pouquinho, uns dois anos mais ou menos, ela já ia na gaveta dela, não sabia nem abrir, mas ela queria escolher, ela já queria aquela, já pegava a roupinha que queria pôr, entendeu? Já aprendeu a por logo, ela aprendeu primeiro amarrar o sapato do que o Carlinhos, imagina quanto tempo o Carlinhos, levou para amarrar o sapato, e ela aprendeu primeiro que ele, ela amarrava o dele e o dela..., então sempre foi assim, tudo ela... atirada, rápida, queria fazer tudo sozinha, não deixava a gente dar comida pra ela, ela queria comer sozinha, é... ela tinha dificuldade em engolir, ela sempre teve problema no nariz, na, na... de deglutição num, num, o médico falou que não tinha nenhum problema, mas ela tinha dificuldade, ela tinha desvio de septo, o médico queria operar, mas aí o outro achava que não podia porque podia ficar com nariz infantil, então tinha aquela dificuldade e acabou não operando, ela tinha vários... ela tinha desvio de septo e mais o que...? não lembro o nome daquele negócio, adenóide e mais um outro problema que ela tinha nas amídalas muito grande, então ela tinha muito problema também de ficar resfriada, tinha rinite.

Entrevistadora: E como é que era pra você ser mãe de uma criança tão independente assim? O que você achava dessa situação?

CLÁUDIA: Porque o Carlinhos me solicitava tanto e era tão dependente que eu acabei deixando ela. E eu acho que ela se sentiu muito insegura, porque ela, ela tinha muita personalidade, até de cuidar do Carlinhos, até de levar o Carlinhos pra escola, porque ele só foi pra escola depois que ela foi, porque ele não ia ele não ficava, não tinha quem deixasse ele lá, ele ficava sem comer o dia inteiro, chorava até desidratar, dias e dias sem comer, até tirar ele da escola, então era muito difícil, então a Carolina é... trazia esse apoio pra ele na escola. Até pra ir pra escola ele precisou dela. Então ela era, ela era muito independente, e aí ela me ajudava, no sentido em que eu deixava pra ela e eu acho que isso causa uma sensação assim de desproteção, né? Ela que tinha que ter a força, né? A segurança, tinha que cuidar, era muito complicado pra ela, eu acho. Eu acho não, eu tenho certeza (risos).

Entrevistadora: Você tem certeza?

CLÁUDIA: Ah sim, porque eu acho que a criança precisa de segurança, né? Precisa se sentir segura. E tinha mais a briga dos pais ainda, aquela coisa.

Entrevistadora: Era um relacionamento muito difícil, Cláudia?

CLÁUDIA: Era. E ele batia no Carlinhos, porque o Carlinhos não queria dormir, não dormia, entendeu? Ele não entendia, não aceitava, ele era muito assim, ele queria um atenção mais pra ele, entendeu? Já fiquei o dia inteiro com eles, agora era só ele, ele tinha ciúmes dos filhos também: Agora, agora sou eu. E o Carlinhos não dormia. Aí vinha toda a dificuldade, eu acho que...

Entrevistadora: Ele em algum momento ajudava no cuidado com a Carolina, ou com os filhos? Ele ajudava?

CLÁUDIA: Muito pouco, muito pouco, ele nunca teve assim muita..., trocar fralda, cuidar, algumas vezes assim dar mamadeira, mas ele era muito difícil, muito bravo, muito, sabe? Nervoso eles tinham muito medo, então eles sempre queriam ficar mais afastado dele do que perto dele.

Entrevistadora: Alguém te ajudou nessa época?

CLÁUDIA: Ajudou, a J...

Entrevistadora: Era uma amiga?

CLÁUDIA: Uma senhora que começou a trabalhar lá em casa.

Entrevistadora: Ahã.

CLÁUDIA: Porque eu não dava conta dos dois junto. Aí ela ajudava, ela ajudava a cuidar da casa, e cuidar de tudo. Mas ela não tinha muito assim manejo com as crianças. Então eu cuidava mais das crianças e ela cuidava mais das outras coisas. Mas assim, ajudava um pouco, né? Ficava um pouco com a Carolina, brincava um pouco com o Carlinhos. Não tinha muito.

Entrevistadora: Do parto em si você pode me contar alguma coisa?

CLÁUDIA: Do parto eu fiz cesariana, né? E... ah! Antes dela nascer: eu tive hemorróida na gravidez do Carlinhos, no finalzinho assim, aí o médico falou que era pra eu engravidar eu tinha que operar, mas eu tinha medo de operar, eu não quis operar, então se eu fosse engravidar de novo eu tinha que operar (risos), e eu não quis. Aí, o que aconteceu? Estorou tudo na época da gravidez, no finalzinho da gravidez estourou tudo.

Entrevistadora: E da Carolina?

CLÁUDIA: É . E aí eu tive que... é... ficar internada. Eu fiquei internada alguns dias até o médico liberar para operar ela, pra ver se ela tava bem, porque tanta atribulação que teve na gravidez que ele falou que ele ia esperar um pouquinho: Vamos fazer os exames primeiro nela pra ver se ta tudo bem pra gente poder operar, porque eu tinha que operar para tirar ela e depois fazer a cirurgia em seguida, né? Ultra-som, fez os exames, tava tudo certo. Aí... e eu também acho que tava com pressão alta um pouco, eu ficava nervosa, minha pressão subia, não tinha pressão alta, mas na gravidez eu comecei a ter um pouquinho de pressão alta, então ele cuidou disso, né? Pra eu não ter, pra não aumentar a pressão, mas na hora do parto, o nervoso e tudo, já subia a minha pressão, então. Aí fez a cirurgia tudo, aí... eu já fiz a cirurgia em seguida, né? E tudo bem. Aí a Carolina (apelido/sorriso) ficou bem. Aí... nasceu a Carolina (apelido), coisa mais lindinha do mundo, parecia uma japonesinha, cabelinho pretinho, olhinho puxadinho, meus filhos nasceu de cabelo preto, depois fica loirinho. Aí, aí todo mundo, né? Achava, aí as pessoas que viam, porque tinha uma mulher japonesa, né? Tendo filho, e a Carolina, e eu. Aí quando nasceu, as minhas ermã viram ela, né? E acharam tudo que era a putra que era a minha filha. E a ..., e a Carolina era da outra, né? Aí.. quando...

Entrevistadora: Por quê?

CLÁUDIA: Porque ela era moreninha. E... cabelo bem pretinho, mas só que o Dr. R. deixou ela ficar comigo um pouco antes dela ir, aí eu já sabia como é que era a minha filha (risos)

Entrevistadora: Você tinha certeza de que era ela?

CLÁUDIA: Já sabia que era. Aí, ele deixou comigo um pouquinho, aí eu fiquei com ela um pouco, tal, aí depois, foi. O cabelinho dela também, sabe? Porque a outra era diferente, né? Então eles que era, aí eu falei: Imagina, essa daqui que é a minha mesmo. Aí depois ficou igual ao Carlinhos, foi ficando loirinho o cabelo.

Entrevistadora: Você amamentou?

CLÁUDIA: Amamentei. Até o sexto mês. Com ela assim, foi mais fácil do que com o P, né? Porque com ele foi mais difícil. Ele era muito esganado, desesperado, ele me deixava muito nervosa. Ela era mais tranqüila. Mas logo também teve complemento, né? Logo o médico já dava algum complemento.

Entrevistadora: Com quanto tempo?

CLÁUDIA: Não lembro mais, os dois se alimentaram assim de frutinha, já se alimentaram já...

Entrevistadora: Você tava falando que o Carlinhos era esganado, ela não era esganada?

CLÁUDIA: Não.

Entrevistadora: Mas você acha que ela tinha pouco apetite? Que ela tinha apetite normal?

CLÁUDIA: Não, normal. Ela comia bem, se alimentava bem. E depois sempre gostou de muito suco, muita fruta, sempre se alimentou bem, todos os alimentos assim, ela só não gostava de verdura, é... carne ela tinha dificuldade porque ela não sabia engolir. Só depois de um tempo que ela começou a engolir, ela só chupava a carne.

Entrevistadora: Quando você desmamou, ela já logo...

CLÁUDIA: Com seis meses mais ou menos.

Entrevistadora: Introduzindo a comida?

CLÁUDIA: Já tava.

Entrevistadora: Ela aceitava bem?

CLÁUDIA: Aceitava.

Entrevistadora: Isso era prazeroso pra você ou era num momento que tava atribulado? Era fácil pra você?

CLÁUDIA: Minha vida sempre foi atribulada.

Entrevistadora: Hã?

CLÁUDIA: Muito atribulada. Com ele, a Carolina, o Carlinhos, mas é... que eu me lembre, eu fazia papinha, ela comia, se alimentava bem, é... gostava, ela gostava do sal. É... gostava das frutinhas.

Entrevistadora: Com quanto tempo cê acha que ela começou a comer sozinha?

CLÁUDIA: Logo.

Entrevistadora: Você falou que foi bem cedinho, né?

CLÁUDIA: Eu não me lembro, mas foi muito cedo. Assim que ela começou já a ter mãozinha dela firminha, ela já queria comer sozinha. Mas eu sempre via, né? O que ela comia. Se ela tava comendo tudo, se ela não tava, quanto que ela tava comendo.

Entrevistadora: Ahã.

CLÁUDIA: Com seis meses ela teve uma pneumonia. Ela ficou bem mal. Teve pneumonia, e aí o médico dela tava com problema, porque ele tava indo pra copa, acho que foi uma copa do mundo, ele... ia pra assistir os jogos lá. E aí ele deu a medicação, ela melhorou um pouco, tudo, né? Ficou no consultório uns dois dias, porque deu desidratação também e daí ele não queria internar, tava tendo uma onda muito de... de problema de virose, eu não lembro o que era, aí ele não quis internar. Falou: não, traz aqui no consultório, a gente vai hidratando ela, e eu fico aqui com ela. Ela ficava no consultório, e ele hidratando, medicando ela, passou. Aí ela voltou a se alimentar. Mas eu acho que foi uma época que eu tava muito mal também, sabe? Não tava assim conseguindo ver a Carolina, cuidar dela, sabe? Então ela ficou doente, gritou socorro, to aqui, to viva. Acho que foi mais ou menos isso, sabe?

Entrevistadora: Como é que você ficava mal? O que é que acontecia?

CLÁUDIA: Ai, eu tinha muita depressão, a gente brigava muito, eu e o Carlos, aí eu ficava deprimida, as crianças davam muito trabalho, o Carlinhos dava muito trabalho. Então eu fui ficando...

Entrevistadora: Essas idéias de suicídio, ou mesmo de que as crianças morressem, tal, isso passou ou você continuava?

CLÁUDIA: Com eles não, acabou; só na época que eu tava grávida da Carolina... depois que nasceu, não. Mas a minha idéia de suicídio sim, continuava.

Entrevistadora: Continuava?

CLÁUDIA: Tanto que eu tentei suicídio quando ela tinha, eu acho que dois anos, depois eu me separei do meu marido.

Entrevistadora: Quantos anos ela tinha quando você se separou?

CLÁUDIA: Uns 4. Acho que ela tinha uns dois anos e meio quando eu tentei suicídio.

Entrevistadora: Ela tinha uns dois anos e meio?

CLÁUDIA: E depois com quatro anos eu me separei, um pouco menos de 4 anos. Ainda fiquei um ano com ele, né?

Entrevistadora: Me conta um pouco do clima da casa? Como é que era?

CLÁUDIA: Um clima horrível, eu doente, eu com problema, o Carlos com problema, o Carlinhos com problema, imagine a Carolina, nesse meio. Claro que ela ia ficar com problema. Por descuido, eu acho, porque por mais que você queira cuidar, quando você está deprimida, seu cuidado é muito, muito assim. Hoje eu me vendo hoje, naquela época, né? É muito assim, é... cê não consegue nem cuidar de você, né? Você está se arrastando, como é que você

vai cuidar de uma criança. Ela sofreu com isso, toda essa consequência, né? Porque o Carlinhos, ele ia trabalhar e voltava de madrugada, ele trabalhava e depois fazia faculdade ele tava fazendo é... outra faculdade, depois tava fazendo pós-graduação, depois mestrado, depois, sabe? Tava fazendo inglês, espanhol, francês, inglês, alemão, então o tempo todo ele tava estudando e... fora né? Então, e... eu não tava bem com as crianças, então a responsabilidade era toda minha.

Entrevistadora: Isso era pesado para você?

CLÁUDIA: Não tem nenhuma... ele não compartilhava, né? E quando ele chegava, ele queria atenção exclusiva, entendeu? Então isso era muito difícil. E aí, aí foi ficando pior nossa casa era assim era ruim mesmo, um clima de briga, de discórdia.

Entrevistadora: Tem alguma coisa na Carolina, no comportamento da Carolina de quando ela era pequenininha que desse alguma indicação de que ela era uma criança diferente? Por exemplo diferente do irmão ou diferente de algumas outras crianças da idade dela?

CLÁUDIA: Sempre foi líder, ela tinha... queria decidir, resolver tudo, tinha que ser melhor em tudo, sabe? Tinha que fazer aquilo que tinha que ser muito bem feito, tinha que ir bem na escola sempre, muito bem, então tinha que ser a primeira. Tudo, tinha que ser sempre a melhor. Mas uma coisa que ela não conseguia era ir até o fim nas coisas, sabe? Ela começava e não terminava. É... curso de inglês, informática, agora na escola tem, mas assim, fora, né? Os cursinhos, então começou a fazer Kumon, parou, começava a fazer isso e parava, sabe? Não tinha um... enquanto pequenininha também, né? Tinha assim na escola, por exemplo, ela ia bem, tal, tal, tal, ficava um tempo e ela não queria mais, sabe? Tudo. E... depois ela ficou... teve vários problemas, né? Depois dessa idade de dois anos. Assim... que com certeza começaram lá, né? Ah... a questão acho que do suicídio, acho que assustou muito eles, por mais que não fale, mas ah... todo mundo vivendo aquilo.

Entrevistadora: Não foi falado?

CLÁUDIA: Não sei, eu acho que não. Eu não, eu nunca falei.

Entrevistadora: Você ficou fora de casa? Internada?

CLÁUDIA: Fiquei internada. Quase uns quinze dias. Então... não... Eles foram me buscar no hospital quando eu fui sair, né?

Entrevistadora: Ahã.

CLÁUDIA: E... sabiam que eu tava doente, mas não sabiam o que eu tinha. Então eles têm muito medo que eu morra, sempre, sabe? Tudo assim, tem muito medo que eu fique doente, que eu morra, então o pavor deles é que eu morra, então provavelmente passou isso pra eles, né?

Entrevistadora: Com quem eles ficaram?

CLÁUDIA: Com a minha irmã I. Ficaram com a I. E ela... foi uma época muito conturbada, e aí era pra mim ter separado do meu marido naquela época, mas aí eu tava muito fragilizada, muito, muito, aí não tinha nem jeito, né? Aí nem, nem sabia o que fazer da minha vida. Aí voltamos até eu me organizar, e tudo.

ENTREVISTADORA: Foi consensual a separação?

CLÁUDIA: Ele não queria.

Entrevistadora: Não?

CLÁUDIA: De jeito nenhum. Fez de tudo pra gente voltar. Na... no... quando eu falei pra ele que a gente ia se separar (risos), ele começou a comprar tudo, trocou a minha casa inteira, comprou sofá novo, comprou microondas novo, comprou isso, comprou aquilo, foi comprando, sabe? Ele comprou relógio novo e comprou anel pra mim, sabe? Comprando coisas assim, porque pra ele tudo era assim, né? Era comprar era fazer alguma coisa, então o trabalho dá o que? Dinheiro, então ele dava dinheiro, pra tentar, né? Resolver. Mas aí, não, a gente resolveu separar, e nos separamos. Mas mesmo assim, depois da separação eu fiquei muito mal, né? Eu tava muito mal, então... e ainda com as crianças, né? A responsabilidade. (pausa) Era muito difícil. Então... tudo isso foi...

Entrevistadora: Como era o relacionamento da Carolina com o pai? Ela tinha apego? Era próxima? Ou não? O que você sentia?

CLÁUDIA: Aiêê!!!! Não sei, era assim, eu acho que..., eles tinham muito medo do Carlos. Né? Eles não ficaram com ele, então quando a gente se separou ele, para ele ir levar as crianças... uma vez ele roubou as crianças, deixou lá e aí as crianças ficaram com mais medo, apavoradas, né? Enfim, ele levou pra passear e depois levou pra casa dele, não trazia e na casa dele num, tava tudo fechado, não tinha ninguém, parecia que num tinha ninguém e aí não levava as crianças embora e ele falava pras crianças que quando eu... eu que ia buscá-los, que eu tinha viajado, que eu ia buscar e eu... então eu fiquei maluca e as crianças ficaram apavoradas, ela começou a fazer xixi na cama de novo e aí ela não parou até os 7 anos. Depois... então foi tudo muito conturbado, né? E ele aprontava e quando a gente tava casado também, e eu tinha uma postura assim de firmeza, sabe? De decisão, entendeu? Só na hora da separação mesmo, que daí não tinha mais jeito mesmo (risos). Ou racha ou morre todo mundo aqui porque não tinha mais jeito, mas... e aí era muito difícil, mas ele... eu acho que até ele quis, sabe? Mas ele não dá conta, não consegue ter filho, não consegue conviver com eles, também; é um problema que eles fala, eles falam: mas é muito mentiroso, ele fala, fala, fala, é tudo mentira, não sei o que, sabe? Fica aquela... ele fala que vai fazer isso, que vai fazer aquilo, só pensa nele, ele é egoísta, ele quer fazer as coisas pra gente que ele quer fazer, ele não quer saber (risos) do que a gente quer fazer. Então é assim, até hoje ele...

Entrevistadora: E a sua mãe, seu pai, sua família? Eles estão vivos? Estão próximos, te ajudaram em algum momento?

CLÁUDIA: Naquela época meu pai tava doente, na época que eu tava grávida da ... não, na época meu pai já tava muito doente na cama na gravidez da Carolina. E meu pai faleceu quando a Carolina tinha 5 meses, aí eu fiquei mais abalada ainda, né? Ai... eu perdi meu pai, eu acho que foi mais ou menos nessa época, depois de um mês que a Carolina ficou doente, acho que eu tava muito mal, não tava cuidando dela e ela deu um grito lá pra socorrer, né? Mas... é foi mais ou menos isso. Então você imagina como é que foi pra Carolina, né? E aí depois a Carolina começou a ter dor na perna, ela ficou de

cadeira de roda uns 6 meses, 8 meses, ela não punha a perna no chão, ela não andava, aí tinha que fazer... e eu fazendo faculdade, a Carolina doente, eu ficava integral, e a Carolina doente, aí eu tive que trancar, então eu sabe? Eu tive que trancar.

Entrevistadora: Isso ela já maiorzinha, né?

CLÁUDIA: Aí já tava maior. Quando pequeninha tinha as doenças normais, assim, né? Dor de cabeça, dor de barriga, eles tinham muito assim, é... essa questão da barriga, cólica, né? E também para comer era o Carlinhos nessa questão de comida, porque ele olhava pra barriga dele falava assim: Hã! Que isso! Assim no chuveiro, ele olhava e fazia: Hã! Tô gordo! Parava de comer, ficava uma semana, ele não punha nada na boca, sabe? Eu enlouquecia pra dar um pouco de leite pra ele, ele não comia enquanto: agora já ficou bom, agora eu posso comer, aí era assim E também o Carlos falava muito de regime, de emagrecer, essas coisas, sabe? Então o Carlinhos tinha assim.

Entrevistadora: Falava pro Carlinhos?

CLÁUDIA: Não, falava assim em casa, né? Que eu tinha que emagrecer, porque na minha gravidez eu engordei, né? Fiquei mais gordinha.

Entrevistadora: Ele falava com você?

CLÁUDIA: É, mas eles ouviam tudo, né? Então, aí eu penso assim que, é... tinha muito medo assim do Carlinhos de engordar. Depois eu ainda fui engordar mesmo, né? E ficar gorda, então aí... E acho que medo da Carolina também né? De ser gorda, porque o dela foi virando, sabe? Um problema pra outro problema, parou de andar, dor na perna, ficou com problema, depois, depois que chegou na bulimia, né? Então ela foi várias.

Entrevistadora: Com relação assim a expectativa, como é que foi escolher o nome? Vocês fizeram o enxoval? Como foi a chegada da Carolina, os preparativos?

CLÁUDIA: Foi assim: o Carlinhos comprava (risos), o Carlos era assim ó: quando ele, ele queria ter uma filha, assim na cabeça dele ele queria ter uma filha, só que ele não pensava em cuidar dessa filha, né? Ele pensava em que era legal ter uma filha, eu acho. Aí quando eu, porque eu fiquei grávida do Carlinhos eu falei assim: Vai ser menino! Todo mundo: Não, mas a sua barriga é assim, vai ser menina, vai ser menina, vai ser menina. É menino. Aí quando eu fiquei grávida da Carolina (final da fita)... Então, antes, né? Quando eu tava grávida do Carlinhos aí o Carlos e eu escolhemos os nomes. Aí ficou Carolina e Carlinhos, aí eu já tinha esses dois nomes era Carolina e Carlinhos, então eu falei: Então esse vai ser Carlinhos E todo mundo achava que não era menina. Aí eu falava: Gente, pára de falar que é menina, porque é menino, e o Carlos quer menina, então vai, aí quando ele nascer, ele não vai querer, não vai gostar dele, de tanto que o Carlinhos.

Entrevistadora: Você tinha esse receio?

CLÁUDIA: Ficou assim uns é... uns seis, sete meses sem, sem ver o Carlinhos sabe? Acho que ele foi memo ver o Carlinhos quando ele tava jogando bola, assim, com um aninho, que ele começou a andar assim, já, que ele foi olhar para o Carlinhos E aí quando a Carolina, aí quando eu fiquei grávida da

Carolina eu falei: É menina, depois de um tempinho eu falei: É menina, e vai chamar Carolina.

Entrevistadora: Como você sabia isso?

CLÁUDIA: Eu tinha certeza absoluta, absoluta, sabia que era, era uma coisa assim: é a Carolina (risos), sabe? Quando você fala com a Carolina, já é a Carolina, sabe? Aí... aí depois fez o ultra-som, tudo, né? E confirmou. E aí... e assim, aí o Carlos comprava muita roupa, ele trabalhava no shopping, na X também, só que ele continuava trabalhando, né? Então lá no centro comercial tinha aquelas lojas, né? Então ele via aquelas lojinhas de menina, de criança e trazia um monte de roupa, de todo tipo, de todo jeito, sabe? Aí ele começou a comprar um monte de coisa pra Carolina era um monte de coisa, comprava e chegava um monte de roupa, quando eu via o Carlinhos chegando, mas aquele monte de roupa. Nessa época que eu tava grávida da Carolina, nessa época que ele tava trazendo roupinhas eu tava na minha mãe, porque eu não podia, eu não podia fazer exercício, mas não podia andar em casa, tinha época que eu só podia ir no banheiro, e noutras épocas eu já podia andar um pouquinho e tal, mas também com muito cuidado, porque senão, já, já começava a [...] Então ficava na casa da minha mãe.

Entrevistadora: Você se incomodava dele levar tanta coisa?

CLÁUDIA: Não, eu gostava, né? Porque foi a primeira vez que ele assim uma atitude assim de... Mas aí já era compulsivo (risos). Comprava demais, não sei o que, mas foi legal, foi mais, foi assim, porque do Carlinhos foi mais frustrante, né? Não tinha essa coisa assim de esperar o Carlinhos né? Pra ele, porque pra ele parecia uma coisa assim, é... eu não quero ter filho, e tudo essa coisa assim.

Entrevistadora: E você, como é que ficou? Depois de perder esses filhos...

CLÁUDIA: Eu não queria ficar grávida de jeito nenhum, imagina, o medo de perder a Carolina também. Aí eu não queria. Não queria ficar grávida de jeito nenhum. E acho que isso mostrou, né? Na gravidez e tudo, né? Mas do Carlinhos eu queria muito e também foi difícil. Então... no entanto a Carolina nasceu, eu já fiz laqueadura, eu não queria nem pensar mais. Aí o ... a Carolina foi esperada, sabe? Aí a gente ia, o Dr. R. já estava esperando, a gente ia, fazer os exames, ele marcou, tava marcando pra outra época, né? Ela veio antes, tava planejando, né? Aí eu fiquei com problema, tive que internar. Aí ela ficou os três dias normais quando chegou no quarto dia que ele notou, no terceiro dia que ela ia sair, ela ficou com icterícia, bem forte. Aí... aí o Dr. R. queria que eu fosse embora e... fosse vê-la, né? Ela ia, ficou dez dias internada falei: Não adianta o senhor me dar alta porque eu não saio daqui, eu só saio daqui com a minha filha, então: não me dê alta. Ele falou: Cláudia, mas é melhor, porque a sua saúde, porque você ficando aqui mais, é prejudicial, você fez duas cirurgias, é melhor você ir pra casa, tem o risco de infecção hospitalar e tudo, falei: Doutor, não adianta, não vou embora (risos). Fiquei os dez dias com ela. Só sai de lá com ela, aí era difícil pra mim amamentar porque pra mim andar doía muito, duas cirurgias, tava muito, foi uma cirurgia pra mim muito difícil, aí eu fui, ia lá amamentava, ela no começo eles me traziam ela, daí não tava melhorando, eu não tava conseguindo ir, logo nos primeiros dias, né?

Assim nos, nos dois primeiros dias, que ela ficou lá, né? Depois dos três dias. Eu ainda não tava conseguindo, doía muito, eu não podia sentar, aí como que ia [] sentar, tudo, né? Aí ia lá. Aí depois disso, aí ficou mais oito dias, ela demorou pra melhorar. Aí fomos embora.

Entrevistadora: E como foi cuidar da Carolina? Como era a Carolina? Como foi cuidar dela?

CLÁUDIA: Ah, a Carolina era um anjinho, um amorzinho, né? Porque ela era calminha, tranqüila, ela mamava, trocava ela, conversava um pouquinho com ela, ela dormia, sabe? Um anjo. Então era bem mais fácil, no começo eu fiquei um pouquinho na casa da minha mãe, depois eu fui pra casa.

Entrevistadora: Acho que é isso? Tem mais alguma coisa importante pra contar, dessa época?

CLÁUDIA: Acho que não. (pausa). Não lembro assim mais nada.

Entrevistadora: Te agradeço muito.

ANEXO

ANEXO 1

Aprovação do termo de consentimento livre e esclarecido pelo Comitê de ética em pesquisa do HCFMRP/USP

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

CAMPUS UNIVERSITÁRIO – MONTE ALEGRE
FONE: 602-1000 - FAX (016) 633-1144

Ribeirão Preto, 06 de julho de 2005

Ofício nº 1847/2005
CEP/SPC

Prezada Senhora:

O trabalho intitulado **“TRANSTORNOS ALIMENTARES: A INFLUÊNCIA DO ALIMENTO NA ESTRUTURAÇÃO DO VÍNCULO MÃE X FILHA”**, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 205ª Reunião Ordinária realizada em 04/07/2005, e enquadrado na categoria: **APROVADO, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, de acordo com o Processo HCRP nº 4967/2005.

Aproveito a oportunidade para apresentar a Vossa Senhoria protestos de estima e consideração.

PROF. DR. SÉRGIO PEREIRA DA CUNHA
Coordenador do Comitê de Ética
em Pesquisa do HCFMRP-USP e da FMRP-USP

Ilustríssima Senhora
FABIANA ELIAS GOULART DE ANDRADE MOURA
PROFª DRª ROSANE PILOT PESSA RIBEIRO (Orientadora)
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP
Em mãos